ÍNDICE

ÍNDICE 5

ABREVIATURAS 11

INTRODUCCIÓN 13

CAPÍTULO I LA COLOCACIÓN DEL PRINCIPIALISMO Y LA CASUÍSTICA DENTRO DE LA BIOÉTICA CLÍNICA 17

1. La bioética clínica 17
2. El principialismo y la casuística en la literatura bioética 24
   - 2.1 El principialismo en Beauchamp y Childress 25
   - 2.2 La casuística en Jonsen 27
   - 2.3 El principialismo y la casuística en otros autores 28
     - 2.3.1 Los métodos de la bioética según Wildes 29
     - 2.3.2 La clasificación de las corrientes de bioética en relación a su fundamentación ética 30
     - 2.3.3 La clasificación en relación al principialismo 32
     - 2.3.4 La clasificación de la *Encyclopedia of Bioethics* 33
     - 2.3.5 La terminología empleada para referirse al principialismo y la casuística 35

CAPÍTULO II EL PRINCIPIALISMO 39

1. Los orígenes del principialismo en bioética 39
   - 1.1 El Belmont Report 39
   - 1.2 La publicación de *Principles of Biomedical Ethics* 43
2. Los principios de la ética y de la bioética 50
3. Los principios *prima facie* 53
   - 3.1 La justificación moral de los principios 58
     - 3.1.1 Modelo deductivo 58

3.1.2 Modelo inductivo 59
3.1.3 Modelo coherente 60
a) El equilibrio reflexivo de John Rawls 61
b) El "amplio equilibrio reflexivo" de Norman Daniels 62
3.1.4 El anclaje en la moralidad común 65
3.2 Conflictos entre los principios y vías para su resolución 68
3.2.1 La especificación de las reglas morales 69
a) La especificación de Henry S. Richardson 71
b) Incorporación de la especificación a *Principles of Biomedical Ethics* 74
3.2.2 La ponderación de los principios 74
4. Presentación de los principios 77
4.1 El principio de respeto de la autonomía (*respect for autonomy*) 78
4.1.1 Origen filosófico del principio 79
4.1.2 Ámbito de actuación del principio 80
4.1.3 El consentimiento informado 83
a) Competencia – capacidad (*competence*) 84
b) Revelación (*disclosure*) 85
c) Comprensión (*understanding*) 89
d) Voluntariedad (*voluntariness*) 90
4.2 El principio de no-maleficencia (*nonmaleficence*) 91
4.2.1 Diferencias tradicionales y reglas sobre el no tratar 94
a) No iniciar frente a retirar un tratamiento 95
b) Tratamientos ordinarios frente a tratamientos extraordinarios 96
c) Técnicas de mantenimiento y tratamientos médicos 97
d) Efectos intencionados frente a efectos simplemente previsibles 98
e) Tratamientos optativos y tratamientos obligatorios 99
4.2.2 Matar y dejar morir 101
4.2.3 Justificación de la ayuda al morir 102
4.3 El principio de beneficencia (*beneficence*) 105
4.3.1 Las obligaciones de beneficencia 106
4.3.2 El paternalismo: conflictos entre beneficencia y autonomía 108
4.3.3 Ponderación de beneficios, costes y riesgos 112

4.4 El principio de justicia (*justice*) 115
4.4.1 Principio formal y principio material de justicia 116
4.4.2 La regla de la oportunidad justa y el derecho a un mínimo decente de asistencia sanitaria 117
5. Papel e importancia del carácter moral 119
5.1 Virtudes morales 122
5.2 Las cinco virtudes fundamentales 124
5.3 Principios y virtudes 125

CAPÍTULO III LA CRÍTICA AL PRINCIPIALISMO 129
1. Críticas en relación a la consideración del acto moral 129
1.1 La crítica de Vendemiati 130
1.2 ¿Cómo caracterizan Beauchamp y Childress el acto moral? 132
1.3 La valoración moral del acto humano y la relevancia del objeto de la voluntad 140
1.4 La norma moral y su relación con la configuración del acto humano 145
2. Críticas en relación a la aplicabilidad de los principios 150
2.1 El paso de los principios a los casos 151
2.2 Resolución de los conflictos entre los principios 157
2.2.1 Críticas a la ponderación (*balancing*) 158
2.2.2 Críticas a la especificación 161
2.3 Conclusiones en relación a la aplicabilidad de los principios .. 163
3. Críticas en relación al contenido de los principios 166
3.1 El concepto de autonomía 167
3.2 El concepto de calidad de vida 175
4. Críticas en relación a la fundamentación 179
4.1 El principialismo y las teorías éticas 180
4.2 La moralidad común como fundamento del principialismo 183
4.3 El principialismo entre deontología y utilitarismo 186
5. Críticas en relación a la consideración del agente moral 192
5.1 Papel de las virtudes en el principialismo 193
5.2 La ética basada en dilemas frente a un concepto fuerte de virtud moral 195
5.2.1 La superioridad de la virtud frente a la norma según Gardiner 196
5.2.2 Las dimensiones intelectiva y volitiva del actuar humano 198

5.3 Virtudes morales y prudencia 201
5.4 Un ejemplo conclusivo 203

CAPÍTULO IV LA CASUÍSTICA EN BIOÉTICA..... 207
1. Origen: *National Commission* y *The Abuse of Casuistry* 207
1.1 ¿Existe una alternativa a "la tiranía de los principios"? 211
1.2 El término "casuística": entre ciencia de aplicación y método de análisis y resolución de casos..... 214
2. Recorrido histórico de la casuística 218
2.1 Los antecedentes..... 219
2.1.1 Aristóteles..... 220
2.1.2 Cicerón..... 221
2.2 Los precursores 223
2.2.1 Los orígenes del cristianismo..... 223
2.2.2 Los canonistas y los confesores..... 225
a) Los canonistas 225
b) Los confesores 226
2.2.3 Los teólogos 227
a) Ley natural y razón natural..... 228
b) Conciencia 228
c) Prudencia..... 229
d) Circunstancias 230
2.3 La alta casuística 231
2.3.1 Los escritores de las Summae y los Jesuitas 231
2.3.2 Textos, autores y métodos 232
2.3.3 El probabilismo 233
2.4 La casuística en funcionamiento..... 235
2.5 Elementos de la casuística 238
2.6 La crisis: "Las Cartas Provinciales" de Pascal 240
2.7 Después de "Las Cartas Provinciales" 242
2.8 El renacer de la Casuística..... 244
2.9 Epílogo y conclusiones..... 245
3. La propuesta casuística para la bioética 247
3.1 Un método casuístico para las cuestiones de ética biomédica . 247
3.2 La bioética clínica de Albert R. Jonsen..... 252
3.2.1 Morfología (*morphology*)..... 253
a) Las indicaciones médicas (*medical indications*) 257

b) Las preferencias del paciente (*patient preferences*)..... 258
c) La calidad de vida (*quality of life*)..... 258
d) El contexto (*contextual features*) 259
3.2.2 Taxonomía (*taxonomy*) 259
3.2.3 Cinética (*kinetics*) 261

CAPÍTULO V LA CRÍTICA A LA CASUÍSTICA DE JONSEN 265
1. Críticas en relación a los elementos que constituyen la moralidad 266
1.1 Las circunstancias del caso en la consideración de la acción moral 266
1.2 Las máximas morales: método y contenido de la casuística 269
1.3 Prudencia (*phronesis*): virtud dianoética de la razón práctica . 272
2. Críticas en relación al contenido 279
2.1 Un concepto ambiguo de autonomía 279
2.2 Un vago concepto de calidad de vida 281
3. Críticas en relación a la fundamentación 286
3.1 La casuística entre situacionismo e intuicionismo..... 288
3.2 La casuística en la actual sociedad pluralista 289
3.3 La casuística y el problema de la autocrítica 292
4. El uso real del método casuístico en la bioética clínica de Albert R. Jonsen 293

CONCLUSIONES 303

BIBLIOGRAFÍA 313
1. Principialismo 313
1.1 Escritos de Tom L. Beauchamp y James F. Childress 313
1.2 Comentarios y críticas al principialismo..... 315
2. Casuística en bioética..... 324
2.1 Escritos de Albert R. Jonsen y Stephen Toulmin 324
2.2 Comentarios y críticas a la casuística en bioética..... 327
3. Contexto bioético del principialismo y la casuística..... 331
4. Bibliografía ética de carácter general..... 335

ÍNDICE DE NOMBRES 337

ABREVIATURAS

AoC	*Abuse of Casuistry*
CE	*Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine* (5ª edición)
EN	*Ética a Nicómaco*
PdEB	*Principios de ética biomédica*
PoBE	*Principles of Biomedical Ethics* (5ª edición)
STh	*Summa Theologiae* de Tomás de Aquino

INTRODUCCIÓN

El estudio que ahora presentamos trata de bioética, y concretamente de bioética clínica. El adjetivo clínica en este contexto indica que las cuestiones de bioética que se estudian son principalmente aquellas referidas a la práctica médica habitual, aquella que se realiza a la cabecera del enfermo. La bioética clínica (*clinical ethics* en su original inglés) ha dado lugar en los últimos tres decenios a no pocas propuestas que a nivel teórico han intentado dar solución a aquellos problemas éticos que aparecen dentro del marco de la relación médico-paciente. Entre esas propuestas sobresalen, sin lugar a dudas, el principialismo y la casuística.

El objetivo de este trabajo es doble: de una parte, ofrecer al lector de lengua castellana una presentación de estos modelos de bioética clínica, que tanto desarrollo tienen en ámbito anglosajón, y cuya influencia es innegable también en Europa; de otra, analizar críticamente ambas propuestas tomando como punto de partida la abundantísima bibliografía existente. Hablar de principialismo en bioética significa hablar del libro de Tom Beauchamp y James Childress, *Principles of Biomedical Ethics*. Este texto ha sido, y sigue siendo, punto de referencia para el análisis ético de los problemas de biomedicina, no sólo en los Estados Unidos, sino también en muchas otras regiones del mundo. Por lo que se refiere a la casuística, no existe un libro canónico como en el caso del principialismo. Además, bajo esta denominación encontramos diferentes autores y propuestas. Sin embargo, se puede afirmar sin miedo a equivocarse, que la figura más destacada dentro de este grupo es Albert Jonsen.

Por lo que se refiere al primer objetivo, se debe advertir que así como en lengua inglesa hay muchos trabajos que explican estos dos modelos, en castellano (como sucede también en italiano y

francés) son escasos los escritos de este tipo. En este trabajo, la presentación de cada modelo se realizará estudiando uno de sus textos paradigmáticos. En el caso del principialismo la elección viene ya dada por la primacía del citado libro de Beauchamp y Childress, cuya primera edición vio la luz en 1979. Contamos con la traducción española de la cuarta y penúltima edición. Como representante de la casuística hemos escogido *The Abuse of Casuistry*, libro que Jonsen escribe con Stephen Toulmin en 1988, y que no está traducido al castellano. Esta primera parte se caracteriza por un trabajo de síntesis de las principales ideas de los textos escogidos, al que se añade, cuando resulta necesario, citas de otros trabajos de estos mismos autores, así como las de otros estudiosos que han desarrollado, o simplemente comentado estos modelos. Nos ha parecido que el estudio directo de los escritos de los promotores de cada una de las propuestas es un modo privilegiado para estar en condiciones de realizar, en un segundo momento, su valoración crítica.

Tras la presentación de cada una de las propuestas se pasa a una segunda parte que se articula alrededor de las críticas aparecidas en la bibliografía bioética. En este caso, junto al trabajo descriptivo de los puntos problemáticos que presentan diferentes autores, se intenta una valoración de su coherencia y profundidad. La bibliografía consultada en esta segunda parte es inglesa en su gran mayoría, aunque también incluimos los trabajos aparecidos en lengua castellana e italiana. De entre las críticas al principialismo y a la casuística que tendremos ocasión de estudiar, algunas están bien desarrolladas, y las recogemos tal y como han sido enunciadas. En otros casos, aparecen simplemente apuntadas en diferentes escritos, y han requerido un trabajo de análisis y profundización. También hay que tener presente que no son pocos los autores que se limitan a repetir lo escrito por otros. Por lo que se refiere a la crítica del principialismo, el artículo que Danner Clouser y Bernard Gert publicaron en 1990 marcó un momento importante en la breve historia de este modelo de bioética, y se convirtió rápidamente en cita obligada al realizar una valoración de la obra de Beauchamp y Childress. Aunque después de esta fecha han aparecido dos nuevas ediciones de su libro, algunos de los puntos problemáticos señalados en este artículo siguen teniendo

validez, como veremos más adelante. En el caso de la casuística no tenemos un trabajo crítico semejante. En realidad, el número de artículos publicados sobre su uso en bioética clínica es mucho menor que en el caso del principialismo. Esto se debe a dos razones. Por un lado, a que este modelo apareció en la literatura bioética un decenio después de la obra de Beauchamp y Childress; de otro, que el seguimiento que ha tenido ha sido menor.

Podemos decir que el interés del presente trabajo está en la recopilación de todas estas críticas desde una perspectiva global de filosofía moral. No hemos encontrado en la literatura ningún escrito que cubra dicho objetivo. Esto se debe fundamentalmente a que la mayoría de los trabajos publicados hasta la fecha focalizan su atención en un aspecto concreto del discurso moral, perdiendo en la mayoría de los casos la visión de conjunto. En el fondo no es más que una cuestión de espacio, pues prácticamente todos estos trabajos son artículos de revistas o capítulos de obras colectivas con una extensión que no permite el análisis detallado de cada propuesta. En las páginas que siguen proponemos una valoración del principialismo y de la casuística considerando cuál es su modo de concebir el acto humano, cómo entienden la racionalidad práctica y su normatividad, qué relación existe entre las dimensiones intelectuales y afectivas en el juicio moral, y cuál es el papel que juegan las virtudes morales, en modo particular la prudencia. Al hacer este análisis por separado, primero respecto al principialismo y después con relación a al casuística, hemos descubierto que es posible encontrar fuertes paralelismos en algunas de las críticas. Y esto, aunque muchas veces se han presentado como modelos antitéticos: mientras el principialismo valoraría los diferentes problemas desde lo alto, desde los principios, la casuística lo haría desde la base, desde los casos concretos. Con estas páginas queremos hacer ver la gran proximidad que existe entre el tipo de racionalidad práctica que hay detrás de estas propuestas, y que pensamos es aplicable también a la casi totalidad de la bioética americana. Esta es la razón por la cual aparecen algunas repeticiones en el estudio crítico de una y otra parte. Aun procurando reducirlas al mínimo, nos ha parecido importante dejar evidencia de lo problemático de algunos puntos que son comunes al principialismo y la casuística. Al mismo tiempo, no se ha visto aconsejable

hacer el análisis crítico conjuntamente, pues las diferencias entre uno y otro modelo son también claras y dignas de estudio.

Este estudio se estructura del siguiente modo. Comienza con un primer capítulo dedicado a clarificar el concepto de bioética clínica, y a explicar por qué se han elegido estos dos modelos y no otros de entre las diferentes posibilidades presentes en el debate actual. Los capítulos segundo y cuarto se dedican a la presentación del principialismo y la casuística respectivamente. El tercer y quinto capítulo se dedican al análisis crítico de cada una de las propuestas. El trabajo acaba con un apartado de conclusiones en el que se ponen de manifiesto la importancia de estos dos modelos de bioética clínica y sus mayores deficiencias, a la vez que se sugieren algunas líneas de investigación que podrían ayudar a la resolución de las cuestiones problemáticas planteadas.

CAPÍTULO I

LA COLOCACIÓN DEL PRINCIPIALISMO Y LA CASUÍSTICA DENTRO DE LA BIOÉTICA CLÍNICA

1. LA BIOÉTICA CLÍNICA

En el famoso libro de Jonsen, Siegler y Winslade, *Clinical Ethics*, se dice que la bioética clínica consiste en la identificación, el análisis y la resolución de los problemas morales que aparecen en la atención de un paciente particular[1]. En esta descripción aparecen dos puntos importantes que conviene tener en cuenta a la hora de tratar esta disciplina. De una parte, se dice que el núcleo alrededor del cual giran los diferentes problemas morales es la relación personal entre el médico y el paciente: si no existe dicha relación, no podremos hablar de bioética clínica[2]. Podremos referirnos a otras ramas de la bioética, pero no a la clínica. Por otra parte se señala que la identificación y el análisis de dichos pro

[1] A. R. JONSEN, M. SIEGLER y W. J. WINSLADE, *Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decision in Clinical Medicine*, McGraw Hill, New York 2002 (5ª edición), p. 2. El término inglés *clinical ethics* aparece en la literatura especializada española con los nombres "bioética clínica" y "ética clínica". En estas páginas utilizamos generalmente el de bioética clínica, ya que la tendencia actual va en esta línea.

[2] Sobre este punto ver también M. J. BLITON, *The Ethics of Clinical Ethics Consultation: on the Way to Clinical Philosophy*, UMI Dissertation Services, Ann Arbor 1993, p. 32. En los últimos años el concepto de bioética clínica se ha expandido con respecto al sentido restrictivo que tenía hasta la mitad de los años Noventa. Ahora incluye también las cuestiones relativas a la organización de las instituciones hospitalarias y a la economía sanitaria (cfr. J. FLETCHER, H. BRODY y M. P. AULISIO, *Clínical Ethics* en S. G. POST [ed.], *Encyclopedia of Bioethics*, Simon & Schuster Macmillan, New York 2004 [3ª edición], vol I, pp. 433-34).

blemas morales ha de acabar siempre en una resolución: no es posible hacer bioética clínica sin llegar a una decisión[3].

La bioética clínica trata fundamentalmente de las cuestiones morales que surgen a la cabecera del paciente. Fletcher señala cuatro puntos de los que emanan obligaciones concretas para el médico una vez establecida la relación con el paciente: la confidencialidad; la honestidad en las comunicaciones con relación al diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico; la determinación de la capacidad del sujeto de tomar parte en las decisiones oportunas; y la conducción ética del consentimiento informado[4]. Buena parte de la bioética clínica queda englobada en lo que algunos autores denominan bioética cotidiana, término que refleja adecuadamente la distinción con otra área de reflexión ética que es la llamada bioética de frontera. De todas formas, la bioética cotidiana no siempre correspondería al sentido descrito en el párrafo anterior[5].

[3] Pellegrino distingue entre bioética teórica y bioética clínica. Y señala precisamente, que lo importante de la segunda es que ha de llegar a una decisión (cfr. E. D. PELLEGRINO, *Clinical Ethics: Biomedical Ethics at the Bedside*, "JAMA" 260 [1988], p. 837). Esto no sucede en muchos otros campos de la bioética, donde el objetivo primario del discurso no es la decisión sino una explicación teórica de las cuestiones morales que aparecen en una determinada área, como es por ejemplo el estudio de las implicaciones éticas de la investigación con células madre, la clonación, etc.

[4] Cfr. J. FLETCHER, F. G. MILLER y E. M. SPENCER, *Clinical Ethics: History, Content, and Resources* en J. FLETCHER *et al*. (eds.), *Introduction to Clinical Ethics*, University Plublising Group Inc., Frederick 1995, p. 10.

[5] Estos términos los tomamos de Giovanni Berlinguer (*bioetica quotidiana e bioetica di frontiera*): cfr. *Questioni di vita: etica, scienza e diritto*, "Rivista di teologia morale", 78 (1988), pp. 63-68. Este mismo autor tiene un libro posterior titulado precisamente *Bioetica quotidiana*, que pretende ser un desarrollo sistemático de las cuestiones prácticas que encuentra el médico en la práctica clínica diaria. Sin embargo, repasando los capítulos que componen este volumen se descubre que se tratan muchas de las cuestiones que son más propias de lo que hemos denominado bioética de frontera: procreación y procreación asistida, esterilización, experimentación con embriones humanos, población y valores demográficos, ética y negocios, valorización del cuerpo, salud global, etc. (cfr. G. BERLINGUER, *Bioetica quotidiana*, Giunti, Firenze 2000). Por otro lado, Spinsanti define la bioética de Nicole Léry como "la ética del cotidiano": S. SPINSANTI, *La bioetica. Biografie per una disciplina*, Franco Angeli, Milano 1995, pp. 150-58. Esta denominación se debe, más que a los contenidos de estudio, al modo de afrontarlos; ya que esta autora sugiere una herramienta para resolución de con-

La bioética clínica parte de la consideración de que los interrogantes éticos son inseparables de los clínicos, de aquellas cuestiones que tienen que ver con el diagnóstico y el tratamiento más adecuado. Esto no significa que el médico haya de introducirse en complejas disquisiciones filosóficas, sino que habrá de proponer aquellas posibilidades que consigan de modo más acabado el bien del paciente, sobre todo en relación a su salud. Por tanto, la bioética clínica aparece como mediación entre los sujetos (que entran en relación) y el acto médico, ofreciendo algunos principios, valores, consejos para una definición común en la tarea de decidir aquí y ahora cuál es la decisión médica (y ética) más adecuada.

Si intentamos situar la bioética clínica dentro de un cuadro más general que señale cuál es su relación con la ética y la medicina, nos daremos cuenta de que no existe una concepción unitaria sobre este punto. Un ejemplo paradigmático lo encontramos en Thomasma y Pellegrino. Aún siendo coautores de un número no pequeño de libros, su idea sobre la naturaleza de la bioética clínica no es exactamente la misma. Para Thomasma la bioética clínica no puede ser solamente una parte de la ética aplicada o una parte de la medicina[6]. Por su parte, Pellegrino sostiene que estrictamente hablando la bioética clínica es una rama de la ética biomédica, que a su vez es una parte de la ética general, y ésta una sección de la filosofía[7]. Mucho se podría escribir sobre los diferentes niveles y subdivisiones que es posible encontrar en la bioética. Baste aquí señalar las indicaciones de tres autores. Callahan escribe en la *Encyclopedia of Bioethics* que, con el desarrollo de esta disciplina en los últimos años, ha quedado claro que la gran diversidad de cuestiones de bioética hace necesaria más de una metodología. En concreto, distingue cuatro grandes áreas: la bioética teórica, que

flictos en ámbito médico (tanto desde el punto de vista ético como legal), que parte de la experiencia moral de otras personas, más que de una reflexión teórica y sistemática de las cuestiones.

[6] «Instead it should be viewed as a symbiotic discipline embracing both medicine and ethics. Medicine and ethics are inseparably linked because the identification of conflicting values, a necessary step for ethics, depends on the medical context» (D. C. THOMASMA, *Training in Medical Ethics: An Ethical Workup*, "Forum on Medicine" 1 [1978], p. 34).

[7] Cfr. E. D. PELLEGRINO, *Clinical Ethics: Biomedical…*, p. 837.

trata de la fundación y está en manos de filósofos y teólogos; la bioética clínica, referida a las cuestiones que surgen diariamente en la práctica de la medicina, y corresponde fundamentalmente al médico y al paciente; las políticas bioéticas, más relacionadas con el ámbito jurídico y las ciencias sociales; y la bioética cultural, que trata de las cuestiones bioéticas en relación al contexto histórico, ideológico y social en el que se desarrolla[8].

Dentro de la bioética clínica Drane y Siegler hacen una clasificación de los diferentes tipos de reflexión ética en relación a su grado de abstracción, a su mayor o menor cercanía con las decisiones que se han de tomar. Drane distingue cuatro escalones del discurso ético: existencial (que corresponde al plano de la actuación, donde priman el contexto y los valores), legal (plano de las normas y reglas), formal (constituido por los principios morales y las virtudes) y filosófico (donde entrarían las diferentes visiones y creencias en ámbito moral)[9]. Siegler, siguiendo a Aiken, distingue entre el nivel de la decisión técnico-moral a la cabecera del enfermo, el nivel de los principios éticos y valores sobre los que apoya la decisión, y el nivel de los principios filosóficos más generales y básicos[10].

Con estas breves indicaciones podemos decir que la bioética clínica es aquella parte de la bioética que estudia las cuestiones morales que surgen en la relación entre el médico y el paciente con motivo de la acción médica (sea esta de diagnóstico, tratamiento, prevención o de ensayo clínico). La bioética clínica se centra por tanto en la toma de decisiones, pero requiere de los demás niveles del razonamiento ético para dar respuesta a la pregunta de por qué una decisión es más adecuada que otra. Esta es la razón por la que la bioética clínica necesita, siguiendo la terminología empleada por Siegler, de los niveles de principios éticos y de principios filosóficos más generales. El modo de trabajar de la bioética clínica puede tomar distintos caminos según sigamos a un autor u

[8] Cfr. D. CALLAHAN, *Bioethics* en S. G. POST (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*..., vol. I, pp. 278-87.

[9] Cfr. J. F. DRANE, *Clinical Bioethics. Theory and Practice in Medical-Ethical Decision Making*, Sheed & Ward, Kansas City 1994.

[10] Cfr. M. SIEGLER, *A Legacy of Osler*, "JAMA" 239 (1978), pp. 951-56.

otro. Efectivamente, en los últimos treinta años son numerosas las propuestas que han aparecido bajo dicho nombre. Propuestas que difieren unas de otras no solo por la metodología que emplean, sino también por los contenidos morales que utilizan. Este florecer de propuestas tan dispares es lo que ha llevado a Koczwara y Madigan a calificar la bioética clínica como un terreno complejo y potencialmente inestable[11].

Con lo dicho hasta ahora resulta evidente que es el médico, el operador sanitario en general, el principal interesado en este tipo de bioética; ya que es él quien, junto con el paciente, debe tomar las diferentes decisiones[12]. Esta es la razón por la que la bioética clínica ha llegado a ser una asignatura más en los programas de estudio de medicina, enfermería, etc. Pero, ¿cuál debería ser el contenido de esa materia? En un artículo de 1990 Pellegrino, Siegler y Singer enumeran tres objetivos para su enseñanza: habilidad cognitiva, habilidad comportamental y desarrollo del carácter. El profesor de bioética clínica debe enseñar a sus alumnos no sólo las herramientas teóricas para ser capaces de realizar buenas decisiones, sino también el modo de realizar dichas decisiones a la cabecera del paciente. Por último, pero no menos importante, debería ayudar a sus alumnos en el crecimiento de las virtudes morales[13]. Sobre quién deba enseñar la bioética clínica tampoco existe unanimidad. De todas formas, la mayoría de los autores piensa que sea conveniente la combinación entre los llamados expertos en bioética (que pueden proceder del ámbito filosófico o teológi

[11] «The reader's initial expectation of a clear definition is replaced by an appreciation for the complexity and potential instability of this still developing field» (B. M. KOCZWARA y T. J. MADIGAN, *The Heterogeneity of Clinical Ethics: the State of the Field as Reflected in the Encyclopedia of Bioethics*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 22 [1997], p. 79).

[12] Se podría decir que los principales interesados son el médico y el paciente, ya que también este último tiene un papel central en dichas cuestiones. La bioética clínica se centra en el sanitario, y no en el paciente, porque es a aquel a quien puede formar más fácilmente.

[13] Cfr. E. D. PELLEGRINO, M. SIEGLER, P. SINGER, *Teaching Clinical Ethics*, "Journal of Clinical Ethics" 1 (1990), pp. 175-80. Ciertamente, como ellos mismos señalan en el artículo el tercer objetivo (que describen como el componente afectivo de la bioética clínica) aún siendo el más difícil de alcanzar, resulta necesario para un aprendizaje completo de esta materia.

co), cuya misión sería la de proporcionar los conocimientos teóricos necesarios para tomar buenas decisiones; y los clínicos, que estarían encargados de enseñar a los estudiantes a realizar dichas decisiones en la vida real. A estos últimos correspondería también el papel de enseñar el modo de adquirir y fomentar las virtudes necesarias para realizar bien el trabajo en ámbito sanitario[14].

Volviendo a la cuestión sobre las diferentes propuestas para la bioética clínica podemos señalar que la complejidad de las situaciones reales hace imposible enumerar todos los posibles conflictos éticos que pueden aparecen en el ámbito de la práctica clínica[15]. Por eso, los libros que tratan de esta materia no pretenden dar unas soluciones prefabricadas para todos los posibles conflictos que pueda encontrar el médico y/o el paciente en el curso de la actuación médica. Mas bien procuran proporcionar los instrumentos necesarios para poder realizar esos juicios morales del modo más adecuado. Fletcher distingue seis grandes problemas puestos a la bioética clínica: el rechazo por parte del paciente competente de un test diagnóstico o un tratamiento por razones religiosas, culturales o simplemente personales; la atención de pacientes terminales, y la actitud ante posibles peticiones de eutanasia o suicidio asistido, así como la determinación de la muerte como tal; el abandono de tratamientos de soporte vital en pacientes incapaces de expresar su consentimiento, y la determinación de la futilidad médica; las disputas en torno a tratamientos de recién nacidos y niños; las elecciones en materia reproductiva, incluyendo el aborto, la esterilización, el diagnóstico prenatal, etc.; la racionalización de recursos escasos como puestos en las UCIs, órganos para trasplante, etc[16].

[14] Cfr. M. SIEGLER, *A Legacy of…*, pp. 955-56. «There is no coherent reason why a non physician cannot learn enough about the clinical facts to make ethical judgments about them. Nor is there any reason that physician cannot learn enough about the skills of ethical analysis to use them in his or her own cases or as a consultant» (E. D. PELLEGRINO, *Clinical Ethics: Biomedical…*, p. 838). Sobre las ventajas de que sea el clínico quien enseñe bioética clínica ver E. D. PELLEGRINO, M. SIEGLER, P. SINGER, *Teaching Clinical Ethics…*, p. 179.

[15] Cfr. J. FLETCHER, F. G. MILLER y E. M. SPENCER, *Clinical Ethics: History…*, p. 4.

[16] Cfr. *ibid.*, p. 10.

En el artículo sobre la bioética clínica de la *Encyclopedia of Bioethics* se señalan cinco grandes modelos: el principialismo de Beauchamp y Childress, la teoría ética unitaria de Graber y Thomasma, los modelos feministas de Gilligan, Nodding, Wolf y Tong, el modelo teológico de Hauerwas, y la propuesta casuística, que incluye a Jonsen y Toulmin, Brody y Arras[17]. Por su parte, Drane habla de cuatro metodologías principales para la bioética clínica. Junto a la casuística y al modelo de seis pasos de Thomasma ya mencionados, señala los trabajos de Siegler, y su propia propuesta metodológica[18].

En esta tesis nos centraremos en dos de estas propuestas: el principialismo de Beauchamp y Childress y la casuística de Jonsen. La razón de dicha selección resulta obvia por lo que se refiere a la primera, pues el libro *Principles of Biomedical Ethics* supone sin lugar a dudas la propuesta que ha tenido más impacto en este ámbito, no sólo en Estados Unidos, sino también en muchos otros países. Por lo que se refiere a la casuística la elección no resulta tan clara, pues también un buen número de trabajos sobre la narrativa y la virtud que podrían haberse elegido para estudio[19]. Las razones que nos han llevado a esta elección son fundamentalmente dos. De un lado, que en la casuística propuesta por Jonsen, a diferencia de la narrativa y la virtud, encontramos una metodología clara para la bioética clínica. De otro, que para algunos auto

[17] Cfr. J. FLETCHER, H. BRODY y M. P. ALULISIO, *Clinical Ethics*…, pp. 433-34.

[18] Cfr. J. F. DRANE, *Clinical Bioethics. Theory*…, pp. 49ss.; ID. *Methodologies for Clinical Ethics*, "Bulletin of Pan American Health Organization" 24 (1990), p. 401. Sobre la propuesta de Thomasma, ver D. C. THOMASMA, *Training in Medical*…; D. C. THOMASMA y P. A. MARSHALL, *Clinical Medical Ethics Cases and Readings*, University Press of America, Lanham 1994. Sobre la propuesta de Siegler, ver M. SIEGLER, *Decision-Making Strategy for Clinical-Ethical Problems in Medicine*, "Archives of Internal Medicine" 142 (1982), pp. 2178-79; ID., *Clinical Ethics and Clinical Medicine*, "Archives of Internal Medicine" 139 (1978), pp. 914-15; ID., *A Legacy of*…

[19] Las propuestas de Thomasma y Drane han tenido menos repercusión en la literatura bioética. Por lo que se refiere a la de Siegler veremos que está muy relacionada con la de Jonsen.

res, el principialismo y la casuística ocuparían extremos opuestos entre las propuestas actuales para la bioética[20].

2. El principialismo y la casuística en la literatura bioética

Antes de seguir adelante nos parece importante dedicar unas páginas a estudiar el modo en que el principialismo y la casuística son considerados dentro de la literatura bioética, pues se trata de una cuestión no bien definida. Al repasar las clasificaciones que los libros de bioética ofrecen de las distintas propuestas es fácil descubrir cómo todavía no existe un acuerdo generalizado en el modo de realizarlas. Las diferencias se encuentran tanto a la hora de elegir el criterio de clasificación, como en la distribución de los distintos autores. Como bien ha señalado Callahan[21], se trata de un verdadero puzzle que se debe ir resolviendo con paciencia[22].

Comenzaremos viendo lo que los propios autores mencionan sobre sus propuestas. Después, describiremos brevemente los trabajos más sobresalientes que tratan de esta cuestión (fundamentalmente del área norteamericana), sin tener la pretensión de un análisis exhaustivo. En el último apartado del capítulo situaremos el principialismo y la casuística dentro del marco que nos parece más adecuado para la comprensión de las propuestas.

[20] «Medical casuistry turns entirely away from the theoretical perspectives of the other approaches we have considered. It claims to operate on a *pre*theoretical level in resolving ethical issues (...) In many ways, it occupies the opposite end of the spectrum from principlism» (E. R. DuBose, R. P. Hamel y L. J. O'Connell [eds.], *A Matter of Principles? Ferment in U. S. bioethics*. Trinity Press International, Valley Forge 1994, pp. 15-16). La difusión e influencia del principialismo y la casuística se trata de forma más extensa en la segunda parte de este capítulo y en los capítulos II y IV.

[21] Cfr. D. Callahan, *Bioethics* en S. G. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*..., vol. I, pp. 278-87.

[22] En este apartado nos movemos a un nivel más general del de la bioética clínica. La razón de este paso hacia atrás, hacia la bioética general, está en que la bioética clínica (como disciplina aparte) es más reciente que las propuestas que estamos estudiando, y por eso no aparece mencionada como tal en muchas de las clasificaciones que se han hecho de las corrientes de bioética.

2.1 El principialismo en Beauchamp y Childress

En las primeras ediciones de *Principles of Biomedical Ethics*, los autores ofrecían un diagrama para explicar su concepción sobre el modo de justificar el razonamiento y juicio moral. Distinguían cuatro escalones o niveles jerárquicos, en donde los niveles inferiores encuentran su justificación en los superiores[23]:

teorías éticas

↑

principios

↑

reglas

↑

juicios particulares y acciones

Esta indicación es interesante como punto de partida en nuestra investigación. Beauchamp y Childress repiten con frecuencia que su intento no es el de crear una nueva teoría moral, sino de presentar un sistema de principios que pueda acoplarse (*engage*) con alguna de las ya existentes[24]. Son conscientes de que su propuesta contiene «algunos elementos de una teoría comprehensiva general», pero que no llega a constituirse como tal[25]. Las teorías

[23] Vid. T. L. BEAUCHAMP y J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York 1979 (1ª edición), p. 5. En la cuarta edición explican que este esquema es válido solamente cuando no hay conflictos entre diferentes principios (cfr. PoBE [4ª edición], p. 16). En la última edición el esquema ha desaparecido. Mientras no se especifique otra cosa, las referencias a PoBE corresponden a la quinta y última edición del libro.

[24] Esta afirmación rotunda en la quinta edición, no es tan clara en la cuarta, donde entre las teorías éticas enumeran la casuística y las teorías basadas en principios y en la moralidad común (*Principle-Based, Common-Morality Theories*).

[25] «Eight conditions express a more or less traditional understanding of criteria for ethical theories: clarity, coherence, completeness and comprehensiveness, simplicity, explanatory power, justificatory power, output power and practicability» (PoBE, pp. 338-40). Mientras no se diga otra cosa, la traducción al español es nuestra.

morales que señalan en ámbito biomédico son: el utilitarismo, la ética kantiana, las teorías individualistas liberales, las comunitarias, y las éticas del "cuidado" (*ethics of care*)[26]. Todas ellas contienen elementos morales interesantes; y, según nuestros autores, de todas se puede aprender. Los aspectos morales deficitarios de una, pueden encontrar una solución satisfactoria en las otras[27]. En cualquier caso, concluyen diciendo que ninguna sería suficiente para el ámbito biomédico. Afirmación que parece más una toma de posición apriorística para permanecer abiertos a distintas corrientes de pensamiento, que una verdadera conclusión.

Si el principialismo no es una teoría moral, ¿dónde puede encuadrarse? Al hablar de los métodos, lo primero que Beauchamp y Childress se plantean es si realmente exista alguno para la bioética. Analizan los modelos deductivos (*top-down*) e inductivos (*bottom-up*), que no consideran suficientes en este terreno. Ellos proponen un tercer modelo, que integraría los dos anteriores, dentro de lo que denominan una teoría coherente (*coherence theory*). Ni la aplicación de los principios, propia del modelo deductivo, ni la simple inducción a partir de la resolución de casos concretos, es suficiente para la bioética. Entre los principios o máximas y los

[26] El tratamiento que las teorías morales han tenido en el libro ha ido cambiando en las diferentes ediciones. Concretamente, hasta la tercera se hablaba solamente de las teorías utilitaristas y deontológicas. A partir de la cuarta aumenta el número de posibilidades, y en la última edición se enumera cinco (PoBE, p. xi).

[27] En el capítulo 8, titulado *Moral Theories*, explican cada una de ellas, presentando sus aciertos y deficiencias (cfr. PoBE, pp. 340-77). Esta clasificación de las teorías éticas difiere de otras que encontramos en escritos individuales, o con otros autores. Así, por ejemplo, Childress en un artículo aparecido en 1989 distingue las teorías éticas según su énfasis sobre uno u otro de los elementos que constituyen el obrar humano (agente, acto, fines, consecuencias): teorías de la virtud, teorías deontológicas, teorías teleológicas y teorías consecuencialistas (cfr. J. F. CHILDRESS, *The Normative Principles of Medical Ethics* en R. M. VEATCH [ed.], *Medical Ethics*, Jones and Bartlett Publishers, Boston 1989, p. 31). Por su parte, Beauchamp, en un libro escrito con LeRoy Walters, distingue dos grandes grupos: las teorías tradicionales (utilitarismo y éticas kantianas), y los nuevos desafíos a esas perspectivas (éticas de la virtud, éticas del "cuidado" y casuística), cada una de las cuales tendría su método propio (cfr. T. L. BEAUCHAMP y L. WALTERS, *Contemporary Issues in Bioethics*, Wadsworth Publishing Company, Belmont 1999 [5ª edición], pp. 10-18).

juicios concretos ha de darse un "equilibrio reflexivo"[28]. Se puede decir por tanto, con las indicaciones presentadas en *Principles of Biomedical Ethics*, que para Beauchamp y Childress el principialismo no sería ni una teoría moral, ni tampoco un método de la bioética.

De todas formas, si nos detenemos a considerar los términos que utilizan para referirse a su propuesta, podemos recabar alguna indicación más para completar el cuadro presentado. Childress distingue tres grandes *approaches* (se traduce aquí, de primer intento, como "perspectivas") presentes en el panorama bioético actual: la teoría ética de Gert y Clouser, el principialismo y la casuística. En su explicación posterior los presenta como "tres métodos o perspectivas en la ética religiosa"[29]. También Beauchamp utiliza con cierta frecuencia el término *approach* para referirse al principialismo[30].

2.2 La casuística en Jonsen

Dejemos de momento el principialismo, y pasemos a la casuística. A diferencia del libro anterior, *The Abuse of Casuistry* no se propone como un texto para la biomedicina, sino para la ética aplicada en general. Si lo hemos tomado como paradigmático de la llamada bioética casuística, ha sido porque *de facto* es referencia constante en todos los escritos de los autores que han seguido la casuística en el ámbito de la ética médica. No encontraremos en el texto indicaciones concretas sobre la colocación de la casuística en bioética. De todas formas, podemos ir a buscarlas en otros escritos de Jonsen que, a diferencia de Toulmin, tiene una abundan

[28] Cfr. PoBE, pp. 385-401. Sobre este concepto tomado de John Rawls (*reflective equilibrium*) tendremos ocasión de volver en el capítulo II.

[29] J. F. CHILDRESS, *Ethical Theories, Principles, and Casuistry in Bioethics: an Interpretation and Defense of Principlism* en P. F. CAMENISCH (ed.), *Religious Methods and Resources in Bioethics*, Kluwer Academic, Boston 1994, pp. 181-201: *three methods or approaches in religious ethics*.

[30] Vid. por ejemplo, T. L. BEAUCHAMP, *The "Four Principles" Approach* en R. GILLON (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons, Ltd., West Sussex 1994, pp. 3-13; ID., *The Principles Approach*, "Hastings Center Report" 23, 6-suplemento(1993), p. 9.

te producción de libros y artículos sobre la materia. De entre ellos destaca sin lugar a dudas el libro *Clinical Ethics* ya citado.

Cuando Jonsen habla de casuística se está refiriendo claramente a un método (*method*), y parece incluir también bajo esta denominación al principialismo, que describe como el "método canónico"[31]. ¿Dónde introduce Jonsen este método dentro del conjunto de la bioética? A diferencia de Beauchamp y Childress no presenta un diagrama o esquema para explicar el modo en el que se produce la justificación de los juicios morales, sino que emplea la metáfora del cuadro. Para ello escoge "Las Meninas" de Velázquez, y distingue en el lienzo tres niveles, más o menos diferenciados, donde va situando los distintos personajes: un primer plano (*foreground*), que en el análisis ético correspondería a las circunstancias particulares del caso en estudio; un plano intermedio (*midground*), que estaría constituido por todas las características morales relevantes que intervienen en su valoración; y, finalmente, lo que podríamos denominar el fondo (*background*), que incluye tanto la teoría moral como el *ethos* cultural. Para este autor la casuística se mueve entre el primer y el segundo nivel[32].

2.3 El principialismo y la casuística en otros autores

Una vez visto lo que escriben nuestros autores sobre la propia propuesta, pasamos a reseñar lo que otros sostienen sobre el lugar en el que habría que situarlos dentro de la bioética. Para ello hemos seleccionado los trabajos de algunos estudiosos norteamericanos, junto a otros procedentes del ámbito europeo. Son escritos que tratan el principialismo y la casuística desde un punto de vista teórico, dejando de lado aquellos otros que simplemente los utilizan para la resolución de cuestiones concretas.

[31] A. R. JONSEN, *The Confessor as Experienced Physician: Casuistry and Clinical Ethics* en P. F. CAMENISCH (ed.), *Religious Methods and…*, p. 166. En CE explica que su «método de análisis no comienza con los principios, como otros muchos…» (p. 9). En la misma portada del libro se habla de «features the four topic method». En otros lugares emplea el término "metodología": vid. A. R. JONSEN, *Casuistry as Methodology in Clinical Ethics*, "Theoretical Medicine" 12 (1991), pp. 299-302.

[32] Cfr. A. R. JONSEN, *Strong on Specification*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 25 (2000), pp. 350-52.

2.3.1 Los métodos de la bioética según Wildes

Comenzamos con el libro de Kevin Wm. Wildes, que es uno de los pocos que se adentra en el estudio específico del método de la bioética. Nos parece un buen punto de partida, ya que dibuja un cuadro general, en el que aparecen las distintas corrientes de la bioética actual[33]. Ésta queda situada entre la moral, que se ocuparía de la resolución de las cuestiones prácticas, y que metodológicamente correspondería a lo que él llama "discurso de primer orden"; y la ética, que entiende como "discurso de segundo orden", y que incluye tanto lo que generalmente se conoce como ética aplicada, como la parte justificativa o teoría moral[34]. Utilizando la expresión de Wickler describe la metodología en bioética como "completamente anárquica"[35]. Explica que la diversidad de métodos que encontramos tiene su razón de ser en la naturaleza interdisciplinar de esta ciencia. Como buen discípulo de Engelhardt, utiliza como clave de lectura de las diferentes propuestas su posible desarrollo dentro del pluralismo moral propio de la sociedad secular. Comienza hablando, en el capítulo 2, de los métodos que se apoyan sobre una teoría moral considerada en su sentido clásico (*Foundational or Theoretical Methods*). Teoría moral que ha de poseer un conjunto de principios normativos que guíen a todos los seres racionales, y que proporcionen distintos procedimientos para la toma de decisiones. Incluye dentro de este grupo el análisis utilitarista (Singer), la propuesta deontologista (Donagan), el método propio de las teorías que se inspiran en la ley natural (Finnis, Boyle y Grisez), el contractualismo (con sus diferentes versiones: Veatch y Daniels), y el método de la teoría de la virtud (Pellegrino y Thomasma). En los capítulos 3 y 4-5 trata respectivamente del principialismo (Beauchamp y Childress)[36] y de la casuística (Jonsen y Toulmin), que se apoyarían también sobre una teoría moral,

[33] K. W. WILDES, *Moral Acquaintances. Methodology in Bioethics*, University of Notre Dame Press, Notre Dame 2000.

[34] Cfr. *ibid*., p. 3.

[35] Otros autores hablan de "caos metodológico" en la bioética actual (cfr. E. KOWALSKI, *L'uomo: problema o mistero per la bioetica?*, "Studia Moralia" 40 [2002], p. 485).

[36] Al que denomina "ecumenismo en bioética". Dentro de esta metodología, incluye también, aunque no la trata de modo explícito, por su semejanza con la de Beauchamp y Childress, la propuesta de Gert, Clouver y Clouser.

pero no en el sentido anterior, sino más bien al modo rawlsiano: como procesos de equilibrio reflexivo (*reflective equilibrium*), en los que los principios morales y los juicios particulares se corrigen mutuamente. Por último, en la segunda parte del libro presenta, separadas del resto, las bioéticas comunitarias[37].

Podemos concluir que, para Wildes, tanto el principialismo como la casuística se enumeran entre los métodos de la bioética. Esto no quiere decir, como subraya repetidamente este autor, que puedan ser considerados neutros desde el punto de vista de su contenido. No se puede separar el método del contenido, ya que las reglas del juego "hacen el juego". Si se cambian las reglas, se cambia el juego.

2.3.2 La clasificación de las corrientes de bioética en relación a su fundamentación ética

Si comparamos la presentación de Wildes con otras que han ido aparecido en la literatura bioética de los últimos años, descubriremos fácilmente que no existe unanimidad a la hora de clasificar las distintas corrientes. Podemos distinguir dos grandes tendencias. Por un lado, encontramos un primer modo de clasificación, similar al de Wildes, cuyo criterio es la fundamentación ética de las propuestas.

En este grupo encontramos, entre otros, a Solomon que distingue cinco modelos de bioética según su mayor o menor fundamentación ética. Serían respectivamente: deductivismo, modelo dialéctico, principialismo, modelo casuístico y ética de la situación[38]. Por su parte, Gillon habla de distintas "escuelas filosófico-éticas". De una parte estarían las que se apoyan sobre los principios, como la ética del respeto a la persona y a su autonomía (Veatch y En

[37] No queda claro (desde el punto de vista metodológico, que es el que sigue el libro) por qué pone la propuesta comunitaria fuera de los métodos fundados, ya que se puede considerar apoyada sobre una teoría moral (al menos en el campo de filosofía política). Wildes utiliza el particularismo propio del pensamiento comunitario como punto de partida para su propuesta.

[38] W. D. SOLOMON, *Ethics: Normative Ethical Theories* en W. T. REICH, *Encyclopedia of Bioethics*, Simon & Schuster Macmillan, New York 1995 (2ª edición), vol. II, pp. 736-47.

gelhardt), la ética del bienestar y otras éticas utilitaristas (Hare, Singer, Harris y Parfit), la ética de la justicia social (Daniels), y la ética de los cuatro principios (Beauchamp, Childress y Gillon). De otra, continúa Gillon, estarían las que no se apoyan sobre unos principios concretos: la ética casuística (Jonsen, Toulmin y Strong), la ética de la virtud (Emanuel y Pincoffs), la ética narrativa (Brody) y la ética feminista (Lebarqz, Sherwin y Baier)[39]. Otro autor, Winkler, sitúa dentro de las teorías morales normativas lo que denomina un nivel intermedio (*middle level*), cuyo representante principal sería la propuesta de Beauchamp y Childress. Frente a estas teorías normativas estarían aquellas propuestas que engloban bajo el título de contextualismo, que incluye el resurgir de la ética de la virtud[40]. Dickens es otro representante de la bioética americana que distingue las distintas corrientes tomando como criterio la fundamentación ética. Señala tres tipos teorías morales: las que se basan sobre un principio (que incluyen aquellas que, durante muchos años, han tenido como apoyo la ley natural, y otras de tipo deontológico fundadas sobre el deber o la virtud); las teorías pragmáticas o basadas sobre las consecuencias; y las teorías feministas. Para superar el problema de la falta de acuerdo, se elaboran unos principios que serían comunes a todas ellas; y es a este nivel dónde aparece el principialismo[41].

Diego Gracia es un representante europeo de este modo de clasificar las escuelas de bioética. En el apartado de su libro "Fundamentos de bioética" que se ocupa de la cuestión del método, Gracia hace un desarrollo histórico de aquellos que han sido los principales en ámbito ético, y señala cuatro, a los que añade la propuesta de su maestro Zubiri: método ontológico o principialista (basado en una metafísica, propio de la filosofía griega y medieval); método deontológico o formalista (representado fundamentalmente por Kant); método epistemológico o decisionista (más similar al talitativo de las ciencias empíricas, donde sitúa a la ca

[39] R. GILLON, *Bioethics, Overview (IV. Foundational Ethical Assumptions in Bioethics-Philosophical/Ethical "Schools" of Bioethics)* en R. CHADWICK (ed.), *Encyclopedia of Applied Ethics*, Academic Press, San Diego 1988, vol. I, pp. 313-17.

[40] E. R. WINKLER, *Applied Ethics, Overview* en *ibid.*, pp. 191-96.

[41] B. DICKENS, *Patients Rights* en *ibid.*, pp. 459-71.

suística); y método axiológico o del conflicto de valores (a partir de Ross y Brentano)[42].

2.3.3 La clasificación en relación al principialismo

El segundo modo de clasificar las diferentes corrientes de bioética parte de la primacía del principialismo, y presenta el resto de propuestas como alternativas más o menos lejanas a los principios. En este otro grupo tenemos a Grodin, que presenta como alternativas al principialismo las éticas comunitarias (Loewy, Fox y Swayze), la ética de la virtud (MacIntyre y Drane), la casuística (Toulmin), la bioética narrativa e interpretativa (Leder, Hartson, Walter, Greertz, Hoffmaster, Ricoeur, Gustafson, Donnelly, Poirer, Brody y Reich), las éticas del "cuidado" y feministas (Gilligan, Noddings, Holmes y Sherwin); y en un último grupo, bajo el título de "otras críticas", la perspectiva hermenéutica y fenomenológica (Kleinman, Good y Marshall), la perspectiva marxista, el humanismo secular (Engelhardt), el contractualismo (Veatch), la ética del carácter y la responsabilidad (Zaner), y la ética basada en la dimensión sagrada (May, Gustafson)[43].

Donnelly hace una clasificación más sencilla, y señala como alternativas al principialismo las siguientes corrientes éticas: clínica, narrativa, hermenéutica, casuística, de la virtud, feminista y fenomenológica[44]. Por su parte, Kuhse y Singer en la introducción de *A Companion on Bioethics* sitúan junto al principialismo la perspectiva de la regla absoluta (Boyle), la utilitarista (Hare), la ética de la virtud (Oakley) y del "cuidado" (Manning), y la casuística (Arras)[45]. Fletcher y Brody en un artículo conjunto hablan del

[42] D. GRACIA GUILLÉN, *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid 1989. Al hablar de "principialista" no se refiere a los principios de la ética biomédica propuestos por Beauchamp y Childress, sino a un método fundamentado de manera ontológica. Nos parece que la propuesta de Beauchamp y Childress correspondería, al igual que la casuística, a los métodos epistemológicos o decisionistas.

[43] M. A. GRODIN, *Meta Medical Ethics*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1995.

[44] W. DONNELLY, *From Principles to Principals: the New Direction in Medical Ethics*, "Theoretical Medicine and Bioethics" 15 (1994), pp. 141-48.

[45] H. KUHSE y P. SINGER, *A Companion on Bioethics*, Blackwell Publishers Ldt., Oxford 1998.

principialismo como la perspectiva prevalente de la investigación bioética, y señalan como alternativas la teoría ética unitaria (Graber y Thomasma), la ética feminista (Gilligan y Noddongs), la ética teológica (Hauerwas). Describen la casuística (Jonsen, Toulmin, Brody y Arras) como "otra aportación metodológica"[46]. Por su parte, Pellegrino y Thomasma, en uno de sus libros más famosos, *The Virtues in Medical Practice*, proponen el retorno a las virtudes (ética de la virtud) como alternativa fundamental al principialismo, o más bien, como su complemento. Otras alternativas que señalan son la casuística (Toulmin, Jonsen, Hauerwas, Brody, Hunter y, en cierto sentido, MacIntyre), la ética experiencial (Reich), la bioética feminista (Noddings) y la perspectiva hermenéutica (Daniel)[47].

En ámbito europeo podemos citar dos autores que siguen este modo de clasificación. Aramini que en su *Introduzione alla bioetica* pone como alternativas al principialismo la bioética de la virtud, la casuística y la narrativa, la fenomenológica y la hermeneútica[48]. Por último, Guy Durand define el principialismo como "la corriente clásica" en bioética, cuyas dos reinterpretaciones serían: aquella que pone el acento sobre la relación médico-paciente (Pellegrino, Thomasma, May y Siegler); y la que afirma la importancia de los aspectos sociales y de los cambios culturales (Daniels, Callahan y Brenan). Como nuevas vías menciona la ética de la virtud (Drane), la corriente feminista (Sherwin y Noddings), la casuística (Jonsen y Toulmin), la ética narrativa y las éticas de la responsabilidad (Simon y Bourgeault)[49].

2.3.4 La clasificación de la Encyclopedia of Bioethics

Se cierra esta presentación con una clasificación que podríamos decir que está a mitad de camino entre las anteriores, sin una demarcación tan señalada. Se trata de la división que hace Calla

[46] J. FLETCHER y H. BRODY, *Clinical Ethics* en W. T. REICH, *Encyclopedia of Bioethics* (2ª edición)..., vol. I, pp. 401-02.

[47] E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1993.

[48] M. ARAMINI, *Introduzione alla bioetica*, Giuffrè Editore, Milano 2001.

[49] G. DURAND, *Introduction Générale à la Bioéthique. Histoire, concepts et outils*, Editions Fides, Québec 1999.

han, en la voz "bioética" de la última edición de la *Encyclopedia of Bioethics*. Presenta el principialismo y la casuística en el escalón de la ética aplicada (*applied ethics*), después de haber tratado de las tres grandes teorías morales (utilitarismo, deontologismo y teoría de la virtud). Explica que en la resolución de los problemas concretos, al entrar en conflicto los distintos principios, el sistema moral puede tomar dos direcciones: apoyarse sobre una teoría moral, siguiendo un tipo de razonamiento *up-down*, que resuelve el conflicto yendo a los fundamentos; o seguir un camino dialéctico entre los principios y su aplicación (como explica Daniels), que sería el modo de actuar del principialismo. Como alternativas a éste último, además de la casuística de Jonsen y Toulmin, señala la ética de tipo aristotélico basada en el carácter virtuoso y la razón práctica; otras perspectivas orientadas por principios (en las que incluye el nuevo contrato social entre la medicina y la sociedad de Veatch, y la ética del pluralismo y la paz social de Engelhardt); el feminismo contemporáneo de Sherwin y Baier; y otros métodos o estrategias para el análisis ético, como el análisis fenomenológico, la narrativa y la hermenéutica[50].

Llegados a este punto cabe preguntarse a qué se debe la diversidad tan grande entre unas clasificaciones y otras. Nos parece que la respuesta no es única, sino que son varios factores los que han condicionado el que se haya llegado a la situación actual. Estos factores se podrían reconducir a dos: por una parte, los pocos años de vida de la bioética; y, por otra, su interdisciplinariedad. La juventud de la bioética, que resulta más evidente todavía para la bioética clínica, asociada al gran número de personas que se ha dedicado a su estudio, han condicionado una situación donde todavía no quedan bien definidas las propuestas de unos y otros, su semejanza y su diversidad. Esto hace que a la hora de clasificarlas se incluyan en grupos diferentes autores que en realidad siguen un modo de razonamiento ético relativamente similar. Además, muchos de los trabajos citados anteriormente proponen sus clasificaciones como punto de partida, sin la debida profundización, que permitiría una presentación más exacta del panorama moral de la

[50] D. CALLAHAN, *Bioethics*..., en S. G. POST (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*..., vol. I, pp. 278-87.

bioética. Por otro lado, en algunos casos, al hacer estas clasificaciones, se presentan como propuestas o corrientes de bioética, los trabajos individuales de un autor u otro, sin que se pueda demostrar si dichas propuestas han conseguido la mínima aceptación necesaria para poder ser consideradas en el ámbito científico. El paso del tiempo, y sobre todo, la realización de estudios comparativos de los autores más destacados en la literatura nos permitirá la posibilidad de realizar clasificaciones más sencillas y universales. Dicha tarea está dificultada por el hecho de que la bioética se presenta como una ciencia interdisciplinar. Esto supone otro punto de divergencia entre las distintas propuestas, ya que puede variar notablemente la importancia que se de a cada una de las disciplinas que la componen. Y así, encontramos autores que trabajan desde una perspectiva más clínica, mientras otros dan primacía a los aspectos filosóficos o jurídicos en el estudio de las distintas cuestiones que componen la bioética.

2.3.5 La terminología empleada para referirse al principialismo y la casuística

Pasamos ahora a intentar responder a la siguiente pregunta: ¿qué términos utilizan los autores apenas señalados cuando quieren referirse al principialismo y a la casuística? La palabra más empleada es sin duda alguna *approach*[51], aunque también aparece con frecuencia *method*[52]. Otros términos usados son *model*[53] y

[51] Ver por ejemplo los trabajos apenas citados de Donnelly, Kuhse y Singer, Grodin, Fletcher y Brody (al referirse a la casuística hablan de "otras aportaciones metodológicas") y Callahan (junto a *approach*, también utiliza, como hemos visto, el de "ética aplicada"). También, R. J. DEVETTERE, *The Principled Approach: Principles, Rules, and Actions* en M. A. GRODIN (ed.), *Meta Medical Ethics…*, pp. 27-48.

[52] Además de Wildes, también Gracia utiliza el término "método": explícitamente sólo para la casuística, aunque parece que el principialismo quedaría también incluido en el que denomina "método epistemológico o decisionista". Uno de los autores que ha estudiado a fondo tanto el principialismo, como sobre todo la casuística, no tiene inconveniente en hablar de ellos como métodos: «casuistry and principlism are largely the same method» (M. G. KUCZEWSKI, *Casuistry and Principlism: the Convergence of Method in Biomedical Ethics*, "Theoretical Medicine and Bioethics" 19 [1998], p. 521). Ver también, T. TOMLINSON, *Casuistry in Medical Ethics: Rehabilitated, or Repeat Offender?*, "Theoretical Medicine" 15

schools of bioethics[54], que se podrían tomar como sinónimos de *approach*.

¿Cómo habría que traducir en este caso el término *approach*? Antes se ha utilizado la palabra castellana "perspectiva", aunque también podría servir "enfoque" u otra similar[55]. En cualquier caso, tanto este término, como el de "modelo" o "escuela", se utilizan en un sentido genérico, para indicar distintos modos de trabajar en bioética. La cuestión inmediata es si *approach* se podría traducir también por método. Es claro que la mayoría de los autores no utilizan esta última palabra, quizá por no cargar con su precisa significación dentro del ámbito científico en el que se mueven, pero nos parece, por lo visto hasta ahora, que cuando se utiliza *approach* (en bioética) se está queriendo decir: algo que conceptualmente está cercano al método[56]; quizá la traducción más exacta sea "perspectiva o enfoque metodológico".

(1994), pp. 5-20; B. A. LUSTIG, *The Method of "Principlism": a Critique of the Critique*, "The Journal of Medicine and Philosophy", 17 (1992), pp. 487-510; F. G. MILLER, J. J. FINS y M. D. BACCHETTA, *Clinical Pragmatism: a Method of Moral Problem Solving* en G. MCGEE (ed.), *Pragmatic Bioethics*, Vanderbilt University Press, Nashville 1999, pp. 30-44: hablan del principialismo y la casuística como alternativas al "método del pragmatismo clínico".

[53] Solomon habla de modelos de ética normativa (a un nivel diferente del de las teorías morales) para referirse al principialismo y la casuística. También Durand utiliza el término (francés) "modèle".

[54] En Gillon no se ve una distinción tan neta entre teorías morales y ética aplicada como en Callahan y Solomon. Al hablar de "escuelas de bioética", Gillon coloca en el mismo grupo la fundación sobre el respeto de la autonomía, la fundación sobre la maximización del bienestar utilitarista, la fundación sobre la justicia social, el principialismo (*quasi-foundational approach-"the four principles"*), la casuística, la ética de la virtud, le ética narrativa, la ética feminista y la bioética geocultural (pp. 313-16). Parece que utiliza "school" como sinónimo de "approach".

[55] En el *Cassell's Spanish Dictionary* se traduce como «acceso, avenida de acceso, entrada; proximidad; enfoque, planteamiento; cercanías, alrededores» (A. GOOCH y A. GARCÍA PAREDES [ed.], Cassell Ltd. y MacMillan Publisging Co., Inc., London-New York 1980, p. 640). En la traducción española de *Principles of Biomedical Ethics* se utiliza la palabra "enfoque" (vid. PdEB, p. 33).

[56] Uno de los significados del término "approach" es, efectivamente, método: «4. the method used indealing with or accomplishing something» (W. MORRIS [ed.], *The American Heritage Dictionary of the English Language*, American Heritage Publishing Co., Inc. y Houghton Mifflin Company, Boston 1973, p. 64).

La conclusión que podemos sacar al final de este primer capítulo es que no resulta fácil encuadrar el principialismo y la casuística dentro de la bioética clínica, y en un sentido amplio, dentro de la bioética general. Pasamos a continuación a estudiar el principialismo con la presentación de su texto paradigmático: *Principles of Biomedical Ethics*.

CAPÍTULO II

EL PRINCIPIALISMO

1. LOS ORÍGENES DEL PRINCIPIALISMO EN BIOÉTICA

1.1 El Belmont Report

El 12 de julio de 1974 el gobierno de los Estados Unidos constituyó una Comisión Nacional para el estudio de las cuestiones éticas relacionadas con la investigación médica en sujetos humanos. Su cometido era la identificación de los principios éticos básicos que debían tenerse en cuenta en este tipo de experimentos. También se pedía a la Comisión que desarrollara una serie de guías de acción basadas en esos principios, que pudieran servir a los científicos[1]. El interés por las cuestiones éticas había crecido enormemente debido a la conmoción que había producido la publicación de algunos experimentos realizado en las décadas anteriores.

Tres de estos casos se convirtieron en seguida en clásicos ejemplos de abuso en el ámbito de la experimentación humana. El primero tuvo como escenario el *Willowbrook State School*, una escuela para niños con retrasos mentales graves. En esta institución un pediatra especialista en enfermedades infecciosas inició un estudio con la intención de obtener una vacuna eficaz contra la he

[1] NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *"The Belmont Report". Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research* (DHEW Publication OS 78-0012, Washington DC 1978), Summary.

patitis. Entre 1956 y 1970 algunos médicos infectaron intencionalmente entre 700 y 800 niños con distintas cepas del virus. Los padres habían firmado previamente un módulo de consentimiento en el que se ocultaba el verdadero objetivo del estudio. Además habían sufrido amenazas de perder la plaza en el hospital si rechazaban la participación de sus hijos en la experimentación.

El segundo caso tuvo lugar en el *Jewish Chronic Disease Hospital* de Nueva York, donde un grupo de investigadores inyectó células tumorales a 22 ancianos con el fin de aumentar los conocimientos científicos en el área de los tumores.

El tercer caso, conocido como *Tuskegee Syphilis Study*, estuvo en marcha entre 1932 y 1972. Su promotor fue el Servicio Sanitario Público del Gobierno Federal, y su objetivo era el estudio de la evolución natural de la sífilis dejada sin tratamiento médico alguno. Los sujetos de la investigación eran trabajadores de color de Alabama (399 los infectados y 201 como grupo de control). Se les dijo que tenían una enfermedad denominada "mala sangre", para la que estaban recibiendo un tratamiento. A pesar de la extensión a final de los años Cuarenta del uso de la penicilina, estos pacientes siguieron sin recibir tratamiento alguno. Muchos llegaron a desarrollar las graves manifestaciones de la sífilis cerebral, propias de los estadios finales de la enfermedad. La publicación de estos trabajos provocó gran revuelo en la opinión pública y obligó al gobierno nacional a tomar cartas en el asunto[2].

La Comisión Nacional estaba constituida por once miembros, procedentes del campo médico, jurídico y filosófico, con diferentes planteamientos morales y religiosos. Entre los objetivos que se propusieron se encontraban los siguientes: definir el limite entre la práctica médica rutinaria y la investigación biomédica; indicar la función del balance riesgo/beneficio a la hora de determinar lo adecuado de una experimentación sobre sujetos humanos; considerar una serie de guías de acción para la selección de los individuos que participarían en las diferentes experimentaciones; y concretar la naturaleza y definición del consentimiento informado pa

[2] Cfr. W. REICH, *La bioetica negli Stati Uniti* en C. VIAFORA (ed.), *Vent'anni di bioetica*, Fondazione Lanza, Padova 1990, pp. 144-46.

ra esos casos[3]. Finalmente el 18 de abril de 1979, tras un trabajo que se prolongó durante cinco años, vio la luz el *Belmont Report*, que pronto se convirtió en un punto de referencia para la ética de la investigación y que sigue teniendo vigencia.

Los autores del documento comienzan refiriéndose a los crímenes que en ámbito médico se produjeron durante la Segunda Guerra Mundial, y las indicaciones posteriores del Código de Nuremberg (1947) y de la Declaración de Helsinki (1964), que sirven de contexto para las reflexiones posteriores. Explican que estos documentos presentan una serie de reglas que resultan con frecuencia inadecuadas al intentar su aplicación a casos complejos. Por esta razón prefieren situarse en un nivel de razonamiento previo, buscando principios más amplios. De este modo, las reglas más concretas podrían ser interpretadas a la luz de dichos principios cuando surgieran conflictos. De entre los principios éticos básicos ampliamente aceptados en la tradición occidental la Comisión señala tres relevantes para la investigación sobre sujetos humanos: el respeto de las personas, la beneficencia y la justicia. Se trata de «juicios generales que sirven de base a la justificación de las prescripciones éticas particulares y para la evaluación de las acciones humanas»[4].

Dentro del respeto de las personas (*respect for persons*) se incluyen «dos convicciones: la primera es que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que las personas con una autonomía mermada están sujetas a protección»[5]. Una persona autónoma, explica este documento, es aquella capaz de deliberar sobre sus propios fines y actuar de acuerdo con ellos. El respeto de la autonomía supone por tanto dar peso a sus preferencias y elecciones, siempre que no vayan claramente en detrimento de los intereses de otros. En aquellos en los que dicha autonomía sea deficiente, cosa que varía siempre a lo largo de la vida del individuo, habrá que considerar qué tipo de protección es el más adecuado. Se reconoce que no siempre es fácil valorar la ca

[3] NATIONAL COMMISSION FOR..., Summary.
[4] *Ibid.*, p. 3.
[5] *Ibid.*, pp. 4-5.

pacidad de los sujetos de realizar elecciones libres, sobre todo en investigaciones con enfermos mentales, ancianos, etc.

No es suficiente actuar respetando la autonomía de las personas. Se requiere también un esfuerzo por asegurarles su bienestar. Y es este el contenido del principio de beneficencia (*beneficence*), en el que generalmente se incluyen aquellas acciones movidas por la simpatía y la caridad (*kindness and charity*), que van más allá de lo estrictamente obligado. Incluye dos reglas: no provocar daño (*harm*), y maximizar los posibles beneficios a la vez que se minimizan las consecuencias negativas. En el documento *Belmont* la beneficencia se presenta en un «sentido fuerte, como una obligación». Al igual que en el caso de la autonomía, los límites de la beneficencia tampoco resultan nítidos: no queda claro qué riesgos pueden o no correrse en el ámbito de la investigación. Un ejemplo lo tenemos en la investigación sobre niños. El principio general es que los riesgos han de ser mínimos a no ser que sean ellos mismos los directos beneficiados de aquellos trabajos. En caso contrario, la valoración de la Comisión se divide entre los que consideran que sería inadmisible cualquier tipo de experimentación, y los que justifican la investigación haciendo referencia al futuro beneficio que podría suponer para otros niños[6].

Históricamente ha sido frecuente que los sujetos enrolados en los diferentes estudios no fueran después los directos beneficiarios de esas experimentaciones. En no pocos casos, por ejemplo, se reclutaban las personas más por su condición social que por los criterios clínicos propios de la investigación[7]. De ahí la necesidad de un principio de justicia (*justice*), que se refiere a la equidad en la distribución (*fairness in distribution*) de cargas y beneficios dentro de una investigación. O dicho de otra forma: «los iguales deben ser tratados de igual modo». La cuestión sobre cómo determinar la igualdad y desigualdad la resuelve el documento presentando algunas de las formulaciones más comunes en la filosofía actual: división en partes iguales, según las necesidades individuales, el

[6] Cfr. *ibid*., pp. 5-6.
[7] Cfr. *ibid*., pp. 6-7.

esfuerzo individual, la contribución social o los méritos personales[8].

En la tercera parte del documento *Belmont* se consideran las aplicaciones de estos principios generales al campo de la investigación, que según sus autores se concretan en tres puntos[9]. El primero es el consentimiento informado, que ha de apoyar sobre una información adecuada, una suficiente comprensión y una decisión voluntaria (quedaría incluido dentro del ámbito del principio de respeto de las personas). El segundo es la ponderación de los riesgos y beneficios, utilizando la metáfora de la balanza[10], que no supone un modo arbitrario de realizar el juicio, sino que más bien hace ver su dificultad (esta aplicación estaría cubierta sobre todo por el principio de beneficencia)[11]. Por último, la selección de los sujetos para la experimentación ha de realizarse siguiendo unos procedimientos que tengan en cuenta, tanto la justicia individual como la justicia social. De este modo se evita la discriminación de individuos que podrían beneficiarse de un tipo concreto de experimentación, y el intento de grabar de modo injustificado el peso de los posibles daños sobre una determinada población.

1.2 La publicación de Principles of Biomedical Ethics

En el mismo año 1979 apareció la primera edición del libro de Beauchamp y Childress[12]. En poco más de dos décadas ha llegado

[8] «These formulation are (1) to each person an equal share, (2) to each person according to individual need, (3) to each person according to individual effort, (4) to each person according to societal contribution, and (5) to each person according to merit».

[9] Cfr. *ibid*., pp. 7-13.

[10] «It is commonly said that benefits and risks must be "balanced" and shown to be "in a favorable ratio"».

[11] Los riesgos son valorados en relación a la probabilidad de los beneficios, mientras que éstos se evalúan en relación a los daños, más que al riesgo de daños. «The term "risk" refers to a possibility that harm may occur (…) The term "benefit" is used in the research context to refer to something of positive value related to health or welfare».

[12] En las primeras páginas del libro Beauchamp y Childress, filósofo y teólogo respectivamente, explican su experiencia en el ámbito médico, como un modo de justificar su competencia para tratar de todas estas cuestiones. También explican que Beauchamp, aún sin formar parte de la *National Commission* (que re-

a la quinta, que difiere bastante de aquella primera no sólo en extensión, sino también en la distribución y contenido de las diferentes partes del texto[13]. Utilizan el término *biomedical ethics* para referirse a un tipo de ética aplicada, que a diferencia del documento *Belmont*, amplía su objeto de estudio a todo el arco de cuestiones éticas en ámbito biomédico. Trata de la relación médico-paciente, de los problemas éticos en torno al inicio y al final de la vida, de los trasplantes de órganos, del tratamiento de enfermos mentales graves… Según sus autores sirven también para el resto de cuestiones médicas que por falta de espacio no han podido señalar explícitamente en el libro[14].

El número de principios se amplía a cuatro, pues recoge los tres del Documento *Belmont* (respeto de las personas, beneficencia y justicia) desgajando del principio de beneficencia otro que denominan no-maleficencia[15].

El texto se proponía, como puede leerse en el prefacio a la primera edición, «ofrecer un análisis sistemático de los principios

dactó el documento Belmont) trabajó en ella como *staff philosopher* (cfr. PoBE [1ª edición], p. xii). En la prehistoria del libro tiene no poca importancia Seymour Perlin (psiquiatra) que durante el curso 1976 tuvo ocasión de hablar repetidamente con nuestros autores sobre la necesidad de un conjunto sistemático de principios que pudieran guiar la decisión en cuestiones biomédicas. Cuando Beauchamp y Childress comenzaron a trabajar en el libro, el Dr. Perlin se había trasladado a otra Universidad, y no pudo sumarse a la iniciativa (cfr. *ibid.*, p. xi).

[13] Los años de las diferentes ediciones han sido respectivamente: 1979, 1983, 1989, 1994 y 2001.

[14] Gillon es más audaz y piensa que los principios propuestos por Beauchamp y Childress «should also be thought of as the four moral nucleotides that constitute moral DNA—capable, alone or in combination, of explaining and justifying all the substantive and universalisable moral norms of health care ethics and I suspect of ethics generally!» (R. GILLON, *Ethics Needs Principles —Four can Encompass the Rest— and Respect for Autonomy Should Be "First Among Equals"*, "Journal of Medical Ethics" 29 [2003], p. 308).

[15] Sobre la distinción entre beneficencia y no-maleficencia, vid. el apartado 4.2 en este mismo capítulo. La cuestión del número de principios no parece ser determinante, pues Beauchamp en trabajos posteriores, aunque generalmente habla de cuatro principios, en alguna ocasión se refiere a tres (por ejemplo, T. L. BEAUCHAMP, *Principi della bioetica: autonomia, beneficialità, giustizia* en G. RUSSO (ed.), *Bioetica fondamentale e generale*, Sei, Torino 1995, pp. 83-91).

morales que deberían aplicarse en biomedicina»[16], y estaba dirigido en primer lugar a los profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, investigadores y estudiantes; así como a los que se ocupan de política sanitaria[17]. Por tanto, los principios habían de ser fácilmente comprensibles por parte de estos profesionales, de modo que pudieran ser utilizados sin necesidad de poseer una específica formación filosófica. En segundo lugar se ofrecían también a filósofos y teólogos. Y quizá haya sido en este campo donde han conseguido su mayor difusión, ya que el ámbito filosófico domina actualmente la bioética norteamericana. De todas formas, los "principios de la bioética" también han calado de modo significativo en la literatura médica general[18].

Puede decirse que la bioética de los años Ochenta ha sido fundamentalmente "principialista"[19]. No sólo por el uso de los cuatro

[16] PoBE (1ª edición), p. vii.

[17] Tras la publicación de PoBE, Pence puso de manifiesto que la propuesta de los cuatro principios no era adecuada para la enfermería, ya que no tenía en cuenta sus bases filosóficas (cfr. W. TADD, *Nurses' Ethics* en R. CHADWICK (ed.), *Encyclopedia of Applied…*, vol. III, p. 368). Una adaptación crítica de la propuesta de Beauchamp y Childress para el ámbito de la enfermería podemos encontrarla en el libro de S. D. EDWARDS, *Nursing Ethics*, Macmillan, London 1996. Aunque explica que la propuesta de los principios puede resultar simplista, es útil con algunas correcciones para el estudio de las cuestiones morales que las enfermeras se plantean.

[18] No es infrecuente encontrar referencias a los principios propuestos por Beauchamp y Childress en artículos científicos de las revistas médicas más difundidas, como el *New England Journal of Medicine*, *The Lancet*, *British Medical Journal*, y otras. Sobre la primacía de la filosofía en la bioética, algunos autores procedentes del área médica lamentan esta andadura, y sostienen que los filósofos deberían ayudar a los médicos a reflexionar sobre los aspectos éticos de la medicina, y no a institucionalizar una ciencia *a se* (cfr. W. J. DONNELLY, *From Principles to…*, pp. 141-48).

[19] El término *principlism* fue utilizado por primera vez, en tono despectivo, por Clouser y Gert en su famoso artículo *A Critique of Principialism*, ("The Journal of Medicine and Philosophy" 15 [1990], pp. 219-236). Con el tiempo ha llegado a ser el modo habitual de referirse a «aquellas teorías cuya estructura en el nivel más general (al que llega dicha teoría) consiste en una pluralidad de principios de obligación no absolutos» (cfr. D. DEGRAZIA, *Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 17 [1992], p. 518). Los mismos Beauchamp y Childress no tienen dificultad en utilizar ese término: «in this chapter we have initiated a defense of what is sometimes called the *four-principles approach* to biomedical ethics and is

principios propuestos por estos autores en artículos y libros, sino también por su empleo en dictámenes de Comités de bioética, tanto de Estados Unidos[20] como de Europa[21]. También en los Noventa ha continuado teniendo la primacía[22], aunque ha debido enfrentarse a una serie de críticas que han conseguido minar, al menos en parte, su total dominio del ámbito bioético[23]. El resultado ha sido una mayor profundización y una mejor comprensión de los principios y de su aplicación.

increasingly called *principlism*» (PoBE, p. 23). Childress lo explica concretamente en *Ethical Theories, Principles*…, p. 181 y *Principles-Oriented Bioethics. An analysis and Assessment from Within* en DUBOSE, E. R., HAMEL, R. P., O'CONNELL, L. J. (eds.), *A Matter of*…, p. 73. Ver también, T. L. BEAUCHAMP y D. DEGRAZIA, *Principles and Principlism* en G. KHUSHF (ed.), *Handbook of Bioethics: Taking Stock of the Field from a Philosophical Perspective*, Kluwer Academic Publishers, Boston 2004, p. 67.

[20] Los principios han sido empleados por la *President's Commission for the study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* (1980-1983); *New York Task Force reports* (1986, 1987 y 1992); y en las *guidelines* del famoso *Hastings Center*.

[21] El documento francés más importante en la materia, *Ethique et connaissance* (1990), del *Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé*, utiliza también los tres principios del documento *Belmont* (cfr. G. DURAND, *Introduction Générale à*…, pp. 183-84). Entre los mayores exponentes del principialismo en ámbito europeo podemos citar a Raanan Gillon y su libro *Philosophical Medical Ethics* (Wiley, Chichester 1985). Diego Gracia en el prólogo a la traducción española de la cuarta edición del libro de Beauchamp y Childress escribe que «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» (PdEB, p. x). Sobre la recepción del principialismo en Italia es interesante el artículo de C. VIAFORA, *I principi della bioetica*, "Bioetica e Cultura" 23 (2003), pp. 35-55.

[22] En el artículo de 1994 apenas citado, Childress recoge una conversación con Daniel Callahan, otro de los "padres de la bioética", en la que le pregunta si realmente el principialismo sigue siendo la perspectiva dominante. Callahan responde afirmativamente haciendo referencia a la gran cantidad de artículos principialistas que llegan a la redacción de la *Hastings Center Report* de la que es director (cfr. J. F. CHILDRESS, *Ethical Theories, Principles*…, p. 181; ID., *Principles-Oriented Bioethics*…, p. 72). «One would be hardpressed to find a text that has been more influential and more frequently cited» (D. DEGRAZIA, *Common Morality, Coherence and the Principles of Biomedical Ethics*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 13 [2003], p. 219).

[23] «This model of applied normative ethics, sometimes called "principlism", in now widely challenged» (R. J. DEVETTERE, *The Principled Approach*…, p. 27).

Aunque algunas de las objeciones que se hacen al sistema son profundas, como tendremos ocasión de ver más adelante, la mayoría de los autores son de la opinión de que los principios sobrevivirán, siempre que se adapten a las necesidades del actual contexto ético y biomédico[24].

En un artículo aparecido en 1993, Edmund D. Pellegrino escribía que el principialismo seguía siendo útil ya que proporcionaba la fuente de la que derivan y dónde se justifican las líneas de acción específica. O dicho de otro modo, las obligaciones y normas que están presentes en cualquier sistema ético. Además, continuaba Pellegrino, las serias limitaciones que se le atribuyen están también presentes en las alternativas que se han ido proponiendo[25]. Concluía diciendo que la bioética estaba entonces en una fase de replanteamiento de los principios[26].

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[27]. Concretamente a través de los cursos intensivos

[24] Otros, como Diego Gracia, piensan que el modelo propuesto por Beauchamp y Childress «hoy resulta ya inservible» (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).

[25] *The Metamorphosis of Medical Ethics*, "JAMA" 269 (1993), pp. 1158-62.

[26] En ese mismo artículo Pellegrino distingue cuatro períodos de la ética médica: la época de la ética hipocrática, el periodo de los principios (que según este autor comienza en la mitad de los sesenta), el anti-principialismo y un último momento —que correspondería con el actual— de escepticismo ante los conflictos morales en ámbito médico, en el que se pone en duda la posibilidad misma de una ética normativa universal.

[27] Algunos denominan a los cuatro principios propuestos por Beauchamp y Childress como la *Georgetown mantra*. Esta expresión se ha utilizado para criticar la frecuente mención de uno u otro principio por parte de personas que no entienden realmente su significado. Arras explica que la acusación de "mantra" procede de la banalización que se ha producido con los principios, de modo que simplemente invocando alguno de ellos y poniéndolo en relación con el caso concreto, la solución aparecería como por arte de magia (cfr. J. D. ARRAS, *Principles and Particularity: the Role of Cases in Bioethics*, "Indiana Law Journal" 69 [1994], p. 992). Por su parte, DeGrazia sostiene que se ha exagerado también con el uso de "mantra" para referirse a los principios: «the label "mantra" has beco-

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[28]. Junto al método pedagógico relativamente sencillo, el principialismo proporciona al médico una serie de herramientas con las que es capaz de llegar a un juicio moral, utilizando un procedimiento de principios, diagramas y cuadros de decisión que resultan muy familiares en el ámbito sanitario[29].

Como tendremos ocasión de ver, una de las características del principialismo es su gran plasticidad para acomodarse a diferentes teorías morales y concepciones religiosas[30]. En su texto *Princi*

me as parroted as the mantra, so I will avoid this term» (D. DEGRAZIA, *Moving Forward in…*, p. 536).

[28] Cfr. J. D. ARRAS, *Principles and Particularity...*, p. 1067. Sobre la importancia de los cursos de verano ver también 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). Sobre las razones del éxito del principialismo, ver también R. J. DEVETTERE, *The Principled Approach…*, p. 37.

[29] D. CALLAHAN, *Principlism and Communitarianism*, "Journal of Medical Ethics" 29 (2003), p. 287. «For non-philosophers it is an attractive prospect, when face with an ethical difficulty, to have some simple intelligible, and applicable guiding principles against which to measure any moral problem» (P. GARDINER, *A Virtue Ethics Approach to Moral Dilemmas in Medicine*, "Journal of Medical Ethics" 29 [2003], p. 297). «Several factor have helped to give this simplifed, "stripped-down" version of principlism hegemony in US bioethics: first, the multidisciplinary nature of the field; second, the public status of the bioethical debates taking place in a pluralistic, religiously resonant but secularized society that is undergoing what observant social critics describe as a fragmenting cultural process of separation and individuation; and third, the acutely felt need under these conditions for a single, common, comprehensive, and coherent way of addressing, and resolving moral problems and quandaries» (R. C. FOX, *The Entry of US Bioethics in the 1990s* en E. R. DUBOSE, R. P. HAMEL, L. J. O'CONNELL (eds.), *A Matter of…*, p. 52).

[30] Es conocida la diferente procedencia filosófica de nuestros autores. Beauchamp pertenece al llamado utilitarismo de la regla, mientras que Childress se encuentra en un deontologismo pluralista (o deontologismo de la regla, según la

ples of Health Care Ethics, Raanan Gillon recoge una extensa colección de artículos de autores procedentes de las más diversas partes del mundo, en los que se puede descubrir no sólo esa capacidad de adaptación a diferentes culturas, sino también gran extensión geográfica que han conseguido los cuatro principios[31].

Desde las primera páginas de su libro, Beauchamp y Childress insisten una y otra vez en que su intento no es proponer una nueva teoría moral, sino un sistema para la resolución de casos difíciles, al que se puede acceder desde distintas posiciones filosóficas de base[32]. Con ello no pretenden resolver todas las cuestiones que la bioética tiene planteadas, sino proporcionar un instrumento válido para la mayoría de los casos. La falta de acuerdo que pueda surgir al estudiar una determinada cuestión no debería hacer dudar del sistema, sino ayudar a descubrir la dificultad intrínseca de la vida moral[33].

denominación de Evans): cfr. B. A. LUSTIG, *The Method of…*, p. 494; J. H. EVANS, *A Sociological Account…*, p. 33.

[31] «In brief, the four principles plus scope approach claims that whatever your personal philosophy, politics, religion, moral theory or life stance, you will find no difficulty in committing yourself to four *prima facie* moral principles plus a concern for their scope of application» (R. GILLON, *Principles of Health…*, p. xxii). Entre los autores que escriben en este voluminoso texto encontramos teólogos católicos y protestantes, representantes del Budismo y del Islam, filósofos de ámbito utilitarista, marxista y feminista. Con todo no existe unanimidad sobre la posibilidad de usar los principios en otros ámbitos culturales: mientras para Aksoy y Tenik su contenido estaría ya presente en un maestro musulmán del siglo XIII, para Ratanakul, la preocupación de la bioética norteamericana por el individuo y sus derechos no sería un valor sobresaliente en muchas culturas asiáticas (vid. respectivamente S. AKSOY y A. TENIK, *The "Four Principles of Bioethics" as Found in 13th Century Muslim Scholar Mawlana's Teachings*, "BMC Medical Ethics" 3 [2002]: www.biomedicalcentral.com/1472-6939/3/4 [disponible en Septiembre 2004] y P. RATANAKUL, *An Asian Perspective on US Bioethics* (Unpublished Working Paper) en E. R. DUBOSE, R. P. HAMEL y L. J. O'CONNELL (eds.), *A Matter of…*, p. 55).

[32] Cfr. PoBE, p. 15.

[33] Sobre la importancia del principialismo en ámbito bioético basten los siguientes ejemplos. Fox menciona algunos de los títulos que ha recibido: «regnant paradigm», «fundamentalist *lingua franca*», «locus classicus», «a veritable 'Bible' of academic medical ethics» (R. C. FOX, *The Entry of…*, pp. 48-49). Holm dice que se trata del «most read bioethics textbook in the USA (and probably in the world)» (S. HOLM, *Not Just Autonomy—the Principles of American Biomedical*

De lo tratado hasta este momento surgen una gran cantidad de preguntas a las que habrá que ir dando una respuesta. ¿Qué se entiende al hablar de "principios de la bioética"? ¿Por qué se dice que son *prima facie* (siguiendo la denominación que aparece en el texto de Gillon apenas citado)? ¿Cómo se aplican estos principios? En las siguientes secciones se intentará responder a éstas y otras preguntas. Para ello utilizaremos las indicaciones que nos dan Beauchamp y Childress en su libro, así como otros textos de estos mismos autores y de otros muchos que han escrito sobre el principialismo.

2. LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA Y DE LA BIOÉTICA

El término "principio" ha sido ampliamente utilizado en la historia de la ética, aunque no siempre con un significado unívoco. Incluso en la corta vida de la bioética esta palabra ha ido caracterizándose cada vez más en una dirección semántica distinta de la que podía ser habitual en los años Setenta. Este fenómeno podemos apreciarlo en el cambio que sufre la definición de bioética entre la primera y segunda edición de la *Encyclopedia of Bioethics*: la referencia a los principios es explícita en la primera[34], mientras que desaparece en la segunda[35]. Warren Reich explica que al utilizar el término "principio" en la primera edición quería referirse al

Ethics [Book review essay], "Journal of Medical Ethics" 21 [1995], p. 332). Callahan por su parte, escribe que «*Principles of Biomedical Ethics*, was by far the most popular medical ethics textbook in the 1980s and 1990s for classroom use (and probably still is)» (D. CALLAHAN, *Principlism and Communitarianism*…, p. 287). «If any work in bioethics may be said to be truly paradigmatic, it is Tom L. Beauchamp's and James Chidlress' seminal *Principles of Biomedical Ethics*» (R. B. DWORKIN, *Emerging Paradigms in Bioethics: Introduction*, "Indian Law Journal" 69 [1994], p. 946).

[34] «It can be defined (Bioethics) as the systematic study of human conduct in the area of the life sciences and health care, insofar as this conduct is examined in the light of moral values and principles» (W. T. REICH, *Encyclopedia of Bioethics* [2ª edición]…, vol. I, p. xix).

[35] «It can be defined as the systematic study of the moral dimensions –including moral vision, decisions, conduct, and policies- of the life sciences and health care, employing a variety of ethical methodologies in an interdisciplinary setting» (*ibid*., p. xxi). La tercera edición de la *Encyclopedia* recoge esta misma definición.

significado etimológico de la palabra (fuente, origen); o sea, al modo de valorar la conducta humana a la luz de los recursos últimos de la moralidad y de la ética, del conocimiento y del juicio moral. Uso que según Reich ha sido común durante siglos, mientras que actualmente el sentido predominante es el referido a "principio" como regla o norma de comportamiento (*action guide*), asociado a un modelo concreto de ética aplicada.

También Raymond Devettere distingue estos dos sentidos, aunque sostiene que históricamente muchos planteamientos éticos los emplean conjuntamente. Pone el ejemplo de Kant y de Mill. El primero habla de la autonomía o libertad de la voluntad como principio fundador de la ética, mientras que reconoce también una serie de normas precisas de comportamiento, como "no suicidarse" o "hay que mantener las promesas", que podrían entrar dentro del segundo sentido (de principio como guía de acción). Mill, por su parte, pone como principio fundador de su filosofía el deseo de una existencia sin dolor y llena de placer; principio que no puede aplicarse directamente al caso concreto, sino a través de otros principios secundarios y de reglas[36]. En su primer sentido los principios son indemostrables, no se pueden fundar en nada anterior, mientras que el principio en su segunda acepción es algo derivado, un principio normativo para aplicar al caso concreto[37].

Sin embargo los principios no son una herramienta propia de la modernidad. Han estado presentes en la historia de la ética desde sus orígenes, así como en la moral religiosa (Judaísmo, Cristianismo e Islam). En efecto, esta última ha dado gran realce a las normas de la ley divina, cuya estructura es muy similar a aquella

[36] Cfr. R. J. DEVETTERE, *The Principled Approach*…, pp. 27-28.

[37] «First, the word "principle" has sometimes designated what is the beginning or the source of the ethical theory itself. Principles so understood are founding or originative principles, and they are not derived from, nor defended by, moral theories. Rather, moral theories are derived from, and defended by founding principles. Second, the word "principle" has also designated a norm for a standard used to make particular moral judgments about right and wrong. Principles are thus normative or "action guides", and they are derived from, or at least defended by, moral theories» (*ibid.*, pp. 28-29). La última explicación sobre la relación entre los principios y la teoría moral es importante para el caso del principialismo propuesto por Beauchamp y Childress.

de las actuales morales de la regla (*rule-governed moralities*)[38]. Baste alguna referencia a los pensadores clásicos griegos y romanos.

Para Platón (427-347 a.C.) las normas y reglas contenidas en la ley son necesarias para alcanzar la vida buena (que es el fin de la moral). Sin la ley muchos hombres serían incapaces de acertar con el bien que han de realizar, y vivirían como animales. Por tanto, necesitamos las reglas para llegar a ser personas virtuosas.

Sabemos bien que para Aristóteles (384-322 a.C.) «los principios de la acción son fines por los cuales se obra»[39]. Fines que en último término coinciden con la felicidad. Ésta constituye el principio fundador (principio entendido según la primera acepción) de la ética aristotélica, y en general de casi toda la ética griega. Pero, ¿tienen también importancia en Aristóteles los otros principios (segunda acepción)? Algunos de los actuales críticos del principialismo se apelan a las nociones aristotélicas de prudencia y deliberación moral como alternativas a la moral de principios y reglas. Sin embargo, si se estudian con atención esos textos se podrá descubrir el importante papel que los principios normativos y las reglas juegan en la ética aristotélica[40].

[38] Cfr. *ibid.*, p. 29.

[39] EN, libro 6, capítulo 5, 1140b, 17-18. La traducción se ha tomado de la edición del Centro de Estudios Constitucionales, Madrid 1985 (4ª edición).

[40] Aristóteles abraza la idea griega de que la ética es parte de la política, y por tanto está integrada por aquellas costumbres y leyes de la sociedad (vid. EN, libro 1, capítulo 2, 1094b). Por otro lado, «no toda acción ni toda pasión admite el término medio, pues hay algunas cuyo mero nombre implica la maldad, por ejemplo, la malignidad, la desvergüenza, la envidia; y entre las acciones el adulterio, el robo y el homicidio. Todas estas cosas y las semejantes a ellas se llaman así por ser malas en sí mismas, no sus excesos ni sus defectos. Por tanto, no es posible nunca acertar con ellas sino que siempre se yerra» (*ibid.*, libro 2, capítulo 6, 1107a, 9-15). En el resto de casos, donde cabe el concurso de la prudencia, la deliberación moral versa tanto sobre lo universal como sobre lo particular (cfr. EN, libro 6, capítulo 7, 1141b, 15-24). Junto a estos principios generales encontramos también en Aristóteles reglas de actuación concreta, como por ejemplo cuando escribe que «debe existir una ley que prohiba criar a ninguno [hijo] defectuoso» (*Política*, libro 7, capítulo 14, 1335b, 14. La traducción se ha tomado del volumen de Editorial Gredos, Madrid 1994).

En la generación posterior a Aristóteles, Zeno (342-270 a.C.) elabora la que se ha considerado la primera doctrina filosófica ética explícita de principios y reglas. Inmediatamente después comenzará una controversia que se extenderá durante varios siglos sobre la necesidad de distinguir entre esos dos conceptos, y así, Ariston, uno de los discípulos de Zeno, sostiene que para guiar nuestras acciones son suficientes los principios (las reglas no serían necesarias). Séneca (4 a.C.-65 d.C.), muchos años después, se preguntará sobre la diferencia entre los principios de la filosofía y las reglas, concluyendo que los primeros son reglas generales mientras que las últimas son indicaciones específicas[41].

Otro momento importante en la historia de los principios, y como tendremos ocasión de ver, también en la historia de los casos de moral está protagonizado por Cicerón (106-43 a.C.). Explica que la ley natural no está sujeta a modificaciones, sino que es eterna e inmutable. Dios es el autor, el que la promulga, y el juez de esta ley[42]. Algunos lo presentan como el autor que desarrolla un primer esbozo de la doctrina sobre la ley natural, y que reforzó la tendencia a realizar una moral guiada por reglas (o mandatos de la ley natural)[43].

3. LOS PRINCIPIOS *PRIMA FACIE*

Volvamos ahora a nuestros autores, para intentar esclarecer su concepto de principio. Claramente no pertenece a los de la primera acepción, a los que fundan una teoría moral, como puedan ser el imperativo categórico de Kant o el principio utilitarista de Mill. Tampoco se trata de verdaderas reglas de acción, pues son todavía

[41] L. A. SÉNECA, *Obras completas*, M. Aguilar, Madrid 1943. Este uso de principios y reglas es muy similar al de la ética aplicada contemporánea. Es interesante notar que los estoicos compaginaban una cierta ética de los principios con una ética de la virtud, pues actualmente algunos de los paladines de la llamada bioética de la virtud se sienten inclinados a rechazar una posible compatibilidad con la bioética de los principios.

[42] M. T. CICERÓN, *De Officiis*, Harvard University Press, Cambridge 1975.

[43] Esta afirmación de Devettere (cfr. *The Principled Approach*…, p. 32) es discutible, pues ya en Aristóteles podemos encontrar una reflexión importante sobre el *iustum naturale*.

demasiado indeterminados para poder ser aplicados directamente a un caso concreto[44]. Se situarían más bien en lo que se ha denominado nivel intermedio (*middle level*). Además, al tratarse de varios principios y no de uno sólo (como para Kant o Mill), surge de inmediato la cuestión sobre la primacía entre ellos. Beauchamp y Childress explican que sus cuatro principios están al mismo nivel de importancia, y no se puede decir de antemano que uno tenga precedencia sobre otro. Cuando en el caso particular aparezcan los conflictos habrá que estudiar, según las características propias de la situación, cuál tiene primacía. En este sentido se refieren a sus principios como *prima facie*.

Nuestros autores toman la denominación *prima facie* de William D. Ross, que habla no de principios sino de deberes *prima facie*. Lo hace en contraposición a los deberes actuales que el agente moral descubre en la situación concreta. Los deberes *prima facie* «se deben cumplir a no ser que entren en conflicto en alguna ocasión con otra obligación de igual o superior importancia»[45]. En caso de conflicto se realizará lo que Ross denomina la "gran ponderación" entre lo correcto y lo incorrecto[46].

Esta llamada a la ponderación puede aparecer un tanto precaria. Beauchamp y Childress la justifican diciendo que la vida moral está llena de estos conflictos, y muchas veces será necesario realizar juicios en situación de incertidumbre. Ponen el ejemplo del estudiante que tras conseguir un poco de dinero se plantea la posibilidad de comprar unos libros o de ir a visitar a sus parientes. Haciendo un rápido análisis concluyen que las dos posibilidades poseen valor. No es posible por tanto dar una respuesta *a priori* del comportamiento más adecuado. Habrá que estudiar detenidamente todas las circunstancias del caso para descubrir cuál es la mejor elección[47].

[44] «Principles in the four-principles approach should be conceived neither as rules of thumb nor as absolute prescription» (T. L. BEAUCHAMP, *The "Four Principles"*…, p. 7).

[45] PoBE, p. 14.

[46] «The greatest balance of right over wrong» (*ibid.*).

[47] Cfr. PoBE, p. 15.

En relación a la imposibilidad de un único principio o de un orden jerárquico entre ellos, Beauchamp llega a decir que uno de los méritos del principialismo es precisamente el haber acabado con la idea de que existe un principio ético único y reglas morales absolutas[48]. Esta última indicación sobre la imposibilidad de reglas absolutas viene ilustrada en *Principles of Biomedical Ethics* con el siguiente ejemplo: «matar una persona es *prima facie* incorrecto, pero matarla para prevenirle un sufrimiento y dolor extremos no es incorrecto en todas las circunstancias»[49].

Cuando Childress describe los principios *prima facie* explica que corresponden a lo que Bacon mencionaba como *media axiomata*[50], más fáciles de aceptar que los primeros principios, y por tanto preferibles a la hora de proponer un sistema que sea accesible al mayor número posible de personas.

En realidad, Ross escribe en 1930 *The Right and the Good* como alternativa al utilitarismo de Moore[51]. Partiendo desde una perspectiva kantiana intenta describir algunos principios morales que sin ser absolutos puedan emplearse fuera de la concepción utilitarista tan frecuente en su época. Para Ross el utilitarismo ideal dejaría fuera de consideración muchas de las relaciones que una persona encuentra en su actuar diario, ya que sólo se preocupa de aquellas en las que hay una parte que beneficia a otra. Para este autor, existen relaciones como las que se dan entre el que hace una promesa y el que la recibe, entre el marido y la mujer, entre un hijo y su padre, o entre amigos, que generan unas obligaciones *prima facie*. Obligaciones que podrán llegar a ser realmente (o no) obligaciones actuales, dependiendo de las circunstancias del caso. Por tanto, cuando habla de *prima facie* se está refiriendo

[48] Cfr. T. L. BEAUCHAMP, *The "Four Principles"*..., p. 12.

[49] PoBE, p. 406.

[50] «John Stuart Mill quoted Francis Bacon on *media axiomata* to indicate what he called "intermedia principles" (and, elsewhere, "subordinated principles") to use in applying the ultimate principle(s)» (J. F. CHILDRESS, *Priorities in Biomedical Ethics*, The Westminster Press, Philadelphia 1981, p. 119).

[51] W. D. ROSS, *The Right and the Good*, Clarendon Press, Oxford 1930 (citamos la edición de Hackett Publishing Company, Indianapolis 1988). Completa su pensamiento en el libro *The Foundations of Ethics*, Clarendon Press, Oxford 1939.

a tipos de acciones que a primera vista parecen obligaciones reales (*duty proper*), pero que también podrían ser simplemente obligaciones aparentes[52].

Cincuenta años más tarde, este concepto *prima facie* de Ross ha entrado en el ámbito de la ética médica gracias al trabajo de Beauchamp y Childress, y actualmente es difícil encontrar algún autor en este campo que no lo utilice[53].

Acabamos de decir que los principios de la ética biomédica propuestos por nuestros autores son demasiado indeterminados para poder resolver las cuestiones concretas que plantea la práctica médica diaria. ¿Cómo se llega entonces del principio al caso? En el panorama ético actual podemos encontrar diversas respuestas. Joseph Fletcher distingue tres posibilidades. En un extremo sitúa el legalismo que aplica los dictados de la ley siguiéndolos a la letra, y cuyos representantes históricos serían la moral católica (que, según Fletcher, mediante la razón descubre en la naturaleza la ley a seguir) y la protestante (que la descubre en la Biblia). En el otro extremo estarían aquellos que llegan a la toma de decisión sin ningún principio o regla moral predefinida, ya que cada momento se considera único y proporciona por sí mismo la solución a la cuestión moral. Entre estos dos extremos Fletcher propone el situacionismo, que afronta cada cuestión moral con una serie de máximas que junto con la experiencia del sujeto, sabrán descubrir

[52] «I suggest "prima facie duty" or "conditional duty" as a brief way of referring to the characteristic (quite distinct from that of being a duty proper) which an act has, in virtue or feeling of a certain kind (e.g. the keeping of a promise), of being an act which would be a duty proper if it were not at the same time of another kind which is morally significant. Whether an act is a proper or actual duty depends on *all* the morally significant kinds it is an instance of» (W. D. ROSS, *The Right and…*, pp. 19-20: mientras no se diga otra cosa la cursiva de las citas pertenece al original).

[53] Un planteamiento similar al de Ross, de intentar un sistema de principios no-consecuencialistas dentro del ámbito biomédico, lo encontramos en la propuesta de Robert Veatch (*A Theory of Medical Ethics*, Basic Books, New York 1981). Sobre los distintos modos de entender la relación entre los principios y la posibilidad de una jerarquía se aconseja la lectura de R. M. VEATCH (ed.), *Cross Cultural Perspectives in Medical Ethics: Readings*, Jones & Bartlett, Boston 1989, capítulo 8 (*Relating principles and cases*).

en el nuevo caso la actuación más acertada[54]. Beauchamp y Childress quedarían situados en un lugar cercano a este último planteamiento, aunque no aceptan que se les califique de situacionistas.

Se podría concluir este apartado diciendo que los principios *prima facie* se presentan como una alternativa a tres modos de concebir las normas morales: aquellos que las consideran como reglas de prioridad (*rules of thumb*); los que hablan de principios absolutos propios de las teorías morales clásicas (kantiana y utilitarista); y las teorías que proponen un orden jerárquico (o léxico) de los principios. Para Beauchamp y Childress estas tres perspectivas son incapaces de reconocer la naturaleza propia de las normas morales[55]. Como resulta evidente, la opción por el concepto *prima facie*, que hunde sus raíces en el ambiente pluralista en el que se desarrolla la bioética, tiene gran importancia y supone una característica basilar del principialismo. No se trata de una elección neutra, ya que condiciona todo el dinamismo del juicio moral, cerrando la puerta al menos en el plano de los principios, a determinaciones morales absolutas[56]. Pasamos ahora a considerar el modo de fundamentar estos principios.

[54] J. FLETCHER, *Three Approaches* en *ibid.*, pp. 323-25.

[55] «We construe principles as prima facie. Some theories recognize principles and rules, but treat them as expendable rules of thumb. Other theories contain absolute principles. Still other theories give a hierarchical (or lexical) ordering to moral norms. All three interpretations fail to capture the nature of moral norms. Rules of thumb permit too much discretion, as if principles or rules had no binding moral force. Absolute principles and rules disallow all discretion for moral agents and also encounter unresolvable moral conflicts. A hierarchy or rules and principles suffer from devastating counterexamples» (PoBE, p. 405).

[56] Este punto no queda del todo claro en nuestros autores. En la parte introductoria de la obra aceptan la posibilidad de reglas (no principios) absolutas (concretamente utilizan las siguientes palabras: «some specified norms are virtually absolute»), aunque escriben que «si existen, son raras»; y, en cualquier caso, deberían contener en su enunciado las legítimas excepciones (cfr. PoBE, p. 19). Por otro lado, al hablar del principio de no-maleficencia y de su especificación en reglas morales, escriben que se trata de «reglas *prima facie*, no absolutas» (*ibid.*, p. 117).

3.1 La justificación moral de los principios

Como se señaló anteriormente Beauchamp y Childress consideran que ninguna de las teorías éticas que encuentran en el ámbito bioético consigue proporcionar un sustrato adecuado para su propuesta[57]. Por esto, en el último capítulo del libro se ven en la obligación de abordar la cuestión de la fundamentación moral del sistema de principios *prima facie*. Describen tres posibles modos: el modelo deductivo (*top-down*), el modelo inductivo (*bottom-up*), y un tercero que denominan modelo integrado.

3.1.1 Modelo deductivo

El modelo deductivo, o modelo de teoría y aplicación, tiene una estructura muy similar a la del razonamiento matemático, donde las conclusiones proceden de manera lógica a partir de las premisas. En este modelo las leyes, los principios y las reglas se aplican a aquellos casos que caen bajo su dominio. El silogismo base sería:

(1) todo acto del tipo A es obligatorio;

(2) la acción b corresponde al tipo A;

luego:

(3) la acción b es obligatoria.

Al explicar este modo de justificar los juicios de acción nuestros autores descubren algunas dificultades. En primer lugar este modelo requiere la elección de una teoría moral que proporcione los principios o las reglas (las premisas mayores), labor que se presenta ardua, ya que cada una de ellas tendría sus ventajas e inconvenientes, pero son incompatibles entre sí. Por otro lado, en la mayoría de los casos no es posible una verdadera y propia aplicación, ya que al especificar los principios y las reglas, se recurre a elementos morales externos al silogismo (la experiencia moral, ideales personales, etc.). Elementos que no están incluidos en la

[57] Vid. capítulo I, pp. 24-26.

premisa mayor (1)[58]. Otro problema aparece a la hora de justificar la premisa (2), ya que en la mayoría de los casos la dificultad en el juicio está justamente en saber si una determinada acción cae dentro de una categoría o de otra. Por último, la justificación debería proceder hasta el infinito, a no ser que existieran algunos principios o reglas que no tuvieran necesidad de justificación, cosa que consideran de difícil aceptación[59].

3.1.2 Modelo inductivo

Otros autores recorren un camino de justificación inverso. Para ellos lo que tiene relevancia moral está contenido en los casos concretos y no en los principios y las reglas. Es sólo en un segundo momento, al reflexionar sobre los juicios morales que se han dado en situaciones similares, cuando se puede hablar de reglas o principios, que surgen siempre de modo inductivo. En este caso, la justificación moral se encuentra en el acuerdo social y las prácticas moralmente aceptadas en un contexto determinado.

Ejemplo paradigmático de modelo inductivo es la casuística de Jonsen y Toulmin. Beauchamp y Childress le dedican un apartado de su libro, definiendo la propuesta como un "método sin contenido". Estos autores darían al caso particular una riqueza (desde el punto de vista moral) que en realidad no posee. Parece como si el

[58] En un artículo de 1992, que tuvo gran influencia en Beauchamp y Childress, David DeGrazia explica que el deductivismo moral que había dominado en los dos últimos decenios no había sido capaz de dar soluciones a los problemas concretos. Con el principio de justicia en la mano, escribía entonces DeGrazia, no soy capaz de decidir a quién debo introducir en la UCI y a quién debo dejar fuera cuando existan problemas de falta de camas disponibles (cfr. D. DEGRAZIA, *Moving Forward in…*, pp. 512-14). Sobre la incapacidad de las teorías morales tradicionales (Kant y Mill) para dar respuestas, siguiendo un modelo de tipo deductivo, a las cuestiones ordinarias en ámbito médico, ver también E. R. WINKLER, *Applied Ethics, Overview* en R. CHADWICK (ed.), *Encyclopedia of Applied…*, vol. I, p. 193.

[59] Cfr. PoBE, pp. 385-87. A pesar de todas las deficiencias que señalan a este tipo de justificación, hay que tener en cuenta que el planteamiento de estos autores en las primeras ediciones seguía una línea de razonamiento muy similar a la ahora criticada. Alguno todavía sigue considerando a Beauchamp y Childress como deductivistas (vid. F. TUROLDO, *Bioetica e reciprocità*, Città Nuova, Roma 2003, p. 7).

caso "hablara" sobre las cuestiones morales, cuando es más bien el agente quien "habla", y quien utiliza unas categorías (llámense reglas, principios o máximas) ajenas al caso, con las que lo evalúa y compara. Por otro lado, el modelo inductivo tiene el mismo problema de conflictos que se critica a los principios *prima facie*. En este caso, no se hablará de conflicto entre principios, sino entre analogías, juicios o interpretaciones de los casos. Además, al apoyarse sobre la convención social y la analogía, nuevos casos con soluciones diversas a las anteriores podrían dinamitar la estabilidad del sistema. Por último, la misma naturaleza de la inducción que parte siempre desde la situación concreta, impide la posibilidad de distanciarse de ella para intentar juzgar la validez del conjunto[60].

3.1.3 Modelo coherente

Por último Beauchamp y Childress presentan el modelo que les parece más adecuado, pues conseguiría integrar los dos anteriores. Se trata de un sistema moral coherente que parte de la complejidad de la vida moral, dónde abundan las dificultades a la hora de valorar las situaciones concretas. No son suficientes por tanto, ni los principios que pretenden dar desde lo alto la respuesta correcta, ni tampoco los juicios particulares de casos paradigmáticos que parten desde la profundidad de lo concreto. Es necesario, utilizando un concepto rawlsiano, un equilibrio reflexivo (*reflective equilibrium*) entre las indicaciones que nos llegan a través de una teoría moral, de las creencias personales, etc., y aquellas otras procedentes de la experiencia moral. El concepto de equilibrio reflexivo les sirve como alternativa dialéctica al modelo deductivista que habían seguido en las primeras ediciones[61]. Vale la pena detenerse brevemente a considerar la dinámica de este equilibrio que

[60] Cfr. PoBE, p. 395.

[61] Aparece por vez primera en la cuarta edición (1994), para evitar la acusación de presentar un planteamiento *top-down*, que desde entonces comienzan a criticar (J. D. ARRAS, *Principles and Particularity*..., pp. 992-93). Ver también D. CALLAHAN, *Bioethics* en W. T. REICH, *Encyclopedia of Bioethics* (2ª edición)..., vol. I, p. 252. Algunos elevan esta relación dialéctica a la categoría de teoría (vid. E. R. WINKLER, *Applied ethics, Overview* en R. CHADWICK (ed.), *Encyclopedia of Applied*..., vol. I, pp. 191-92).

tanta importancia tiene en la consecución de un sistema moral coherente, y que es una pieza central para los principios de la ética biomédica.

a) El equilibrio reflexivo de John Rawls

Generalmente cuando se habla de equilibrio se piensa en la precaria relación de estabilidad que existe entre dos elementos conectados entre sí, de forma que cualquier cambio en uno de ellos causa la pérdida de esa estabilidad, que sólo se recuperará cuando se introduzca también una variación, mayor o menor, en el otro. Cuando Rawls habla de equilibrio reflexivo se refiere al que existe, o al menos se piensa que debería existir, entre las propias creencias morales de carácter general (los principios) y los juicios morales concretos que preceden o siguen nuestras acciones libres, y que no sufren la interferencia de las propias pasiones (juicios que denomina ponderados).

Algunas ocasiones estos juicios ponen a prueba la solidez de nuestros principios generales. En efecto, percibimos intuitivamente que la valoración moral que hemos hecho de una situación concreta contraría alguno de ellos, rompiendo así la situación de equilibrio precedente. Situación que habrá de restablecerse con la modificación de las creencias anteriores[62]. Rawls explica que este tipo de equilibrio no es exclusivo de la filosofía moral. Se da igualmente en la gramática y en otros métodos científicos. De las ciencias naturales toma un ejemplo para explicar el equilibrio entre teoría y práctica. Si sostengo una determinada teoría sobre el peso de los cuerpos y descubro nuevos datos ciertos que no cua

[62] «By going back and forth, sometimes altering the conditions of the contractual circumstances, at others withdrawing our judgments and conforming them to principle. I assume that eventually we shall find a description of the initial situation that both expresses reasonable conditions and yields principles which match our considered judgments duly pruned and adjusted. This state of affairs I refer to as reflective equilibrium. It is an equilibrium because at last our principles and judgements coincide; and it is reflective since we know to what principles our judgments conform and the premises of their derivation. At the moment every-thing is in order. But this equilibrium is not necessarily stable» (J. RAWLS, *A Theory of Justice*, Oxford University Press, Cambridge 1973 [la primera edición del libro es de 1971], p. 20).

dran con ella, tendré que preguntarme por la validez de mi teoría[63]. En opinión de Rawls este modo de concebir el progreso en el conocimiento moral tiene su origen en Aristóteles, y añade citando a Sidgwick que toda la historia de la filosofía moral no es más que un intento de clarificar y sistematizar científicamente las primeras intuiciones de la razón, para conseguir un pensamiento moral que sea correcto (razonable) y, por tanto, compartido o compartible por todos[64]. El equilibrio reflexivo se convierte así en una herramienta para mejorar la coherencia de las convicciones morales de la humanidad.

b) El "amplio equilibrio reflexivo" de Norman Daniels

Tras la publicación de "Una teoría de la justicia" el concepto de equilibrio reflexivo ha tenido gran difusión y ha sido asumido por muchas propuestas contemporáneas de ética aplicada[65]. En ámbito biomédico se ha introducido de la mano de Norman Daniels[66]. Como este autor tiene gran influencia en el libro que estamos estudiando, nos parece conveniente dedicar unas líneas a exponer su planteamiento.

[63] Cfr. *ibid.*, p. 49.

[64] Cfr. *ibid.*, pp. 51 y 432. La conexión entre el equilibrio reflexivo y Aristóteles puede encontrarse también en R. W. MOMEYER, *What Conception of Moral Truth Works in Bioethics?*, "Journal of Medicine and Philosophy" 27 (2002), p. 412.

[65] La doctrina sobre el equilibrio reflexivo fue completada por el mismo Rawls en el libro *Political Liberalism* (Columbia University Press, New York 1993), donde explica que este equilibrio tiene lugar a todos los niveles de la reflexión moral: «These convictions are provisional fixed points that it seems any reasonable conception must account for. We start, then by looking to the public culture itself as the shared fund of implicitly recognized basic ideas and principles. We hope to formulate these ideas and principles clearly enough to be combined into a political conception of justice congenial to our most firmly held convictions. We express this by saying that a political conception of justice, to be acceptable, must accord with our considered convictions, at all levels of generality, on due reflection, or in what I have called elsewhere "reflective equilibrium"» (p. 8).

[66] N. DANIELS, *Wide Reflective Equilibrium and Theory Acceptance in Ethics*, "Journal of Philosophy" 76 (1979), pp. 256-82; ID., *Reflective Equilibrium and Archimedean Points*, "Canadian Journal of Philosophy" 10 (1980), pp. 83-103; ID., *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*, Cambridge University Press, New York 1996.

Daniels estudia las diferentes propuestas de bioética, y dibuja un campo de batalla que ve el principialismo de Beauchamp y Childress situado en una elevación del terreno (el *Middle Kingdom*), donde recibe los ataques tanto de los pueblos que dominan las montañas vecinas (los *Uplanders*, donde incluye a Gert y Clouser), como los de aquellos que habitan en el valle (los *Lowlanders*, representados por el contextualismo de Hoffmaster, y la casuística de Jonsen y Toulmin). Daniels se interroga sobre la posibilidad de una paz entre estos pueblos, concluyendo que realmente existe un gran campo común para construirla. Y dentro de este campo ocupa un lugar destacado el equilibrio reflexivo que acomunaría a todos estos autores en mayor o menor medida.

La propuesta de paz de Daniels consiste en cubrir la distancia entre principialistas y contextualistas, cosa que habría conseguido ya Richardson en gran medida, mediante su especificación de las normas morales (*specifying norms*)[67]. De todas formas para Daniels no es suficiente, pues todavía la visión de la vida moral quedaría empobrecida. Por eso propone no cualquier equilibrio, sino un *wide reflective equilibrium*[68], en el que deben entrar todas las visiones morales, y a todos los niveles: consideraciones sobre los casos concretos, sobre las reglas y los principios, sobre las virtu

[67] «… a helpful exposition of Rawls' notion of reflective equilibrium, in which justificatory priority is not given in principle to abstract considerations over particular ones or vice versa. As a result, deductive arguments are not privileged over inductive ones. Instead, justification is a matter of making arguments in both directions» (H. S. RICHARDSON, *Specifying, Balancing, and Interpreting Bioethical Principles*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 25 [2000], p. 294). Tendremos ocasión de ver las tesis de Richardson en el apartado 3.2.1. También DeGrazia sigue la vía de la especificación (habla de *specifying principlism*), que supone un cierto equilibrio reflexivo entre los principios y los juicios concretos.

[68] La distinción entre *wide* y *narrow reflective equilibrium*, aparece de modo implícito en *A Theory of Justice* (p. 49), pero esta nomenclatura la utiliza Rawls por vez primera en el artículo *Independence of Moral Theory*, "Proceedings of the American Philosophical Association", 49 (1974), p. 8. En realidad la afirmación de Daniels sobre el tipo (*narrow*) de equilibrio reflexivo de DeGrazia, (que es similar al de Richardson) no coincide con lo que éste había escrito en 1992: «Richardson states that the coherence standard to be used for specification "in effect carries the Rawlsian idea of 'wide reflective equilibrium' down to the level of concrete cases"» (D. DEGRAZIA, *Moving Forward in…*, p. 528).

des y su modo de aplicación, etc[69]. Este gran equilibrio no implica que se haya de llegar a un acuerdo entre las visiones morales, y a todos los niveles, sino la consideración de que las cuestiones que se presentan al estudio de la bioética (como de la ética) son de diverso tipo, y así, las diferentes perspectivas en el modo de afrontarlas pueden contribuir a la mejor solución de los problemas. Lo que sí supone es una gran apertura a la revisión de la propia posición, que en muchas ocasiones llega a convertirse en sorpresa, cuando advierte que las convicciones firmemente asentadas sobre alguna cuestión pueden verse modificadas en el marco de este gran equilibrio reflexivo[70]. La intención de este autor es trabajar por conseguir un sistema moral que sea cada vez más coherente.

[69] «I include here our beliefs about particular cases; about rules and principles and virtues and how to apply or act on them; about the right-making properties of actions, policies, and institutions; about the conflict between consequentialist and deontological views; about partiality and impartiality and the moral point of view; about motivation, moral development, strains of moral commitment, and the limits of ethics; about the nature of persons; about the role of function of ethics in our lives; about the implications of game theory, decision theory and accounts of rationality for morality; about the ways we should reply to moral skepticism and moral disagreement; and about moral justification itself. As is evident from this broad and encompassing list, the elements of moral theory are diverse» (N. DANIELS, *Wide Reflective Equilibrium in Practice* en L. W. SUMNER, y J. BOYLE (eds.), *Philosophical Perspectives on Bioethics*, University of Toronto Press, Toronto 1995, p. 101). Según los autores consultados, encontraremos citados unos u otros elementos, que entran en juego a la hora de realizar el equilibrio reflexivo, pero el concepto es siempre el mismo. Así, por ejemplo, Martin Benjamin menciona tres elementos: los juicios particulares, los principios y valores, y las creencia y teorías; mientras que Richard Momeyer habla de intuiciones, creencias y teorías morales (cfr. M. BENJAMIN, *Between Subway and Spaceship: Practical Ethics the Outset of the Twenty-First Century*, "Hastings Center Report" 31, 4[2001], p. 26; R. W. MOMEYER, *What Conception of…*, p. 412). Sobre la distinción entre "amplio" y "estrecho", referida al equilibrio reflexivo, puede consultarse también M. HOLMGREN, *The Wide and Narrow of Reflective Equilibrium*, "Canadian Journal of Philosophy" 19 (1989), pp. 43-60.

[70] «There is moral surprise in the peaceable kingdom: the process of ethical inquiry can lead us to change our minds about what we think is right (...) Surprise can occur at any level». Daniels cuenta su experiencia personal, cómo ha modificado el modo de considerar algunas cuestiones relacionadas con los operadores sanitarios infectados por el HIV, y la conveniencia de alejarles o no de determinadas tareas (cfr. N. DANIELS, *Wide Reflective Equilibrium in…*, p. 111).

El equilibrio reflexivo se puede aplicar tanto al agente moral particular, que valora críticamente sus creencias y sus juicios concretos, como a la entera comunidad moral que busca un acuerdo para emanar leyes específicas en materia de ética pública. Es un sistema que se autocritica en su mismo actuar, siguiendo un recorrido bidireccional desde las creencias a los juicios particulares y viceversa, pasando por todos los imaginables niveles intermedios. Como es lógico nunca llega a un equilibrio estable completo, siempre permanece abierto a nuevas posibilidades de cambio, de mejora[71].

De esta forma, aprovechando las indicaciones de Rawls y Daniels sobre el equilibrio reflexivo, Beauchamp y Childress consiguen separarse del planteamiento fuertemente deductivista de las primeras ediciones de su libro, y lograr una relación armónica entre los principios y sus implicaciones concretas[72].

3.1.4 El anclaje en la moralidad común

Al presentar este modelo de justificación los mismos autores salen al paso de una posible crítica: la posibilidad de construir un sistema ético coherente e inmoral al mismo tiempo. Recuerdan la historia del "credo de los piratas"[73], un conjunto de normas que a mitad del siglo XVII conseguía mantener unida a una fraternidad de bandidos. En ellas quedaba especificada la ayuda que se debían prestar en caso de emergencia, el modo de tratar a los esclavos, las penas para los transgresores de la ley, etc. Era un sistema ético coherente, pero que justificaba actuaciones inmorales. Beauchamp y Childress escriben que su sistema no cae en semejante situación porque se apoya sobre unos juicios ponderados, que no

[71] «We can never assume a completely stable equilibrium» (PoBE, p. 398); «a moral framework is more a process than a finished product» (PoBE, p. 399).

[72] Arras sostiene, y Childress lo reconoce, que mediante el equilibrio reflexivo, la cuestión metodológica entre teoría y casos no ha de considerarse en términos de *either/or* sino según *both/and* (cfr. J. D. ARRAS, *Getting Down to Cases: the Revival of Casuistry in Bioethics*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 16 [1991], p. 49; J. F. CHILDRESS, *Ethical Theories, Principles…*, p. 195).

[73] «Pirates' creeds of ethics or custom of the brothers of the coast» (PoBE, p. 400).

son fruto del capricho, ni siquiera de la intuición personal, sino de creencias adquiridas a lo largo del tiempo[74].

¿Dónde se apoyan estos juicios ponderados? La respuesta a esta pregunta condiciona, como se puede fácilmente descubrir, tanto la solidez de la propuesta como su posterior despliegue. Nuestros autores no quieren quedar atrapados en una de las teorías morales existentes, pero ven necesario encontrar un sustrato donde cimentar sus principios de bioética. Y este sustrato lo encuentran en el concepto de moralidad común (*common morality*), que elevan a la categoría de teoría[75]. Es una moralidad compartida en cierto sentido por todos los sujetos morales serios, cuyos principios resultan ciertamente vagos, pero que son los elementos para construir todo el resto del edificio. Incluye el «respeto de las personas, tener en cuenta su bienestar, tratarles justamente, y otras cosas semejantes»[76]. A partir de estos principios, por medio de la reflexión teórica[77], se va trabajando para conseguir normas más específicas capaces de resolver las cuestiones concretas, siendo coherentes con el resto del universo moral.

El concepto de moralidad común lo toman fundamentalmente de William Frankena y David Ross[78]. Este último sostiene que «los datos éticos se perciben de modo similar a los de las ciencias na

[74] «These norms should derive from beliefs that are acquired, tested, and modified over time» (*ibid.*). También el término de juicio ponderado (*considered judgment*) lo toman de Rawls, como hemos visto poco antes (cfr. J. RAWLS, *A Theory of…*, pp. 47-48).

[75] «Common-morality theory» (PoBE, pp. 401-08). La clarificación del concepto de moralidad común (que aparecía ya en la cuarta edición) es para algunos autores la novedad teórica fundamental de la quinta (cfr. recensión de S. HOLM, "Journal of Medical Ethics" 28 [2002], p. 332-a).

[76] PoBE, p. 401. «We will refer to the set of norms that all morally serious persons share as the *common morality*» (PoBE, p. 3). De todas formas, esta moralidad común sería demasiado abstracta y universal: «the general moral standards shared by all moral persons are conspicuously abstract, universal, and content thin» (T. L. BEAUCHAMP, *Methods and Principles in Biomedical Ethics*, "Journal of Medical Ethics" 29 [2003], p. 270).

[77] Que incluye la especificación y la ponderación, que tendremos ocasión de estudiar en el próximo apartado.

[78] Según Beauchamp y Childress ninguno de los dos autores consigue un elenco de principios que sea adecuado para una teoría moral general, ni para la ética biomédica (cfr. PoBE, p. 402).

turales», y a partir de ellos se va construyendo toda la moral. Se trata de una inducción intuitiva (*intuitive induction*) que proporciona un verdadero conocimiento, del que se desprenden obligaciones precisas que se deben seguir, a no ser que entren en conflicto con otras de la misma importancia. En esos casos la ponderación de las diferentes obligaciones dará una conclusión que no tiene más categoría que la de fundada opinión (*considered opinion*)[79].

Beauchamp y Childress sostienen que existen distintos tipos de teorías de la moralidad común, pero que todas ellas presentan tres características. Por un lado, se apoyan sobre creencias morales compartidas (*pretheoretical commonsense moral judgments*), que utilizan como punto de partida de la moral y no apelan a la pura razón, a una ley natural o a un especial sentido moral. Por otro, todas estas teorías ven con sospecha aquellas otras que no parten de dichas creencias compartidas. Por último, se trata siempre de propuestas pluralistas, en las que hay dos o más principios (*prima facie*); y que por tanto nunca son absolutos[80].

Nuestros autores reconocen que este cambio de perspectiva en el modo de concebir la fundamentación de los principios ha madurado gracias a las críticas y comentarios que han recibido después de las primeras ediciones del libro[81]. Algunos han visto en este viraje que aparece en la cuarta edición, el inicio del fin del principialismo[82]. Sea como fuere, el abandono del modelo deduc

[79] La cita pertenece al libro antes mencionado *The Right and the Good*. Ross defiende la diferente calificación que tendrían los actos por un lado, y las motivaciones y el carácter por otro. Mientras que los primeros pueden calificarse de correctos o incorrectos (right or wrong), las segundas serán buenas o malas (good or bad).

[80] Cfr. PoBE, p. 403.

[81] Sobre todo los comentarios de DeGrazia en el ya citado artículo *Moving Forward in…*, aunque también citan otros autores que han influido notablemente en este punto (cfr. PoBE, p. 412, nt. 39).

[82] E. J. EMANUEL, *The Beginning of the End of Principlism*, "Hastings Center Report" 25, 4(1995), p. 38: «In this fourth edition, Beauchamp and Childress offer a completely new understanding —if not a quite a justification— for the four principles (…) Previously the four principles were justified because they formed the core of an "overlapping consensus" of utilitarianism and deontological ethical

tivo presenta a los principios *prima facie* una nueva dificultad, la imposibilidad de recurrir al núcleo central u origen de la teoría moral para buscar la solución ante los conflictos que surgen entre ellos. Beauchamp y Childress presentan otras vías para conseguir este fin.

3.2 Conflictos entre los principios y vías para su resolución

Una de las mayores críticas que se ha hecho al principialismo es la falta de jerarquía en los principios, que imposibilitaría la resolución de los frecuentes conflictos que surgen de unos con otros[83]. Beauchamp y Childress son conscientes de que dando prioridad a uno u otro principio estarían perdiendo la neutralidad fundativa del sistema que proponen, y que constituye uno de los objetivos prioritarios de su obra[84]. El precio que deben pagar no es pequeño. A diferencia de otros sistemas en los que existe un principio fundador, a partir del cual el resto de reglas pueden ser analizadas según los casos, en el principialismo encontramos cuatro pilares de igual importancia, que tomarán la primacía según el contenido preciso de la cuestión juzgada en cada caso[85].

theories. Beauchamp y Childress now argue there is a "common morality theory" by which the four principles are elucidated and justified».

[83] Son muchos los ejemplos que se han puesto para mostrar la dificultad práctica del uso de los principios en caso de conflicto: ver, por ejemplo, A. G. SPAGNOLO, *I principi della bioetica nord-americana e la critica del "Principialismo"*, "Camillianum" 20 (1999), p. 236.

[84] De todas formas, se ha hecho cada vez más evidente con el paso del tiempo la primacía que tendría el principio de autonomía, como reconoce el mismo Gillon que es el mayor promotor de los principios en Europa: R. GILLON, *Ethics Needs Principles…*, pp. 303-06.

[85] Childress describe cuatro posibles soluciones para el conflicto de principios de orden moral: reducir el número de principios a uno sólo, o al menos concederle la primacía (como sugieren, entre otros, Clouser y Gert); establecer reglas de prioridad de los principios, que varían según las circunstancias; determinar con mayor precisión, cuando sea posible, el contenido de los principios en conflicto; conseguir una serie de principios intermedios (*media axiomata*), cuyos conflictos resultarían más fácil de solucionar (cfr. J. F. CHILDRESS, *Priorities in Biomedical…*, p. 13). En realidad, como comprobaremos en seguida Beauchamp y Childress utilizan sobre todo la tercera y cuarta solución, e implícitamente también la segunda.

Los autores ofrecen dos herramientas para superar estos posibles conflictos: la especificación (*specification*) y la ponderación (*balancing*) de principios y reglas. La especificación trata de acercar el principio al caso concreto que se debe evaluar. Lo despoja todo lo posible de su generalidad e indeterminación, buscando su ámbito de acción (*range and scope*). O lo que es lo mismo, su posible utilización o no en un determinado caso. La ponderación compara dos o más principios (*prima facie* o reglas más específicas) que parecen adecuados como guías para el caso en estudio. Se interroga sobre cuál de ellos tiene mayor peso (*weight and strength*). Mira por tanto a la importancia y solidez de un principio con respecto a otro, en un caso determinado. La primera regla metodológica es especialmente útil a la hora de evaluar una determinada actuación pública (de política sanitaria, por ejemplo), mientras que la segunda está más indicada para el juicio individual[86].

3.2.1 La especificación de las reglas morales

Es claro que los principios *prima facie* no contienen todos los matices necesarios para llegar a las circunstancias particulares que presentan los problemas morales de la vida corriente. Resulta necesario conducirlos hacia normas más específicas que sean capaces de gobernar dichos casos, de modo que se pueda dar respuesta a las preguntas sobre el por qué y cómo una situación determinada entra dentro del ámbito de un principio moral[87].

La herramienta o método de la especificación (como es llamada por nuestros autores) podría definirse como aquel proceso que consigue reducir la indeterminación de las abstractas normas morales proporcionando unas guías de actuación que sean útiles. Se trata de cubrir la distancia entre un principio, como por ejemplo

[86] Cfr. PoBE, p. 18.

[87] Cfr. PoBE, p. 15. Se puede decir que para Beauchamp la interpretación y especificación de los principios constituyen, quizá, el punto central del método de la bioética, y una dificultad presente en todos los planteamientos que se apoyan sobre uno o más principios (cfr. T. L. BEAUCHAMP, *Ethical Theory and Bioethics* en T. L. BEAUCHAMP y L. WALTERS (eds.), *Contemporary Issues in…*, p. 24).

"no causar daño", y la solución concreta que ha de darse a las cuestiones sobre el suicidio asistido y la eutanasia aún no resueltas[88].

> Beauchamp y Childress muestran el proceso de especificación con dos ejemplos. Uno lo toman 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 jurisdicción. El segundo ejemplo se toma del clásico problema ético sobre la posibilidad de engañar al seguro médico con el fin de obtener una mejor prestación sanitaria para el propio paciente. En este caso se enfrentan el principio de justicia (no mentir) y el de beneficencia (actuar del modo más ventajoso para el paciente). Analizando el caso nuestros autores descubren que la mayoría de los médicos no consideran una mentira el engaño a las compañías. La razón sería que el principio de justicia (no mentir), puede ser especificado de la siguiente forma: para hablar de mentira se requiere que el interlocutor tenga derecho a la información verdadera. Derecho que las compañías aseguradoras que ofrecen una prestación injusta no tendrían. Otros posibles modos de realizar la especificación podrían ser: entender la mentira como faltar a la verdad injustificadamente, o solamente por obtener una ventaja personal, etc. De modo que son diversas las posibilidades de resolver, o mejor de "disolver", el conflicto entre los principios, distintos de la pura aplicación o ponderación. Nuestros autores reconocen que los diferentes modos de especificación son objeto de discusión, y que en ocasiones una determinada propuesta de especifi

[88] «Process of reducing the indeterminateness of abstract norms and providing them with action-guiding content» (PoBE, p. 16).

cación puede no ser la mejor forma de justificar una actuación moral[89].

a) La especificación de Henry S. Richardson

El modelo de especificación de las normas morales al que se refieren Beauchamp y Childress es el presentado por Henry S. Richardson en un artículo de 1990. Artículo que se ha demostrado de gran importancia para la ética aplicada, y en particular para el ámbito biomédico[90]. Su objeto primario no es solucionar los conflictos que surgen entre las normas morales, sino «un camino para hacer llegar las normas a las situaciones concretas»[91]. Richardson distingue tres modos de resolver los problemas morales concretos a partir de normas generales: la aplicación, la ponderación y la especificación. De ellos resulta preferible el tercero, pues evita los escollos con que tropiezan los dos primeros. La aplicación no consigue superar la limitación del silogismo lógico; por tanto, la norma general debería prever todas las posibilidades que caen bajo su dominio, cosa que es imposible (al menos para muchas normas) debido a la complejidad y particularidad de la vida moral. La ponderación, por su parte, presenta el problema de la arbitrariedad y pérdida del asidero racional[92].

Junto a estos modelos "puros" de aplicación y ponderación, en la literatura bioética actual están muy difundidos otros modelos

[89] Cfr. PoBE, pp. 16-17. Otro ejemplo de especificación lo ofrece Beauchamp en un artículo reciente sobre la moralidad común: «For example, one possible specification of "respect the autonomy of competent persons" is "respect the autonomy of competent patients when they become incompetent by following their advance directives» (T. L. BEAUCHAMP, *A Defense of the Common Morality*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 13 [2003], p. 267).

[90] H. S. RICHARDSON, *Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems*, "Philosophy and Public Affairs" 19 (1990), pp. 279-310. Diez años después publicó otro artículo en el que completa su pensamiento sobre la especificación y la ponderación de los principios: *Specifying, Balancing, and…*, pp. 285-307. También sobre la especificación es importante el artículo ya citado de D. DEGRAZIA, *Moving Forward in…*, pp. 511-39.

[91] H. S. RICHARDSON, *Specifying, Balancing, and…*, p. 287.

[92] Cfr. *ibid*., pp. 286-87. Entre los autores que utilizan la ponderación en ámbito utilitarista menciona a Moore, Rashdall y Nagel; mientras que en campo no-consecuencialista cita a Ross, Veatch y Baruch.

híbridos, que Richardson también considera inferiores a la especificación[93]. Entre los híbridos podría incluirse la propuesta de Ross, en cuyo sistema de obligaciones *prima facie* tiene un papel principal la ponderación en el caso de conflicto, pero que sigue una vía puramente deductiva en el resto de los casos.

Abandonada la posibilidad de un modelo puramente deductivo, debido a la esencia propia de lo moral, Richardson se da cuenta de que en la valoración del acto concreto entra en juego, de algún modo, la dimensión intuitiva, que es central para la ponderación[94]. Sin embargo, hace un llamamiento a la responsabilidad para conseguir articular del mejor modo posible los juicios con que justificamos nuestras actuaciones en relación con los demás, con vistas a promover un entendimiento moral colectivo. Le preocupa difuminar demasiado la racionalidad del juicio moral en la visión subjetiva de lo que la persona puede percibir en la situación particular. Por eso propone el proceso de la especificación[95] como relación de dos normas (general y específica) entre las que pueden ser descritas unas determinadas condiciones que garantizarían dicha racionalidad[96]. El método de especificación incluye dos pro

[93] Pone como ejemplo la metáfora del centro y la penumbra, tomada del ámbito jurídico: «A common metaphor for a hybrid approach is that of core and penumbra. Ethical principles are taken as having a core zone in which deductive application may proceed confidently, and a penumbral zone in which there can be no secure application –whether or not there are conflicts with other norms» (cita el libro de H. L. A. HART, *Essays in Jurisprudence and Philosophy*, Clarendon Press, Oxford 1982, pp. 63-64). Otro ejemplo de este tipo de híbridos estaría constituido, según Richardson, por la casuística católica.

[94] Cfr. D. DEGRAZIA, *Moving Forward in…*, p. 524.

[95] Menciona explícitamente la cercanía con la visión de Wallace (cfr. H. S. RICHARDSON, *Specifying Norms as…*, p. 300). También utiliza los conceptos de *reflective equilibrium* (Rawls) y *perceptio* (Aristóteles).

[96] «I now define *specification*, considered as a relation between two norms, as follows:

Norm *p* is a specification of norm *q* (or *p* specifies *q*) if and only if

(a) norms *p* and *q* are of the same normative type;

(b) every possible instance of the absolute counterpart of *p* would count as an instance of the absolute counterpart of *q* (in other words, any act that satisfies *p*'s absolute counterpart also satisfies *q*'s absolute counterpart);

(c) *p* qualifies *q* by substantive means (and not just by converting universal quantifiers to existential ones) by adding clauses indicating what, where, when, why, how, by what means, by whom, or to whom the action is to be, is not

cesos: por un lado, la reducción del contenido de la norma (*narrowing*); y por otro, la explicación de por qué esa situación que formalmente no estaba incluida en la formulación de la norma general cae en realidad bajo ella (*glossing*)[97].

En el primer artículo de Richardson sobre la especificación se dice explícitamente que el contenido moral de la norma especificada está incluido en la norma general. Sin embargo, en el segundo admite la posibilidad de que la especificación pueda "cambiar" de algún modo la norma general en su intento de acercamiento al caso concreto. Cambio en el sentido de adición, de completar la indeterminación semántica de la norma[98].

DeGrazia, siguiendo el camino abierto por Richardson, explica que la especificación encuentra su justificación en la coherencia global del sistema moral. Coherencia que va creciendo gracias al "equilibrio reflexivo" de las normas y principios morales. Este es el concepto de coherencia que Beauchamp y Childress asumen para su propuesta[99].

Richardson señala cuatro ventajas de la especificación sobre la simple aplicación y la ponderación. Por un lado, ayuda a descubrir que los preceptos morales abstractos son capaces de resolver

to be, or may be done or the action is to be described, or the end is to be pursued or conceived; and

(d) none of these added clauses in *p* is irrelevant to *q*» (*ibid.*, pp. 295-96).

[97] Cfr. H. S. RICHARDSON, *Specifying, Balancing, and…*, p. 289. Richardson explica que, en algunos casos, se habla de especificación cuando en realidad se está "afilando" (*sharping*) una norma o principio (que puede ser un requisito de la especificación, pero no la especificación como tal). Se refiere concretamente a la pretendida especificación del principio de autonomía que presentan Beauchamp y Childress en su libro, donde –según Richardson– la norma especificada es tan indeterminada como la norma general (p. 290).

[98] «What allows the idea of specification to offer a third way of reflectively coping with conflicts among principles is the fact that it offers a change in the set of norms» (*ibid.*, p. 298; vid. también p. 289). Este cambio sólo es posible en aquellas normas cuya formulación no es universal (del tipo "para todos los casos x…"), ya que en ése caso sólo cabría inclusión deductiva (*deductive subsumption*: vid. p. 289 y p. 305, nt. 8).

[99] Cfr. D. DEGRAZIA, *Moving Forward in…*, p. 528. «My thesis is that principlism, self-consciously developed along the lines of what Richardson calls 'specification', is the most promising model for bioethical theory» (p. 523).

casos concretos, sin caer en un pragmatismo inaceptable. Además, asegura que la motivación racional que sostiene la norma general, permanece en la norma especificada. Por otro lado, la noción de especificación concebida como relación entre dos normas permite precisar lo que ha de entenderse por normas del llamado *mid-level*, que pueden servir de puente entre un precepto general y un caso concreto. Por último, garantiza que el proceso de aproximación al caso concreto a partir de una teoría moral dada se realice de manera homogénea. Esto posibilita que diferentes personas puedan llegar a las mismas conclusiones[100].

b) *Incorporación de la especificación a* Principles of Biomedical Ethics

Las ediciones posteriores al primer artículo de Richardson incluyen un apartado sobre la especificación de principios y reglas, donde quedan recogidas substancialmente sus ideas junto con las de DeGrazia, aunque no comparten la importancia que estos autores le atribuyen dentro del conjunto de la moral. Beauchamp y Childress admiten que en principio todas las normas morales están sujetas a especificación. Al mismo tiempo señalan que este método presenta muchas limitaciones. Concretamente, hay dos puntos en la propuesta de Richardson que no aceptan: por una parte, la posibilidad que tendría la especificación de cambiar, de añadir algo nuevo, a un determinado principio; y, en segundo lugar, que este método haría superflua la ponderación de los principios de la que hablaba Ross, y que veremos en el siguiente apartado[101].

3.2.2 La ponderación de los principios

Como hemos tenido ocasión de ver al hablar del concepto *prima facie*, la ponderación es una herramienta importante en los escritos de Ross. En efecto este autor asegura que ningún filosofo moral es capaz de presentar un sistema de reglas libre de conflic

[100] Cfr. *ibid.*, pp. 283-84 y 297-98.

[101] Cfr. PoBE, pp. 17-18. «Thus, instead of viewing application, balancing, and specification as three alternative models, it is better, I believe, to recognize the importance of all three approaches» (J. F. CHILDRESS, *Principles-Oriented Bioethics*…, p. 83).

tos y excepciones. Lo importante es llegar a lo que él llama el "conflicto mayor" (*the greatest conflict*) al que aplica la "metáfora del peso", que no es otra cosa que una comparación de la relativa importancia moral de las obligaciones que entran en conflicto, de forma similar a como se compara el peso de dos mercancías en una balanza. El resultado viene denominado "obligación mayor" (*the greatest obligation*), que el agente moral deberá seguir en ese caso. De esta forma se pasa de la obligación *prima facie* (que no es una verdadera obligación) a la obligación actual (que sí lo es). Se trata, en definitiva, de una conceptualización de lo que estamos acostumbrados a leer en las novelas, donde con frecuencia el protagonista ante un conflicto moral ha de tomar una decisión que conlleva infligir ciertas obligaciones con el fin de obtener un bien mayor[102].

Beauchamp y Childress, que consideran a Ross como el filósofo más influyente en el campo de la teoría ética del siglo XX, dicen asimilar completamente su concepto de ponderación[103]. Consistiría en una «deliberación y juicio sobre el relativo peso o fuerza de las normas» en el caso particular. No se trata de una simple intuición del sujeto. La ponderación requiere que se aporten razones adecuadas para justificar la elección, buscando siempre la solución más coherente con el conjunto de la vida moral[104].

[102] Sobre el símil de la novela y el modo en que Ross utiliza la ponderación de obligaciones, ver R. R. FADEN y T. L. BEAUCHAMP, *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press, New York 1983, pp. 16-17.

[103] Corrado Viafora no es de la misma opinión. Considera que Beauchamp y Childress utilizan la ponderación en modo diverso a Ross. Harían de ella un uso puramente consecuencialista, mientras que para este último la comparación de las obligaciones que entran en conflicto, no se haría nunca en relación a las consecuencias, sino como obediencia a una obligación que en las circunstancias presentes se juzga predominante (cfr. C. VIAFORA, *I principi della bioetica*, "Bioetica e Cultura" 3 [1993], p. 14). Otros principialistas, como Gillon, prefieren sustituir el término ponderación por el de armonización (*harmonizing*): cfr. R. GILLON, *The Four Principles*…, p. 327.

[104] «The model of analysis for reaching specification and justification in health care ethics that Childress and I have long used is that of a dialectical balancing of principles against other encountered moral considerations, in an attempt to achieve general coherence and a mutual support among the accepted norms» (T. L. BEAUCHAMP, *The "Four Principles"*…, pp. 10-11).

> El ejemplo que presentan resulta algo banal, quizá para simplificar la comprensión. Se trata del conflicto moral que se plantea una médica que ha prometido acompañar a uno de sus hijos a la biblioteca por la tarde. Al acabar su turno de trabajo se presenta un caso urgente que requiere su presencia en el hospital durante el resto del día. Valora entonces todas las características del caso: la posibilidad de que otro médico atienda a ese paciente, ir a la biblioteca más tarde, etc.; y realiza una ponderación entre las dos obligaciones en juego. Al final la médica decide quedarse a atender al nuevo enfermo, razón que se considera "buena y suficiente" para dejar inclumplida la promesa de acompañar a su hijo[105].

De esta forma habría que proceder siempre que se presente un conflicto entre diferentes principios o reglas morales. Ante la pregunta sobre si es todo sopesable, nuestros autores podrían contestar que «aunque todas las normas morales están sujetas a la ponderación y a la especificación, algunas normas específicas son virtualmente absolutas, y por tanto generalmente (*usually*) escapan a la necesidad de la ponderación»[106]. Citan como paradigma, de estas últimas, la crueldad y la tortura. Sin embargo están más interesados en aquellas normas cuya formulación hace siempre posible la inclusión de excepciones legítimas[107].

En las distintas ediciones del libro Beauchamp y Childress han procurado hacer de la ponderación una herramienta lo más objetiva posible, para evitar la etiqueta de intuicionismo. En la última edición presentan seis reglas que garantizarían dicha objetividad[108]:

[105] PoBE, p. 18.

[106] En algunos autores se ve más claramente la asunción de que todo es sopesable. Sobre la posibilidad de aplicar siempre la ponderación y la diversidad de opiniones en este punto, se puede consultar el libro de Faden y Beauchamp apenas citado (cfr. p. 19).

[107] «This rule would be absolute if it were correct that all legitimate exceptions had successfully been incorporated in its formulation». Por los términos utilizados (*virtually*, *usually*, *If such rules exist*, *they are rare*), no queda claro hasta qué punto dichas normas son absolutas (PoBE, p. 19).

[108] Cfr. PoBE, p. 20.

- para infringir una norma, antes que ignorar otra (sin infringirla), se han de aportar razones de peso;
- la justificación moral objetiva de la infracción debe gozar de una real condición de posibilidad;
- la infracción debe ser necesaria al no haber otras posibles alternativas morales que resulten preferibles;
- la infracción elegida ha de ser la menor posible, teniendo en cuenta el fin que se busca con la acción;
- el agente ha de buscar minimizar todos los efectos negativos que conlleve la infracción;
- y, por último, el agente deberá actuar imparcialmente en relación a todas las partes afectadas.

Con esta defensa de la ponderación cerramos el apartado dedicado a la resolución de los posibles conflictos entre los principios. Hasta ahora, el estudio ha sido puramente teórico, pues no se ha entrado todavía en el contenido concreto de cada uno de los principios, que será objeto del siguiente epígrafe.

4. PRESENTACIÓN DE LOS PRINCIPIOS

Una vez encuadrado el principialismo dentro de sus coordenadas histórico-conceptuales, pasamos a describir cada uno de los principios. La primera cuestión que cabe formular es: ¿por qué estos principios y no otros entre los tantos posibles? «Un primer elemento para dar una respuesta sensata, que nos parece además suficiente, se puede descubrir resaltando el referente privilegiado de cada uno de los principios. Parece evidente que en el caso del principio de autonomía es el paciente, en el principio de beneficencia-no maleficencia es el médico, y en el principio de justicia es la sociedad en la cual viven y actúan médico y paciente. Paciente, médico y sociedad son efectivamente los sujetos llamados en causa en todo acto biomédico»[109].

La pregunta que aparece a continuación hace referencia al contenido: ¿qué hay detrás del respeto a la autonomía? ¿qué sig

[109] L. CICCONE, *Bioetica. Storia, princìpi, questioni*, Edizioni Ares, Milano 2003, p. 34.

nifica no-maleficencia y por qué no está incluida dentro de la beneficencia? ¿a qué se refieren Beauchamp y Childress cuando hablan del principio de justicia? Algunas de las críticas que se hacen del principialismo han tenido como objeto precisamente el contenido; o mejor dicho la falta de contenido concreto de los principios, que los haría incapaces de actuar como guías de acción[110]. Sin embargo, nuestros autores responden a todas esas críticas diciendo que en los capítulos de su libro que tratan de cada uno de los principios proporcionan información suficiente para hacerse una idea precisa de su contenido. En los siguientes apartados hacemos un resumen de dichos capítulos, centrando nuestro interés en las cuestiones que guardan más relación con el tipo de análisis ético utilizado.

*4.1 El principio de respeto de la autonomía (*respect for autonomy*)*

Como hemos visto antes, el primer principio que menciona el informe *Belmont* es el respeto a la persona. También Beauchamp y Childress comienzan con este principio, aunque utilizan un nombre distinto. En las primeras ediciones se le conoce como "principio de autonomía", y en la tercera pasa a ser "el principio de respeto de la autonomía"[111]. Interesa señalar que este añadido ("respeto") ha de ser entendido no sólo como una cierta actitud ante las elecciones autónomas de los demás, sino como una indicación precisa de la necesidad de abstenerse de interferir en ellas[112].

[110] Sobre esta crítica se volverá en el capítulo III.

[111] Childress en alguna ocasión lo denomina principio de respeto a la autonomía personal (*principle of respect for personal autonomy*): J. F. CHILDRESS, *The Place of Autonomy in Bioethics*, "Hastings Center Report" 20, 1(1990), p. 12.

[112] «The term "respect" also requires amplification. One meaning of respect is to refer to or have regard for or to consider. For example, a boxer may respect his opponent's right hook. A second meaning is more relevant—to consider worthy of high regard, to esteem, or to value. This meaning reflects the attitude that is proper in relation to autonomous choices. Although this attitude does not depend on the content of those choices, it is not inconsistent with criticism of them. In a third sense, respect is more than an attitude, it is an act of refraining from interfering with, or attempting to interfere with the autonomous choices and ac-

4.1.1 Origen filosófico del principio

Se trata de un principio que tiene sus raíces en la filosofía moderna[113], y que en el ámbito sanitario se introduce como contraposición al multisecular paternalismo médico. Éste tiende a considerar al paciente más como un sujeto necesitado de ayuda que como un individuo autónomo capaz de tomar decisiones por sí mismo[114]. Aparece por tanto como un verdadero límite moral para las personas que trabajan en ámbito sanitario: les impide tratar a los

tions of others, through subjecting them to controlling influence, usually coercion or manipulation of information» (*ibid.*, p. 13).

[113] Sobre las raíces filosóficas del principio Beauchamp y Childress no dan muchas indicaciones. Explican que Kant apoya el respeto a la autonomía sobre el reconocimiento de la dignidad incondicional que tienen todas las personas, y la capacidad de determinar su propio destino moral. Violar la autonomía personal significaría tratar a una persona como un medio y no como un fin. Por su parte, Mill se centra sobre la "individualidad" de los agentes morales; y por tanto, la sociedad debe permitir a cada uno desarrollarse según sus convicciones, mientras no interfiera en la expresión de la libertad de los otros. Para Beauchamp y Childress ambos autores sostienen un principio de autonomía (cfr. PoBE, p. 64). Nos parece más completa la presentación que hacen Pellegrino y Thomasma. Explican cómo el concepto de autonomía ha variado su contenido en la modernidad, pasando de la idea de libertad personal para elegir el bien propia de la época medieval, a aquella otra de autodeterminación. En el recorrido histórico de este cambio ha influido de modo particular Hume, que separa la ética de la idea de naturaleza. Kant, por su parte, pasa de la idea de libertad a la de obligación; obligación que procede no de la naturaleza como tal, sino de la naturaleza individual de la persona: para Kant autonomía significa algo más que libertad personal. Más tarde, Sartre, mide la responsabilidad no en términos de obligación como Kant, sino de ser libres en sí. Por último, habría que señalar las influencias que el concepto de autonomía ha recibido de toda la tradición liberal (que hereda de Locke la libertad en su dimensión negativa, de ausencia de constricción por parte de otros), y concretamente, de los escritos de Nozick (cfr. E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Christian Virtues in Medical Practices*, Georgetown University Press, Washington 1996, pp. 2-3). Por su parte, Piana considera que la primera elaboración conceptual del principio de autonomía se debe a Thomas Pércival, en su *Code of Medical Ethics* (G. PIANA, *Bioetica. Alla ricerca di nuovi modelli*, A. Garzanti, Milano 2002, p. 170).

[114] Este principio de autonomía contradice la tradicional autoridad del médico, y por tanto, no es de fácil aceptación. Pero, por otro lado, tiene a su favor que fomenta el individualismo, tan difundido en la sociedad contemporánea (cfr. E. D. PELLEGRINO, *The Metamorphosis of…*, p. 1067).

sujetos autónomos con menor consideración de la que merecen[115].

Beauchamp y Childress hablan del sujeto autónomo como de aquél cuya autorregulación, siguiendo su significado etimológico, está libre tanto del control y la injerencia de otros, como de limitaciones internas (por ejemplo, el defecto psíquico o la falta de conocimiento de la realidad sobre la que tiene que decidir)[116]. La acción autónoma posee para nuestros autores tres características: intencionalidad, conocimiento y ausencia de constricción[117]. Las dos últimas admitirían una cierta gradualidad, mientras que la intencionalidad no (o una acción es intencional, o no lo es). Este concepto de autonomía no tendría por qué entrar en conflicto con el de autoridad. Sin embargo es frecuente la experiencia en ámbito sanitario de la contraposición entre la autonomía del paciente y la autoridad del médico. Beauchamp y Childress escriben que generalmente el dominio médico esos casos ha ido más allá de lo razonable[118].

4.1.2 Ámbito de actuación del principio

El contenido de este principio supone sin duda la mayor novedad de la bioética con respecto a la ética médica clásica, que estu

[115] Cfr. J. F. CHILDRESS, *The Place of…*, p. 12. Para Childress es un verdadero "principio de obligación" (cfr. *ibid.*, p. 15).

[116] No resulta sencillo describir el concepto de autonomía de nuestros autores. Childress ha escrito más que Beauchamp sobre este punto, pero más que desarrollar un estudio sistemático, sus artículos ofrecen gran cantidad de citas de otros autores. Junto a Kant y Mill, ya señalados, hace frecuente referencia a Gerald Dworkin. De él toma su distinción entre autonomía de primero y segundo orden, y el papel de la autenticidad e independencia como dimensiones fundamentales de la autonomía. Sobre el papel de la autenticidad cita también a Eric J. Cassell. De Robert Nozick toma su contraposición entre autonomía como fin (*as an end state or goal*) y autonomía como límites colaterales de nuestras acciones en relación a los demás (*as a side constraint*): J. F. CHILDRESS, *Autonomy* en R. M. VEATCH (ed.), *Cross Cultural Perspectives…*, p. 235.

[117] En el artículo de Childress apenas citado, reduce a dos las facetas esenciales de la autonomía: la libre actuación (*free acting*) y la deliberación racional (*deliberating rationally*): *ibid.*, pp. 235-39.

[118] Cfr. PoBE, pp. 59-60.

vo siempre centrada sobre la beneficencia (y no-maleficencia)[119]. Viene utilizado fundamentalmente para resolver las cuestiones en torno al consentimiento informado y al rechazo de determinados servicios sanitarios, tanto en la atención médica habitual como en el ámbito de la investigación[120]. No se trata sin embargo de un concepto extremo de autonomía que propugne, como en otros autores, una cierta "obligación" de los pacientes a decidir sobre aquellas cuestiones relacionadas con su itinerario diagnóstico y terapéutico[121]. Beauchamp y Childress no hablan de "deber" sino de "derecho" del paciente a tomar dichas decisiones, después de haber sido informado de modo conveniente.

Concretamente, distinguen dos contenidos del principio: uno de enunciado negativo, que dice que las acciones autónomas no deben ser controladas por otros[122]; el segundo, de carácter positivo, indica que se han de respetar las visiones y derechos de los individuos, mientras sus pensamientos y acciones no supongan un serio daño para otras personas[123]. Mediante el proceso de la especificación, antes estudiado, se llega a reglas más concretas. Y así,

[119] «Autonomy is almost certainly the most important value "discovered" in medical and research ethics in the last two decades» (R. R. FADEN y T. L. BEAUCHAMP, *A History and…*, p. 18). «Autonomy has been a major workhorse in bioethical analysis over the last several decades (...) we have relied almost exclusively on autonomy as the cornerstone of ethical analysis» (T. SHANNON, *The Communitarian Perspective: Autonomy and the Common Good* en M. A. GRODIN (ed.), *Meta Medical Ethics…*, p. 61). La bibliografía sobre el papel de la autonomía en ámbito bioético es abundantísima: solo en el año 2003 se han publicado más de cien artículos que utilizan el concepto de autonomía en bioética.

[120] Cfr. PoBE, p. 57.

[121] Parece que es ésta la opinión de Veatch y Morreim, o al menos así lo ven nuestros autores. Una crítica a esta visión basada en datos estadísticos sobre la voluntad de pacientes ancianos y de sujetos en graves condiciones, puede encontrarse en los escritos de Carl E. Scheider. Fundamentalmente su obra *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors, and Medical Decision*, Oxford University Press 1998.

[122] «As a negative obligation: *autonomous action should not be subjected to controlling constraints by others*» (PoBE, p. 64); «it is (prima facie) wrong to subject the actions (including choices) of others to controlling influence» (J. F. CHILDRESS, *The Place of…*, p. 13).

[123] «The principle asserts a broad, abstract, obligation that is free of exceptive clauses, such as, "we must respect individuals' view and rights *so long as their thoughts and actions do not seriously harm other persons*"» (PoBE, p. 64).

por ejemplo, el respeto a la autonomía obliga entre otras cosas, «a decir la verdad, a respetar la vida privada de los demás, a proteger la información confidencial y a obtener el consentimiento para las intervenciones sobre los pacientes»[124].

Como subrayan Beauchamp y Childress en más de una ocasión, este principio es uno más entre los de la ética biomédica, y en ningún caso superior al resto[125]. Será siempre un principio *prima facie* y en ocasiones deberá ceder ante otras consideraciones morales que en un caso determinado tomen primacía sobre la elección autónoma del paciente. Por ejemplo ante un posible daño para el paciente, o a terceros, o ante la falta de recursos económicos que impida llevar a cabo una determinada elección.

> Es por ejemplo el caso de un paciente con un carcinoma incurable e inoperable, que pregunta al médico si tiene cáncer. Éste responde que está tan sano como diez años atrás. «Esta mentira niega al paciente la información que puede necesitar para determinar su curso de acción futuro, por tanto infringe el principio del respeto a la autonomía. Aunque se trata de un punto controvertido, dicha mentira podría ser justificada (sopesándola con el principio de beneficencia)» [126].

La obligación de respetar las decisiones autónomas de los demás pierde su vigencia cuando los sujetos son incapaces de realizar dichas decisiones. Nuestros autores citan en este grupo a los infantes, a los suicidas irracionales y a los tóxicodependientes[127].

[124] *Ibid.*, p. 65.

[125] Cfr. PoBE, p. 57. «The principle of respect for autonomy is very important in the firmament of moral principles guiding science, medicine, and health care. However, it is not the only principle and it cannot be assigned unqualified preeminence» (J. F. CHILDRESS, *The Place of…*, p. 16); «Neither respect for autonomy nor any moral principle has an absolute standing that allows it on every occasion to override conflicting moral claims» (R. R. FADEN y T. L. BEAUCHAMP, *A History and…*, p. 18).

[126] Cfr. PoBE, p. 67; ver también p. 104.

[127] Cfr. PoBE, p. 65. En un artículo, Childress vuelve a citar a Kant y Mill al hablar de los sujetos que escapan al contenido del principio: «Thus Kant excluded children and the insane from his discussion of the principle of respect of

A continuación el libro pasa revista a una serie de temas que están directamente relacionados con la elección autónoma en ámbito sanitario: los tipos de consentimiento que pueden presentar, la información necesaria para poder realizar una decisión autónoma, los casos de incapacidad psíquica y las decisiones por sustituto, el posible uso de placebos, etc. Recogemos sintéticamente algunas indicaciones sobre estas cuestiones, y algunos de los ejemplos que se presentan con la intención de mostrar el tipo de razonamiento ético de nuestros autores.

4.1.3 El consentimiento informado

El paradigma del principio del respeto a la autonomía está representado por el consentimiento informado del que tanto se ha hablado y escrito en ámbito bioético[128]. Beauchamp y Childress antes de enumerar los distintos elementos que lo configuran presentan los posibles tipos de consentimiento. Hablan del consentimiento expreso, como el más adecuado a la acción autónoma. También mencionan el consentimiento tácito, aquel que se sobrentiende por el comportamiento del sujeto (por ejemplo, el que acude voluntariamente a un hospital universitario sabe y acepta que en las visitas médicas acudirán también estudiantes). El consentimiento presunto, en cambio, sería el que se adivina a partir del conocimiento que se posee del paciente (sea por parte del médico o de los familiares)[129].

La consideración de los distintos modos de consentimiento muestra como, en ocasiones, «el principio del respeto a la autonomía es llamado en causa de modo injustificado» a través de una ficción y no de un verdadero consentimiento.

persons and Mill applied his discussion of liberty only to those who are in the maturity of their faculties» (J. F. CHILDRESS, *Autonomy*…, p. 235).

[128] Este término aparece por primera vez a finales de los años 40, pero no se realiza un estudio sistemático hasta los primeros 70. Libro de referencia es sin duda el ya citado de Faden y Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*.

[129] Éste último resulta problemático cuando procede no de un conocimiento directo del interesado, sino de una particular visión del bien común.

> Ponen el ejemplo de la extracción de órganos de cadáver, que no raramente se justifica apoyándose en un presunto consentimiento, que para nuestros autores en realidad no existiría. Otro ejemplo es el caso del test del HIV (virus de la inmunodeficiencia humana), realizado en muestras de sangre sin la previa autorización del sujeto. Más que hablar de un supuesto consentimiento tácito, como modo de justificar la realización de la prueba, resulta preferible admitir que en este caso la autonomía del paciente y su derecho a la privacidad y confidencialidad pueden ser sobrepasadas (*justifiably overriding*) por la necesidad de proteger a los profesionales de la salud[130].

Los elementos que configuran el consentimiento informado pueden ser esquematizados del siguiente modo[131]:

Condiciones previas

1. competencia (*competence*)
2. voluntariedad (*voluntariness*)

Elementos informativos

3. revelación (*disclosure*)
4. recomendación (*recommendation*)
5. comprensión (*understanding*)

Elementos de consentimiento

6. decisión (*decision*)
7. autorización (*authorization*)

*a) Competencia – capacidad (*competence*)*

El primer elemento para poder hablar de consentimiento es la competencia (en ámbito jurídico) o capacidad (en ámbito médico)

[130] Cfr. PoBE, pp. 66-67.

[131] PoBE, p. 80. En la explicación de los diferentes elementos que constituyen el consentimiento informado seguimos los epígrafes mencionados en el texto de referencia.

del sujeto para realizar elecciones, que en nuestro campo versan sobre un posible tratamiento, o sobre la opción de entrar en un protocolo de investigación. Este concepto es bastante vago y no es posible marcar una línea que separe netamente a las personas competentes de las no competentes. Además existen casos de competencia intermitente, personas que en algunos momentos son capaces de realizar una decisión autónoma, y en otros momentos no. O también podemos encontrar sujetos capaces de elegir de modo autónomo en algunas materias, mientras que para otras requieren un apoyo externo.

De todas formas se hace necesario determinar un cierto umbral a partir del cual pueda considerarse a una persona incapaz de tomar una decisión por sí misma (persona que ha perdido su capacidad de realizar acciones autónomas), y sea necesario el concurso de otras instancias (familiar, sanitaria, jurídica). Se han ofrecido diversos criterios o estándares para valorar la capacidad de entender, de deliberar sobre los riesgos y beneficios, y de tomar decisiones[132]. Sin embargo, en algunas ocasiones no resulta fácil determinar el grado de competencia de un individuo, ya que, aun permaneciendo las capacidades antes mencionadas (entender, deliberar y decidir), su comportamiento hace dudar de su competencia o capacidad[133].

*b) Revelación (*disclosure*)*

El segundo elemento del consentimiento informado lo constituye la información que recibe el paciente o sujeto de investigación. Existen varios modelos para comunicar al paciente los datos

[132] El más extendido es el que relaciona el grado de competencia del individuo con el tipo de decisión requerida (*sliding-scale*): a mayor riesgo en la intervención se requiere una mayor competencia.

[133] El libro recoge un curioso caso de autolesión. Se trata de un sujeto que se ha cortado una mano y extraído un ojo. Al realizar la pericia psiquiátrica se descubre una persona capaz de entender, deliberar y decidir, cuya acción responde a motivos religiosos. Beauchamp y Childress no concluyen nada. Explican simplemente que se trata de un caso de dudosa competencia. Nos parece que, aunque el sujeto posea cierta capacidad de entender y querer, la supuesta causa de su acción (los motivos religiosos) sólo es un factor desencadenante de una patología de base, que puede estar más o menos compensada.

necesarios, de modo que entienda cuál es su patología y qué posibilidades terapéuticas pueden plantearse. Del mismo modo en el caso del protocolo de experimentación, habrá que explicar el tipo de estudio que se quiere desarrollar y cuáles son los riesgos y beneficios para los participantes, etc. El primer modelo se apoya sobre el criterio de la práctica profesional (*professional practice standard*). Incluye la información que una comisión de expertos en la materia considera oportuna, según la patología o experimentación de que se trate. Otro criterio es el de la persona razonable (*reasonable person standard*). Proporciona la información necesaria para que una persona razonable sea capaz de entender los aspectos fundamentales de la patología, o de los medios terapéuticos disponibles. El tercero es el llamado criterio subjetivo (*subjective standard*). Según nuestros autores sería preferible a los anteriores ya que no establece *a priori* la información que se ha de dar para cada entidad nosológica. Dependerá en cada caso del individuo que se presenta en la consulta. A primera vista, éste último modelo parece superior a los dos primeros; sin embargo, puede «resultar insuficiente para cubrir las cuestiones legales y éticas»[134].

Relacionada con la anterior está la cuestión de la omisión intencional de información. También conocida como privilegio terapéutico, tomando un término del ámbito jurídico. Se trata de callar ciertas informaciones sobre el estado de salud o sobre posibles resultados de ciertas pruebas diagnósticas o terapéuticas, por miedo a provocar un daño grave al paciente. Los ejemplos se podrían multiplicar, ya que el privilegio terapéutico ha sido una herramienta multisecular del buen hacer médico. Sin embargo, en el contexto actual de respeto a la autonomía hay que dar una justificación a este modo de proceder, ya que el sujeto autónomo tiene derecho a recibir toda la información disponible sobre su estado

[134] PoBE, p. 83. Es importante no perder de vista que las cuestiones éticas y legales, sobre todo en la bioética norteamericana, están fuertemente entrelazadas. En no pocas ocasiones lo que se busca en un sistema eficaz para evitar problemas a nivel judicial, aunque pueda resultar más o menos engorroso tanto para el médico como para el paciente. En el caso de una persona que no fuera capaz de entender complicados tratamientos quizá sería preferible limitar la entrevista a unas sencillas nociones, pero esto podría conllevar problemas legales por no haber explicado todas las posibles consecuencias de dichos tratamientos.

de salud y sobre las posibilidades reales de los tratamientos disponibles. Beauchamp y Childress explican que el privilegio terapéutico en realidad no contradice el principio de respeto a la autonomía, sino que más bien lo protege, ya que revelar en esos casos toda la información disponible, podría conducir al sujeto a un estado en el que fuera incapaz de realizar una decisión autónoma[135].

El uso de los placebos ocupa también algunas páginas de esta sección, pues implica de algún modo un cierto engaño o al menos una información deficiente.

> Ilustran la problemática con el caso de un paciente intervenido repetidamente en el abdomen por calcificaciones biliares. Durante dos años ha estado controlando los fuertes dolores provocados por su patología mediante seis inyecciones diarias de analgésico. Esta situación se complica en el tiempo, pues encuentra cada vez más dificultad para localizar zonas de inyección. Todo lo anterior provoca un deterioro de su estado psíquico y acude desesperado al departamento de psiquiatría. Allí le enseñan técnicas de autocontrol, que le permiten disminuir las inyecciones diarias a cuatro. No quiere bajar de ese número, pues considera que como mínimo necesita esa dosis de analgésico. Los médicos deciden entonces ir disminuyendo la cantidad de fármaco que utiliza en cada dosis, sin decir nada al paciente. De este modo, llegan a eliminar totalmente el analgésico de las inyecciones. Después de comprobar que el control del dolor sigue siendo bueno, explican al paciente lo que han hecho. Sólo entonces se da cuenta de que con los ejercicios de auto-control es capaz de reducir los dolores a unos niveles de tolerancia mejores incluso a los que conseguía con el fármaco. A la hora de valorar el caso, los médicos que intervinieron justifican su actuación teniendo en cuenta el beneficio final para el paciente, «aunque resulte precario justificar los medios por el fin», piensan que, de alguna forma se contaba con un cierto consentimiento implícito o de futuro por parte del paciente. Beauchamp y Childress

[135] Cfr. PoBE, p. 84.

sostienen que resulta deficiente invocar un consentimiento de este tipo, y buscan la justificación en un admisible uso paternalista del placebo[136].

Sobre la omisión de información en campo experimental, nuestros autores relatan el estudio realizado en la Universidad de Emory (Atlanta), para investigar la prevalencia del uso de cocaína en una determinada población de pacientes, y la veracidad de sus informaciones sobre el uso de droga. Sin embargo, la experimentación se presentaba a los sujetos en cuestión como un estudio sobre la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, y sólo para ello se pedía el consentimiento informado. A cada participante se le compensaba con una pequeña cantidad de dinero. Debían rellenar un cuestionario que contenían algunas preguntas sobre el uso de droga en los días previos a la entrevista. Al mismo tiempo se recogía una muestra de orina, en la que se estudiaba el contenido de metabolitos de la cocaína (que se pueden descubrir en los tres días siguientes a la suministración). Los investigadores justificaban su actuación diciendo que de otro modo habría sido difícil lograr enrolar a la población deseada para el estudio.

Beauchamp y Childress comentando el caso, concluyen que «aunque en ocasiones el consentimiento informado es innecesario, este estudio sobre el uso de cocaína no representa un ejemplo legítimo»[137]. Después de presentar el caso, señalan las condiciones que harían justificable la falta de información en un protocolo de experimentación: necesidad de plantear así el estudio para obtener información vital, exclusión de riesgos graves, conocimiento por parte de los participantes de la falta de información, y consentimiento bajo esas condiciones[138].

[136] Se trata del experimento de P. LEVENDUSKY y L. PANKRATZ, *Self-Control Techniques as an Alternative to Pain Medication*, "Journal of Abnormal Psychology" 84 (1975), pp. 165-68, citado en PoBE, p. 86.

[137] S. E. MCNAGY y R. M. PARKER, *High Prevalence of Recent Cocaine Use and the Unreliability of Patients Self-Report in an Inner-City Walk-in-Clinic*, "JAMA" 267 (1992), pp. 1118-19 en PoBE, p. 87.

[138] Cfr. PoBE, p. 88.

*c) Comprensión (*understanding*)*

Nuestros autores señalan la importancia que tiene el modo en el que la información se transmite con respecto al modo en el que es recibida y entendida por los pacientes, o sujetos incluidos en una experimentación. La idea que éstos se hacen sobre su enfermedad o sobre un determinado protocolo depende mucho del modo, de las palabras, del énfasis que se pone al comunicar dicha información[139].

> Recogen un estudio realizado sobre empleados de un hospital a los que hipotéticamente se ofrece la posibilidad de elegir como tratamiento para un cáncer de pulmón entre la radioterapia y la cirugía. La conclusión a la que llegaron es que la elección quedaba notablemente influida por el simple hecho de presentar las técnicas en términos de supervivencia, o en porcentajes de mortalidad: en el primer caso, el 25% elegía la radiología, mientras que en el segundo caso el porcentaje ascendía al 46%.

En éste sentido, si el médico quiere respetar la autonomía del paciente deberá ser muy cuidadoso a la hora de elegir la forma de transmitir tanto los datos pertinentes sobre la patología en cuestión como las diversas posibilidades terapéuticas.

También se hace mención en este apartado al problema de los pacientes que entienden lo que el médico les explica, pero no quieren creerlo, lo que plantea el problema moral de una posible actuación terapéutica contra el deseo del paciente. Como en los casos anteriores, Beauchamp y Childress admiten la existencia de circunstancias en las que sería necesario intervenir para intentar cambiar las creencias de algunos pacientes sobre la realidad de su situación[140].

En otros casos, la dificultad no está tanto en proporcionar suficiente información al paciente, cuanto en que éste no quiere recibirla. En este punto, algunos autores sostienen que todos los de

[139] Cfr. PoBE, p. 90.

[140] Cosa que siempre resulta problemática, porque «even when it is possible to identify errors in factual beliefs, it may be difficult to determine that the person is not autonomous» (J. F. CHILDRESS, *Autonomy*…, p. 237).

rechos serían renunciables, y por tanto si un paciente no desea recibir información no se le debe procurar. Sin embargo, Beauchamp y Childress ven en esta posibilidad un peligro, ya que dejaría al paciente en una situación de mayor vulnerabilidad. Para evitar esos riesgos, proponen que se establezca algún tipo de procedimiento que distinga los casos en los que se podría justificar una renuncia a la información médica, de los que no serían justificables[141].

*d) Voluntariedad (*voluntariness*)*

El capítulo del respeto a la autonomía se cierra con un apartado sobre la decisión autónoma y la decisión por sustituto. Al tratar del momento de la decisión nuestros autores distinguen tres posibles tipos de influencia: la coacción (que supone siempre la amenaza de causar un daño), la persuasión (mediante la que se logra que una persona llegue a creer algo por las razones aducidas por otro), y la manipulación (que incluye aquellas influencias que no son catalogables en las categorías anteriores). En ámbito médico, muchas formas de manipulación son incompatibles con la toma de decisión autónoma. De todas formas, aunque rara (a diferencia de lo que ocurre en otros ámbitos, como el policial), puede ser justificada. Piénsese, por ejemplo, en el paciente inmaduro e inconstante que claramente que no seguirá el tratamiento, o de aquellos que cambian repentinamente su decisión previa[142]. Lo que nunca estaría justificado para nuestros autores es la amenaza o el castigo[143].

La decisión por sustituto ha de proporcionarse en aquellos casos en los que el sujeto sea incapaz de realizar una decisión autónoma. Se distinguen tres criterios que pueden utilizarse según las circunstancias. Por un lado el juicio substitutivo (*substituted judgment standard*) que elige la acción que habría sostenido el individuo en cuestión si hubiera sido competente. Beauchamp y Childress escriben que se trata de una ficción a no ser que se co

[141] Cfr. PoBE, pp. 92-93. Entre los autores que sostienen que todos los derechos serían renunciables citan a Baruch Brody.

[142] Cfr. J. F. CHILDRESS, *The Place of…*, p. 14.

[143] Cfr. PoBE, pp. 94-96.

nozca bien lo que la persona pensaba sobre la cuestión concreta. No sirve, por tanto, en el caso de individuos que nunca llegaron a ser competentes. Un segundo criterio es el de la autonomía pura (*pure autonomy standard*), que trata de seguir las indicaciones dadas por el paciente cuando aún era competente. Sería preferible al anterior, aunque tampoco está libre de escollos, pues en muchas ocasiones no se tienen indicaciones precisas. Por último, el criterio del mejor interés (*best interest standard*) que realiza las elecciones teniendo en cuenta aquello que se considera mejor para el sujeto incompetente. Se privilegia los principios de no-maleficencia y beneficencia sobre el de autonomía, y es el único posible para los sujetos que nunca han sido autónomos[144]. Este último apoya sobre el concepto de calidad de vida que daría contenido a ese "mejor interés"; y que en algunos casos puede tener primacía incluso sobre una directiva previa (*advanced directive*)[145].

En la conclusión del capítulo Beauchamp y Childress, después de haber tratado muchas cuestiones relacionadas con la elección autónoma del paciente, y del sujeto que participa en una experimentación, reconocen que el principio del respeto a la autonomía permanece aún simplemente esbozado, abierto a una sucesiva interpretación y especificación.

*4.2 El principio de no-maleficencia (*nonmaleficence*)*

En segundo lugar, Beauchamp y Childress presentan el principio de no-maleficencia que no aparecía como tal en el informe *Belmont*, pero que pertenece a la más antigua tradición de la ética médica. Su formulación clásica, *primum non nocere*, ha sido traducida como «en primer lugar, no hacer daño»[146]. El origen de es

[144] Cfr. J. F. CHILDRESS, *The Place of…*, p. 15.

[145] Es el caso, por ejemplo, del representante legal elegido por la persona cuando todavía era autónoma, que pretenda una intervención claramente contraria al mejor interés del paciente (cfr. PoBE, pp. 98-103).

[146] Así aparece en PdEB, p. 179. Por su parte, Diego Gracia sostiene que la traducción más usual sería esta otra: «favorecer, o al menos no perjudicar» (cfr. D. GRACIA, *Primum non nocere...*, p. 25).

ta formulación es oscuro, aunque su contenido está claramente señalado en el Juramento Hipocrático[147].

A diferencia de Frankena, que incluye la no-maleficencia como la primera de las obligaciones de la beneficencia, Beauchamp y Childress prefieren hacer de ella un principio aparte. Por un lado, para evitar demasiadas subdivisiones dentro de los principios; pero sobre todo, porque no comparten el orden jerárquico de obligaciones de beneficencia que presenta Frankena[148]. Nuestros autores admiten que intuitivamente la obligación de no ocasionar un daño sería previa a la de causar un beneficio. Sin embargo, en determinadas situaciones las obligaciones de beneficencia tendrían prioridad sobre las de no-maleficencia[149]. Cosa que Frankena no aceptaría.

[147] Cfr. PoBE, p. 113. Albert Jonsen sostiene que procede de otro texto hipocrático, *Epidemias*, donde se recoge una formulación griega muy similar al *primum non nocere* (cfr. A. R. JONSEN, *Do No Harm* en R. M. VEATCH (ed.), *Cross Cultural Perspectives*…, p. 200). Diego Gracia defiende un origen doble, a partir del libro de las *Epidemias* y del *Juramento* (cfr. D. GRACIA, *Primum non nocere*…, pp. 25-26). Para Clouser y Gert, sería éste el único principio no inventado por los filósofos, sino propio de la tradición médica y como tal lo sitúan como principio fundador de su planteamiento (cfr. D. CLOUSER y B. GERT, *Morality vs. Principlism* en R. GILLON (ed.), *Principles of Health*…, p. 253). En él quedan incluidas todas las obligaciones perfectas, es decir, aquellas que se han de cumplir siempre, a no ser que exista una importante justificación para no hacerlo. Su contenido puede ser dividido en diferentes escalones, todos de formulación negativa: no provocar a otro la muerte, dolor, incapacidad, pérdida de libertad y pérdida de voluntad. También Diego Gracia, presenta en el artículo apenas citado, el principio de no-maleficencia como fundamento de la bioética: «Debe, en conclusión, afirmarse que la no-maleficencia es el principio básico de toda bioética, y la raíz de todos los otros principios (...) el principio primario es el de no-maleficencia y justicia, y el secundario o derivado, el de autonomía-beneficencia» (D. GRACIA, *Primum non nocere*…, p. 81).

[148] Los cuatro escalones de la beneficencia que presenta Frankena son: 1. no se debe provocar un mal o un daño; 2. se debe prevenir un mal o un daño; 3. se debe suprimir un mal o un daño; 4. se debe hacer o promover el bien (cfr. W. FRANKENA, *Ethics*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1973 [2ª edición], p. 47). Sin embargo, el último de los escalones no supondría, para Frankena, una obligación como tal (cfr. T. L. BEAUCHAMP, *Ethical Theory and*…, p. 20).

[149] «Otra vez, hemos de ser extremamente precavidos con los axiomas de la prioridad». También cabría la prioridad de la autonomía o de la justicia sobre la no-maleficencia (cfr. PoBE, p. 115). En un artículo, Beauchamp reconoce que para muchos la obligación de no dañar es muy superior a la de beneficencia (cfr.

> Ponen el ejemplo de la investigación clínica sobre sujetos sanos cuyo protocolo presente riesgos e inconvenientes tan pequeños, que la hagan moralmente recomendable teniendo en cuenta las gran utilidad que podría conllevar para un determinado tipo de pacientes[150]. Otro ejemplo sería la transfusión de sangre, que supone un pequeño inconveniente para el que la dona, mientras que puede salvar la vida del que la recibe[151].

Por su parte, Gillon explica que es bueno distinguir los dos principios, ya que el sujeto moral tiene obligaciones de beneficencia respecto a pocas personas, mientras que la obligación de no dañar se extiende a todas[152].

¿Qué se entiende por "causar daño"? Beauchamp y Childress distinguen entre actuar injustamente (*wronging*) y el simple provocar un daño (*harming*). En algunos casos pueden coincidir los dos conceptos, pero no es necesario que se dé la voluntariedad del primer significado para poder hablar de daño. El principio de no-maleficencia se refiere al segundo contenido, y nuestros autores se centran en «el daño físico, especialmente el dolor, la incapacidad y la muerte»[153].

Otro concepto directamente relacionado con este principio es la negligencia. Nuestros autores la entienden como «ausencia de la atención debida (*due care*)»[154]. Incluye también evitar aquellos comportamientos que conllevan un riesgo para otros[155]. En algu

T. L. BEAUCHAMP, *Ethical Theory and…*, p. 21). «Good philosophical reasons exist for separating passive nonmaleficence (a so called negative duty to avoid doing harm) (…) and active beneficence (a so-called positive duty to afford assistance)»: R. R. FADEN y T. L. BEAUCHAMP, *A History and…*, p. 10.

[150] Cfr. PoBE, pp. 114-15.

[151] Cfr. T. L. BEAUCHAMP, *Ethical Theory and…*, p. 21.

[152] Cfr. R. GILLON, *The Four Principles…*, pp. 323-24.

[153] Cfr. PoBE, pp. 116-17.

[154] «The following are essential elements in a professional model of due care: 1. the professional must have a duty to the affected party; 2. the professional must breach that duty; 3. the affected party must experience a harm; 4. the harm must be caused by the breach of duty» (PoBE, pp. 118-19).

[155] En el artículo de Jonsen recientemente citado, aparecen cuatro posibles significados de la máxima *primum non nocere*, entre los que se encuentra el de no dejar de proporcionar la atención debida (*due care*) que, sin embargo distingue (a

nos casos la negligencia es intencional. Por ejemplo, cuando una enfermera por dejadez no cambia el vendaje de una herida en el momento oportuno, aumentando de esta forma el riesgo de infección. Pero se dan también casos en los que la negligencia no es intencional, como el médico que por olvido proporciona al enfermo una información que éste no quería conocer. De todas formas, en ambos casos los sujetos en cuestión (la enfermera y el médico) son responsables de dicha acción, tanto desde el punto de vista ético como jurídico[156].

Como en el caso del principio del respeto a la autonomía, también éste es susceptible de especificación. Los ejemplos clásicos son: «no matar, no causar dolor o sufrimiento, no incapacitar, no ofender, no privar a otros de los bienes de la vida»[157].

4.2.1 Diferencias tradicionales y reglas sobre el no tratar

En el ámbito del principio de no-maleficencia se pueden encontrar algunas distinciones que ayudan a valorar los casos en los que no resulta claro si el médico debe o no actuar, si ha de continuar con un determinado tratamiento o debe suprimirlo por no acarrear beneficio alguno para el paciente. Son distinciones que han tenido gran influencia en el ámbito de la ética médica, y que Beauchamp y Childress consideran, al menos en algunos casos, no sólo inútiles, sino incluso peligrosas. Su uso llevaría a confundir y oscurecer los verdaderos problemas morales que se encuentran en

diferencia de Beauchamp y Childress) de la obligación de prever los riesgos que una determinada intervención pueda llevar consigo. Los otros dos significados ven la no-maleficencia como un absoluto moral que serviría para limitar la posibilidad de actuar de mala fe (en medicina como en cualquier otro ámbito); y, por último, la no-maleficencia como regla que prohibe aquellas actuaciones que provocan más daño que beneficio (cfr. A. R. JONSEN, *Do No Harm*…, pp. 199-210). Otros autores, como Pellegrino, rechazan la centralidad del principio de no-maleficencia por considerarlo minimalista; al menos dentro de una perspectiva cristiana (cfr. E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Christian Virtues*…, p. 117).

[156] Citan una sentencia de la Corte Suprema de Indiana, en la que se señalan las obligaciones del médico ante el paciente que acude para recibir sus servicios. Hacemos notar nuevamente la continua referencia a la cuestión legal, que en muchos casos parece coincidir con la ética.

[157] PoBE, p. 117.

el fondo de las difíciles cuestiones en torno a la actuación terapéutica en situación terminal, o de conflicto vital. Estas distinciones son: no comenzar (*witholding*) / retirar (*withdrawing*) un tratamiento; tratamientos ordinarios (*ordinary*) / extraordinarios (*extraordianary*); técnicas de mantenimiento (*sustenance technologies*) / tratamientos médicos (*medical treatments*); y, por último, efectos intencionados (*intended effects*) / efectos previsibles (*merely foreseen effects*)[158].

a) No iniciar frente a retirar un tratamiento

Con respecto a la primera distinción, se sostiene que lo importante no es la acción o la omisión de un determinado tratamiento o maniobra terapéutica. Se trata más bien de averiguar si en la circunstancia precisa en la que nos encontramos tenemos o no obligación de actuar. Resulta claro que la carga emocional del operador sanitario es mayor cuando desconecta un aparato de mantenimiento vital, que cuando simplemente no llega a ponerlo. La razón está en que en el primer caso, al menos subjetivamente, parece que la muerte del paciente es consecuencia de su acción, mientras que en el segundo sería el resultado de la evolución natural de la patología.

Sin embargo, no es coherente basar las decisiones en una distinción de este tipo. Beauchamp y Childress lamentan que es frecuente encontrar pacientes a los que se escribe en su historial la indicación DNR (*do not resuscitate*) para el caso en que se produzca una parada cardiaca; y que, sin embargo, sin explicar por qué, continúan en protocolos de quimioterapia, cirugía o ingreso en la UCI.

[158] Raymond J. Devettere habla de distinciones que pueden confundir, que coinciden en algunos casos con las presentadas por Beauchamp y Childress: acciones / omisiones; interrumpir / no comenzar un tratamiento; causar la muerte intencionalmente / dejar morir; paternalismo / autonomía; medios ordinarios / extraordinarios de preservar la vida; tratamientos fútiles / efectivos; resultados directos / indirectos; inmoral / intrínsecamente inmoral. También menciona otras distinciones que pueden servir de ayuda, como razonable / irracional; prudencia / juicio moral; lenguaje descriptivo / valutativo; malo / inmoral (cfr. R. J. DEVETTERE, *Practical Decision Making in Health Care Ethics. Cases and Concepts*, Georgetown University Press, Washington D. C. 1995, pp. 50-72).

El ejemplo que eligen para mostrar esta incoherencia es el de un anciano paciente de cáncer, que se encuentra en un estado comatoso sin posibilidad de recuperación, que requiere un tratamiento antibiótico para luchar contra una infección, y una vía intravenosa que le proporciona la hidratación y la nutrición. Al no tener indicaciones anteriores del paciente, ni poder contar con el parecer de familiares, el equipo médico decide señalar la DNR en su historial clínico. Conforme pasan los días, algunos del equipo sugieren quitar todos los tratamientos, incluida la hidratación y nutrición considerándolos medios extraordinarios. La mayoría es contraria a tal propuesta. Sin embargo, cuando se plantea la cuestión de introducir una nueva vía venosa por obstrucción de la precedente para la alimentación parenteral, muchos de los que se habían negado a suspender los tratamientos consideran ahora que no es necesaria esta nueva intervención. Nuestros autores explican que la diferente inclinación en uno y otro caso, varía porque en un primer momento se trataba de retirar (*withdrawing*) un tratamiento ya comenzado (antibióticos y alimentación), mientras que en el segundo, sería más bien un no poner en marcha (*witholding*) otro (nueva vía para alimentación)[159].

b) Tratamientos ordinarios frente a tratamientos extraordinarios

La segunda distinción procede de la casuística propia de la teología moral católica, y también del ámbito judicial. Generalmente por ordinario se entiende común (*usual*, *customary*), y por extraordinario poco común (*unusual*, *uncustomary*). Otro modo de determinar el contenido sería considerar ordinario lo simple, lo natural, lo no invasivo; mientras que extraordinario haría referencia a lo complejo, lo artificial e invasivo. En cualquier caso, la conclusión es que esta distinción sería también irrelevante, y po

[159] Cfr. PoBE, pp. 120-23. «If a caregiver makes decisions about treatment using this irrelevant distinction, or allows a surrogate (without effort at dissuasion) to make a decision, the caregiver is morally blameworthy for negatives outcomes» (p. 122).

dría sustituirse sin más por aquella otra entre tratamientos opcionales y tratamientos obligatorios[160].

c) Técnicas de mantenimiento y tratamientos médicos

La tercera distinción resulta más difícil de rebatir y por ello nuestros autores comienzan con tres casos límite, de los que recogemos el primero.

> Una mujer viuda de 79 años presenta una historia de ataques isquémicos transitorios, que han producido un daño cerebral con pérdida de habilidades mentales y de orientación. Padece también tromboflebitis y fallo cardiaco congestivo. Un día sufre un infarto cerebral masivo, con pérdida de la capacidad de comunicación verbal. Permanece sensible a los estímulos dolorosos. Se intenta la hidratación y nutrición con sonda nasogástrica, pero la mujer se resiste con la fuerza, y se extrae el tubo de la alimentación. Se decide entonces utilizar la nutrición parenteral, por medio de catéter intravenoso. Después de varios días, el personal sanitario tiene dificultad para encontrar nuevos puntos por dónde introducir el catéter, y deciden, junto con su hija y su nieta, suprimir estos medios de nutrición e hidratación, manteniendo una mínima asunción de líquidos por vía oral. La paciente muerte pacíficamente la siguiente semana.

Para estudiar la supuesta distinción entre técnicas de mantenimiento y tratamientos médicos, nuestros autores analizan los argumentos a favor que pueden encontrarse en la literatura. El primero es que la nutrición e hidratación médica son siempre requeridos por la dignidad y el bienestar del paciente. Además estas técnicas de mantenimiento poseen un significado simbólico, ya que para un médico suponen la esencia de la atención y de la compasión. Por último, no tener en cuenta esta distinción conduciría a un deslizamiento moral que sería incapaz de poner límites

[160] Cfr. PoBE, pp. 123-25. «Neither a long history nor precedent guarantees clarity or acceptability, and the distinction between ordinary and extraordinary means of treatment is unacceptably vague and morally misleading» (p. 123).

en los casos de hidratación y nutrición artificial. Sin minusvalorar la fuerza de estos argumentos, Beauchamp y Childress sostienen que habría que tener también en cuenta que en algunos casos la alimentación artificial puede suponer para el paciente una carga mayor que los beneficios obtenidos[161].

La conclusión es, por tanto, que en determinadas circunstancias sería legítimo no proporcionar este tipo de hidratación y nutrición a sujetos incompetentes. Concretamente, en el caso de que sólo con gran dificultad fuera posible mejorar su hidratación y nutrición. También cuando, aun obteniendo esa mejora no proporcionara un beneficio (citan el caso de los anencéfalos y de los sujetos en estado vegetativo persistente). Por último, en aquellos casos en los que, habiendo un cierto beneficio, las cargas que conlleva se consideren superiores (citan el caso de técnicas médicas que producen gran incomodidad en un paciente con grave demencia). Por supuesto, los sujetos competentes podrían rehusar estas técnicas si necesidad de cumplir dichas condiciones[162].

d) Efectos intencionados frente a efectos simplemente previsibles

Detrás de esta última distinción se encuentra el debate sobre la utilidad del principio del doble efecto, que ha sido frecuentemente invocada en las cuestiones sobre la legitimidad de la acción terapéutica en situaciones de conflicto. Nuestros autores la analizan a la luz de cuatro casos: la posibilidad de intervenir un tumor cervical durante el embarazo con pérdida del feto; la eliminación del embarazo ectópico; la opción abortiva en el caso de cardiopatía grave; y el recurso a la craneotomía. Concluyen que el principio del doble efecto no es capaz de explicar la diferencia entre la valoración moral positiva de recibe la intervención del tumor cervical (que considera la muerte del feto como efecto colateral), y la negativa de la craneotomía (que lo ve como medio para salvar la vida de la madre).

[161] «Evidence also indicates that patients who are allowed to die without artificial hydration sometimes die more comfortably than patients who received such hydration» (PoBE, p. 127).

[162] Cfr. PoBE, pp. 125-28.

Proponen resolver el conflicto distinguiendo entre intención (referida a lo que se planea hacer) y motivación (la causa por la que se hace). Sostienen que algunas partes del principio del doble efecto son perfectamente aceptables, como por ejemplo, la necesidad de proporción suficiente para poder legitimar una consecuencia negativa; sin embargo, «la ética biomédica es capaz de sostener ese mismo requisito general para muchos más casos de los permitidos por el principio del doble efecto»[163].

e) Tratamientos optativos y tratamientos obligatorios

Beauchamp y Childress en lugar de estas distinciones, sugieren emplear aquella entre tratamientos optativos y tratamientos obligatorios. Los criterios sobre los que apoyan la distinción son la calidad de vida del paciente y la indicación médica[164]. «Partimos de la base que, cuando la calidad de vida es tan baja que las intervenciones producen más daño que beneficio para el paciente, está justificado no empezar o suprimir un tratamiento»[165]. En cualquier caso, es necesario tener presente que no se trata de un concepto arbitrario basado en preferencias personales, sino que tiene en cuenta criterios claros sobre los beneficios y cargas que comportan las diferentes intervenciones. Estos criterios claros no quedan bien definidos en las páginas siguientes del libro, donde se insiste sobre todo en el "mejor interés" del paciente. Al hablar de los enfermos incapaces de una elección autónoma, señalan que ese mejor interés «queda definido en términos de su personal bienestar». En cualquier caso, la calidad de vida no ha de confundirse con el valor que otros puedan otorgar a la vida del paciente, ni se puede medir en relación a las cargas que supone para la familia.

Un criterio similar habría que seguir en el caso de recién nacidos con graves patologías. Aunque hay diversidad de opiniones sobre el modo de proceder, Beauchamp y Childress reconocen que existen circunstancias en las que estaría justificado no iniciar cier

[163] PoBE, p. 132.

[164] Entran en debate con algunos autores, como Paul Ramsey, que considera la indicación médica como punto central para la distinción: PoBE, pp. 136-37.

[165] PoBE, p. 136.

tos tratamientos (*not to treat*) y permitir que los pacientes mueran (*allowing die*)[166].

También aparecen mencionados en este apartado los tratamientos fútiles, como aquellos que comportan más daño que beneficio. En ocasiones se ha considerado este tipo de intervenciones como terapias opcionales que el paciente podía rechazar. Esta asunción es problemática, pues si realmente no proporcionan un beneficio suficiente al paciente el equipo médico no debería considerar dicho tratamiento entre las alternativas[167]. En cualquier caso, el concepto de futilidad es bastante vago y como en las distinciones anteriores encontramos el problema de señalar qué tratamiento puede entrar en esta categoría y cuál no. Según Beauchamp y Childress esta información la proporcionaría nuevamente la calidad de vida del paciente[168], que queda por tanto como concepto central en este tipo de decisiones en relación con la no-maleficencia. Y permite además presentar los problemas sobre la necesidad o no de intervenir con la distinción entre tratamientos opcionales y tratamientos obligatorios.

Entre los dilemas que aparecen en este campo, los más complejos son los recogidos bajo el epígrafe matar y dejar morir (*ki*

[166] «When quality of life is so low that aggressive intervention or intensive care produces more harm than benefit for the patient, it is justifiable to withhold or to withdraw treatment from near-term fetuses, newborns, or infants—just as it is with persons of other ages» (PoBE, p. 138). Entre las situaciones que se consideran de baja calidad de vida se señalan: el daño cerebral grave por asfixia, la enfermedad de Tay-Sachs (cuadro grave de espasticidad muscular y demencia, con fallecimiento alrededor del tercer o cuarto año de edad) y la enfermedad de Lesch-Hyhan (que cursa con espasmos incontrolados, retraso mental, tendencia a la automutilación y muerte temprana). No queda claro qué significa en este caso "no tratar", y si incluye también la omisión de la nutrición e hidratación artificial.

[167] Aquí cabe la posibilidad de conflicto con el principio de autonomía del paciente, que podría reclamar un tratamiento que a juicio del médico es fútil. Según Beauchamp y Childress, en algunos casos se podría consentir al deseo del enfermo, pero en otros casos habrá que valorar también la necesidad de emplear esos recursos para otros pacientes, por ejemplo, en caso de escasez (cfr. PoBE, p. 135).

[168] Cfr. PoBE, pp. 134-35. Sobre el concepto de calidad de vida la bibliografía es abundantísima. Remitimos a la selección de artículos de la "Bibliogragphy of Bioethics", 28 (2002), pp. 331-34 y 29 (2003), pp. 354-59.

lling and letting die). Nuestros autores los tratan en un apartado específico.

4.2.2 Matar y dejar morir

Existen situaciones de enfermos terminales donde no resulta sencillo determinar cuál es el papel que juega la actuación del personal sanitario en la evolución del paciente. O dicho de otro modo, qué causalidad haya que atribuir a dicha intervención. En esas situaciones es difícil determinar si el paciente fallece por una determinada acción u omisión (por parte del médico), o si la muerte es la evolución natural de la enfermedad que padece. Por ello, Beauchamp y Childress escriben que en bastantes ocasiones resulta inadecuada la clásica distinción entre "dejar morir" y "matar". Entendiendo dejar morir como una omisión que podría justificarse desde el punto de vista moral (y legal); mientras que matar sería siempre una acción inaceptable en ámbito médico (no así en otros ámbitos, como el de la pena de muerte o la defensa propia, donde sí podría justificarse).

Para estos autores el hecho de que dejar morir a un paciente pueda ser generalmente justificable, y matarlo no lo sea sino raramente, no es relevante para la calificación moral (o legal) de ese tipo de actos. Es más, habría situaciones en las que dejar morir sería peor que matar. Piénsese a la omisión de las técnicas de reanimación cardiopulmonar en un paciente que se puede salvar y llevar una vida normal, frente al caso de la muerte por compasión en un enfermo terminal que la ha solicitado. La conclusión es que lo importante no es la acción u omisión por parte del profesional (el "tipo de acto"), sino el motivo y las consecuencias de dichos actos (sean de omisión o de acción)[169]. Reconocen que la valoración moral no puede quedarse al nivel del acto físico, sino que debe ir más allá.

[169] «Rightness or wrongness depend of the merit of the justification underlying the action not on the type of action it is (…) We may need to know about the actor's motive (whether it is benevolent or malicious, for example), the patient's or surrogate's request, or the act consequences» (PoBE, p. 142).

> Sugieren el siguiente experimento mental: en un hospital semiprivado dos enfermos con la misma patología comparten una habitación. Ambos están conectados a un respirador mecánico. Supongamos que uno de ellos quiere continuar en esa situación, mientras que el segundo pide que se le desconecte. Si el médico desconecta los dos aparatos y mueren ambos, no podremos decir que ha hecho lo mismo en uno y otro caso. Son dos situaciones distintas tanto desde el punto de vista moral como desde el punto de vista legal. Mientras que en un caso deja morir a su paciente, en el otro lo mata. Una vez llegados a este punto nuestros autores hacen el siguiente razonamiento: si está justificado omitir un tratamiento sabiendo que se producirá la muerte del paciente (en el caso de que no haya obligación de tratar), sería absurdo no poder justificar en esas mismas condiciones (ante un paciente que pida que le dejen morir) un acto positivo que produzca el mismo resultado, o sea, la muerte del paciente.

Por tanto, la diferencia importante no es aquella entre dejar morir y matar, sino la que distingue entre tratamientos optativos y tratamientos obligatorios[170].

4.2.3 Justificación de la ayuda al morir

La pregunta que nuestros autores se plantean a continuación es la siguiente: ¿existen circunstancias en las que sea permisible adelantar el momento de la muerte? Muchas personas piensan que efectivamente se dan esos casos, y nuestros autores son de la misma opinión. De todas formas no consideran necesario, ni siquiera oportuno, cambiar la práctica médica y la legislación para permitir la eutanasia activa voluntaria (aquella solicitada por el enfer

[170] «We conclude for now that the distinction between killing and letting die suffers from vagueness and moral confusion. The language of killing is so thoroughly confusing –causally, legally, and morally– that it can provide little if any help in discussion of assistance in dying» (PoBE, p. 143). Nótese cómo en la hipotética situación el tratamiento era el mismo (respirador automático); por tanto, lo que ha discriminado los dos casos ha sido la voluntad del paciente de retirar el tratamiento, más que la obligatoriedad o no de dicho tratamiento.

mo), ya que la simple ponderación entre daños y beneficios podría resultar perniciosa[171].

El modo de justificar la validez de una petición (por parte del paciente) y una actuación eutanásica (por parte del médico) apoya en los mismos argumentos que hacen justificable el dejar morir a un paciente en determinadas condiciones. Y esa razón es la elección autónoma[172]. Por eso, Beauchamp y Childress concluyen que «causar la muerte no es siempre un acto malo (*evil*)»[173].

De todas formas, «el hecho de que deba respetarse en algunas circunstancias la petición autónoma por parte de un paciente de ser ayudado a morir (*aid-in-dying*), no significa que puedan justificarse todos los casos de suicidio asistido médicamente»[174].

> Recuerdan un famoso caso, con gran repercusión en la opinión pública, que tuvo como protagonista al doctor Jack Kervokian. Se trataba de una mujer de 54 años diagnosticada poco tiempo antes de enfermedad de Alzheimer. Una semana después de la primera entrevista, la señora Adkins y el doctor Kevorkian se dieron cita en un parque en el nor

[171] Sobre la diferencia entre la justificación un acto concreto y de una práctica o política sanitaria, vid. PoBE, p. 144. Se recoge abundante bibliografía sobre el llamado argumento de la pendiente resbaladiza (*slippery slope*), que metafóricamente recoge la idea de que autorizada una cierta práctica (en este caso eutanásica) se llegaría fácilmente a abusos en su aplicación concreta. Un buen estudio sobre el argumento de la pendiente resbaladiza puede encontrarse en I. ORTEGA, *La "pendiente resbaladiza" en la eutanasia: ¿ilusión o realidad?*, "Annales Theologici" 17 (2003), pp. 77-124.

[172] «We should protect the one more than the other from the moral perspective of a right to make an autonomous choice» (PoBE, pp. 148-49). Puede verse claramente en el ejemplo de los dos pacientes conectados al respirador artificial. En otro párrafo señalan lo mismo, ridiculizando la posición contraria: «At present, medicine and law are in the awkward position of having to say to such patients, "if you were on life-sustaining treatment, you would have a right to withdraw the treatment and then we could let you die. But since you are not, we can only allow you to refuse nutrition and hydration or give you palliative care until you can die natural death, however painful, undignified, and costly". This seems tantamount to condemning the patient to live a life or to suffer an end to life that he or she does not want» (PoBE, p. 147).

[173] PoBE, p. 148.

[174] PoBE, p. 149.

> te de Oakland. Allí con un sencillo aparato la mujer pudo acabar con su vida simplemente apretando un botón.
>
> Muchos juristas, médicos y escritores criticaron la actuación del doctor Kevorkian, que Beauchamp y Childress llegan a calificar de cruel, pues la enfermedad se encontraba en sus primeros estadios, y no le imposibilitaba una vida normal (era capaz de jugar al tenis con su hijo). Por otro lado, era muy posible que estuviera pasando por un momento de depresión psicológica que Kervorkian debía haber apreciado[175].

De todos modos, nuestros autores piensan que «son bastantes (*several*) los casos en los que el suicidio asistido está justificado»[176].

> Entre ellos estaría el de Larry McAfee, tetrapléjico, a quien la corte de Georgia le permitió que un médico le suministrara un sedante, de modo que fuera capaz de desconectar él mismo el ventilador que le permitía respirar de modo artificial. Otro caso que presentan es el de un paciente de leucemia. Tras rechazar un tratamiento de dudosa eficacia, arriesgado y doloroso; y después de valorar todas las posibilidades con el doctor y su familia, solicitó asistencia para el suicidio, como medio para acabar con su sufrimiento.

Para distinguir las situaciones en las que estaría justificada la asistencia al suicidio, de aquellas otras en las que no lo estaría, Beauchamp y Childress proponen las siguientes condiciones:

- petición voluntaria por parte del paciente;
- relación médico-paciente estable;
- decisión informada tanto por parte del paciente como del médico;
- entorno adecuado en el proceso de la decisión;

[175] Beauchamp y Childress reconocen que el actual sistema sanitario es inadecuado para afrontar adecuadamente muchas situaciones de este tipo. Esto conlleva en no pocos casos —como el de la señora Adkins— la consideción del futuro como una situación dolorosa y sin sentido (cfr. PoBE, pp. 149-50).

[176] PoBE, p. 150.

- rechazo razonado de las alternativas;
- consulta estructurada a otros servicios médicos;
- constancia del deseo de la muerte por parte del paciente;

- sufrimiento inaceptable del paciente;
- empleo de medios (para provocar la muerte) que sean lo más confortable posible.

El capítulo del principio de no-maleficencia acaba con un apartado sobre la decisión por sustituto. Se estudian los casos del posible retiro de tratamientos de soporte vital en personas incompetentes. En primer lugar se analizan las directivas previas (*advance directives*), que han tenido en los últimos años una relativa extensión. Para los casos donde no existen este tipo de indicaciones anteriores del paciente se proponen otras instancias: la familia, el equipo médico, un comité institucional y el juez. En el texto se analizan las condiciones que debe reunir una persona, o grupo de personas, para realizar una decisión por sustituto de modo adecuado.

*4.3 El principio de beneficencia (*beneficence*)*

La beneficencia forma parte de la tradición hipocrática y ha permeado la ética médica desde sus orígenes hasta nuestros días. Aceptada sin problema alguno durante muchos siglos ha sido puesta en tela de juicio en la modernidad conforme ha aumentado la importancia de la autonomía de la persona. La consecuencia principal ha sido el notable cambio en el modo de entender la relación entre el médico y el paciente. Cambio que ha llevado consigo una transformación profunda de la medicina contemporánea, donde el valor de la confianza ha sido sustituido, en no pocas ocasiones, por el del contrato. De un extendido paternalismo médico, que suponía a veces un verdadero abuso por parte del personal sanitario, se ha llegado a una relación que resulta más propia del intercambio mercantil.

Beauchamp y Childress distinguen entre la beneficencia como acto concreto, la benevolencia como virtud, y el principio de beneficencia que indica «la obligación moral de actuar en beneficio

de los otros»[177]. Quedarían fuera de este principio otras formas de atención (cuyo contenido no especifican), y lo que aúnan bajo el nombre de ideales de beneficencia no obligatorios. A su vez, distinguen dos elementos dentro del principio: la llamada beneficencia positiva (*positive beneficence*), que se refiere a la obligación de proporcionar un beneficio; y el principio de utilidad (*utility*), que sería una extensión de la anterior para aquellos casos en los que entran en juego riesgos y beneficios. Y es que muchas de las acciones de beneficencia no están libres de consecuencias negativas. Esto hace necesario que el agente deba realizar una ponderación de beneficios e inconvenientes, con el objeto de conseguir el mejor resultado posible. En todo caso, este principio de utilidad no es el propio de las teorías utilitaristas, donde ocupa la primacía del juicio moral. En este caso se trata de un principio *prima facie* al servicio de la beneficencia[178].

4.3.1 Las obligaciones de beneficencia

Como en los casos anteriores, también el principio de beneficencia incluye reglas más específicas. Los ejemplos que se citan en el libro son: «proteger y defender los derechos de los demás, prevenir de un posible daño a otros; eliminar aquellas condiciones que lo pudieran provocar, ayudar a las personas incapacitadas, y rescatar a las personas en peligro»[179].

Como es fácil de adivinar, la especificación de las reglas morales en este caso es menos "específica" que en los anteriores. Es lógico debido a la propia naturaleza del principio. Se descubre una seria dificultad para concretar las reglas debido en buena parte al fuerte carácter de obligación que posee el principio[180]. Beau

[177] PoBE, p. 166. El concepto de beneficencia como obligación lo toman de Bentham y Ross.

[178] Explican que la utilidad como principio absoluto podría justificar abusos sobre determinados grupos de personas (cfr. PoBE, p. 166). En ámbito biomédico, por ejemplo, someter a una serie de pacientes a unos riesgos desproporcionados para valorar la eficacia de un tratamiento del que se podrán beneficiar muchas otras personas.

[179] Cfr. PoBE, p. 167.

[180] Muchos han criticado esta obligatoriedad del principio de beneficencia. En efecto, no es sencillo sostener que una persona tenga "obligación" de ayudar a

champ y Childress dedican varias páginas del texto a intentar delinear hasta dónde llega la obligación de actuar en beneficio de los demás, ya que se dan perfecta cuenta de que «existen ideales de beneficencia que suponen una generosidad extrema», que no serían obligatorios[181].

En algunos casos, dicha obligatoriedad estaría ligada al papel de la persona dentro de la comunidad. Los padres tienen ciertos deberes para con sus hijos, que no tienen otras personas; y del mismo modo, al médico se le exigen ciertos comportamientos en relación al paciente, que no se le piden a otros[182]. ¿Hasta dónde llega esa obligación? ¿Qué molestias o riesgos ha de soportar el personal sanitario en el cumplimiento de su trabajo? Nuestros autores ofrecen una especie de protocolo que ayudaría a descubrir cuando existe una obligación de beneficencia. De todas formas, advierten que se trata de un gran puzzle de difícil construcción.

> «Una persona X tiene una determinada obligación de beneficencia con respecto a otra persona Y, si y sólo si se cumplen todas las condiciones siguientes (suponiendo que X esté al corriente de la situación):
>
> 1. Y corre el riesgo de una pérdida importante o un daño para su vida, su salud, u otro campo de especial interés;
>
> 2. la acción de X es necesaria (singularmente o junto a la de otros) para prevenir dicha pérdida o daño;

otra, y menos aún en un ambiente cultural que toma como bandera la autonomía individual. Ni siquiera resulta fácil hablar de las obligaciones del médico respecto al paciente, más allá del puro término contractual. Cosa muy diferente a lo que ha constituido durante siglos el habitual desarrollarse de la relación médico-enfermo.

[181] «The line between an obligation and a moral ideal is often unclear in the case of beneficence» (PoBE, p. 167). En otro de sus escritos parece que Beauchamp niegue la obligación de una beneficencia generalizada sin más concreciones: «we are not morally *required* to promote the good of persons, even if we are in a position to do so, and even if the actions is morally justified» (R. R. FADEN y T. L. BEAUCHAMP, *A History and…*, p. 12).

[182] «When a patient contracts with a physician for services, the latter assumes a role-specific obligation of beneficent treatment that would not be present apart from the relationship» (PoBE, p. 175).

3. la acción de X (singularmente o junto a la de otros) tiene una alta probabilidad de prevenirlo;

4. la acción de X no le supondría a él mismo un importante riesgo, costo o peso;

5. el beneficio que Y espera conseguir es superior a cualquier daño, costo o peso que pueda grabar sobre X»[183].

Sobre el modo de justificar las obligaciones de beneficencia nuestros autores sugieren, siguiendo a Hume, la vía de la reciprocidad propia de la interacción social. Rompen por tanto con la invocación de la filantropía que tan frecuentemente y por tanto tiempo ha prevalecido en los códigos médicos, y que Beauchamp y Childress tachan de impropia[184]. De todos modos, la reciprocidad no puede considerarse en el plano individual sino en el social. En efecto, en algunos casos la persona que recibe los servicios del médico (piénsese, por ejemplo, la atención prestada a un accidentado indigente) no podrá corresponder de ninguna forma. En cambio, la sociedad como tal sí es capaz de hacerlo. Se puede decir que, en realidad el médico debe mucho a la sociedad en su conjunto, pues le ha permitido sus estudios; y de modo particular a los pacientes, sobre los que investiga y practica.

4.3.2 El paternalismo: conflictos entre beneficencia y autonomía

El capítulo sobre el principio de beneficencia dedica no pocas páginas a tratar del paternalismo médico, como un modo clásico de entender la beneficencia que contrasta con las pretensiones de la autonomía del paciente. Como en otros apartados no resulta sencillo dar una definición de paternalismo, pues el concepto varía según los autores estudiados[185]. En este marco se pueden dis

[183] PoBE, p. 171.

[184] «Because of this indebtedness, the medical profession's role of beneficent care of patients is misconstrued if modeled primarily on philanthropy, altruism, and personal commitment» (PoBE, pp. 174-75).

[185] Beauchamp y Childress después de la evaluación de distintas posibilidades ofrecen la siguiente: «is the intentional overriding of one person's known preferences or actions by another person, where the person who overrides justi-

tinguir distintos modos de considerar una posible actuación médica en contra del deseo del paciente. Las posiciones se pueden reconducir a tres: el antipaternalismo, el paternalismo justificado desde el principio de autonomía, y el paternalismo justificado desde la beneficencia.

En el primer grupo encontramos a todos aquellos autores que rechazan lo que ha venido denominándose paternalismo fuerte[186]. Esto significa que el médico no puede actuar en contra del deseo de un enfermo que es capaz de realizar juicios y acciones autónomas, por un pretendido beneficio para el propio paciente. El segundo grupo aceptaría un cierto paternalismo que apoya sobre un consentimiento cuya denominación varía según los autores estudiados. Algunos hablan de consentimiento racional, otros de consentimiento sucesivo, y un tercer subgrupo de consentimiento hipotético. La referencia directa al consentimiento supone una justificación de la actuación paternalista en estrecha relación con la autonomía del paciente, que en esa situación estaría mermada. Se supone por tanto, que el enfermo habría hecho la misma elección que el equipo médico propone, en el caso de poseer una capacidad de juicio autónoma[187]. Por último, hay un tercer grupo que justifi

fies the action by the goal of benefiting or avoiding harm to the person whose preferences or actions are overridden» (PoBE, p. 178).

[186] La distinción entre paternalismo fuerte (*strong or hard*) y paternalismo débil (*weak or soft*) se debe a Joel Feinberg. El primero se refiere a intervenciones dirigidas a obtener un beneficio para una persona autónoma que conoce los riesgos y las ventajas de dicha actuación; y que sin embargo, voluntariamente la rechaza. El paternalismo débil es aquel en el que el agente actúa buscando un beneficio para el paciente que, por enfermedad u otro motivo, no es capaz de realizar acciones autónomas (cfr. PoBE, pp. 181-82 y p. 216, nt. 26).

[187] Las condiciones que mencionan para justificar la intervención paternalista son: 1. los daños prevenidos han de ser superiores a la pérdida de independencia y al sentimiento de invasión que provoca la actuación; 2. la condición de la persona limita seriamente su capacidad de realizar una elección autónoma; 3. la intervención ha de ser universalmente justificada; 4. la persona beneficiada ha consentido, consentirá o consentiría (en el caso de poder realizar un juicio racional) con esa intervención. Entre los autores que sitúan en este grupo están Rawls y Dworkin (PoBE, p. 184). En realidad, este segundo grupo no es tan diferente al primero, ya que la segunda condición mencionada pone el problema a nivel de paternalismo débil.

ca algunas actuaciones paternalistas, pero no en función de la autonomía del paciente, sino únicamente pensando en su beneficio.

Beauchamp y Childress no aceptan una práctica paternalista *in se*, pues consideran que fácilmente degeneraría en el abuso. De todos modos escriben que algunas actuaciones concretas (también de paternalismo fuerte) deberían ser permitidas. Para ellos la justificación más plausible de acciones paternalistas procede de una adecuada ponderación entre los beneficios esperados y la autonomía del sujeto[188].

> Uno de los ejemplos que citan se refiere a un médico que oculta a su paciente la sospecha de una patología grave, tras el resultado de una prueba diagnóstica. La experiencia de otros casos y el conocimiento del enfermo le llevan a la conclusión de que una noticia negativa podría provocarle un estado de estrés y ansiedad, por lo que decide no decirle nada, hasta comprobar el diagnóstico con una segunda prueba[189].

En los hospitales son frecuentes las pequeñas acciones de paternalismo fuerte, que normalmente se justifican a través de una serie de condiciones:

> 1. debe tratarse de un paciente con riesgo de un daño importante, que puede ser prevenido;
>
> 2. la acción paternalista probablemente evitará dicho daño;
>
> 3. el beneficio esperado por la acción paternalista supera el riesgo que corre el paciente;

[188] «Preventing minor harms or providing minor benefits while deeply disrespecting autonomy lacks plausible justification; but actions that prevent major harms or provide major benefits while only trivially disrespecting autonomy have a highly plausible paternalistic rationale. Although many in contemporary biomedical ethics contest this claim, we will now argue that this form of paternalism is warranted» (PoBE, p. 185).

[189] «This physician's act of temporary nondisclosure seems to us morally justified, though beneficence has (temporally) received priority over respect of autonomy» (PoBE, p. 186)

4. se adopta la alternativa que limita menos la autonomía del paciente.

A estas condiciones, nuestros autores añaden una quinta, «que la acción paternalista no limite substancialmente la autonomía»[190].

Nuestros autores hablan también de un posible paternalismo pasivo. Correspondería a aquellas situaciones donde el médico no actuaría de acuerdo con los deseos del paciente por considerar fútiles esas intervenciones. En estos casos, la justificación moral de estas omisiones resulta más sencilla que en los anteriores[191].

Con estas indicaciones sobre le paternalismo se procede a analizar el caso concreto del suicidio, y el posible modo de justificar una acción contraria al deseo del paciente. El problema está en que «si aceptamos un derecho de autonomía, no podremos legítimamente intentar impedir a un individuo su imprudente (aunque autónoma) decisión de suicidarse»[192]. Quizá en este punto se vea con más claridad que en otros la dificultad de justificar, teniendo en cuenta el concepto de autonomía antes explicado, lo que de un modo espontaneo y universal supone la actitud de intentar impedir el suicidio de otra persona.

En algunos casos se ha justificado la intervención para prevenir el suicidio, apelando un supuesto desequilibrio mental de la persona. Explicación que algunos autores califican de abuso. Beauchamp y Childress reconocen la seriedad del problema y proponen dos caminos para procurar contener la peligrosa avalancha de consecuencias negativas que supondría la justificación del suicidio haciendo referencia solamente a la autonomía personal. Por un lado, sería necesario inculcar al potencial suicida un mayor sentido de responsabilidad en relación con el resto de la

[190] Esta última condición es la que hace que no se pueda justificar una transfusión de sangre a un testigo de Jehová, ya que supondría actuar contra una profunda creencia del paciente (cfr. PoBE, pp. 186-87).

[191] «Such passive paternalism is usually easier to justify than active paternalism because physicians generally do not have a moral obligation to carry out their patients' desires when they are incompatible with acceptable standards of medical practice or are against the physicians' conscience» (PoBE, p. 191).

[192] PoBE, p. 188.

sociedad. Por otro, reconocen que desde una perspectiva clínica es cierto que muchos suicidas podrían beneficiarse de un tratamiento psiquiátrico, pues se trata de personas enfermas o que se encuentran bajo la influencia de drogas, alcohol o intensas presiones psicológicas[193].

4.3.3 Ponderación de beneficios, costes y riesgos

Después de tratar las cuestiones de beneficencia a nivel individual el texto pasa a analizar aquellas otras que aparecen en el ámbito de la política sanitaria. Y es aquí donde Beauchamp y Childress introducen el principio de utilidad. Lo consideran una válida herramienta para discriminar entre las intervenciones que deben proponerse a gran escala ante ciertas patologías, campañas de prevención, etc.; y aquellas otras que no resultan rentables (no sólo desde el punto de vista económico sino también en relación a su eficacia clínica). Presentan para ello, tres herramientas que se utilizan cada vez más en el estudio de las políticas en área sanitaria: el análisis coste-efectividad o ACE (*cost-effectiveness analysis*), el análisis coste-beneficio o ACB (*cost-benefit analysis*), y el análisis riesgo-beneficio o ARB (*risk-benefit analysis*).

Mientras que el segundo (ACB) mide criterios puramente económicos, el primero (ACE) utiliza otros elementos como la esperanza de vida, o los años de vida ajustados a la calidad. Ambos tratan de valorar las políticas sanitarias que poseen mayor rendimiento, teniendo en cuenta que los recursos disponibles son limitados, y las intervenciones médicas cada vez más costosas. El tercer instrumento (ARB), hace una valoración del riesgo en relación al beneficio. Este último es el modo que utiliza el órgano federal para el control de alimentos y fármacos (*Food and Drug Administration*) como criterio para decidir el paso de una fase a otra del ensayo clínico de los nuevos productos farmacéuticos. En esta valoración tiene no poca importancia el estudio del riesgo de los distintos tratamientos o exploraciones diagnósticas, el concepto de incertidumbre, con el que se debe actuar en muchas ocasiones, y

[193] Cfr. PoBE, pp. 187-89.

aquel otro de percepción del riesgo, que correspondería a la consideración subjetiva de dicho riesgo por parte del paciente.

Beauchamp y Childress, a diferencia de otros autores, sostienen que detrás de todos estos parámetros entran en juego valores morales, y no simplemente números y porcentajes de posibles éxitos de una intervención en relación a las diferentes alternativas[194]. Pero el economista necesita describir en términos numéricos el valor de los diferentes elementos que entran en juego al hacer sus estudios de mercado, en el ámbito sanitario como en cualquier otro. De este modo puede compararlos y determinar qué política es más rentable, y bajo qué condiciones.

Esta necesidad de la cuantificación ha llevado a medir el valor de vida en términos numéricos y económicos. Además, en los últimos años ha ido cristalizándose la idea de que una práctica médica no ha de preocuparse solamente de salvar vidas, sino que debe considerar también la calidad de esas vidas[195]. Una aplicación concreta está en el uso de otra herramienta para el estudio de la distribución de recursos: los años de vida ajustados por calidad o AVAC (*quality-adjusted life-years or QALYs*), que serviría como parámetro que considera no sólo la cantidad (de vida), sino también su calidad[196].

[194] Cfr. PoBE, pp. 194-206.

[195] Cfr. PoBE, pp. 209-12. En relación con el valor de la vida y el concepto de calidad de vida nuestros autores coinciden con las afirmaciones realizadas por la Comisión Presidencial varias veces citada: «quality of life [is] an ethically essential concept that focuses on the good of the individual, what kind of life is possible given the person's condition will allow the individual to have a life that he or she views as worth living».

[196] Con este parámetro se propone una indicación, sobre un tratamiento vital generalmente que va más allá del simple dato epidemiológico sobre la supervivencia, ya que tiene en cuenta, además de los datos clínicos, otros indicadores sobre el bienestar de la persona, capacidad de trabajar y de realizar las tareas ordinarias de la casa, etc. Una buena explicación sobre el AVAC se encuentra en A. EDGAR, *Quality of Life Indicators* en R. CHADWICK (ed.), *Encyclopedia of Applied…*, vol. III, pp. 759-76. Desde el punto de vista moral, se presume que «si un año extra de esperanza de vida sana (de buena calidad) tiene una cierta dignidad, entonces un año extra de esperanza de vida privo de salud (de mala calidad) debe ser menos digno (de otro modo, ¿por qué la gente busca estar sana?)»: PoBE, p. 209.

Al analizar las cuestiones éticas que presenta este planteamiento, nuestros autores perciben que el criterio último de valoración no puede ser solamente el coste de las intervenciones en relación a la posibilidad de recuperar la salud, pues de ese modo quedarían discriminados algunos sectores de la población, como los enfermos crónicos y los ancianos. Resultaría también problemático justificar el deber de rescatar a las personas que se encuentran en una situación de peligro (quizá mortal), si ello supusiera una gran inversión económica[197]. Por otro lado, fácilmente se pasaría por encima de dimensiones no cuantificables de gran significación en la atención médica, como «el alivio del dolor y del sufrimiento, o el mismo significado simbólico de la práctica sanitaria»[198].

Concluyen diciendo que los instrumentos estudiados (ACE, ACB y ARB), útiles como ayuda para el que debe decidir sobre la distribución de los fondos económicos, han de ser tomados siempre como herramientas auxiliares, y no como la clave para la elección de una u otra política. De otro modo se «corromperían o incluso remplazarían el tradicional lenguaje moral propio de la relación médico-enfermo, bajo la presión por mantenerse dentro de lo presupuestado»[199].

A modo de resumen podemos decir que el capítulo sobre el principio de beneficencia se articula en torno a la idea de su obligatoriedad, que entra por tanto en conflicto con aquella otra obligación de respetar la autonomía del paciente. Contiene abundantes reflexiones sobre el paternalismo médico como nota característica que habría guiado durante mucho tiempo la relación médico-

[197] «QALY-based CEA thus faces several questions about the adequacy and value of this tool of analysis for health policy and health care. In particular, we have noted methodological problems in the assignment of priority to life-years over individual lives. The implication of this assignment of priority is that beneficence-based rescue (specially life-saving) is less significant than cost-utility, that the distribution of life-years is unimportant, that saving more lives is less critical than maximizing the number of life-years, and that quality of life is more important than quantity of life. We have reject some aspect of each of these implications» (PoBE, p. 212).

[198] PoBE, p. 213.

[199] «In short, formal analytic techniques cannot serve as methods of decision-making, but they can function as aids to help decision-makers specify obligations of beneficence» (*ibid.*).

enfermo. Afronta también la problemática de la beneficencia a gran escala: aquella que debe distribuir los recursos económicos (siempre escasos) en el área sanitaria, para lo cual se sirve del principio de utilidad. Aunque las reflexiones en torno a estos temas suponen un buen material para el abordaje de los problemas concretos, son pocas las indicaciones que se proporcionan para su resolución.

*4.4 El principio de justicia (*justice*)*

El último de los principios de la bioética abre un capítulo que, si bien estaba presente en la tradición ética clásica, aparece como relativamente nuevo para la ética médica[200]. 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. Por un lado la regulación del acceso a los servicios sanitarios. 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.

Como en los apartados anteriores, señalamos a continuación aquellos aspectos que nos parecen de mayor resonancia moral. En realidad algunas de estas cuestiones han sido ya tratadas al hablar de las obligaciones de beneficencia en relación a las políticas sanitarias, que en muchos casos constituyen verdaderos problemas de justicia distributiva[201]. El principio de justicia busca resolver tanto las cuestiones que se presentan en la práctica médica habitual,

[200] «Despite its prominence in the philosophies of Plato and Aristotle, justice received no specific attention in the Hippocratic ethic that centered on the welfare of individual patients and not of society. Historically, justice entered medical ethics much later, usually in relationship to the physician's forensic duties. In recent years, justice has entered medical ethics more forcibly, as disparities in the distribution of heath care have become more apparent» (E. D. PELLEGRINO, *The Metamorphosis of…*, p. 1067).

[201] «The term distributive justice refers to fair, equitable, and appropriate distribution determined by justified norms that structure the terms of social cooperation (…) Distributive justice refers broadly to the distribution of all rights and responsibilities in society» (PoBE, p. 226).

como la distribución de los recursos económicos que un estado destina a la sanidad.

4.4.1 Principio formal y principio material de justicia

Parten de una concepción aristotélica de justicia: «los iguales deben ser tratados igualmente, y los desiguales deben ser tratados desigualmente»[202]. El problema aparece a la hora de pasar de este principio formal a las formulaciones materiales, ya que se han propuesto distintas alternativas[203]:

- dar a cada persona una parte igual
- dar a cada persona de acuerdo con la necesidad
- dar a cada persona de acuerdo con el esfuerzo
- dar a cada persona de acuerdo con la contribución
- dar a cada persona de acuerdo con el mérito
- 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.

En cualquier caso, nuestros autores piensan que un principio de justicia supone poca ayuda mientras no esté integrado en una estructura o teoría moral. Por eso a continuación pasan a estudiar cada una de las concepciones de justicia presentes en el panorama actual. Aquí no entraremos en ese análisis. Nos limitamos a señalar que para Beauchamp y Childress ninguna de ellas consigue una visión completa de la vida moral[204].

[202] PoBE, p. 227.

[203] Cfr. PoBE, p. 228.

[204] Mencionan las teorías utilitaristas, que presentan una serie de criterios para conseguir la mayor utilidad pública posible; las teorías liberales, que enfati-

4.4.2 La regla de la oportunidad justa y el derecho a un mínimo decente de asistencia sanitaria

En ámbito sanitario Beauchamp y Childress proponen como alternativa a esas concepciones de justicia la regla de la oportunidad justa (*fair opportunity*) de Norman Daniels. En ella recoge buena parte el pensamiento de Rawls aplicándolo al terreno biomédico[205]. Se trata de un modo de concebir la justicia en el que ninguno ha de recibir ventajas sociales por propiedades o capacidades personales de las que no sea responsable. Y del mismo modo, a nadie se le debe negar un beneficio por una tara de la que no sea el causante[206]. De esta forma se lograría minimizar los efectos negativos de las que Rawls denomina loterías natural y social[207].

Al llegar el momento de la especificación, nuestros autores se limitan a señalar que distintas políticas sanitarias muestran en el fondo diferentes concepciones de la justicia. A diferencia de los capítulos anteriores donde las valoraciones morales eran más precisas, en el caso del principio de justicia se llega sólo a mostrar las

zan el derecho a la libertad económica y social de las personas; las comunitaristas, que ponen el acento en las tradiciones y prácticas de las comunidad (más que en el individuo); y las teorías igualitaristas, que subrayan la necesidad de la igualdad de acceso a los bienes de la vida. «We have maintained that no single theory of justice or system of distributing health care is necessary or sufficient for constructive reflection on health policy (…) Each influential theory of justice provides a philosophical reconstruction of a valid perspective on the moral life, but one that only partially captures the range and diversity of that life» (PoBE, pp. 230-35 y p. 272). Sobre las distintas teorías de la justicia, ver también: A. BUCHANAN, *Justice: a Philosophical Review* en R. VEATCH (ed.), *Cross Cultural Perspectives*…, pp. 280-95: distingue entre la concepción utilitarista, el concepto rawlsiano de justicia, y las teorías liberales (cuyo destacado representante sería Nozick).

[205] Sobre la influencia de Rawls en el concepto de justicia en ámbito biomédico, ver también E. D. PELLEGRINO, *The Metamorphosis of*…, p. 1067.

[206] «Properties distributed by the lotteries of social and biological life do not provide grounds for morally acceptable discrimination between persons in social allocations if they are not properties that people have a fair chance to acquire or overcome» (PoBE, p. 236). El pensamiento de Norman Daniels sobre este punto puede encontrarse en *Just Health Care*, Cambridge University Press, New York 1985.

[207] Aunque Beauchamp y Childress no quieren abrazar ninguna de las teorías de la justicia, en realidad sus afirmaciones son muy próximas a las del igualitarismo.

dificultades tanto teóricas como prácticas que existen en la resolución de los diferentes problemas[208]. La razón está en que son muchos los modos de presentar las prioridades de un sistema sanitario en su nivel micro y macroeconómico.

Dedican no pocas páginas a estudiar los argumentos a favor de un hipotético derecho a los cuidados médicos, y de las posibles vías para conseguirlo[209]. Analizando la situación actual, sobre todo de los Estados Unidos, llegan a la conclusión de que «es necesario un sistema más eficiente y equitativo, lo que no significa que haya de ser ni exclusivamente público, ni privado; y tampoco necesariamente un sistema igualitario»[210].

Se trata de conseguir un sistema comprensivo y coherente, en el que se consiga un equilibrio entre utilidad y justicia. Sistema que sea capaz de afrontar los siguientes objetivos: el acceso libre a una atención médica mínima (*decent minimum of health care*); el desarrollo de un mecanismo de incentivos, tanto para los médicos como para los pacientes, que consiga que la atención sea cada vez más eficaz; en tercer lugar, la consecución de un instrumento justo para la racionalización (*rationing*), que a su vez, no violente ese mínimo nivel de asistencia; y, por último, el proyecto de un sistema que se pueda ser puesto en marcha progresivamente, de modo que no suponga un drástico conflicto con la posición original[211].

[208] «These issues are too complex for ethical theory to resolve. We cannot fix an entitlement to health care or a comprehensive public policy in this book, but we can further explore intimately connected conceptual and moral problems» (PoBE, p. 247).

[209] Sobre este punto se puede consultar también D. SHICKLE, *Resource Allocation* en R. CHADWICK (ed.), *Encyclopedia of Applied…*, vol. III, pp. 861-73.

[210] PoBE, p. 244.

[211] Cfr. PoBE, pp. 262-64. Son muchos los intentos de conseguir esa integración. Pueden dividirse en dos grandes grupos: los sistemas unificados, modelos basados en la socialización de los recursos, donde la igualdad prima sobre la utilidad; por ejemplo, sistema británico, canadiense o escandinavo; y los sistemas pluralistas, donde la utilidad se pone por encima de la igualdad, se trata de sistema más flexibles, donde existe mayor variedad de opciones sanitarias, pero donde está menos garantizado el acceso de todos a los medios terapéuticos. «Ambos sistemas pueden ser éticamente aceptables según las particulares circunstancias sociales e históricas» (p. 264).

Por lo que se refiere a la dimensión microeconómica encontramos el problema de la distribución de los recursos escasos, como fueron en su tiempo (en Estados Unidos) los aparatos de diálisis, y lo son actualmente los órganos para trasplantes. También en este caso se ofrecen la posibilidad de seguir una vía de tipo utilitarista o de tipo igualitario. Nuestros autores piensan que «estas dos perspectivas pueden de modo coherente ser combinadas a través de la especificación y la ponderación». Ponen como ejemplo los trasplantes de corazón, y distinguen dos momentos en la selección de los candidatos. Por un lado, lo que denominan la determinación de los posibles receptores (*screening potential recipients*). Este *screening* apoya sobre tres elementos: 1. factores sociales (como por ejemplo, ser veterano de guerra o vivir en un determinado Estado); 2. factores relacionados con el progreso de la ciencia (se refiere a aquellas características del receptor, o participante a un ensayo clínico, que lo hacen más idóneos de cara a obtener resultados que puedan hacer avanzar el conocimiento científico); 3. la esperanza de éxito (en este caso del trasplante). Más controvertido es el segundo momento, que supone la selección final del receptor. Los criterios que de hecho se utilizan actualmente son cuatro: utilidad médica, sorteo, utilidad social y *triage*. Beauchamp y Childress los presentan señalando los pros y los contras de cada uno, sin dar una valoración definitiva[212].

Concluyen el capítulo 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. Podemos acabar esta sección señalando, como hacen Beauchamp y Childress, que más que de un principio de justicia, habría que hablar de diversos principios de justicia.

5. Papel e importancia del carácter moral

Hasta ahora hemos hablado de principios, reglas y obligaciones. Pero, ¿hay algo más en el discurso ético? Ciertamente sí, y Beauchamp y Childress reconocen que «su propuesta de princi

[212] Cfr. PoBE, pp. 267-72.

pios y reglas (…) no menciona los derechos de las personas, el carácter y las virtudes de los agentes que realizan las acciones, o los sentimientos morales. Todos estos aspectos de la vida moral merecen una atención dentro de una teoría moral completa»[213]. Dichos aspectos son tratados en diversas partes del libro, y con el paso del tiempo han ido cambiando de lugar y de peso. Las cuatro primeras ediciones los mencionaban al final del volumen, mientras que la quinta sitúa estos elementos bajo el título "carácter moral" (*moral character*) en el segundo capítulo, antes de comenzar la descripción de cada uno de los principios[214].

Nuestros autores son conscientes de que los principios no son suficientes. En la vida moral tienen gran importancia otras dimensiones como son por ejemplo los sentimientos morales. Lo que unos padres son capaces de hacer por un hijo no puede quedar reducido al mero cumplimiento de un deber. De igual modo que el cuidado que el médico y la enfermera ponen para atender a un moribundo no es sólo ni fundamentalmente la observancia de un código deontológico.

Llegados a este punto Beauchamp y Childress distinguen dos planos morales: el de los principios y las obligaciones, y el de los actos supererogatorios e ideales morales[215]. Se puede hablar por

[213] PoBE, p. 14.

[214] En la primera edición el capítulo se denominaba *Ideals, Virtues and Integrity*, con tres subapartados: 1. ideales; 2. virtudes y carácter; 3. integridad y conciencia. En la segunda, el capítulo se llamaba *Ideals, Virtues and Conscientious Actions*, e incluía tres apartados, siguiendo a la letra el título: 1. ideales; 2. virtudes; 3. acciones hechas a conciencia. La tercera, *Ideals, Virtues and Conscientiousness*, y como apartados: 1. ideales morales; 2. virtud y carácter; 3. personas y actos hechos a conciencia; 4. conclusión (que a partir de la tercera edición aparece después de cada capítulo). En la cuarta edición tiene como título *Virtues and Ideals in Professional Life*, e incluye: 1. virtudes en los roles profesionales; 2. cuatro virtudes básicas; 3. conciencia (*conscientiousness*); 4. ideales morales; 5. excelencia moral; 6. conclusión. Mientras que en la última edición incluye las siguientes divisiones: 1. virtudes morales; 2. virtudes en los roles profesionales; 3. cinco virtudes básicas (ya que introduce la *conscientiousness* entre las virtudes); 4. relación entre las virtudes morales y los principios morales; 5. ideales morales; 6. excelencia moral; 7. conclusión.

[215] Es claro que el límite entre actos obligatorios y actos supererogatorios no es fácilmente demarcable, como algunos pretenden. Se podrían situar en una

tanto de un patrón o estándar moral ordinario, que corresponde a los criterios de la moralidad común: constituye un mínimo moral que se le pide a todos, y que incluye obligaciones, principios y algunas virtudes. Por otro lado, existiría un patrón o estándar moral extraordinario, que denominan moralidad de aspiración (frente a la moralidad común): es una moral que no se puede exigir, más bien se reconoce en algunos sujetos de los que se dice que tienden en su actuar a unos ideales morales más elevados[216]. Beauchamp y Childress reconocen que una moral de mínimos supone siempre «la pérdida del noble sentido de la excelencia del carácter y de su ejercicio»[217].

Teniendo en cuenta esta distinción, y asumiendo que su propuesta se ofrece a los que quieren aspirar a esa moral de excelencia[218], Beauchamp y Childress dividen los actos humanos en cuatro categorías: las acciones obligatorias (*right and obligatory*), las acciones prohibidas (*wrong and prohibited*), las acciones opcionales moralmente neutras; y, finalmente, las acciones opcionales meritorias. El libro trata después fundamentalmente las dos primeras categorías, que son aquellas que caen bajo los principios.

De los tres elementos o aspectos morales complementarios a los principios (derechos, virtudes y sentimientos morales) solamente la virtud recibe un tratamiento sistemático[219]. La categoría

línea continua en cuyos extremos se encuentran las obligaciones más estrictas de un lado, y los actos heroicos de otro (cfr. PoBE, p. 42).

[216] Cfr. PoBE, pp. 39-41.

[217] PoBE, p. 44

[218] «Our account is suited for person with the will to aspire, not for persons who merely want to know what social obligation require» (PoBE, p. 46). También aparece esta misma idea en el libro de T. L. BEAUCHAMP, *Philosophical Ethics*, Mc Graw Hill, New York 1982, p. 156. Cuatro razones hacen oportuno tratar de la excelencia moral (siguiendo la intuición aristotélica): superar la visión de muchas teorías éticas que se centran en el mínimo moral; acabar con un cierto escepticismo en torno a los altos ideales morales; considerar las virtudes (como la hospitalidad, el tacto, el coraje, la grandeza de ánimo) sin necesidad de introducirlas dentro de obligaciones o principios morales (como si debiera existir un principio de hospitalidad...); proporcionar ejemplos que sirvan como guías para mejorar nuestra vida moral (cfr. PoBE, p. 44).

[219] «Abbiamo dedicato un capitolo completo alle virtù, che riteniamo essere allo stesso livello di importanza dei principi» (T. L. BEAUCHAMP, *La forza del paradigma dei principi in bioetica* en G. RUSSO (ed.), *Bilancio di 25 anni di bioetica*,

derechos (o derechos humanos), que para algunos sería el único modo de hacer una bioética que pretenda una cierta universalidad[220], se utiliza poco en el planteamiento principialista. En las primeras ediciones poseía un apartado específico que desaparece a partir de la tercera. Algo similar habría que decir de los sentimientos morales, que puede encontrarse aquí y allá en el libro. Quizá la vaguedad de su contenido ha hecho que su consideración sea muy limitada.

5.1 Virtudes morales

Elegir una ética basada en principios morales o en virtudes condiciona enormemente todo su desarrollo. Nuestros autores escriben que la ética nacida de los principios se centra en la acción, mientras que la ética del carácter y de la virtud miran fundamentalmente al agente.

El concepto de virtud que presentan ha ido variando teniendo en cuenta las críticas recibidas. En las primeras ediciones se trataba de la definición tomada del *Oxford English Dictionary*, que subrayaba su carácter de disposición o hábito junto a su relación con los principios y las reglas morales: las virtudes dispondrían al agente a actuar según dichos principios, reglas e ideales[221]. Para

ELLE DI CI, Torino 1997, p. 102). Sobre la importancia que Beauchamp da a la virtud en la ética biomédica, ver también ID., *Ethical Theory and…*, p. 16; ID., *Philosophical Ethics…*, capítulo 5 (*Virtues, Morality, and Reasons for Choosing the Good*); ID., *What so Special about the Virtues* en E. SHELP (ed.), *Virtue and Medicine*, Reidel, Dordretch 1985, p. 310.

[220] Ver por ejemplo el artículo de R. ANDORNO, *Biomedicine and International Human Rights Law: in Search of a Global Consensus*, "Bulletin of the World Health Organization" 80 (2002), pp. 959-63. Posee abundantes referencias bibliográficas.

[221] En la segunda edición se dice: «The word "virtue", as used in this section, should not be confused with a principle or rule about what ought to be done. Rather it is a habit, disposition or trait a person may possess or aspire to possess. A *moral* virtue is an acquired habit or disposition to do what is morally right or praiseworthy. It is a trait of character that disposes its possessor to act in accord with moral principles, rules or ideas. Any adequate general conception of virtue will also recognize that there are virtues other than moral virtues, just as there are principles, rules, and ideals that are nonmoral» (PoBE [2ª edición], p. 261). La primera edición no reporta definición alguna de virtud.

algunos autores, esta noción de virtud dejaba fuera un elemento importante: los motivos del obrar humano. Para evitar estas críticas, la definición que Beauchamp y Childress presentan en la última edición es más vaga y pierde parte de su sentido original. La virtud sería «una característica del carácter que posee valor social». Se distingue de la virtud moral, que considera sólo aquellos trazos del carácter que poseen un contenido moral[222].

Beauchamp y Childress señalan distintos modos de considerar el papel de las virtudes dentro del conjunto de la moral. Para algunos autores la virtud tendría una cierta primacía, pues cuando alguien juzga a otra persona no lo hace por sus acciones aisladas, sino por su bondad; o dicho de otro modo, por el conjunto de sus virtudes. Además para actuar bien es necesario querer actuar bien, y esto lo dan las virtudes. Esta perspectiva ve las virtudes como aquellas características de la persona que, junto a los buenos motivos, garantizan la bondad de los actos[223].

Por su parte, otros autores han criticado la ética de la virtud por considerarla insuficiente para conseguir un sistema moral unitario, y también porque no sería capaz de determinar en situaciones concretas el modo correcto de actuar. Beauchamp y Childress piensan que este problema se soluciona asociando los principios y las virtudes: los primeros garantizarían la seriedad racio

[222] «A virtue is a trait of character that is socially valuable, and a moral virtue is a morally valuable trait of character» (PoBE, p. 27). «Character consists of a set of stable traits (virtues) that affect a person's judgment and action» (PoBE, p. 30). No queda claro cómo se integran en esta definición los motivos del obrar, que eran objeto de la crítica. Citan a Aristóteles para explicar la importancia del motivo de la acción y la diferencia entre acción recta y motivo adecuado. Concluyen que hay que tener en cuenta sus indicaciones sobre la virtud. De todas formas, hay algunos elementos en la propuesta de Beauchamp y Childress que no parecen compatibles con el concepto aristotélico de virtud, ya que para ellos algunas virtudes serían capaces de originar acciones indignas y condenables (PoBE, p. 32 y R. GILLON, *Ethics Needs Principles*…, p. 309). Sobre este punto volveremos en el próximo capítulo.

[223] Estos argumentos aparecen señalados claramente en las primeras ediciones (vid. PoBE, 2 ed., p. 263), quedan más matizados en las últimas. También se encuentran en T. L. BEAUCHAMP, *Philosophical Ethics*…, pp. 163-64. En este último libro, Beauchamp explica la ética de la virtud a partir de los escritos de Bernard Mayo, y recoge también algunos textos de la *Ética a Nicómaco* de Aristóteles.

nal del juicio moral y su objetividad, y las segundas proporcionarían los buenos motivos en el actuar[224].

5.2 Las cinco virtudes fundamentales

Las virtudes fundamentales (*focal virtues*)[225] para la ética biomédica son: la compasión, el discernimiento, la confiabilidad, la integridad y la conciencia[226]. La compasión (*compassion*) implica una preocupación activa del personal sanitario por el bienestar del paciente: los médicos y enfermeras que no expresan emoción alguna en su trato, generalmente fallan a la hora de dar al enfermo lo que más necesita. Algunos han visto esta virtud con recelo, considerando que una excesiva compasión podría conducir a un juicio herrado[227]. El discernimiento (*discernment*) expresaría un concepto similar al de la prudencia (*phronesis*) aristotélica. Es aquella virtud del juicio agudo, la capacidad de intuición que sabe descubrir aquellas circunstancias del caso en análisis que proporcionan la clave para la solución de las situaciones de conflicto. Nos ayuda a descubrir qué principios y reglas están llamados en causa y cómo se han de aplicar[228]. La confiabilidad (*trustworthi*

[224] Motivos que, siendo importantes en la valoración moral de los actos, no suponen el único elemento que ha de ser evaluado; en contra de lo que sostienen algunas formas radicales de ética del carácter (cfr. PoBE, p. 29).

[225] En la traducción española de la cuarta edición usan como título "las cuatro virtudes cardinales", aunque explican que «puede que no sean las virtudes cardinales» (PdEB, p. 449). Sin embargo, el texto inglés de la quinta, al añadir otra virtud, pone como título *five focal virtues*, y utiliza ambos términos: *focal* y *cardinal*.

[226] En un artículo posterior Beauchamp enumera 10 virtudes contenidas en el concepto de moralidad común: «The common morality contains standards other than principles of obligation. Here are 10 examples of moral character traits (virtues) recognized in the common morality: 1) nonmalevolence; 2) honesty; 3) integrity; 4) conscientiousness; 5) trustworthiness; 6) fidelity; 7) gratitude; 8) truthfulness; 9) lovingness; and 10) kindness. My hypothesis with respect to these virtues is that they are universally admired traits of character, that a person is universally recognized as deficient in moral character if he or she lacks such traits» (T. L. BEAUCHAMP, *A Defense of…*, p. 260).

[227] Cfr. PoBE, pp. 32-34.

[228] «Discernment is often manifest through a creative response in meeting responsibilities, which principles and rule structure but do not fully determine» (PoBE, p. 34).

ness) es generalmente el ingrediente más importante en la relación médico-enfermo, ya que su pérdida ocasiona la ruptura de dicha relación[229]. La integridad (*integrity*) es considerada por algunos virtud principal en ámbito sanitario. Consiste en actuar de acuerdo con las propias creencias[230]. En medicina son frecuentes los conflictos en relación a la integridad debido a la estructura jerárquica del sistema sanitario, donde en muchas ocasiones se deben cumplir órdenes de otra personas (por ejemplo, la enfermera que debe seguir las indicaciones del médico)[231]. La conciencia como virtud (*conscientiousness*) está muy relacionada con la integridad. Una persona actúa en conciencia si realiza lo que es correcto y lo hace justamente por ese motivo[232].

5.3 Principios y virtudes

En varios lugares del libro Beauchamp y Childress insisten en que ni los principios ni las virtudes son suficientes de modo independiente[233]. Se necesitan mutuamente, pero no como dos elementos separados. En efecto, cabría hablar de una cierta correspondencia, aunque imperfecta, entre los principios y algunas de las

[229] «Trust is a confidence belief in and reliance upon the moral character and competence of another person» (PoBE, p. 34).

[230] «In a more restricted sense, moral integrity means fidelity in adherence to moral norms» (PoBE, p. 36).

[231] En algunas ocasiones, las circunstancias del caso obligan a ponderar los bienes en juego, pero sobrepasar el umbral de la integridad significa simplemente perderla (cfr. PoBE, pp. 35-37).

[232] Al hablar de la conciencia como virtud (*conscientiousness*), dedican un apartado al concepto general de conciencia (*conscience*) para decir que no es tanto una facultad o autoridad para la toma de decisiones, sino más bien una forma de autoreflexión y juicio sobre la valoración moral (obligatorio / prohibido, correcto / incorrecto, bueno / malo) de las propias acciones (cfr. PoBE, pp. 37-38). La conciencia tenía mayor peso en las primeras ediciones, ocupando un número de páginas similar al de los ideales o las virtudes. En esta última edición, como ya se ha mencionado, ha desaparecido como tal, quedando englobada entre el número de las virtudes.

[233] Sobre la complementariedad de principios y virtudes, vid. T. L. BEAUCHAMP, *La forza del…*, pp. 99-111. Allí se sostiene que las virtudes están al mismo nivel de importancia que los principios (p. 102).

virtudes[234]. Transcribimos a continuación las equivalencias más importantes[235]:

PRINCIPIOS	VIRTUDES CORRESPONDIENTES
respeto de la autonomía	respeto o deferencia (respectfulness)
no-maleficencia	no-malevolencia (nonmalevolence)
beneficencia	benevolencia (benevolence)
justicia	justicia (justice or fairness)
REGLAS	
veracidad (veracity)	sinceridad (truthfulness)
confidencialidad (confidentiality)	confidencialidad (confidentiality)
privacidad (privacy)	respeto de lo privado (respect for privacy)
fidelidad (fidelity)	fidelidad, confiabilidad (faithfulness)

Como veremos en el próximo capítulo, a pesar de esta insistencia de Beauchamp y Childress sobre la importancia de las virtudes dentro de su propuesta, algunos autores como Campbell, sostienen que es necesario darle un mayor espacio[236].

A modo de resumen podemos concluir este capítulo recordando los trazos principales del libro estudiado, que sin duda alguna puede considerarse paradigmático de la propuesta principialista. El intento de sus autores es un abordaje ecuménico de la ética aplicada al campo biomédico, libre del anclaje en una de las teorías éticas imperantes en la filosofía moral contemporánea, y su

[234] Aunque no todas las virtudes se puedan poner en relación con precisas obligaciones, como es el caso de la precaución, la integridad, la alegría, la modestia, la sinceridad, la comprensión, la colaboración, y la tenacidad (cfr. PoBE, p. 39). La relación entre obligaciones y virtudes aparece ya en el libro de Beauchamp (*Philosophical Ethics*) que la toma de Geoffrey J. Warnock (pp. 160-69).

[235] La tabla que presentamos aparece solamente en la quinta edición (PoBE, p. 39).

[236] «That such account needs to be greatly expanded an to be given a more central place in health care ethics» (A. V. CAMPBELL, *Ideals, the Four Principles and Practical Ethics* en R. GILLON (ed.), *Principles of Health…*, p. 243).

puestamente compatible con todas ellas. Para conseguirlo apelan al concepto *prima facie*, que toman prestado de Ross, como modo de entender los principios éticos, que para la ética biomédica serían cuatro: el respeto de la autonomía, la no-maleficencia, la beneficencia y la justicia. Entre los principios no existe jerarquía alguna. Todos tienen la misma importancia. Si en algún caso se produce conflicto entre ellos habrá que realizar una ponderación de la importancia de cada uno, teniendo en cuenta las circunstancias concretas; y / o mediante la llamada especificación obtener reglas menos indeterminadas, más cercanas al problema moral concreto con la intención de facilitar la decisión moral. El modo de fundamentar este planteamiento se hace llamando en causa la moralidad común, lo que las personas corrientes piensan sobre la vida moral y sus normas. El método que siguen lo denominan coherentismo (*coherentism*): es mediante la especificación y la resolución de los problemas que van surgiendo como se consigue una mayor coherencia interna del sistema. Hemos tenido ocasión de ver la gran difusión del principialismo, tanto a nivel de publicaciones como de extensión geográfica. Esta difusión se ha concretado en numerosos artículos y libros que siguen este modo de hacer bioética, pero también en que sean no pocas las críticas realizadas a esta propuesta, que pasamos a analizar en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III

LA CRÍTICA AL PRINCIPIALISMO

El objetivo de este capítulo es presentar de modo analítico las críticas que el principialismo ha recibido en sus veinticinco años de existencia. No se trata de una simple enumeración, sino de intentar estudiar también la solidez de cada una de ellas. En algunos casos bastará la exposición hecha por los diferentes autores, en otros será necesaria una mayor profundización para ver si realmente la crítica es o no aplicable al principialismo.

Hemos dividido este capítulo en cinco apartados. El primero se ocupa de las críticas en relación a la consideración del acto moral. El segundo estudia los problemas metodológicos que presenta el principialismo, haciendo especial hincapié en los conflictos que surgen entre los principios, y sus vías de resolución. El tercero se refiere a las cuestiones en torno a los contenidos específicos de los principios, con especial referencia a los conceptos de autonomía y calidad de vida. En el cuarto se analizan las críticas en relación a la fundamentación moral. Y en el quinto la consideración del sujeto moral en la propuesta de Beauchamp y Childress.

1. CRÍTICAS EN RELACIÓN A LA CONSIDERACIÓN DEL ACTO MORAL

Como veremos en los siguientes apartados muchas de las críticas que se han hecho del principialismo cuestionan la aplicabilidad de unos principios *prima facie* que al ser muy generales difícilmente llegarían al caso concreto. En otros casos se ha puesto de manifiesto la dificultad que esta propuesta bioética tendría para solucionar los conflictos que surgen entre los principios al no tener estos jerarquía alguna. Pocos, sin embargo, han estudiado el

principialismo desde una perspectiva más amplia, comenzando por considerar cómo entiende el acto humano y su valoración moral[1]. Este es el objetivo de las siguientes páginas. Comenzaremos analizando la crítica que Vendemiati hace de la propuesta de Beauchamp y Childress[2], para pasar en un segundo momento a comprobar a partir de algunos textos del libro *Principles of Biomedical Ethics* si dicha crítica es coherente y cuál es su alcance.

Beauchamp y Childress no dedican ningún apartado de su libro a explicar lo que entienden por acción moral. Este concepto, como tantos otros propios del vocabulario ético, lo dan por supuesto. De una parte es lógico ya que se trata de un libro de bioética y no de ética general. Sin embargo, nos parece necesario detenernos en este punto, pues según se constituya de una u otra forma el acto humano, y según sea el modo en que se califique moralmente, las conclusiones prácticas de los diferentes problemas pueden ser muy distintas.

1.1 La crítica de Vendemiati

Vendemiati es el único autor que hemos encontrado que critica el principialismo por sus carencias en relación a la teoría de la acción. Explica que al hacer partir la propuesta de unos principios *prima facie* cierra la puerta a toda posible consideración de acciones intrínsecamente inmorales. Para mostrarlo utiliza el ejemplo de la acción "matar". Beauchamp y Childress piensan que matar estaría prohibido *prima facie* mientras que en algunos casos podría estar permitido, o incluso sería obligado para evitar un sufrimiento extremo o en el caso de legitima defensa. Para estudiar la concepción de acto humano que subyace en esta propuesta, Vendemiati explica —siguiendo a Tomás de Aquino— que la intención del fin y la elección de los medios para alcanzarlo constituyen un único acto humano[3]. De tal modo que las acciones pue

[1] Tomamos como sinónimos acto humano y acto moral. Con ambos términos nos referimos a aquellas acciones que la persona realiza de modo voluntario.

[2] Cfr. A. VENDEMIATI, *La specificità bio-etica*, Soveria Mannelli 2002, pp. 53-56.

[3] Vendemiati resume en este punto una compleja cuestión que aparece en la STh, I-II, q. 12, a. 4, donde Tomás de Aquino explica que la intención del fin y la

den ser calificadas moralmente como buenas o malas, independientemente de otras especificaciones intencionales posteriores (y de ahí que se pueda hablar de actos intrínsecamente ordenables o no ordenables a un fin bueno). Siguiendo el razonamiento, la elección "suprimir una vida" para obtener un fin bueno (mejorar las condiciones de un paciente terminal) supondría la contradicción de la esencia misma del fin, y por tanto, de la acción como tal[4].

Según este autor, el análisis que Beauchamp y Childress realizan del principio de doble efecto es un claro ejemplo de las deficiencias que posee su teoría de la acción. Nuestros autores utilizan cuatro casos para intentar explicar la incoherencia del principio o regla del doble efecto: la posibilidad de intervenir un tumor cervical durante el embarazo con pérdida del feto, la eliminación del embarazo ectópico, la opción abortiva en el caso de cardiopatía grave, y el recurso a la craneotomía. Al aplicar la regla a estos casos, los dos primeros podrían tener una valoración moral positiva mientras que los últimos tendrían siempre una valoración negativa. El centro de la argumentación está en la diferencia entre los efectos intencionados y los efectos previsibles (y tolerados) de una determinada acción. En los dos primeros casos la muerte del feto sería un efecto previsible, pero no intencionado; mientras que en los dos últimos sería el medio para alcanzar el fin propuesto (la salud de la madre); y por tanto se trataría de un efecto o consecuencia intencionada. Beauchamp y Childress consideran esta diferencia irrelevante para la valoración moral, pues la consecuencia en las cuatro situaciones es la misma: la pérdida del feto.

Vendemiati argumenta que, aunque en algunos casos sea difícil delinear una neta separación entre efectos intencionados y efectos simplemente previstos, no se debe abdicar del intento de clarificar estos matices que tienen gran importancia en la vida moral, y cuya

elección de los medios puede ser considerada como un sólo movimiento de la voluntad, o como dos. En todo caso, lo que pretende subrayar en este texto es que no es posible la elección de unos medios determinados (para el fin que sea) sin un movimiento de la voluntad hacia dichos medios.

[4] En el caso de la legítima defensa, continua Vendemiati, no se elige matar a una persona para salvar la propia vida, sino repeler una agresión del único modo posible. No se trata por tanto de una acción homicida, sino de una acción defensiva (cfr. *ibid.*, p. 53).

diferencia en otros casos resulta evidente. Pone el ejemplo de tomar una aspirina para aliviar el dolor de cabeza. Aunque la persona sabe que la asunción del fármaco podrá ocasionarle molestias en el estómago, no se puede decir que dichas molestias sean queridas e intentadas. Son simplemente un efecto previsible y tolerado[5].

Hasta aquí la crítica de Vendemiati, que nos parece acertada aun siendo demasiado concisa. En las siguientes páginas vamos a intentar profundizar un poco más en lo que supone para el principialismo esta supuesta deficiencia en la teoría de la acción. Lo haremos a partir de algunas afirmaciones de Beauchamp y Childress en su libro.

1.2 ¿Cómo caracterizan Beauchamp y Childress el acto moral?

Como hemos escrito anteriormente nuestros autores no dedican ninguna sección del libro a explicar qué entienden por acto moral. Sin embargo, a partir de algunas de las afirmaciones que hacen en la exposición de los diferentes capítulos podemos intuir cómo lo caracterizan, y cuáles son los elementos que le proporcionan la moralidad. En el capítulo dedicado a la no maleficencia, Beauchamp y Childress parten de la ambigüedad que presentan los términos "matar" y "dejar morir" para acabar justificando el suicidio médicamente asistido, al menos en algunos casos. ¿Cuál es la línea de razonamiento empleada? Si hemos entendido bien, para Beauchamp y Childress los términos "matar" y "dejar morir" no serían adecuados a la hora de realizar juicios morales, ya que en algunos casos tan malo sería "matar" como "dejar morir". De ahí se pasa a la afirmación de que en realidad, lo moralmente importante no es el tipo de acción de que se trate (matar o dejar morir), sino la intención del agente que toma la decisión y las consecuencias de dicha acción. Siguiendo el razonamiento llegan a la conclusión de que del mismo modo que hay algunas situaciones en las que dejar morir a un paciente estaría justificado moralmente, también se podrían justificar otras acciones en las que positivamente se ayuda a morir a un enfermo que se encuentre en esas

[5] Cfr. *ibid.*, p. 56.

mismas circunstancias[6]. El resultado de esta conclusión sería que la norma moral "No matar" dejaría de ser absoluta también en ámbito médico[7].

Nos parece que el razonamiento de Beauchamp y Childress parte de un problema real y llega a algunas conclusiones acertadas, pero que en su conjunto presenta una deficiente consideración de lo que supone la acción humana como acción moral y del modo en el que se valora moralmente. El problema real es la dificultad que encuentra el médico para resolver casos clínicos en situaciones terminales, donde no resulta sencillo distinguir qué efectos son debidos a su actuación, y cuáles al natural decurso de la enfermedad. Una conclusión acertada es que en algunos casos dejar morir puede tener la misma valoración moral negativa que matar. Sin embargo, de esa premisa no se sigue —desde un punto de vista lógico— que como en algunos casos dejar morir está justificado, también lo estará matar en esos mismos casos.

Estamos de acuerdo con nuestros autores en que no es suficiente con utilizar los términos dejar morir o matar para resolver este tipo de cuestiones morales. Es necesario saber a qué nos estamos refiriendo al utilizar esos términos. No coincidimos, sin embargo, en la imposibilidad de valorar a priori positiva o negativamente algunos tipos de acciones morales. Es más, pensamos que determinadas acciones son siempre desordenadas independientemente de la intención del sujeto que las realiza y de sus consecuencias. Esta última afirmación supone una concreta concepción del actuar humano que iremos exponiendo a lo largo de estas líneas[8]. Pasemos ahora a considerar algunas de las afirmaciones de Beauchamp y Childress.

[6] Cfr. PoBE pp. 139-52.

[7] También en ámbito médico, pues para Beauchamp y Childress no se trata de una norma absoluta en otros ámbitos, como el jurídico, donde se permite la pena de muerte, o matar por legítima defensa.

[8] En relación a las cuestiones sobre la teoría de la acción remitimos a J. FINNIS, *Fundamentals of Ethics*, Clarendon Press, Oxford 1983; E. COLOM y A. RODRÍGUEZ LUÑO, *Scelti in Cristo per essere santi. Elementi di teologia morale fondamentale*, Edizioni Università della Santa Croce, Roma 2003 (3ª edición), especialmente el capítulo VI (*Natura, struttura e valutazione dell'atto morale*); M.

> «Ni matar ni dejar morir suponen juicios sobre la maldad o bondad (…). Bondad y maldad dependen del mérito que posea la justificación dada a una determinada acción, no del tipo de acción que sea. 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»[9].

La afirmación de que la bondad o maldad de una acción no depende del tipo de acción de que se trata es problemática, en el sentido de que no coincide con la experiencia moral común. Además, entra en contradicción con la siguiente frase de Beauchamp y Childress donde escriben que "asesinar" es siempre una acción mala. La única posibilidad de superar esta contradicción sería la de afirmar que existen algunos tipos de acción (como asesinar) que son siempre malos, pero que matar no entraría en esta categoría.

Esta última afirmación supone al menos dos cosas. Por un lado, que es posible describir las acciones según sus objetos propios. Especificarlas en relación a unos "tipos" (dar una clase, escribir un libro, matar a una persona, mentir…); que darían respuesta a la pregunta: ¿qué estás haciendo? (¿qué acción estás realizando?). Por otro lado, la asunción de que asesinar es siempre malo, supone que algunos de los tipos de acción a los que antes nos referíamos son siempre desordenados, independientemente de otras consideraciones. Esto último implica que los tipos de acción poseen ya una intencionalidad (y por tanto una moralidad) propia, pues de otro modo no podríamos decir que fueran malos ni buenos. Por tanto, lo que hemos llamado tipos de acción no podrán ser nunca la simple descripción física de un proceso, ya que una descripción física no posee intencionalidad alguna y no puede ser elegida co

RHONHEIMER, *"Intrinsically Evil Acts" and the Moral Viewpoint: Clarifying a Central Teaching of Veritatis Splendor*, "The Thomist" 58 (1994), pp. 1-39.

[9] «Nothing about either killing or allowing to die entails judgments about actual wrongness or rightness (…) Rightness and wrongness depend on the merit of the justification underlying the action not the type of action it is. Neither killing nor letting die, therefore, is wrongful per se; and in this regard, they are distinguished from murder, which is wrongful per se» (PoBE, p. 142).

mo tal por la voluntad como acción humana[10]. Y esto mismo vale también para los casos en los que tenemos que tomar decisiones difíciles. Puede ser que la persona no conozca todas las consecuencias de la acción que ha decidido realizar o todas las circunstancias; o también es posible que no sea capaz de realizar un valoración moral adecuada de dicha acción. Sin embargo, siempre podrá contestar a la pregunta: ¿qué estás haciendo? Cuando una persona no sabe lo que está haciendo, decimos simplemente que no se trata de una acción humana, y por tanto no cabe calificación moral alguna.

De lo dicho hasta ahora podemos concluir que una de las tareas principales de la bioética es justamente describir para el ámbito clínico los diversos tipos de acción moral que hay detrás de vocablos como matar y dejar morir. Sólo después será posible estudiar la valoración moral concreta de esos tipos de acción. Lo que no parece adecuado es pasar por alto la dificultad de esa primera búsqueda y pretender realizar directamente la valoración moral de las acciones tomando como referencia otros elementos distintos de lo que hemos denominado objeto de la acción. Nos parece que esto es justamente lo que hacen nuestros autores.

En el párrafo siguiente al antes mencionado podemos leer 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»[11].

[10] En este punto coincidimos con Beauchamp y Childress cuando distinguen entre acción moral y acción física.

[11] «Accordingly, a judgment that an act of either killing or letting die is justified or unjustified entails that we know something else about the act besides these characteristics. We may need to know about the actor's motive (whether it is benevolent or malicious, for example), the patient's or surrogate's request, or the act's consequences. These additional factors will allow us to place the act on a moral map and make a normative judgment about it» (PoBE, p. 142).

Coincidimos plenamente con Beauchamp y Childress en la necesidad de conocer la intención del agente y las consecuencias para la adecuada valoración moral de las acciones (y en estos casos que estamos analizando también cuál es la voluntad del paciente)[12]. Sin embargo, esto no exime de la necesidad de estudiar la moralidad del tipo de acción concreta que se realiza, como ellos mismos admiten con el ejemplo de la acción "asesinar".

En la cuarta edición del libro, nuestros autores recogían una frase que puede arrojar luz a nuestro estudio:

> «Los juicios morales sobre qué actos están o no justificados determinan qué es "matar" y qué es "dejar morir a consecuencia de las condiciones preexistentes", y no al revés. De esta manera podemos afirmar que ni los ayudantes ni los médicos matan a los pacientes al suspender justificadamente un tratamiento de soporte vital, y que los pacientes no se están matando a sí mismos cuando deciden no aceptar un tratamiento; pero si el tratamiento se omite injustificadamente, sí se está matando»[13].

Estamos de acuerdo con la afirmación de que los médicos no matan a sus pacientes cuando retiran un tratamiento justificadamente, pero el modo en el que se explica puede llevar a valoraciones morales muy desacertadas. En el fondo se está diciendo que no es posible describir qué acto moral estamos realizando antes de saber si está justificado o no. Este modo de considerar la acción humana es problemático, pues supone en la práctica una negación de las normas morales, ya que el juicio se realiza antes de llegar a

[12] Podemos considerar que la voluntad del paciente es en realidad uno de los elementos que configura la intención del agente (en este caso el médico). Por tanto, a partir de ahora nos referiremos simplemente a la intención y las consecuencias, como los elementos que Beauchamp y Childress utilizan para la valoración moral de estas acciones.

[13] «That is, moral judgments about justified and unjustified actions determine what constitutes "killing" and what constitutes "allowing to die from preexisting conditions," rather than the other way around. This leads us to say that surrogate decisionmakers and physicians do not kill patients when they justifiably remove a life-sustaining treatment, and that patients do not kill themselves when they forgo treatment; whereas if they unjustifiably omit treatment, they do kill» (PoBE [4ª edición], p. 223).

ellas. Primero se considera si la acción se puede o no justificar, y sólo después se clasifica en uno u otro grupo. Esto supone que si en un determinado caso ayudar a morir a un paciente (del modo que sea) se considera justificado, basta con describir esa acción sin utilizar la palabra "matar", y de ese modo no se estará actuando en contra de la norma "No matar". Aplicando este mismo criterio a otros campos nos damos cuenta de lo problemático que resulta. Podríamos decir que para saber si un acto sexual es o no un adulterio (suponiendo que aceptamos la norma moral "No adulterar") tendríamos que analizar antes si dicho acto está o no justificado en esas circunstancias (conociendo los motivos y las consecuencias), y solo después podríamos decir si efectivamente se trata o no de un adulterio. Si el juicio sobre la moralidad de una acción precede aquel otro sobre su especificación moral, sobre la consideración de qué tipo de acción estoy realizando aquí y ahora, entonces podremos llegar a justificar cualquier comportamiento simplemente dándole uno u otro nombre. Cosa que ciertamente no pretenden nuestros autores. En realidad este tipo de razonamiento no es real: nadie justifica una actuación sin saber lo que está haciendo[14].

Aunque la afirmación de la cuarta edición recién estudiada no aparece como tal en la quinta, el problema de fondo sigue presente. Veamos otro texto de Beauchamp y Childress en la última edición del libro, en relación a los casos en los que estaría justificado retirar un tratamiento vital que lleve consigo la muerte del paciente. La clave de la justificación moral la encuentran en una válida petición por parte del paciente. En este sentido,

> «si una válida petición de rechazo de un tratamiento liga al médico, sería absurdo sostener que esas mismas obligaciones legales y morales que requieren al médico causar la muerte del paciente —en el sentido legal y moral de "causar"— suponga matarlos»[15].

[14] Lo contrario solamente cabría en el caso en el que se acepte que el fin justifica los medios, cosa que no sostienen Beauchamp y Childress.

[15] «Since a valid refusal of treatment binds the physician, it would be absurd to hold that these legal and moral duties require physicians to cause the deaths of

Dejando aparte la cuestión de la validez moral de la justificación del retiro de un tratamiento vital simplemente por petición del paciente, vemos una vez más la dificultad que existe para distinguir diferentes tipos de acciones morales. Aunque tengan la misma consecuencia, las acciones de las que están hablando son completamente distintas. 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. En este último caso, coincidimos con Beauchamp y Childress en que no existe diferencia moral entre matar mediante una acción o mediante una omisión[16]. Para la moral el punto importante no es el tipo de muerte, sino el tipo de acción que el médico elige.

Efectivamente "dejar morir" no es un modo adecuado de describir una acción moral, pues no señala suficientemente qué es lo que la voluntad está eligiendo; o dicho de otro modo, cuál es el tipo de acción elegida. Son más apropiadas otras formas de describir la acción. Algunos ejemplos serían: "retirar un aparato de soporte vital que resulta clínicamente inútil", "no comenzar un tratamiento de diálisis en un paciente terminal", "no realizar maniobras de resucitación en un paciente joven que podría recuperarse sin secuelas con dichas maniobras". Nótese que en las tres situaciones descritas una de las consecuencias ciertas de nuestra acción será la muerte del paciente. Sin embargo, mientras en los dos primeros casos *puede* no haber intencionalidad alguna por lo que se refiere a la muerte del paciente (el médico puede decir que no quería y no buscaba la muerte del paciente), en el tercero sí que la hay (no se puede afirmar lo mismo). Podemos concluir que el término "dejar morir", al no corresponder a un tipo de acción moral concreta, no puede tener una valoración moral determinada. Con el término "matar" las cosas están de otra forma, pues se puede decir que, al menos en ámbito clínico, sí es un modo ade

their patients—in the legal and moral sense of "cause"—and thereby to kill them» (PoBE, p. 143).

[16] Cfr. PoBE, p. 141.

cuado de describir una acción moral[17]. Pero esto lo dejamos para más adelante.

Una última afirmación de Beauchamp y Childress puede ayudarnos a cerrar este apartado:

> «la persona que busca el suicidio asistido, la persona que pide la eutanasia activa y la persona que abandona un aparato de soporte vital para acabar con su vida pueden encontrarse en la misma situación en cuanto a pronóstico y sufrimiento. Simplemente eligen distintos medios para acabar sus vidas»[18].

Una vez más vemos la dificultad para distinguir acciones morales que tienen la misma consecuencia. Es precisamente en esos "distintos medios" donde nos jugamos una parte importante de la moralidad de la acción. Esos medios corresponden a distintos tipos de acciones morales. Ciertamente en esas tres situaciones la finalidad última[19] (acabar con la vida), las consecuencias (muerte del paciente) y las circunstancias (pronóstico y sufrimiento) son las mismas. Pero, ¿se trata en los tres casos de la misma acción moral?

Para responder a la pregunta es necesario introducir otro elemento, ausente en la propuesta de nuestros autores: la perspectiva desde la que se considera la acción. Si pretendemos no quedarnos en un análisis puramente físico de la acción (como los mismos Beauchamp y Childress recomiendan) hemos de buscar la respuesta sobre el tipo de acción moral desde la perspectiva de la persona que actúa. En este caso caben al menos dos posibilidades:

[17] Decimos al menos en ámbito clínico, para no entrar aquí a analizar las cuestiones relativas a "matar" en otros contextos, como puedan ser la pena de muerte o la guerra.

[18] «The person in search of assisted suicide, the person who seeks active euthanasia, and the person who forgoes life-sustaining technology to end life may be identically situated in regard to prognosis and suffering. They simply select different means to end their lives» (PoBE, p. 148).

[19] Finalidad, fin o intención del agente. Corresponde al clásico *finis operantis*. En el cuerpo del texto hemos utilizado la palabra finalidad en lugar de intención para evitar el error de considerar que a este nivel se engloba toda la intencionalidad de la acción. Este punto lo iremos desarrollando en las siguientes páginas.

la perspectiva del paciente y la perspectiva del médico[20]. Si nos situamos en la perspectiva del médico podemos definir tres acciones distintas, a las que posteriormente habrá que dar una valoración moral. Lo que interesa ahora es responder a la pregunta sobre qué estoy haciendo en cada caso. Según sea la respuesta podremos considerarlas efectivamente distintas o no, independientemente de otros elementos que también las califican moralmente, como son la intención y las circunstancias. En el primer caso se trata de una cooperación directa con un suicidio. En el segundo, el médico está realizando una acción que entra dentro de la categoría matar (intencionalmente). El tercero podría definirse, aunque faltan datos para hacerlo, como "retirar un aparato de soporte vital que resulta inútil para el paciente"[21]. Con esto no hemos dicho nada acerca de la moralidad de dichas acciones. Es éste un paso posterior, pero que requiere como premisa el trabajo por identificar los tipos de acciones que estamos realizando en cada momento.

1.3 La valoración moral del acto humano y la relevancia del objeto de la voluntad

¿Por qué tanto énfasis en la importancia de analizar los tipos de acción? O puesta la pregunta de otro modo, ¿qué perdemos si describimos las acciones sin hacer referencia a sus objetos morales? La respuesta puede dividirse en tres partes, que hacen referencia respectivamente a la experiencia moral común, a la necesidad de anclaje en un sistema de normas y a una consideración más completa de la acción humana.

Lo primero que se pierde al no considerar los diferentes tipos de acción a la hora de realizar juicios morales es la referencia a nuestra experiencia moral. Cuando una persona actúa está eligiendo "algo" para conseguir la finalidad que se ha propuesto. El cirujano que realiza una apendectomía está realizando una acción

[20] A cada perspectiva corresponde unos tipos de acciones morales diferentes.

[21] En realidad la tercera acción podría también ser vista como una acción del tipo "cooperación con un suicidio" o también del tipo "matar intencionalmente", ya que "retirar un aparato de soporte vital" no expresa la intencionalidad propia de la acción que se está realizando.

humana concreta, cuya finalidad puede ser muy variada (cumplir con su deber como médico, ayudar a un paciente, ganar dinero, etc.). El medio que elige para conseguir dicha finalidad, que es lo que venimos llamando objeto de la voluntad, posee ya una intencionalidad propia[22]. Como vimos antes no es simplemente la descripción física de unos determinados movimientos corporales. Por tanto, no es algo neutro que haya que llenar de significado moral teniendo en cuenta la finalidad para la que ha elegido esa acción o las circunstancias particulares y las consecuencias. Ciertamente estos últimos elementos serán necesarios para tener una valoración moral completa de la acción, pero no pueden ser la única fuente de moralidad[23].

La falta de consideración de los tipos de acciones también conlleva la pérdida del anclaje de las normas morales dentro de la propuesta. Como hemos visto antes, si no es posible describir el tipo de acción que se realiza (el objeto que elige la voluntad) hasta conocer si se justifica o no en unas determinadas circunstancias, no llegaremos nunca al nivel de las normas morales. Y esto es porque dichas normas se refieren siempre a tipos de acciones (no matar, no mentir, etc.), y no a intenciones o consecuencias.

En tercer lugar podemos decir que lo que se pierde al no tener en cuenta los tipos de acciones es justamente una adecuada consideración de lo que supone el actuar humano. Aquí estaría la base de los problemas mencionados en los párrafos anteriores. Sostener que los tipos de acción, los medios que la voluntad elige para conseguir sus fines, no son importantes para la valoración moral

[22] «To speak of the "object of an action" is to speak of the content of an *intentional* action. That is to say, the morally relevant object of an action is the content of an act *insofar as* it is the object of an *intentio voluntatis* (whether this is on the level of the choice of concrete, particular actions, or on the level of intending *further* ends for the sake of which a concrete action is chosen as a means)» (M. RHONHEIMER, *"Intrinsically Evil Acts"*..., p. 6).

[23] «Il contesto eticamente rilevante, in cui va valutato il nostro agire abbraccia perciò la motivazione che anima l'agente, il fine che egli persegue, i mezzi di cui si serve per operare e le conseguenze provocate dalla sua azione. Questi momenti costituiscono insieme un'indissolubile unità operativa, che esiste solo e sempre come un'azione complessa concreta, da cui l'analisi etica non può astrarre per considerare isolatamente una componente» (E. SCHOCKENHOFF, *Etica della vita*, Editrice Queriniana, Brescia 1997, p. 208).

desfigura la acción humana como acción moral[24]. Ciertamente la intención del fin es lo primero en el actuar, en el sentido de que es lo que mueve todo lo demás; pero requiere posteriormente de la elección de los medios. Tomemos, por ejemplo, el caso del aborto tras una violación. Lo primero que nos encontramos es la intención de evitar un embarazo no solo no deseado, sino fruto de una violencia. Esa es la finalidad propuesta, la intención como *finis operantis*. Seguidamente la razón práctica estudia el/los diferentes medios que existen para conseguir el fin. Y esos medios no son otra cosa que específicos objetos de la voluntad, que poseen ya una intencionalidad propia. En este caso, si el embarazo se ha producido, el único medio posible para conseguir el fin propuesto es el aborto. En este momento de la génesis del acto humano pueden suceder varias cosas: que la razón práctica considere que dicho medio no es moralmente adecuado y por tanto no debe elegirse; o que, siendo inadecuado, en el caso presente se justifique por la finalidad que se pretende. En el primer caso, la persona puede replantear su intención y cambiarla, decidiendo continuar el embarazo. En el segundo caso se realiza el aborto. Sin entrar a analizar en este momento la moralidad específica del aborto, interesa constatar que cuando la voluntad elige un medio para alcanzar un fin está queriendo dicho medio como tal, con sus implicaciones morales. O dicho de otro modo, no es posible querer un fin sin querer (intencionalmente) los medios para alcanzarlo. Que esto es así lo demuestra el curso de acción del primer caso: si el medio posible para la consecución del fin no tuviera una connotación moral en sí mismo, la mujer no se plantearía ningún problema

[24] «For example, the action-event x brought about by A could consist in causing (in what way does not matter) the death of P. The caused state of affairs will be "death of P". Only the reasons for the desirability of P's death (in the context of a balance of other goods and bads) would determine whether "to do x" is right or wrong. Such a reason may be, e.g., the foreseeable consequences of A's doing x for *all* concerned (i.e., also the effects of doing x with regards to the life of Q, R, S,..., T as a consequence of A's doing x; e.g., in a case of hostage-taking and black-mail.«

»What here, however, is entirely put aside is precisely the acting person as a subject which *intends* something *in* doing x; the acting subject, therefore, which performs x *for the sake* causing P's death (with the *purpose* of killing him). That is: What is put aside is the *choice* of "killing-P" as a setting of A's will against the life of P» (M. RHONHEIMER, *"Intrinsically Evil Acts"...*, p. 12).

con la elección del aborto. La nueva consideración de su intención, y el cambio, no se realiza porque la intención precedente fuera desordenada sino porque los medios disponibles para su ejecución no eran moralmente adecuados[25].

La acción que se realiza tendrá, además, distintas consecuencias más o menos previstas (y más o menos queridas), pero dichas consecuencias están a otro nivel de la valoración moral. Por ejemplo, si la persona decide realizar el aborto y como consecuencia se produce una infección, nadie dirá que dicha infección ha sido querida (intentada). Se trata sin más de una consecuencia que era más o menos previsible, pero no querida en el sentido de que no formaba parte del objeto elegido por la voluntad. En cambio, no se puede decir que la muerte del feto sea una consecuencia en este mismo sentido, pues corresponde justamente al objeto propio de la acción[26].

Si no se entiende esta distinción entre objeto propio de la acción, intención del agente y consecuencias, no será posible entender y valorar moralmente, por ejemplo, el tipo de acción "legítima defensa". Se considerará, como hacen nuestros autores, como una excepción justificada de la norma "No matar". Sin embargo, la persona que causa la muerte del agresor en ningún momento está eligiendo la acción "matar". No es correcto analizar dicha acción diciendo que la intención sea salvarse y el objeto o medio elegido sea matar al agresor[27]. El objeto propio de esta acción es "repeler

[25] Los actos humanos han de ser individualizados primariamente en términos de "intención". Pero el mundo con su materialidad y sus estructuras de causalidad física no es «maleable indefinidamente por la intención humana. El hombre que está decidiendo qué hacer no puede razonablemente cerrar sus ojos ante la estructura causal de su proyecto, no puede caracterizar sus planes *ad libitum*» (J. FINNIS, *Ley natural y derechos naturales*, Abeledo-Perrot, Buenos Aires 2000, pp. 151-52).

[26] Sobre la importancia moral de la diferencia entre efectos queridos y efectos previstos es interesante el capítulo 2 (*Intended & Foreseen Life-Shortening*) del libro de J. KEOWN, *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument Against Legalisation*, Cambridge University Press, Cambridge 2002, pp. 18-30.

[27] También podría darse esta acción, pero se trataría entonces de otra distinta: dejaría de ser "legítima" defensa. En este caso la muerte del agresor sería intentada (querida) voluntariamente; por ejemplo, en el caso de que fuera posible escapar del peligro sin ocasionar la muerte de la persona que ataca.

un ataque" que puede tener como consecuencia (o no) la muerte del agresor. La intencionalidad propia de la acción de la persona que se defiende es clara en el momento en que hará todo lo posible por no matar al agresor.

Este mismo modo de razonar es el que está detrás del principio del doble efecto. Beauchamp y Childress sostienen que no existe diferencia desde el punto de vista moral entre realizar un tratamiento en el útero canceroso de una mujer con pérdida del feto, y un aborto terapéutico en el caso de una patología cardiaca grave. Es claro que no hay diferencia desde el punto de vista de las consecuencias y, quizá tampoco desde el punto de vista de la intención de las personas que realizan dichos actos. Lo que cambia en uno y otro es el objeto propio de la acción. En un caso se elige como medio (objeto moral de la acción) un tratamiento quirúrgico para la extirpación de un tumor, en el segundo la eliminación de un feto en el útero materno. El problema está en la pérdida del concepto de objeto moral y en la consideración de su contenido como una consecuencia más, que habrá que sopesar a la hora de estudiar la posible justificación moral de la acción[28]. Cuando el principio del doble efecto especifica que el efecto bueno no puede derivarse del efecto malo está queriendo significar que no es aceptable elegir un acción moralmente mala para conseguir un efecto bueno, ni siquiera en casos excepcionales[29]. Lo dicho hasta ahora no quita que Beauchamp y Childress tengan parte de razón al decir que en algunos casos se abusa del principio del doble efecto para intentar justificar ciertas acciones en el ámbito de la bioética. Pero nos parece que las razones que aducen no son tanto una crítica a dicho principio cuanto una distinta comprensión, y a nues

[28] En realidad, nos parece que de alguna forma Beauchamp y Childress admiten la diferencia entre efectos intentados y previstos. Ver, por ejemplo, la afirmación en relación a la ayuda al suicidio: «We will argue that sufficient moral reasons exist in some cases to justify acts that *intentionally* hasten death» (PoBE, p. 144). La cursiva es nuestra.

[29] En realidad sería lo mismo que decir que cuando el efecto bueno se sigue del efecto malo, este ultimo forma parte del objeto de la acción que se ha elegido, de los medios para alcanzar el fin deseado. Por tanto propiamente, más que dos efectos, en este caso tendríamos solamente un efecto (bueno), que se consigue a través de una acción mala (una acción cuyo objeto moral o medio elegido para alcanzar el fin es malo).

tro modo de ver insuficiente, de la naturaleza del actuar humano[30].

Ciertamente no es fácil describir de modo adecuado el objeto de cada una de las acciones morales. Precisamente es esta una de las tareas fundamentales de la ética aplicada. Sin embargo, abdicar de este esfuerzo sólo conduce a un oscurecimiento de la experiencia moral y a la relativización de las normas morales, con el consiguiente abuso en la justificación de excepciones[31].

1.4 La norma moral y su relación con la configuración del acto humano

En estrecha relación con el modo de entender la estructura del acto humano como acto moral se encuentra el modo en el que se consideran las normas morales. En realidad este punto es objeto de la mayor parte de las críticas que se han dirigido al principialismo, ya que la valoración moral de las acciones, o mejor dicho, su justificación moral es fundamentalmente el objeto propio del libro de Beauchamp y Childress. Aquí nos interesa señalar simplemente el siguiente punto: si es posible definir las acciones morales por sus objetos y constatamos que la elección de algunos de esos objetos (que corresponden a tipos de acciones) suponen siempre un desorden en la voluntad, las normas morales que prohiban esos comportamientos han de ser absolutas. Beauchamp

[30] Concretamente, el uso del principio del doble efecto para justificar la actuación en el caso del embarazo ectópico y de la craneotomía no sería legítimo, pues en ambas situaciones no resulta claro si el objeto de la acción es bueno o indiferente, como pide la primera condición de la regla. En estos casos es precisamente la determinación del objeto moral, y no sus efectos, el núcleo del problema. Vid. M. RHONHEIMER., *Abtreibung und Lebensschutz: Tötungsverbot und Recht auf Leben in der politischen und medizinischen Ethik*, F. Schöningh, Paderborn 2004, pp. 131-228.

[31] En relación a la justificación de las excepciones y a lo difícil que resulta evitar la caída por la *slippery slope*, es interesante comparar dos afirmaciones de Beauchamp y Childress separadas por pocas páginas: «The general question we address is, "Under what condition, if any, is it permissible for patients and health professionals to arrange for assisted suicide or for voluntary euthanasia?» (PoBE, p. 144); «The fact that the autonomous requests of patient for aid-in dying should be respected in some circumstances does not entail that *all* cases of physician-assisted death are justifiable» (PoBE, p. 149).

y Childress sostienen que podrían darse reglas de este tipo, aunque serían raras y, en cualquier caso, deberían contener en su enunciado las legítimas excepciones[32].

Analicemos brevemente este punto tomando como referencia la norma "No matar". En líneas generales

> «el término "matar" no supone necesariamente una acción mala o un crimen, y la regla "No matar" no es absoluta. La justificación estándar de matar en legítima defensa, para rescatar a una persona amenazada por la acción inmoral de otros, o la muerte accidental (o una muerte no debida a negligencia aunque pueda conllevar una acción legal) nos previenen del considerar una acción como mala simplemente porque sea matar»[33].

Si consideramos los tres casos que se presentan como excepciones a la norma "No matar" tenemos, por un lado, que las muertes que se producen de modo accidental no corresponden a actos humanos, y por tanto no son valorables desde el punto de vista moral (siempre que no haya negligencia por parte del causante)[34]. El caso de la legítima defensa ha sido ya analizado: no se trata de una acción en la que el agente elige matar como medio para salvar su vida; el objeto moral elegido por la voluntad no es otro que rechazar una agresión. En el último caso, rescate de una persona amenazada, también podemos decir que la persona que causa la muerte del secuestrador no está eligiendo su muerte como medio para liberar al rehén. En cualquier caso, esta última situación corresponde a otro tipo de paradigma moral en el sentido de que es la autoridad pública y no el individuo concreto quien puede justi

[32] «Some specified norms are virtually absolute» (PoBE, p. 19).

[33] «In general, the term "killing" does not necessarily entail a wrongful act or a crime, and the rule "Do not kill" is not an absolute rule. Standard justifications of killing, such as killing in self-defense, killing to rescue a person endangered by other persons' immoral acts, and killing by misadventure (accidental, nonnegligent killing while engaged in a lawful act) prevent us to from prejudging an action as wrong merely because it is a killing» (PoBE, p. 141).

[34] Es curioso que mencionen este tipo de eventos no intencionales cuando dos párrafos antes han escrito que «we will confine the terms *killing* and *letting die* to circumstances in which a human being intentionally brings about the death of a human being (oneself or another)» (*ibid.*).

ficar ese tipo de acciones en relación al bien común. Lo que interesa señalar aquí es que este tipo de razonamiento moral no es aplicable en el ámbito clínico, pues las cuestiones de bien común no tienen prioridad en estas decisiones. Nótese que no se trata simplemente de cambiar el nombre al tipo de acción para poder justificarla después diciendo que no pertenece a la categoría "matar", sino de darse cuenta que el objeto que libremente elige la voluntad en ambos casos es diferente al de matar a una persona.

¿Qué significa matar intencionalmente a una persona? No es otra cosa que «poner la propia voluntad contra la vida de otro hombre», independientemente de otras intenciones o fines que se quieran alcanzar con ello. Afirmar que esa elección es incorrecta significa justamente que supone una elección desorientada de la voluntad. O dicho de otro modo, que ese tipo de acción es en sí mismo malo[35]. De ahí se sigue que las normas que específicamente condenan acciones que suponen siempre un desorden en la voluntad (en este caso la norma "No matar") no pueden tener excepciones. De otro modo se estaría diciendo que un desorden en la voluntad no es siempre malo; o puesto en relación a las virtudes, que en algunas circunstancias excepcionales lo correcto es realizar una injusticia[36].

[35] «To affirm that such a choice is "not right" (or "wrong") means precisely to affirm that this is a disorientated choice of the will, that this is a type of action which *as such* ("in itself") is *evil*» (M. RHONHEIMER, *"Intrinsically Evil Acts"*…, p. 18). Decir que determinados medios son contrarios al bien de la persona es lo mismo que decir que son contrarios al fin de determinadas virtudes (fundamentalmente a la justicia, pero también de otras, como la fortaleza o de la templanza). Para un estudio detallado de cómo la ética de la virtud consigue relacionar bienes y virtudes en la misma génesis del acto moral, vid. A. RODRÍGUEZ LUÑO, *Ética general*, EUNSA, Pamplona 2001 (4ª edición); M. RHONHEIMER, *La perspectiva de la moral. Fundamentos de la Ética Filosófica*, Rialp, Madrid 2000.

[36] «Obviamente el problema principal al considerar lo que supone esta exigencia es el problema de individualizar y caracterizar las acciones, de determinar qué es un solo acto-completo-que-en-sí-mismo-no-hace-más-que-dañar-un-bien-básico» (J. FINNIS, *Ley natural y*…, p. 151). La dificultad con las normas absolutas está muchas veces en encontrar una formulación lingüística adecuada. Es un problema similar al de especificar correctamente los objetos morales. Sin embargo, la constatación de este problema no debe llevar a negar la existencia ni de los específicos tipos de acción ni de las normas morales absolutas. Con lo dicho hasta ahora no hemos explicado por qué "matar" supone siempre un desorden de

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. El problema está en que una vez abierta la veda a las excepciones a esta norma es muy difícil contener los abusos. Al tener siempre que realizar la valoración moral caso por caso se deja la puerta abierta a la justificación de cualquier acción del tipo "provocar intencionalmente la muerte de una persona". Los mismos casos que nuestros autores consideran inaceptables podrían ser presentados por otros como legítimas excepciones, haciendo relación a los principios de autonomía y no-maleficencia[37].

También podemos encontrar el problema opuesto. Del mismo modo que se pueden justificar comportamientos morales que en sí mismo son incorrectos por una inadecuada consideración de sus objetos morales y de las normas que hacen al caso, cabe también el defecto contrario. Podemos considerar moralmente malo un comportamiento que en sí mismo no lo es. Un ejemplo claro es el que refiere el libro en relación al paciente con dolores abdominales insoportables que acude al hospital. Los médicos van reduciendo las dosis de analgésico sin decirle nada al enfermo, hasta que consiguen que controle esos dolores con técnicas de relajación[38]. A la hora de valorar moralmente su actuación, los médicos dicen que «no tenían ninguna alternativa sin problemas éticos», y que aunque resulta precario justificar los medios por el fin, pensa

la voluntad. Esto sería objeto de otro trabajo. Remitimos al análisis que Rhonheimer hace sobre las acciones matar y mentir (M. RHONHEIMER, *La perspectiva de…*, pp. 348-68). Aquí nos interesa simplemente subrayar lo problemático que resulta para la consideración de las normas morales una inadecuada concepción de la acción humana.

[37] 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 del caso de la mujer con Alzheimer en sus primeras fases, cuya ayuda al suicidio Beauchamp y Childress consideran injustificable. Una vez que se "puede matar" a los pacientes, el problema está simplemente en buscar buenos modos de argumentar los casos.

[38] Cfr. PoBE, p. 86. Una presentación más detallada del caso la hemos ofrecido en el capítulo II, pp. 84-85.

ban contar con un cierto consentimiento implícito o futuro del paciente. Para Beauchamp y Childress se trata de un caso de admisible uso paternalista del placebo. Una vez más tenemos una deficiente consideración de la acción moral realizada por el equipo médico, o de la norma moral aplicada. Lo que eligen los médicos es una intervención terapéutica, que incluye no comunicar al paciente todo lo que están haciendo. No se puede valorar esta acción diciendo que su objeto moral es malo ("engañar o mentir al paciente"), pero que se justifica por la buena intención de la curación del enfermo. Por el contrario, se trata de una acción buena en sí misma.

En relación a la valoración moral de las acciones y a la consideración de las normas morales, un problema presente en ámbito norteamericano es su estrecha conexión con el ámbito legal. Aunque nuestros autores digan expresamente en el libro que se trata de campos diversos es notable la legalización que supone su modo de presentar las normas morales[39]. El problema está en que las leyes civiles gobiernan comportamientos externos, no objetos queridos por la voluntad. Dichas normas salvaguardan determinados bienes humanos, que en determinadas circunstancias pueden no estar en juego, permitiendo por tanto legítimas excepciones. El ejemplo clásico es el código de circulación. Generalmente es necesario respetar las normas de tráfico. Pero si se trata de llevar un herido grave a un hospital, cuidando de no provocar peores daños, estará justificado pasar los semáforos en rojo para llegar antes. Si se considera la vida moral, y las leyes morales, simplemente como leyes civiles, ciertamente podrán encontrarse excepciones a cualquier norma. Sin embargo, se estará dejando de lado justamente lo propio de la vida moral: la importancia que las propias acciones tienen para el sujeto que las realiza.

Antes de acabar este apartado nos parece conveniente hacer una última precisión. La consideración de los objetos morales ele

[39] Wulff subraya la importancia que tiene en el principialismo la falta de distinción de los planos moral y legal (cfr. H. R. WULFF, *Against the Four Principles: a Nordic View Ethics* en R. GILLON (ed.), *Principles of Health…*, pp. 277-86). Basta considerar el elevado número de casos judiciales que aparecen en el apéndice del libro.

gidos por la voluntad, y la consiguiente posibilidad de establecer normas morales absolutas es posible solamente si se valoran las acciones desde la perspectiva de la persona que actúa[40]. Si el análisis se realiza desde la perspectiva del observador externo no será posible captar por ejemplo la diferencia entre efectos intentados y efectos previstos, o cuándo "dejar morir" supone "matar" y cuándo no; o la diferencia entre un acto de legítima defensa de un acto en el que la persona agredida mata intencionalmente al agresor. Esta es parte de la diferencia entre el ámbito legal y el moral. Un tribunal difícilmente podrá discriminar esos tipos de acciones. En cambio una propuesta moral que se proponga ayudar a las personas a actuar del mejor modo posible ha de poder distinguirlas.

Con lo dicho hasta ahora hemos puesto de manifiesto un problema, pero estamos todavía lejos de resolverlo. Ciertamente en algunos casos resulta sumamente complicado describir los tipos de acciones que se realizan en relación con la atención de los enfermos terminales. A esta dificultad se suma aquella otra de conseguir un sistema adecuado de normas que nos sirva de referencia a la hora de realizar los juicios morales. Sin embargo, estas dificultades no nos pueden llevar a abdicar de uno de los trabajos fundamentales de la ética, conformándonos simplemente con la valoración de las intenciones y consecuencias de las acciones en este ámbito del operar médico.

2. CRÍTICAS EN RELACIÓN A LA APLICABILIDAD DE LOS PRINCIPIOS

Quizá sea esta la crítica más profunda que ha recibido el principialismo. Para muchos autores los cuatro principios estudiados no se pueden aplicar a los casos concretos por ser demasiado generales. Por tanto no suponen una ayuda como guías para la acción[41]. En realidad para Beauchamp y Childress no serían los

[40] Algunos autores han distinguido entre la ética de la tercera persona y la ética de la primera persona. Vid. por ejemplo, G. ABBÀ, *Felicità, vita buona e virtù*… y A. RODRÍGUEZ LUÑO, *Ética General*…

[41] Clouser y Gert escriben que los principios no son más que una colección de temas que se han de considerar al tratar de problemas de moral (cfr. K. D. CLOUSER y B. GERT, *A Critique of*…, p. 219). «The popularity of principles rests in large part on the fact that the principles serve as slogans that are used to support

principios como tal, sino las reglas más específicas las que llegarían hasta los casos concretos. Pero también a nivel de reglas los contenidos no resultan del todo claros, dando lugar en ocasiones a diferentes resultados, según sea uno u otro quién las utilice. Veamos algunos ejemplos que ilustran este punto.

2.1 El paso de los principios a los casos

Arras piensa que los principios se entienden de modo diferente según los contextos. Pone el ejemplo del principio de autonomía en relación al aborto. Según este autor, las mujeres de Estados Unidos tienen mucha mayor facilidad para acceder al aborto invocando la autonomía que la que puedan tener las mujeres alemanas. Sin embargo, cuando a estas últimas se les reconoce la posibilidad de abortar están mucho más cubiertas por la sanidad pública que las americanas. En este ejemplo la diferencia podríamos decir que es de matiz. Sin embargo, este mismo autor considera que en la literatura bioética abundan los reclamos superficiales a la autonomía o la beneficencia. Hasta que no se determine exactamente qué significa cada principio, no seremos capaces de responder a las preguntas reales. Arras se cuestiona concretamente qué significa el "mejor interés" (dentro del ámbito del principio de beneficencia) en el caso, por ejemplo, de un recién nacido incapacitado[42].

conclusions that one has reached without really using the principles at all» (K. D. CLOUSER y B. GERT, *Morality vs. Principlism*…, p. 259). Engelhardt y Wildes consideran los principios como cabeceras o títulos de capítulos morales mas que como reales guías para la acción o fuentes para la justificación de acciones morales (cfr. H. T. ENGELHARDT y K. W. WILDES, *The Four Principles of Health Care Ethics and Post-Modernity* en R. GILLON (ed.), *Principles of Health*…, p. 146). Pellegrino y Thomasma, al igual que Wulff, los consideran demasiado abstractos (cfr. E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Virtues in*…, p. 19; H. R. WULFF, *Against the Four*…, p. 277). «The other major reason for moving away from principlism is that it hasn't really worked» (C. CASSEL, *Clinical Medicine and Biomedical Ethics in the 1990s: a Physician Reflects* en E. R. DUBOSE, R. P. HAMEL, y L. J. O'CONNELL (eds.), *A Matter of*…, p. 337).

[42] Cfr. J. D. ARRAS, *Principles and Particularity*…, pp. 994-95. Una crítica similar la encontramos en Turner: «For example, the principle of respect for autonomy can lead to the justification of a host of conflicting moral claims and policies. To supporters of privatized medicine in the United States, respect for

Por su parte Botros llega a la conclusión de que un mismo caso se resolverá de modo diferente según lo analice un utilitarista o un deontologista. Con esto mina uno de los puntos principales del principialismo, que se propone como un sistema en el que pueden coincidir distintas concepciones filosóficas. Botros pone el ejemplo del médico que descubre un tumor en una paciente. Sabe que si le propone dos posibles tratamientos elegirá el menos invasivo, opción que el médico considera peor a largo plazo. Analizando la cuestión desde una perspectiva utilitarista, Botros escribe que el médico podría ocultar la posibilidad de la terapia menos invasiva, teniendo en cuenta el principio de beneficencia. De esta manera se obtendría el mayor bien para el paciente y para su familia. Por otro lado, siguiendo una visión deontologista, no cabría de ningún modo la posibilidad de callar esa información. Se haría prioritario el principio de autonomía, que obliga al médico a dar a la paciente toda la información necesaria para que realice una elección autónoma. Con este sencillo ejemplo Botros concluye que, aunque los cuatro principios pueden ver de acuerdo en muchas ocasiones a representantes de diversas escuelas morales, no siempre se puede garantizar una respuesta unitaria[43].

También encontramos en la literatura ejemplos a la inversa. Un mismo caso puede ser resuelto del mismo modo llamando en causa diferentes principios. En un número monográfico del *Journal of Medical Ethics* sobre el principialismo se proponen diversas situaciones para ser estudiadas por diferentes autores. Una de ellos es el clásico problema del hijo de los testigos de Jehová. ¿Cómo actuar cuando los padres se niegan a autorizar una trans

autonomy means that citizens ought to be able to use their income as they see fit to purchase whatever level of health carte that they can afford. Within a more libertarian conception of autonomy, respect for autonomy means freedom from governmental taxation schemes» (L. TURNER, *Zones of Consensus and Zones of Conflict: Questioning the "Common Morality" Presumption in Bioethics*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 13 [2003], p. 213).

[43] S. BOTROS, *Rights and the…*, pp. 236-37. Privitera sostiene que el concepto de universalización que utilizan Beauchamp y Childress cae en contradicción, ya que «non potranno mai risultare ugualmente universalizzabili due giudizi morali diversi formulati sulla stessa azione e non possono mai essere universalizzabili due sistemi morali che portano a giudizi morali diversi sulla stessa azione» (S. PRIVITERA, *Sui principi della…*, p. 46).

fusión de sangre que el equipo médico considera necesaria? Macklin analiza la cuestión a partir del principio de autonomía, explicando que la autonomía de los padres no puede prevalecer sin más. Se ha de buscar la decisión por sustituto más adecuada, ya que el niño no es todavía un sujeto autónomo. Utilizando el concepto de "mejor interés" se concluye que se debe realizar la transfusión si la vida del niño corriera peligro. A la misma conclusión llega Callahan, pero partiendo de los principios de no-maleficencia y de justicia[44].

Gillon, que como recordaremos es uno de los mayores defensores del principialismo, admite esta versatilidad de los principios, y dice que su uso puede legítimamente cambiar de persona a persona y de cultura a cultura[45]. Este es un punto que difícilmente se puede compaginar con la pretensión de objetividad de la propuesta, como han puesto de manifiesto algunos autores[46].

El reciente análisis del caso del hijo de los testigos de Jehová nos permite sacar una conclusión. Si diferentes principios llegan a la misma solución quiere decir que no es el principio en sí el que ha dado la respuesta. Debe haber algún otro elemento que sea el que determine dicha solución, y que de alguna forma está relacionado con el principio. En realidad podríamos decir que la crítica que se hace a los principios sobre su vaguedad e imposibilidad para llegar a los casos concretos, sería un problema más teórico que práctico, ya que nuestros autores a lo largo del libro van resolviendo los diferentes casos que plantean. El verdadero problema, a nuestro modo de ver, está en el recorrido entre la formulación

[44] R. MACKLIN, *Applying the Four Principles*, "Journal of Medical Ethics" 29 (2003), pp. 276-77; D. CALLAHAN, *Principlism and Communitarianism*…, p. 288.

[45] R. GILLON, *Ethics Needs Principles*…, p. 309-10. Esta afirmación es difícilmente compatible con aquella otra de Beauchamp en la que sostiene que los principios son normas válidas que permiten realizar juicios interculturales y transculturales sobre la depravación moral, creencias morales equivocadas, crueldad salvaje y otros errores morales (cfr. T. L. BEAUCHAMP, *Methods and Principles*…, p. 269).

[46] «I have always been perplexed as to why it is an advantage that by fiddling the weightings of the principles one can come to radically different conclusions» (J. HARRIS, *In Praise of Unprincipled Ethics*, "Journal of Medical Ethics" 29 [2003], p. 306).

general de los principios y las respuestas que se dan en los diferentes casos. La pregunta que habría que formular a Beauchamp y Childress sería: ¿por qué y cómo se llega a una solución y no a otra invocando uno u otro principio? Seguramente la respuesta que recibiríamos es que se ha de seguir la solución más coherente con el conjunto de la propuesta. Solución que tendría su base en la moralidad común que nuestros autores ponen como fundamento de sus sistema. Nos parece que esta respuesta no es suficiente. Pongamos un ejemplo: acudir a la coherencia del sistema no explica por qué en algunos casos estaría justificado el suicidio asistido y en otros no. Como hemos visto, son muchas las condiciones que ponen nuestros autores para su justificación, pero no se explica de dónde proceden dichas condiciones, y por qué son esas y no otras[47]. Alguien podría sostener que el suicidio en el caso de la señora en los primerios estadios de Alzheimer se justifica desde el punto de vista moral, pues respeta la voluntad de la paciente. Escribir, como escriben Beauchamp y Childress, que esta mujer era capaz todavía de jugar al tenis podría no ser considerado un argumento convincente que justificara el ir en contra del deseo de la paciente de acabar con su vida. Tampoco parece suficiente el llamar en causa la moralidad común como medio para zanjar la cuestión, pues aunque la mayoría de las personas considerase adecuadas las condiciones propuestas por Beauchamp y Childress para justificar el suicidio asistido, quedaría todavía por explicar por qué efectivamente son adecuadas. De otro modo, la ética, o la bioética, queda reducida a la pura descripción de lo que la gente opina sobre diferentes temas, cosa que está muy lejos del serio estudio sistemático de las razones que nos llevan a considerar bueno o malo los diferentes comportamientos[48]. Strong sostiene que

[47] Vid. capítulo II, pp. 104-05.

[48] DeGrazia sostiene que el principialismo reduce la ética normativa a ética descriptiva (cfr. D. DEGRAZIA, *Common Morality, Coherence…*, p. 224). Beauchamp no está de acuerdo y contesta que «descriptive ethics analyzes where we are (which rules people actually do accept); normative ethics states where we should be (which rules people ought to accept). Where we are in the common morality is not necessarily where we should be (T. L. BEAUCHAMP, *A Defense of…*, p. 272). Este punto lo dejamos para más adelante, cuando tratemos específicamente de la moralidad común.

Beauchamp y Childress esconden algunos de los elementos que utilizan en la resolución de dichos casos[49].

Antes de sacar más conclusiones sobre la aplicabilidad de los principios vamos a estudiar el modo en que nuestros autores resuelven dos de los casos que aparecen en *Principles of Biomedical Ethics*. Nos parece que puede ser útil para ver hasta qué punto son profundas las deficiencias señaladas en los párrafos anteriores. Después veremos algunas de las críticas que se han dirigido al modo en que Beauchamp y Childress resuelven los conflictos entre los diferentes principios.

> El primer caso se refiere a un paciente diabético de 28 años prácticamente ciego y obligado a estar en cama. La penosa situación en la que se encuentra le lleva a la decisión de no continuar con las sesiones de diálisis, para adelantar de ese modo su muerte. El médico que le atiende y la mujer del enfermo están de acuerdo con seguir su decisión. Después de un tiempo sin diálisis la condición del paciente empeora de modo crítico y pide que se le conecte nuevamente al aparato. No lo hacen y el enfermo muere pocas horas después. Beauchamp y Childress comentan este caso diciendo que el respeto a la autonomía del sujeto sugiere que el paciente debería haber sido reincorporado al tratamiento de diálisis, al menos hasta comprobar si su primera decisión se mantenía o no.
>
> En el segundo caso se trata de un enfermo enfisematoso en fase terminal. Pide que se le mantenga en vida todo lo posible. Cuando queda inconsciente el equipo médico con la familia deciden interrumpir la ventilación artificial por considerarla un tratamiento inútil, muriendo poco después. Beauchamp y Childress no hacen ningún comentario al respecto, con lo que suponemos que consideran acertada la actuación del personal sanitario y de la familia.

[49] Cfr. C. STRONG, *Specified Principlism: What Is It, and Does It Really Resolve Cases Better than Casuistry?*, "Journal of Medicine and Philosophy", 25 (2000), pp. 326 y 339.

¿Qué podemos decir del primer caso? Si lo analizamos desde el punto de vista del principio de autonomía nos parece que cualquiera de las dos posibilidades se pueden justificar. Recordamos que este principio señala que se «han de respetar las visiones y derechos de los individuos mientras que sus pensamientos y acciones no dañen seriamente a otras personas»[50]. En este caso el deseo del enfermo de no continuar con la diálisis no daña a otras personas, y por lo tanto se podría justificar. ¿Qué hacer cuando el paciente llega a la situación crítica y pide que se le vuelva a conectar con el respirador? El principio de autonomía nos sirve relativamente poco en esta segunda situación, ya que como su estado es crítico podemos dudar que esté en las condiciones necesarias para realizar una elección autónoma. De este modo se podría justificar la actuación del médico que desoye su última petición[51]. Por lo tanto, con el principio de autonomía podemos llegar a la misma conclusión de Beauchamp y Childress o a su contraria.

Si empleamos el principio de autonomía en el segundo caso, habrá que mantener al paciente con la ventilación artificial ya que su decisión «no daña seriamente a otras personas». También cabría analizar este caso desde el punto de vista del concepto de calidad de vida que Beauchamp y Childress presentan en el capítulo sobre la no-maleficencia. Allí se explica que serán los mismo pacientes quien valorarán los pesos y beneficios de los diferentes tratamientos según su parecer[52]. Siguiendo esta indicación también tendremos que mantener el aparato de ventilación artificial. ¿Cómo justifican Beauchamp y Childress la posibilidad de retirarlo? Haciendo referencia al concepto del "mejor interés" para el paciente que, en algunas ocasiones puede tener prioridad sobre las directivas que hubiera podido dar cuando era competente. Esta afirmación presenta dos dificultades. La primera es la cuestión sobre qué se ha de entender por "mejor interés" y quién debe de

[50] PoBE, p. 64.

[51] Nos parece que este caso está mal planteado, ya que no existía indicación médica alguna para retirar la diálisis. Lo más adecuado hubiera sido que el médico y la mujer del paciente intentaran convencerle de lo inadecuado de su petición. De todas formas, dejamos estas cuestiones de contenido para una sección posterior.

[52] «…in the light of their own assessment» (PoBE, p. 128).

terminarlo. La segunda es que entra en colisión con el concepto de autonomía y de calidad de vida tal y como los han presentado nuestros autores.

Con estos ejemplos vemos que no resulta nada claro cómo llegar desde los principios propuestos a la resolución de los problemas. Y que resulta relativamente sencillo acabar con conclusiones opuestas según se utilice uno u otro principio, o un mismo principio de una forma u otra. Pasamos a considerar brevemente algunas críticas que han recibido la ponderación y la especificación como herramientas para solucionar los posibles conflictos entre los principios.

2.2 Resolución de los conflictos entre los principios

Como hemos visto en el capítulo anterior estos conflictos no pueden resolverse *a priori*, sino que habrá que hacerlo caso por caso. La razón está en que no existe una jerarquía entre ellos. Si esta falta de jerarquía la unimos a la falta de una teoría ética de base llegamos a otra de las grandes críticas dirigidas al principialismo: la imposibilidad de proporcionar un sistema adecuado para la resolución de los conflictos morales[53].

[53] Grodin considera esta crítica como una de las más importantes dirigidas contra el principialismo (cfr. M. A. GRODIN, *Meta Medical Ethics…*, p. 18). Clouser y Gert explican que al rechazar todas las teorías éticas el problema se hace irresoluble; a nivel práctico se toma de una u otra teoría, según los casos, para solucionar los conflictos (K. D. CLOUSER y B. GERT, *A Critique of…*, p. 223). Sobre la incapacidad de resolver los conflictos entre los principios ver también: H. T. HAVE, *Principlism. Western European Appraisal* en E. R. DUBOSE, R. P. HAMEL y L. J. O'CONNELL (eds.), *A Matter of…*, p. 106; R. MUNSON, *Intervention and Reflection. Basic Issues in Medical Ethics*, Wadsworth Publishing Company, Belmont 1996, p. 32. En este contexto, la crítica de Engelhardt y Wildes parece tener signo contrario. Estos autores sostienen que las herramientas que el principialismo utiliza para resolver los conflictos suponen una estructura de valores, y a fin de cuentas un concepto de naturaleza humana que no sería aceptable dentro de un planteamiento secular: «The insurmountable difficulty for this model is that the process of specification and re-specification will depend on a particular set of moral senses or of understandings of values and rights (...) the process will succeed only if the individuals are not really moral strangers» (H. T. ENGELHARDT y K. W. WILDES, *The Four Principles…*, p. 142). Esta última crítica no parece acertada desde el momento que si no se parte de una base común compartida es

Es interesante señalar, antes de seguir adelante, que algunos autores piensan que el único conflicto que se da es, en realidad, entre el principio de autonomía y alguno de los otros tres[54].

*2.2.1 Críticas a la ponderación (*balancing*)*

La principal crítica que ha recibido la ponderación de los principios es la de caer en una resolución de los conflictos totalmente subjetiva[55]. Arras pone el ejemplo de los debates en torno al aborto. Si se intenta hacer una ponderación entre los principio de autonomía y no-maleficencia se podrá resolver el problema en uno u otro sentido. Si dicha ponderación la realiza una ardiente feminista, dirá que prevalece el principio de autonomía, pues de otro modo la mujer queda considerada como un simple "contenedor de fetos". Si lo hace un aguerrido *pro-life* dirá que, teniendo en cuenta la dignidad de la nueva vida, en este caso la prioridad toca al principio de no-maleficencia, ya que el daño para el feto (en el caso del aborto) sería fatal y definitivo[56].

Por su parte Veatch explica que la ponderación se ha relacionado históricamente con el intuicionismo. Plantea el caso de una posible investigación que conllevase un gran beneficio para un gran número de personas. Según Beauchamp y Childress dicha investigación no debería realizarse sin el consentimiento de los sujetos que participen, y mucho menos en contra de su voluntad (llamando en causa los principios de autonomía y no maleficen

imposible la discusión ética. Somos conscientes de que este es uno de los puntos principales en la propuesta de Engelhardt y una respuesta adecuada a su crítica requeriría mucho más espacio. Remitimos al buen estudio realizado por A. VENDEMIATI, *La specificità bio-etica*…, pp. 85-114.

[54] D. CALLAHAN, *Principlism and Communitarianism*…, p. 289.

[55] «This weighing and balancing, some critics contend, is inherently subjective and unpredictable (...) its resolutions of hard cases must remain ad hoc, fundamentally unprincipled, and therefore unjustified» (J. ARRAS, *Principles and Particularity*…, p. 996). Esta crítica es similar a aquella que han recibido autores como Ross: «The most familiar objection to the newer intuitionism is moral: that it allows ordinarily respectable persons to do anything they are likely to choose, and to have a good conscience in doing it. While "speciously strict," as Peter Geach has remarked, it "leads in fact to quite laxist consequences"» (A. DONAGAN, *The Theory of Morality*, The University of Chicago Press, Chicago 1977. p. 23).

[56] Cfr. J. D. ARRAS, *Principles and Particularity*…, p. 996.

cia). Pero también se podría razonar —continúa Veatch— de modo contrario: la investigación se puede justificar, incluso en contra del consentimiento de los sujetos implicados invocando el principio de beneficencia, pensando en la gran cantidad de personas que podrían beneficiarse de dicha investigación[57].

Beauchamp y Childress son conscientes de que la ponderación no puede ser algo arbitrario o puramente intuitivo, sino que se deben aportar buenas razones a la hora de realizarla[58]. Para ello establecen una serie de reglas que evitarían de algún modo esa caída en el intuicionismo[59]. Privitera se pregunta si realmente consiguen nuestros autores evitar la caída. Y añade una frase tomada del libro *Principles of Biomedical Ethics*, que puede ayudar a entender el relativismo de la propuesta: «el valor de la distinción entre obligaciones *prima facie* y obligaciones efectivas, lo mismo que el método de la ponderación refleja la estrecha conformación con nuestra experiencia moral y el papel que en ella desarrolla la intuición y la subjetividad». No se hace referencia alguna —sigue Privitera— a la imparcialidad, a los valores, a las consecuencias de las acciones… o sea, a todos aquellos elementos que deberían considerarse para poder realizar un juicio moral verdaderamente imparcial y universal[60]. Por su parte, Holm escribe que las reglas que presentan Beauchamp y Childress se quedan a un nivel puramente formal, sin proporcionar criterio alguno para guiar nuestra decisión. La consecuencia es que con la ponderación se puede llegar a justificar cualquier comportamiento[61].

[57] R. M. VEATCH, *Resolving Conflicts Among Principles: Ranking, Balancing, and Specifying*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 5 (1995), p. 209.

[58] Aunque más adelante analizaremos algunas cuestiones en relación al contenido de los principios, nos parece que desde el punto de vista metodológico la necesidad de aportar "buenas razones" para la ponderación contrasta con el principio de autonomía, que señala que se «han de respetar las visiones y derechos de los individuos mientras que sus pensamientos y acciones no dañen seriamente a otras personas» (PoBE, p. 64); por tanto, independientemente de las razones que se aporten.

[59] PoBE, p. 20. Están recogidas en el capítulo II, p. 77.

[60] S. PRIVITERA, *Il relativismo dei principi*, "Bioetica e Cultura" 23 (2003), p. 64.

[61] «But can the five condition help us, if we don't have further conditions delimiting the field of considerations that can validly be introduced in the balanc-

Otro punto que interesa señalar en relación a la ponderación es que, en realidad, cuando nos encontramos ante un conflicto moral la posible ponderación no se da a nivel de principios. Más bien son los bienes —que los principios o las normas morales tratan de proteger— lo que valoramos y ponderamos en esos casos[62]. Decir, por ejemplo, que en una situación la autonomía tiene prioridad con respecto a la no-maleficencia no tiene significación alguna: nunca sostendremos que en esa situación esté justificado "dañar". Lo que se quiere decir es que en esa situación la voluntad libre del paciente (bien 1) se considera más importante que la salud (bien 2). Este análisis sería el que hay detrás del caso del testigo de Jehová que se niega a recibir una transfusión de sangre. En este sentido, Viafora explica que la ponderación de principios utilizando la metáfora del *balancing* está escondiendo el procedimiento que realmente se realiza para resolver los conflictos. Y añade que, en realidad, lo que se esconde son las bases antropológicas que justifican unos u otros valores[63].

Antes de cerrar este apartado en torno a la ponderación se hace necesario un último comentario. Estaría en directa relación con las conclusiones a las que llegamos con el estudio de la constitución del acto moral. Como se apuntaba entonces, existen algunos tipos de acciones que no se pueden elegir sin culpa moral, acciones que son intrínsecamente malas. Esas acciones como es ló

ing? Not very much, because they are almost purely formal. We are given no criteria with which we can decide whether something is a relevant moral consideration (…) We are presented with a structure for moral reasoning which cannot give any definite answers to moral problems, or perhaps more accurately can produce almost any answer we want» (S. HOLM, *Not Just Autonomy*…, pp. 336-37). La cuarta edición del libro, que es la que conoce Holm al escribir su artículo, señala cinco reglas para la ponderación. Aunque la última edición añade una más («el agente deberá actuar imparcialmente en relación a todas las partes afectadas»: PoBE, p. 20) el problema persiste, pues la nueva condición sigue estando a un nivel formal.

[62] Nos parece que esta es la idea de Churchill cuando escribe que «In such a scheme, the principles take on intrinsic value, as things to be protected, rather than the means to respect and protect persons» (L. CHURCHILL, *Rejecting Principlism, Affirming Principles. A Philosopher Reflects on the Ferment in U.S. Bioethics* en E. R. DUBOSE, R. P. HAMEL, y L. J. O'CONNELL (eds.), *A Matter of*…, p. 326).

[63] Cfr. C. VIAFORA, *I principi della bioetica* (1993)…, p. 33.

gico no pueden entrar nunca dentro de una ponderación de bienes, o de principios[64]. En el principialismo no se hace mención alguna de esta posibilidad, pues como hemos visto este tipo de acciones tienen una consideración muy reducida.

2.2.2 Críticas a la especificación

El número de críticas que ha recibido la especificación es significativamente menor que el de la ponderación. Es lógico, pues de alguna manera, cualquier sistema moral ha de contar con un modo de especificar sus normas morales, de clarificar las indicaciones normativas generales para los ámbitos concretos de actuación. La mayor crítica a la especificación es la posibilidad de llegar a conclusiones morales contrarias para un mismo caso[65]. Strong pone el ejemplo de los padres que piden que se suprima la hidratación y nutrición de un neonato con malformaciones. Según este autor la especificación de la regla general ("no dañar") podría justificar, según como se realice, tanto la petición de los padres, como la necesidad de continuar con la hidratación y la nutrición[66].

Jonsen, por su parte, aunque entiende que la especificación es una herramienta útil, piensa que no llega a considerar todas las circunstancias específicas de los casos concretos[67]. Esto es cierto, pero no parece decisivo ya que lo que sugiere Jonsen no es necesario a nivel de normas. Sería necesario en el caso en el que no existiera el juicio de prudencia donde la norma específica se considera a la luz del caso concreto teniendo en cuenta entonces todas las circunstancias. Por su parte Clouser y Gert critican la po

[64] Esta afirmación será aceptada sin dificultad por los partidarios de las teorías morales deontológicas, mientras que raramente la suscribirá un utilitarista. Esta es una manifestación de lo problemático de una propuesta que pretende ser aceptada por teorías éticas que son incompatibles entre sí.

[65] Beauchamp admite que «different persons and groups will offer conflicting specifications». Pero a continuación escribe que «a specification is justified if and only if it maximizes the coherence of the overall set of relevant beliefs» (cfr. T. L. BEAUCHAMP, *A Defense of…*, p. 268). «A particular specification, or any revision in moral belief, is held to be justified if it maximizes the coherence of the overall sets of beliefs that are accepted upon reflection» (T. L. BEAUCHAMP y D. DEGRAZIA, *Principles and Principlism…*, p. 70).

[66] C. STRONG, *Specified Principlism: What…* , pp. 326-30.

[67] A. R. JONSEN, *Strong on Specification…*, pp. 348-60.

sibilidad que la especificación tendría de cambiar el contenido de las normas morales[68]. Nos parece que en la especificación propuesta por Richardson, que es la que sugieren Beauchamp y Childress, no se da un verdadero cambio en el contenido de la norma sino una mejor descripción de dicho contenido. Más que de cambio habría que hablar de enriquecimiento en la formulación lingüística de la norma o principio[69].

De todas formas, no siempre se consigue llegar mediante la especificación a una adecuada justificación de la decisión. Veamos la especificación que realiza Beauchamp al estudiar el caso de los Testigos de Jehová[70]. Explica que dos normas entran en conflicto:

> «1. Está moralmente prohibido llegar a una situación de riesgo de muerte de un paciente cuya vida está amenazada por una condición que puede ser tratada con una adecuada intervención médica.
>
> »2. Está moralmente prohibido no respetar el rechazo de un tratamiento»[71].
>
> Beauchamp explica que la segunda regla puede especificarse del siguiente modo:
>
> «2.1 Está moralmente prohibido no respetar el rechazo de un tratamiento por parte de un paciente, a no ser que la

[68] B. GERT, C. M. CULVER y K. D. CLOUSER, *Common Morality Versus Specified Principlism: Reply to Richardson*, "Journal of Medicine and Philosophy", 25 (2000), p. 316. En otro artículo, Clouser dice que «there is neither any systematic way of arriving at the appropriate specified principles, nor do the specified principles provide any systematic way of carrying out this balancing» (K. D. CLOUSER, *Concerning Principlism and its Defenders: Reply to Beauchamp and Veatch* en L. M. KOPELMAN (ed.), *Building Bioethics: Conversations with Clouser and Friends on Medical Ethics*, Kluwer Academic, Boston 1999, pp. 192-93).

[69] H. S. RICHARDSON, *Specifying, Balancing, and…*, pp. 285-307.

[70] Cfr. T. L. BEAUCHAMP, *Methods and Principles…*, p. 270.

[71] «1. It is morally prohibited to risk death for a patient whose life threatening condition can be medically managed by suitable medical techniques. 2. It is morally prohibited to disrespect a first party refusal of treatment».

petición no sea autónoma y presente un peligro significativo para el paciente»[72].

Con un rápido análisis de esta especificación podemos descubrir que no sólo no nos ayuda para la resolución del caso sino que la complica. En realidad, la primera condición que se pone para no tomar en cuenta el rechazo de un tratamiento (que la petición no sea autónoma) no aparecía en la primera formulación de la norma, pero evidentemente se suponía. Nadie acepta el rechazo de un tratamiento si la petición la realiza un paciente que no es competente (que no es capaz de realizar una petición autónoma). Por tanto, no aporta nada nuevo para la valoración moral. La segunda condición (que no presente un peligro significativo para el paciente) es justamente lo que está en juego en el caso del testigo de Jehová que rechaza la transfusión de sangre. Por tanto, cuando un poco más adelante Beauchamp escribe que «un Testigo de Jehová tiene una base razonable para rechazar la recomendada transfusión de sangre», está afirmando que, aunque exista peligro significativo para la vida del paciente, es necesario seguir su decisión autónoma. Pero esto es justamente lo contrario a lo que la regla especificada sostenía. Con lo cual el conflicto entre la autonomía y la no-maleficencia no se ha resuelto a través de la especificación, sino a través de una justificación de la decisión autónoma basada en las creencias religiosas del paciente.

2.3 Conclusiones en relación a la aplicabilidad de los principios

Con lo visto hasta ahora se puede decir que los principios *prima facie* impiden una resolución a priori de los conflictos que puedan surgir debido a la falta de primacía de unos sobre otros. Este problema ha se ser superado, según Beauchamp y Childress, a través de la ponderación y especificación de los principios en los casos concretos. Sin embargo, si no hay nada más detrás de los principios, las dos herramientas antes mencionadas quedarán a merced de la intuición, llevando el sistema hacia el relativismo

[72] «It is morally prohibited to disrespect a first party refusal of treatment by a patient, unless the refusal is non-autonomous and presents a significant danger to the patient».

moral. No parece que sea esta 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 un cierto relativismo, al menos a nivel teórico.

A nivel práctico, como apuntan Strong y Privitera, la resolución de las cuestiones se hace en relación a otros elementos que no son explícitos en la propuesta de Beauchamp y Childress. Estos otros elementos corresponderían a lo que en algunos planteamientos éticos se denomina teoría de bienes. Dichos bienes estarían por una parte detrás de cada uno de los principios, y por otra, como criterio motor de la ponderación y de la especificación. Para evitar la caída en el relativismo nuestros autores deberían proporcionarnos la lista de bienes que intentan proteger con los principios, y cómo se relacionan unos con otros. El problema está en que en el panorama actual de la ética resulta problemático hablar de bienes, pues existe un enorme desacuerdo sobre cuáles serían y cómo se habrían de ordenar jerárquicamente. Contestar a la pregunta sobre los bienes dejaría al principialismo en una posición menos pluralista que la que posee actualmente. Sin embargo, nos parece necesario para dar razón, tanto de los principios, como del modo de solucionar los conflictos que surgen entre ellos[73].

Otra conclusión que podemos sacar en relación a la aplicabilidad de los principios nos la da Troug. La experiencia de este autor le lleva a considerar los principios útiles como modos de explicar una elección hecha, pero supondrían poca ayuda en el momento de la decisión[74]. Un ejemplo claro lo tenemos en el caso de los testigos de Jehová antes estudiado: primero se llega a la conclusión que se considera más aceptable, y después se utiliza uno u otro principio para justificar dicha elección. El problema está en que con este planteamiento se podría justificar prácticamente todo, como ha puesto de manifiesto Veatch. Esta objeción llama en causa el papel de los principios en el momento del juicio moral.

[73] Sobre la falta de la noción de bienes y fines en muchos planteamientos de bioética clínica ver J. K. RODEHEFFER, *Practical Reasoning in Medicine and the Rise of Clinical Ethics*, "The Journal of Clinical Ethics" 1 [1990], p. 192).

[74] R. D. TRUOG, *Principles, Rules and Actions: a Response to Devettere* en M A. GRODIN, *Meta Medical Ethics…*, p. 53.

Beauchamp y Childress hablan poco de este punto. Parecen más interesados en el momento posterior: la justificación moral de los distintos comportamientos[75]. Ciertamente este nivel de razonamiento moral es importante para explicar las razones que están detrás de los posibles cursos de acción que encontramos en las diferentes situaciones. De todas formas, se hace necesario completarlo, como señalan Churchill y O'Neill, con una consideración adecuada del momento del juicio moral[76]. Esto resulta necesario para evitar el riesgo de concebir una moral cuyas decisiones se realizan aplicando sin más unas indicaciones normativas a unos casos que se han de resolver; del mismo modo que se aplican las reglas de la geometría para la resolución de los problemas de superficies y volúmenes. Dicho con otras palabras, con un planteamiento de este tipo siempre cabe el riesgo de deslizarse en un tipo de razonamiento especulativo, que sin ser totalmente distinto del razonamiento práctico, pierde de vista elementos esenciales de la práctica moral como son por ejemplo la importancia que las virtudes morales del agente juegan en el momento de la decisión[77].

Acabamos este apartado retomando la crítica de Clouser y Gert. Estos autores escriben que, en realidad, los principios de Beauchamp y Childress no son principios morales al modo de los principios de justicia de Rawls o del principio de utilidad de Mill, sino slogans morales[78]. Quizá sea exagerado utilizar el término de slogan, lo que sí es cierto es que los famosos principios de la bioé

[75] En este sentido la crítica de Engelhardt de que los principios no funcionan como fuentes de justificación de acciones no parece acertada, ya que es precisamente la justificación de las acciones lo que buscan Beauchamp y Childress (cfr. H. T. ENGELHARDT y K. W. WILDES, *The Four Principles*…, p. 146).

[76] «My main thesis is that we cannot escape recognition of our agency by trying to replace judgments with principles. The ongoing critique of principlism attempts to recapture moral agency, and with it, a more robes cultural context. To emphasize that principles are tools is to see that they are always and only our tools. We cannot make up for using them poorly by claiming that they have some special status in and of themselves» (L. CHURCHILL, *Rejecting Principlism, Affirming*…, p. 330); O. O'NEILL, *Practical Principles & Practical Judgment*, "Hastings Center Report" 31, 4(2001), pp. 15-23. Sobre la necesidad de los juicios particulares ver también R. DEVETERRE, *The Principled Approach*…, p. 43.

[77] Este punto lo retomaremos al hablar de los principios y la consideración del agente moral (vid. pp. 192-205).

[78] Cfr. K. D. CLOUSER y B. GERT, *A Critique of*…, p. 221.

tica no son estrictamente hablando principios de la razón práctica, sino indicaciones normativas generales que sirven para la justificación de las acciones[79]. Dejamos aquí las cuestiones referidas a la aplicabilidad de los principios y pasamos a considerar algunos puntos en relación a sus contenidos específicos.

3. CRÍTICAS EN RELACIÓN AL CONTENIDO DE LOS PRINCIPIOS

Como hemos visto poco antes algunos autores se quejan de que los principios tendrían un contenido poco claro[80]; mientras que para otros algunas de sus conclusiones serían equivocadas o al menos problemáticas[81]. En este apartado vamos a estudiar dos puntos que nos parecen centrales en el principialismo y que son los que han suscitado mayores problemas. Nos referimos al concepto de autonomía y al de calidad de vida.

Si intentamos hacer un resumen somero de las indicaciones normativas que Beauchamp y Childress proporcionan en su libro podríamos decir lo siguiente. Las decisiones autónomas realizadas por los pacientes tendrían prioridad sobre otros elementos que puedan considerarse para la valoración moral de los casos. Sólo en aquellas situaciones en las que el tratamiento que el enfermo solicita fuera claramente inútil se podría actuar en contra de su

[79] Nos parece que se puede aplicar al principialismo lo que Rhonheimer señala para las éticas teleológicas en general: «they do not properly have a conception about *principles* of practical reason. This can also be regarded as a consequence of their lack of action-analysis. "Teleological ethics" essentially and exclusively is a decision-making theory: it tries to explain how we work out decisions about what to do here and now» (M. RHONHEIMER, *"Intrinsically Evil Acts"…*, pp. 34-35).

[80] «The main criticism of principlism is the fact that it offers autonomy, beneficence, nonmaleficence, and justice as midlevel guidelines to be supported by theories which are left undefined» (P. GUINAN, *Can Principlism Save Medical Ethics?*, "The National Catholic Bioethics Quarterly" 2 [2002], p. 232). Ver también J. D. ARRAS, *Principles and Particularity…*, p. 994; K. D. CLOUSER y B. GERT, *A Critique of…*, p. 219; L. TURNER, *Zones of Consensus…*, p. 214; S. PRIVITERA, *Sui principi della…*, p. 49.

[81] Ver E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica. Vol I: Fondamenti ed etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano 1999 (3ª edición), pp. 173-74; A. G. SPAGNOLO, *I principi della…*; J. FINNIS y A. FISHER, *Theology and the Four Principles: a Roman Catholic View I* en R. GILLON (ed.), *Principles of Health…*, pp. 40-41.

deseo. En los casos en los que el paciente deja de ser autónomo, a no ser que se conozca con precisión cuál era su voluntad para esa situación, se ha de tomar la decisión que corresponda a su mejor interés. Mejor interés que se evaluará en relación a la calidad de vida del paciente.

3.1 El concepto de autonomía

En el capítulo correspondiente al respeto a la autonomía, Beauchamp y Childress explican que dicho principio tiene un contenido negativo y otro positivo. En primer lugar indica que las acciones autónomas no deben ser controladas por otros. En segundo lugar que se ha de respetar las visiones y los derechos de los individuos mientras sus pensamientos y acciones no supongan un serio daño para otras personas[82]. Junto a esto insisten en que este principio es uno más entre los que constituyen la ética biomédica y no tiene primacía sobre los demás. Esta última afirmación es negada por algunos autores, que consideran que en el principialismo la autonomía está por encima de los otros principios[83].

[82] Cfr. PoBE, p. 64. Este concepto de autonomía en ámbito médico tiene su origen en buena medida como reacción al paternalismo médico, que para algunos autores ha sido la característica principal de la relación médico-paciente hasta hace relativamente pocos años. Nos parece que, aunque era necesaria una mayor consideración del papel del paciente en las decisiones médicas, se ha exagerado en la descripción del paternalismo como relación de dominio por parte del médico. Algunos, con razón, han señalado que el paternalismo médico así entendido sería «un fantasma, que sólo existe en una mala práctica médica» (A. PARDO, *Más allá de la autonomía*, "Revista de Medicina. Universidad de Navarra" 47 [2003], p. 47). Otros autores piensan que el concepto de autonomía dominante en la bioética actual tiende, en realidad, a reemplazar el antiguo paternalismo por otro nuevo e igualmente inaceptable (cfr. G. M. STIRRAT y R. GILL, *Autonomy in Medical Ethics after O'Neill*, "Journal of Medical Ethics" 31 [2005], p. 127).

[83] El mismo Gillon se refiere a él como "primum inter pares": R. GILLON, *Ethics Needs Principles*…, pp. 303-06. Roberto Dell'Oro hablando de la bioética norteamericana en general dice que se caracteriza «dal punto di vista formale per l'affermazione del primato dell'autonomia su tutti gli altri principi» (R. DELL'ORO, *Antropologia ed etica. Oltre la bioetica nordamericana*, "Rivista di Teologia Morale" 106 [1995], pp. 212-13). Vid. también E. D. PELLEGRINO, *Le decisione al termine della vita: uso ed abuso del concetto di futilità*, "Medicina e Morale" 5 (2002), p. 886; P. GUINAN, *Can Principlism Save*…, p. 232. En los últimos años se descubre un movimiento dentro de la bioética norteamericana que inten-

Ciertamente la autonomía personal es uno de los valores que debe custodiar y fomentar cualquier sociedad, y cualquier sistema moral[84]. El problema con el principio de autonomía en el ámbito biomédico no está en considerar que el paciente ha de ser quien tome las decisiones que conciernen el manejo de su enfermedad. A estas alturas de la historia de la bioética difícilmente se admitirá la posibilidad de imponer un tratamiento a un paciente competente en contra de su voluntad. La complejidad está más bien en la demarcación de los límites de la autonomía, ya que según se pongan en uno u otro lugar las soluciones prácticas de los diversos problemas serán muy diferentes[85].

ta desplazar la supremacía que tiene la categoría de autonomía: ver, por ejemplo, G. M. STIRRAT y R. GILL, *Autonomy in Medical…*, pp. 127-30: «We believe that the individualistic version of autonomous choice is fundamentally flawed and that medical ethics should always be set in the context of relationships and community. We suggest a principled version of patient autonomy that involves the provision of sufficient and understandable information and space for patients, who has the capacity to make a settled choice about medical interventions on themselves, to do so responsibly in a manner considerate to others. We consider that this model best fits the optimal patient-doctor relationship in which there is a mutual, unspoken agreement between the parties that recognises the duties and obligations each to the other. Bilateral trust is at the heart of this relationship» (p. 130).

[84] «Autonomy and self-determination are important features of any theory of human existence, religious or otherwise. It would be unhealthy to hold that persons must give up their own self-interest in helping others. Otherwise they would become victims of other people's agendas. On the positive side, there is an obligation to protect one's own life, well-being, family, and even goods» (E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *Helping and Healing*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1997, p. 77). Como apuntan Bergsma y Thomasma no se trata de dejar de lado el concepto de autonomía, sino de valorarlo en su justa medida como uno de los elementos clave del encuentro clínico (J. BERGSMA y D. C. THOMASMA, *Autonomy and Clinical Medicine. Renewing the Health Professional Relation with the Patient*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2000).

[85] La afirmación de la autonomía en ámbito médico ha conducido a resultados positivos como es una relación médico-paciente más abierta y honesta, pero junto a lo anterior se descubre la dificultad de señalar los límites de dicha autonomía (E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Christian Virtues…*, p. 120). El mismo Childress reconoce que «the principle of respect for autonomy is ambiguous because it focuses on only one aspect of personhood, namely self-determination, and defenders often neglect several other aspects, including our embodiment» (J. F. CHILDRESS, *The Place of…*, p. 13). Macklin, por ejemplo, sostiene que el principio de autonomía «mandates that physician should comply with the expressed wishes of a competent adult patient even if the predicted con-

¿Qué cosas se pueden justificar por medio de la autonomía en el libro de Beauchamp y Childress? Como hemos visto en el capítulo anterior se justifican entre otros: el rechazo de determinados tratamientos en enfermos no terminales[86], el retiro de la nutrición e hidratación a petición del paciente[87] y el suicidio asistido en algunos casos[88]. Estos tres ejemplos están en consonancia con el contenido que los autores dan al principio: respetar los deseos de los enfermos, mientras no supongan un serio daño para otras personas. Como algunos autores han señalado, esta idea de autonomía responde a un concepto de libertad negativa, o dicho de otro modo, aquella que no está condicionada desde el exterior[89]. No sería otra cosa que el clásico modo de reducir la libertad a lo que se denomina libertad de coacción, cuyo único límite estaría constituido por la libertad de los demás o por factores externos[90]. Se ve

sequences are unfavorable or grave» (R. MACKLIN, *Applying the Four…*, p. 275). Aunque seguramente Beauchamp y Childress no estarían de acuerdo con este enunciado, cumple perfectamente los criterios que ellos mismos señalan a la hora de explicar el principio de autonomía. Además, no está muy lejos de esta otra afirmación de Beauchamp: «the values and beliefs of the patients to be the primary moral consideration in determining the physician's moral responsibilities in patient care» (T. L. BEAUCHAMP y L. B. MCCULLOUGH, *Two Models of Moral Responsibility in Medicine* en T. A. MAPPES y J. S. ZEMBATY (eds.), *Biomedical Ethics*, Mc Graw Hill, New York 1991 [3ª edición], p. 60).

[86] Ver por ejemplo el caso del paciente diabético que decide no continuar con la diálisis (cfr. PoBE, p. 67).

[87] Cfr. PoBE, p. 128.

[88] Cfr. PoBE, pp. 150-52.

[89] Cfr. H. R. WULFF, *Against the Four…*, pp. 277-86.

[90] Gracia explica que el concepto de autonomía más común en el ámbito de la ética médica corresponde la visión liberal que apoya más sobre una "voluntad empírica" que sobre una "voluntad pura" al modo kantiano (D. GRACIA, *Primum non nocere…*, p. 75). Pellegrino y Thomasma explican el origen de este concepto de libertad a través de un largo recorrido histórico. Comienzan con la idea medieval de libertad personal como posibilidad para elegir el bien, hasta llegar a la idea moderna de libertad como autodeterminación. (cfr. E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Christian Virtues…*, pp. 118-120). En este sentido, Churchill piensa que el principio de autonomía, que tiene gran importancia en muchos ambientes de la sociedad norteamericana, no significa lo mismo para todos. Para Mill supone ausencia de imposición política y social, mientras que para el Calvinismo significa libertad de conciencia (L. CHURCHILL, *Rejecting Principlism, Affirming…*, p. 325). Por eso, Wildes señala lo problemático que resulta en la propuesta de Beauchamp y Childress la referencia a Kant y Mill al hablar de au-

como adecuada una acción en la medida en que sea fruto de una elección libre. Esto supone considerar los contenidos de la decisión como algo neutro, como algo que no se puede valorar en términos de bueno/malo, o mejor/peor, lo que deja abierta la posibilidad de justificar prácticamente todo[91]. En el fondo subyace la supuesta imposibilidad propia de la propuesta liberal de encontrar un conjunto de bienes o valores de referencia. Junto a este concepto fuerte de autonomía podemos definir, como han hecho otros autores, un concepto débil que considera la libertad no en sentido autoreferencial, sino como condición de posibilidad de elegir aquello que se considera bueno para la persona[92].

Nuestra tesis es que si el concepto fuerte de autonomía resulta problemático a nivel político, en el ámbito de la ética clínica llega a distorsionar enormemente la relación médico-paciente[93]. Por

tonomía, ya que sus posiciones son difícilmente conciliables (cfr. K. W. WILDES, *Moral Acquaintances. Methodology…*, p. 68). Nuestros autores se limitan a contestar que «en su análisis final estas dos filosofías, aun siendo profundamente diferentes, constituyen un apoyo para el principio de respeto a la autonomía» (PdEB, p. 118).

[91] «Autonomy, carried to its extreme, allows a person to do practically anything» (P. GUINAN, *Can Principlism Save…*, p. 232). El autor paradigmático en ámbito bioético del concepto fuerte de autonomía es Engelhardt. Para la crítica de esta postura remitimos a: R. VEATCH, *Autonomy's Temporary Triumph*, "Hastings Center Report" 14, 5(1984), pp. 38-40; D. CALLAHAN, *Autonomy: A Moral Good, Not a Moral Obsession*, "Hastings Center Report" 14, 5(1984), p. 41; R. MORISON, *The Biological Limits on Autonomy*, "Hastings Center Report" 14, 5(1984), pp. 43-49; D. JACKSON y S. YOUNGNER, *Patient Autonomy and "Death with Dignity"*, "New England Journal of Medicine" 301 (1979), pp. 404-08; E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York 1988, pp. 44-50.

[92] Sobre esta distinción, ver M. RHONHEIMER, *L'immagine dell'uomo nel liberalismo e il concetto di autonomia: al di là del dibattito tra liberali e comunitaristi* en I. YARZA, *Immagini dell'uomo. Percorsi antropologici nella filosofia moderna*, Armando Editori, Roma 1997, pp. 95-133.

[93] A nivel político resulta problemático en el sentido de que el legislador al emanar las diferentes leyes no puede pretender ser neutro. Rhonheimer en el artículo antes citado pone el ejemplo de la equiparación de las uniones homosexuales al matrimonio. Y explica que la cuestión se puede resolver en uno u otro sentido, pero en ambos casos será necesario hacer referencia a un modo concreto de concebir el estado matrimonial; nunca será posible resolver la cuestión a partir de una supuesta "neutralidad" (*ibid.*., p. 123). Sobre la imposibilidad de

una parte, este concepto de autonomía supondría que no es posible hacer referencia a los bienes que, sin embargo, han sostenido la medicina durante más de treinta siglos (vida, salud, atención a la persona que sufre, etc.). Por otra parte, al enfatizar demasiado la autonomía, se corre el peligro de que la relación médico-paciente abandone su anclaje en la confianza, y se convierta en un nuevo tipo de relación mercantil donde el paciente acude a un técnico para recibir una serie de servicios[94]. Esta nueva relación médico-paciente disuelve completamente el concepto de beneficencia[95]. ¿Por qué el médico debería dar más de lo que está estipulado en el contrato? ¿Por qué debería sacrificar su tiempo y su descanso por una mejor atención del paciente? En el capítulo sobre el principio de beneficencia hemos descubierto la gran dificultad que encuentran Beauchamp y Childress a la hora de definir lo que supone este principio, y sobre todo, el modo de justificarlo. Pensamos que la causa está justamente aquí[96]. El concepto de au

"neutralidad" ver también C. VIAFORA, *I principi della*...(1993), p. 33; E. SCHOCKENHOFF, *Etica della vita*..., p. 36.

[94] Desde una perspectiva médica, Cassel dice que el principio de autonomía ha llevado a que la relación médico paciente se mueva según un modelo de relación entre iguales, en lugar de la acción caritativa con relación a la persona necesitada. Como consecuencia se ha pasado a una relación mucho más legalista, y con frecuencia a una relación entre adversarios (cfr. C. CASSEL, *Clinical Medicine and*..., p. 335). Un poco más adelante escribe: «I think the main problem is the overemphasis on autonomy in clinical practice and the physicians' resulting loss of ability to take tragic responsibility on their own shoulders and offer the family compassion instead of legalism» (*ibid.*, p. 339).

[95] «The central ethical question today is not whether patient autonomy should be preserved but whether it has any moral limits. Does the principles of autonomy as now construed encompass the full meaning of respect for the dignity of persons? May the tendency to absolutize autonomy defeat some of the purposes for which it has been so vigorously propounded? Is there a deeper source for the principle of autonomy that more fully encompasses the special nuances required in authentic respect for persons? Is there a limit on the negative right to be free from coercion? (...) Without the Christian virtues and carried to extremes, the morally justifiable claim to autonomy could erode the communality of human existence. Autonomy absolutized leads to moral atomism, privatism, and anarchy» (E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Christian Virtues*..., pp. 121-22).

[96] Cuando Beauchamp y Childress explican las razones por las que no resulta adecuado el suicidio en términos generales se refieren al sentido de responsabilidad del sujeto frente a la sociedad (cfr. PoBE, pp. 187-89). Ciertamente resulta

tonomía propuesto es difícilmente conciliable con la beneficencia que ha caracterizado históricamente la relación médico-paciente[97].

Quizá la consideración de uno de los ejemplos antes mencionados puede ayudar a entender lo que intentamos explicar. Tomemos el caso del paciente diabético de 28 años, prácticamente ciego y obligado a permanecer en cama. Como considera su situación insoportable decide abandonar la diálisis para adelantar así su muerte. Ciertamente se trata de una elección autónoma; al menos no deberíamos dudar de su capacidad para tomar decisiones. Ante una situación de este estilo la pregunta ética debe intentar descubrir cuál es la mejor respuesta a la petición del paciente. Como recordamos el médico y la mujer del enfermo coinciden en seguir sus deseos e interrumpen las sesiones de diálisis. Quizá sea esta la solución más sencilla, en el sentido de que respeta una elección libre tomada por el paciente. Pero no parece que sea la mejor respuesta desde el punto de vista médico, y por tanto tampoco desde el punto de vista ético. Es claro que el médico no puede devolver la salud del paciente, pero puede hacer muchas otras cosas —lo mismo que la mujer— para aliviar su sufrimiento, de modo que su condición sea lo mejor posible. Resulta evidente que el paciente necesita soporte psicológico y afectivo para llevar adelante su situación. Dar este soporte psicológico es parte de la labor del médico. No se trata de obligar al paciente a volver a la diálisis, sino considerar que desde un punto de vista meramente clínico lo más adecuado en este caso es seguir con ella, y eso es lo que el médico debe intentar[98]. En este sentido, Shannon habla del

difícil compaginar esta referencia de carácter comunitarista con el concepto fuerte de autonomía.

[97] Cfr. M. A. GRODIN, *Meta Medical Ethics*…, p. 18. «That is, the duty of beneficence is inherent in the role of physician. A physician who was not acting for the sake of the patient's good would, in a very real sense, not be acting as a physician» (R. MUNSON, *Intervention and Reflection*…, p. 34).

[98] Con esto no se pretende mínimamente justificar la necesidad de continuar con todos los tratamientos posibles. En muchos casos la indicación clínica más adecuada supondrá retirarlos. Pero entonces, también esa será la mejor respuesta ética. En otros casos la indicación clínica puede no ser clara, en el sentido de que las posibles intervenciones no posean una garantía de éxito suficiente, o lo hagan por un periodo relativamente breve. En tales casos, una buena respuesta

mito de la autonomía que llevaría a una exaltación de la individualidad y un empobrecimiento de la comunidad. Se llega a considerar sospechoso cualquier acto de ayuda a otra persona, incluso cuando dicha ayuda es necesaria. Se afirma que los padres ya no saben qué es lo bueno para sus hijos, ni los profesores para los alumnos, ni los médicos para sus pacientes[99].

Otro problema que aparece unido al anterior es la constatación de que la enfermedad supone justamente una disminución en la autonomía personal[100]. Por eso la relación médico-paciente nunca podrá ser una relación simétrica, como la que se puede dar entre el comprador y el vendedor de un coche. En medicina siempre tendremos una persona necesitada de ayuda y otra persona que proporciona dicha ayuda. Aunque ésta se reciba a través de un contrato como en el caso de la venta del coche, el enfermo está esperando del médico mucho más de lo que se estipula en dicho contrato; y el médico es consciente de ello. De otro modo, lo único que se consigue es cargar al enfermo con toda la responsabilidad de las decisiones en ámbito clínico. Pero esto supone, se quiera o no, un distanciamiento por parte del médico, ya que no considerará esas decisiones como algo suyo, como algo compartido, sino fruto de una voluntad ajena[101].

ética por parte del paciente puede ser la decisión de no someterse a dichas intervenciones.

[99] Cfr. T. SHANNON, *The Communitarian Perspective*…, pp. 66-69.

[100] Vid. E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *For the Patient's*… «One of the powerful social forces currently in motion is the rejection by many people of all authority-figures or parental-models in favor of self-sufficiency, self-respect, autonomy, and independence. That is all to the good. It works very well until, unexpectedly, one is felled by a bacterium, or an atherosclerotic plaque on a coronary artery, or by a neoplasm, or by a demyelinating disease of the central nervous system. Then, some degree of psychological regression is almost inevitable, and with that a feeling of gratitude toward the helping physician» (B. TOWERS, *Rights and Responsibilities in Medical Science* en W. B. BONDESON, H. T. ENGELHARDT, Jr., S. F. SPICKER y J. M. WHITE, Jr. (eds.), *New Knowledge in the Biomedical Sciences. Some Moral Implications of Its Acquisition, Possession, and Use*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1982, p. 79).

[101] «In the most extreme cases, doctors have retreated to offering merely technical advice on available options, refusing to express a preference lest they impinge on patient's autonomy» (P. TOON, *Toward a Philosophy of General Prac-*

Podemos comprobar esto mismo con otro ejemplo. Beauchamp y Childress explican que en algunas situaciones sería adecuado interrumpir la nutrición e hidratación artificial en pacientes inconscientes. Esos casos deberían cumplir una serie de condiciones en relación a la eficacia de dicha intervención y a los pesos y molestias que puede ocasionar. A continuación escriben que en el caso de sujetos autónomos no sería necesaria ninguna de esas condiciones para suprimir la nutrición e hidratación si el paciente lo pide libremente[102]. Una vez más se valora como buena una decisión simplemente porque se ha tomado de forma autónoma. Pero esto no es suficiente ni para la ética ni para la medicina, que durante toda su historia ha intentado encontrar, en cada caso, el mejor curso de acción[103]. De otro modo, se habría abandonado (dejado morir) a muchos pacientes ante el primer síntoma de desesperación debido a la enfermedad.

En conclusión podríamos decir que el principio de autonomía presentado por Beauchamp y Childress asemeja mucho al concepto fuerte de autonomía propio del liberalismo. Dicho concepto parece más propio de un texto legal que de un texto de ética médica[104]. Sin poner en duda la necesidad de que sea el paciente quien tome las decisiones que se refieren a su patología, nos parece que la insistencia en ese concepto de autonomía lleva a un empobrecimiento de la reflexión ética y a un distanciamiento de la tradi

tice: a Study of the Virtuous Practitioner, The Royal College of General Practitioners, Londres 1999, p. 16).

[102] Cfr. PoBE, p. 128.

[103] «Il cosiddetto principialismo finora adottato (...) risulta infatti insufficiente da solo ad affrontare problematiche di grande complessità e di enorme incidenza sulla vita (...) dove il rispetto della decisione individuale non basta, ma è necessario fissare con precisione il limite oggettivo invalicabile» (G. PIANA, *I nodi critici*, "Rivista di Teologia Morale" 129 [2001], p. 33).

[104] El siguiente texto procedente de una sentencia puede ayudar a entender lo que explicamos: «a mentally competent patient has an absolute right to refuse to consent to treatment for any reason, rational or irrational, or for no reason at all, even where that decision may lead to his or her own death» (Ms B *vs*. An NHS Hospital Trust. 2002. EWHC 429 Fam en *Editorials. Withdrawal of Life Sustaining Treatment*, "British Medical Journal" 325 [2002], p. 176).

ción médica multisecular[105]. No se entra a valorar la calidad de las decisiones, sino que se permanece en la constatación de que se han realizado de modo autónomo. Sin embargo, es justamente la evaluación racional de los distintos tipos de acción la tarea propia de la ética. Evaluación que, en ámbito biomédico, ha de tener en cuenta de modo particular todo lo que se refiere a la indicación clínica.

3.2 El concepto de calidad de vida

Beauchamp y Childress reconocen el peligro de caer en un concepto fuerte de autonomía, y utilizan por ello otros instrumentos que servirían de contrapeso[106]. Entre ellos ocupa un lugar principal el concepto de calidad de vida, que consideran un «concepto ético esencial»[107]. La calidad de vida juega un papel importante a la hora de tomar decisiones en relación a enfermos incompetentes para realizar elecciones autónomas[108]. También sería el elemento clave para establecer si un tratamiento es obligatorio u optativo[109].

En relación a esta cuestión nos parece necesario realizar algunas observaciones. La primera es que el concepto de calidad de vida que presentan es muy vago. No hay indicaciones precisas sobre el modo en el que hay que entenderlo. Además en el panorama

[105] «The majority of the participants in this case conference worry that principlism arbitrarily limits the ethical playing field» (J. P. WIND, *Afterword* en E. R. DUBOSE, R. P. HAMEL y L. J. O'CONNELL (eds.), *Matter of Principles*…, p. 364).

[106] Explican que en ocasiones, el mejor interés para el paciente puede ir en contra de lo que él mismo escribió en una directiva previa (cfr. PoBE, pp. 98-103). Otros autores consideran que el médico no podría actuar nunca en contra de una decisión autónoma del paciente. Beauchamp explica que no es esa su posición (cfr. R. R. FADEN y T. L. BEAUCHAMP, *A History and*…, p. 19).

[107] PoBE, p. 209.

[108] En muchos de esos casos se hace referencia al mejor interés del paciente, que según nuestros autores «it is therefore, inescapably a quality of life criterion» (PoBE, p. 102).

[109] El otro criterio para dirimir estas cuestiones sería la indicación clínica. El problema es que esta última tiene muy poco peso después en el análisis de los casos que realizan nuestros autores (cfr. PoBE, p. 136).

bioético actual este concepto es infinitamente maleable[110], por lo que difícilmente podrá servir como instrumento éticamente válido para llegar a una buena decisión[111].

Por otro lado, como hemos visto en el capítulo anterior, Beauchamp y Childress reconocen que la calidad de vida no puede ser un concepto puramente subjetivo, y no ha de confundirse con el valor que otros puedan dar a la vida de un determinado paciente, ni se puede medir en relación a las cargas que supone para la familia. También afirman que no es un criterio adecuado para determinar el valor de una vida humana[112]. Sin embargo, sostienen que «cuando la calidad de vida es tan baja que intervenciones agresivas o cuidados intensivos producen más daño que beneficio para el paciente, está justificado no empezar o suprimir un tratamiento»[113]. ¿Cuáles serían estas situaciones de muy baja calidad de vida? Los ejemplos que ponen, como ya hemos visto, son el daño cerebral grave por asfixia, la enfermedad de Tay-Sachs y la enfermedad de Lesch-Hyhan. Coincidimos en la afirmación de que está justificado no realizar un tratamiento que proporcionará más

[110] «Ma "qualità di vita" è un termine infinitamente malleabile. Non si trovano due persone che diano la stessa definizione di vita soddisfacente» (E. D. PELLEGRINO, *Le decisione al…*, p. 882).

[111] Nuestros autores explican que la calidad de vida debe apoyar sobre criterios sólidos (*defensible criteria*), que no se especifican (cfr. PoBE, p. 136). Por otro lado esta necesidad de criterios sólidos entraría en conflicto con las afirmaciones hechas en el capítulo sobre el respeto de la autonomía, donde explican que cada paciente valorará los pesos y beneficios según sus propios criterios (*in light of their own assessment*): cfr. PoBE, pp. 124 y 128.

[112] Esta es la conclusión a la que llega el tribunal supremo de Massachusetts en el caso de Joseph Saikewicz. Se trata de un sujeto de 68 años con un coeficiente de inteligencia muy bajo al que se le diagnostica una leucemia con pocas posibilidades de curación (el tratamiento quimioterápico presenta una remisión de entre 30-50% para un periodo de entre 2 y 13 meses). El primer tribunal había justificado el rechazo del tratamiento por la escasa calidad de vida para el paciente. La corte suprema rechaza esa justificación diciendo que no se puede equiparar el valor de la vida con la medida de la calidad de vida. Este segundo tribunal justifica el rechazo del tratamiento, pero de otro modo: mediante un balance de los beneficios y pesos que supondrá para el paciente. Solución que comparten Beauchamp y Childress (cfr. PoBE, p. 136).

[113] PoBE, p. 138.

daño que beneficio[114]. Pero la justificación no puede apoyar en la baja calidad de vida, sino en una adecuada aplicación de criterios clínicos. La duda en estos casos está en relación a la intervención terapéutica y no a la "calidad" de la persona enferma. Indudablemente junto al criterio clínico habrá que considerar también las preferencias del paciente, si se conocen, así como los costes que esa intervención supone, no sólo desde el punto de vista económico, sino también los pesos para el propio paciente, la familia y la sociedad en general[115]. Podríamos decir que la calidad de vida no sirve como criterio discriminatorio: no nos dice si se ha de actuar o no; o hasta dónde hay que hacerlo. Se puede utilizar como intento de justificar una decisión ya tomada, pero siempre habrá que explicar cuáles son las verdaderas razones por las que se ha elegido ese curso de acción y no otro de entre los posibles[116].

Un tercer punto en relación con el anterior es que el criterio de la calidad de vida se utiliza en muchas ocasiones para realizar decisiones sobre pacientes inconscientes o incapaces de realizar por ellos mismos dichas decisiones. Es innegable que en ocasiones el paciente puede rechazar un tratamiento que esté indicado clínicamente, por considerarlo una carga demasiado pesada en sus

[114] Habría que aclarar también qué entienden Beauchamp y Childress al decir que está justificado no comenzar o suprimir un tratamiento. Recuérdese que en las páginas anteriores han explicado como no tendría significación moral la diferencia entre técnicas de mantenimiento (*sustenance technologies*) y tratamientos médicos (*medical treatments*), con lo que se podría estar justificando "dejar morir" a estos pacientes por su baja calidad de vida. En los tres ejemplos mencionados el abandono de los medios de sostén vital podría configurarse en muchas ocasiones como una auténtica eutanasia por omisión.

[115] Estos tres criterios (eficacia terapéutica, beneficio para el paciente y costes) aparecen en el artículo de Pellegrino antes mencionado (cfr. E. D. PELLEGRINO, *Le decisioni al…*, pp. 877-78). Nos parece que distinguen bien los diferentes ámbitos de responsabilidad, cosa que con frecuencia queda oscurecido cuando se habla sin mayor especificación del balance entre beneficios y pesos. El médico ha de estudiar el caso teniendo en cuenta los parámetros clínicos, sin entrar a valorar la oportunidad de las diferentes maniobras diagnósticas o terapéuticas en relación a una intuitiva consideración de la calidad de la vida, que sólo puede ser considerada adecuadamente desde la perspectiva del paciente.

[116] Esta es la razón por la que Ramsey dice que el criterio de calidad de vida que utilizan Beauchamp y Childress para justificar algunos casos de suicidio asistido, no puede evitar el deslizamiento hacia la eutanasia involuntaria (cfr. PoBE, pp. 136-37).

circunstancias; incluso cuando suponga una muerte próxima. Sin embargo, difícilmente otra persona podrá tomar por él una decisión de este tipo. ¿Con qué criterios habría de hacerlo? La calidad de vida no parece responder satisfactoriamente a esa pregunta. Un ejemplo claro lo tenemos en el caso del recién nacido con síndrome de Down y fístula traqueo-esofágica cuyos padres rechazan el tratamiento quirúrgico, con la consiguiente muerte del niño. Aunque Beauchamp y Childress consideran que en este caso se debería haber realizado la intervención, nada pueden objetar a los padres si basan su decisión aludiendo a la pobre calidad de vida que tendrá el niño en el futuro. Por eso, si la calidad de vida resulta en general una herramienta bastante imprecisa, se hace inservible a la hora de tomar decisiones por sustituto.

Un último punto en relación a la calidad de vida es su estrecha relación con el concepto de vida digna de ser vivida, como explican Beauchamp y Childress. Aunque en ningún momento llegan a afirmar que una vida no sea digna de ser vivida, sí señalan que los años de vida sanos serían más dignos que los años gravemente enfermos[117]. Este punto también resulta problemático, pues supone un concepto de dignidad extrínseco a la vida humana, y por tanto, dependiente de otros parámetros, con el consiguiente peligro de utilizar la mayor o menor dignidad como criterio discriminatorio[118]. En este mismo sentido resulta también problemática otra afirmación de Beauchamp y Childress. Escriben que el principio de no-maleficencia no implica el mantenimiento de la "vida biológica" sin tener en cuenta el dolor del paciente, su sufrimiento y desasosiego[119]. Ciertamente la consideración de estos parámetros es importante. Sin embargo, no parece acertado hablar de "vida biológica", como para diferenciarla de una "vida personal",

[117] Cfr. PoBE, p. 209.

[118] Viafora explica que «se la qualità viene interpretata secondo parametri unicamente funzionali, [rischia] di codificare un nuovo concetto di "normalità sociale" che sarebbe fonte di inevitabili discriminazioni» (C. VIAFORA, *I principi della*…[1993], p. 34). Nuestros autores no llegan al extremo de considerar diferentes clases de seres humanos en relación a su diferente dignidad, pero dejan la puerta abierta. Algunos autores, como Peter Singer, basan muchas de sus justificaciones morales en esa presunta diferente dignidad.

[119] Cfr. PoBE, p. 135.

pues supone un dualismo antropológico y la posibilidad de justificar en el plano moral la discriminación de un determinado grupo de enfermos graves.

Podemos cerrar este apartado diciendo que los conceptos de autonomía y de calidad de vida ocupan un lugar importante en la propuesta de Beauchamp y Childress. Indudablemente estos autores los utilizan como instrumentos conceptuales para llegar a buenas decisiones morales. Sin embargo, tanto el concepto fuerte de autonomía como la vaga definición de la calidad de vida, y la difícil relación entre ellos condiciona un tipo de razonamiento moral demasiado subjetivo. En este sentido, el principialismo estaría incurriendo en la misma laxitud moral que Beauchamp critica a la casuística[120].

4. CRÍTICAS EN RELACIÓN A LA FUNDAMENTACIÓN

En este apartado estudiaremos la relación del principialismo con las teorías éticas: una cuestión que ha dado origen a muchas críticas. Como recordamos del primer capítulo, Beauchamp y Childress dedican un buen número de páginas del libro a describir las distintas teorías morales que predominan en el panorama ético actual. Estudian el utilitarismo, la ética kantiana, las teorías individualistas liberales, las comunitarias, y las éticas del "cuidado". Todas ellas tendrían elementos interesantes para el análisis moral, pero ninguna sería del todo convincente y completa[121]. De modo que para su propuesta no eligen ninguna de ellas como punto de referencia. Fundamentan el principialismo en lo que denominan la moralidad común[122]. Sin embargo, los cuatro principios serían

[120] «Casuists have no clear methodological resource to prevent a biased development of cases and neglect of relevant features of cases. This problem caused the decline of casuistry after 1650, when it became increasingly evident that opposite conclusions could be easily "justified" by competing casuistical forms of argument. It was so-called 'moral-laxity' that destroyed classical casuistry. The same laxity will doom contemporary casuistry unless it is fortified by more stable principles» (T. L. BEAUCHAMP, *Principles and Other Emerging Paradigms in Bioethics*, "Indiana Law Journal" 69 [1994], p. 965).

[121] PoBE, pp. 340-77.

[122] Vid. capítulo II, 4.1.2.

compatibles con cualquiera de las teorías mencionadas, y especialmente con las teorías deontológicas y utilitaristas[123].

4.1 El principialismo y las teorías éticas

Clouser y Gert califican de *anthology syndrome* el análisis que Beauchamp y Childress hacen de las diferentes teorías éticas, y la conclusión a la que llegan. Explican que a la hora de solucionar los casos concretos estos autores toman elementos de una u otra teoría según les interesa. No sólo no presentan una teoría moral unificada sino que oscurecen la necesidad misma de su existencia. Clouser y Gert concluyen que, aunque los autores del principialismo no quieran adimitirlo, en realidad en su propuesta son los principios el último tribunal de apelación. No es posible ir más allá para buscar elementos morales que puedan aclarar su significado o dirimir un conflicto entre ellos[124]. Este problema, continúan Clouser y Gert, estaría ya presente en el trabajo de Frankena, que es uno de los precursores de Beauchamp y Childress[125]. La

[123] Cfr. PoBE, pp. 376-77.

[124] «It is difficult to imagine any respectable discipline proceeding in a similar fashion» (K. D. CLOUSER y B. GERT, *A Critique of…*, pp. 230-32). En este artículo pueden encontrase afirmaciones fuertes contra el principialismo, que según estos autores equivoca la naturaleza de la moralidad y confunde la fundación de la ética (p. 220). Sobre el *anthology syndrome* ver también B. GERT, C. M. CULVER y K. D. CLOUSER, *Bioethics: a Return to Fundamentals*, Oxford University Press, New York 1997, p. 75. Clouser explica en otro artículo cuál fue el origen de su crítica al principialismo: «What originally initiate our interest in and critique of principlism was the abundance of medical ethical articles citing the various principles as a kind of "proof-testing". That is, the only "arguments" that appeared in the articles were the citing of this or that principle, as though that was all that was needed to prove the point. That led us to examine the principle more closely to see how it in any case established the point being argued. It seemed to us that the principled cited could not determine much of anything, let alone the point being argued» (K. D. CLOUSER y B. GERT, *Concerning Principlism and…*, p. 184). El mismo Beauchamp llega a afirmar que el artículo que Clouser y Gert publicaron en 1990 «came to occupy a near canonical position in the literature concerned with methodology in bioethics and the critique of a principle-based approach» (T. L. BEAUCHAMP, *Principles or Rules?* en L. M. KOPELMAN (ed.), *Building Bioethics: Conversations…*, p. 15).

[125] En el libro de Frankena *Ethics* se dan dos principios básicos para la ética: la beneficencia (que procede a su vez del principio de utilidad) y la justicia, pero no se explica cómo han de articularse. Es claro que la beneficencia y la justicia

falta de fundamentación sólida de la propuesta hace que el principialismo ayude a fomentar un cierto relativismo moral presente en los libros de bioética[126], heredado de un sector del ámbito teológico[127]. Piana llega a calificar la propuesta de pragmatismo avalorial basado en el solo recurso a las reglas. Y dice que sería insuficiente para el abordaje de las complejas cuestiones que se plantean en el ámbito moral[128].

Por su parte, Pellegrino y Thomasma, hablan de una pérdida de sustrato dentro de una tradición moral concreta[129]. Mientras que Engelhardt y Wildes sostienen que no sería posible justificar el contenido "incluído en", "derivado de" y "presupuesto en" los

son dos elementos importantes del discurso ético, pero no se pueden considerar simplemente como "principios" autónomos, que habrá que aplicar según los casos. «We suspect that he fails to recognize that he has no theory, and so does not recognize that a theory needs to specify how it is to be applied» (K. D. CLOUSER y B. GERT, *A Critique of…*, p. 226).

[126] «This relativism seems to be endorsed by their diagram having theories at the top of the hierarchy rather than a single unified ethical theory. This same kind of ethical relativism is endorsed by almost all anthologies in medical ethics, as well as in all other areas of applied and professional ethics» (*ibid.*, p. 231). Ver también, B. GERT, C. M. CULVER y K. D. CLOUSER, *Bioethics: a Return…*, p. 75. Este relativismo se confirma con el empleo de la categoría *prima facie* (de los principios), y con la falta de consideración de la incompatibilidad de ciertas teorías éticas entre sí (cfr. L. CICCONE, *Bioetica…*, p. 39).

[127] El relativismo moral presente en muchos discursos de bioética sigue casi a la letra las posiciones de la "ética de la situación", que tuvo no poca importancia en la teología protestante de los años Sesenta, y que encontró también una cierta acogida en ámbito católico (cfr. S. PRIVITERA, *Sui principi della…*, p. 49).

[128] G. PIANA, *I nodi critici…*, p. 33. «Il cosiddetto principialismo finora adottato (...) risulta infatti insufficiente da solo ad affrontare problematiche di grande complessità e di enorme incidenza sulla vita (...) dove il rispetto della decisione individuale non basta, ma è necessario fissare con precisione il limite oggettivo invalicabile, perché in causa non è soltanto il bene della persona che si assoggetta all'intervento, ma spesso il bene delle generazioni future e persino -come già si è ricordato- il destino della specie umana» (p. 35). Sobre la dificultad del principialismo para abordar las complejas cuestiones del ámbito biomédico ver también J. BRAND-BALLARD, *Consistency, Common Morality, and Reflective Equilibrium*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 13 (2003), pp. 253-55.

[129] Cfr. E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Virtues in…*, p. 19. Una crítica similar la encontramos en T. TOMLINSON, *Casuistry in Medical…*, pp. 5-20.

principios[130]. Finnis y Fisher critican la pérdida de referencia racional que haría caer al principialismo en un puro legalismo. Según estos autores, los principios parecen nacer como por generación espontanea (hablan de *oracular foundation*), y sin embargo han de ser estrictamente aplicados[131]. Por su parte, Sgreccia señala que el planteamiento principialista, aun conteniendo indudables elementos válidos para una ética biomédica, falla en su fundamentación antropológica y ontológica[132].

Ante estas críticas Raanan Gillon, uno de los mayores exponentes del principialismo en ámbito europeo, responde que la propuesta de Beauchamp y Childress nunca ha pretendido proporcionar una teoría ética. Simplemente recoge unos principios compatibles con las teorías ya existentes[133].

[130] «An examination of the failure of the modern moral philosophical project leads to recasting the four principles because of the inability to justify the content usually ascribed to, derived from, or presupposed to be in them» (H. T. ENGELHARDT y K. W. WILDES, *The Four Principles*..., p. 137). En otro escrito, Wildes explica que las críticas que el principialismo ha recibido con relación a la justificación moral, proceden también de aquellas propuestas que se situan en su mismo nivel, como el intuicionismo, la casuística y la ética feminista (cfr. K. W. WILDES, *Moral Acquaintances. Methodology*..., p. 57).

[131] Cfr. J. FINNIS y A. FISHER, *Theology and the*..., p. 35.

[132] «La formulazione dei principi senza una fondazione ontologica e antropologica rende i principi confusi e sterili. È necessaria una sistematizzazione e una gerarchizzazione a fine di armonizzarne e unificarne il significato. E ciò può avvenire solo rielaborandoli e definendoli all'interno di una teoria etica unificata che ha nella persona umana il suo criterio ultimo» (cfr. E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*..., pp. 173-74).

[133] «The four principles were never claimed to provide a moral theory, coherent or otherwise; it was only claimed for them that they are *compatible* with many (I believe most) different moral theories, themselves often mutually incompatible» (R. GILLON, *The Four Principles*..., p. 321). «Clouser and Gert are correct in their thesis that we lack a complete moral theory. Their ambition is to present a *general* ethical theory developed independently of bioethics and then subsequently used to treat bioethical problems, but Childress and I have never presented our framework of four principles in this way (...) We have expressed a constrained skepticism about this foundationalism and are doubtful that such a unified foundation for ethics is discoverable» (T. L. BEAUCHAMP, *Principles or Rules?*..., p. 22).

4.2 La moralidad común como fundamento del principialismo

Antes de abordar la cuestión sobre la compatibilidad del principialismo con las diferentes teorías morales, veamos brevemente lo que nuestros autores entienden por moralidad común, y cuáles han sido las críticas que se han hecho en relación a su capacidad para fundamentar la propuesta.

La moralidad común es, en palabras de Beauchamp, el «corazón de nuestra propuesta»[134]. Contiene «las normas morales que unen a todas las personas en todas partes»[135]. En otro artículo Beauchamp explica que muchas personas pueden no compartir esas normas, pero que sí lo harán todas aquellas que estén «empeñadas en conseguir los objetivos de la moralidad». Objetivos que se concretan en la promoción del desarrollo humano mediante la lucha contra todo aquello que conlleva una peor calidad de vida[136]. Las normas de la moralidad común serían necesarias para la supervivencia de la sociedad; y al no tener un origen común no sería posible relacionarlas con un primer principio moral[137].

Beauchamp señala algunos ejemplos de reglas obligatorias de la moralidad común: no matar, no provocar dolor o sufrimiento a otros, prevenir el mal, rescatar a personas en peligro, decir la verdad, alimentar a los jóvenes y dependientes, mantener las promesas, no robar, no castigar al inocente y tratar a todas las personas con la misma consideración moral[138]. Estas normas, al ser medios para conseguir los objetivos de la moralidad, podrían cambiar con

[134] «These principles are the real source of moral fundamentalism because they form the core of the common morality, which is the core of our account» (T. L. BEAUCHAMP, *The Mettle of Moral Fundamentalism: A Reply to Robert Baker*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 8 [1999], pp. 393-94).

[135] «Common morality contains moral norms that bind all person, in all places; no norms are more basic in the moral life» (PoBE, p. 3).

[136] «I define the "common morality" as the set of norms shared by all persons committed to the objectives of morality. The objectives of morality, I will argue, are those of promoting human flourishing by counteracting conditions that cause the quality of life of people's life worsen» (T. L. BEAUCHAMP, *A Defense of…*, p. 260). «The object of morality is to prevent or limit problems of indifference, conflict, hostility, scarce resources, limited information, and the like» (*ibid..*, p. 261).

[137] Cfr. PoBE, p. 407.

[138] Cfr. T. L. BEAUCHAMP, *A Defense of…*, p. 260.

el tiempo, pues siempre será posible encontrar otras que cumplan mejor dichos objetivos. De todas formas, Beauchamp señala que esta posibilidad resulta muy poco probable[139].

Este concepto de moralidad común ha sido criticado desde distintas perspectivas. Gert, Culver y Clouser, que también ponen como fundamento de su propuesta la moralidad común, explican que su planteamiento es muy diferente al de Beauchamp y Childress. Mientras en estos últimos la moralidad común sería algo muy vago, los primeros proponen los procedimientos necesarios para la justificación de las reglas morales[140]. Brand-Ballard, en un extenso artículo sobre estas dos propuestas, pone de manifiesto cómo un mismo concepto (la moralidad común) sirve para construir teorías que comparten en realidad muy poco. Para este autor el concepto de moralidad común sería inconsistente, y puede causar a la larga una cristalización de ciertos modos de justificar algunos comportamientos en el ámbito biomédico que no serían adecuados en absoluto[141].

Por su parte, Turner y DeGrazia hacen una crítica al concepto de moralidad común desde un punto de vista empírico. Turner desafía tres afirmaciones en relación a la justificación de la propuesta de Beauchamp y Childress. En primer lugar, la posibilidad de utilizar un concepto de moralidad universal como fuente para las indicaciones normativas. Por otro lado, la supuesta relación esta

[139] Cfr. *ibid.*, p. 270.

[140] «However, the similarity is purely superficial. It is true that, like Ross, we "put forward a relatively small number of central principles or rules", but unlike Ross and Beauchamp, we make clear that these rules are part of a larger system. It is also true that, like Ross and Beauchamp, we regard our rules as "subject to being overridden by other moral considerations". But, unlike Ross and Beauchamp, we regard the moral system as incorporating not merely the rules, but also the morally relevant procedures and the two-step procedure for deciding whether a violation of a moral rule is justified. It is because he ignores our claim that morality is a system that contains a procedure for deciding the justifiability of a moral rule violation, that he incorrectly claims that, like Beauchamp and Childress, we "invoke the metaphor of balancing and weighing"» (B. GERT, C. M. CULVER, y K. D. CLOUSER, *Common Morality Versus…*, p. 318). De todos modos, algunos piensan que los dos planteamientos son bastante similares: vid. H. S. RICHARDSON, *Specifying, Balancing, and…*, pp. 291-94.

[141] Cfr. J. BRAND-BALLARD, *Consistency, Common Morality…*, pp. 253-55.

ble entre dichas indicaciones y la moralidad común (en definitiva estaría criticando el concepto de equilibrio reflexivo utilizado por nuestros autores). En tercer lugar, la especificación de determinadas políticas sanitarias en relación a este concepto de moralidad común[142]. En realidad, Turner ve con sospecha la posibilidad de encontrar normas morales universales. Explica que Beauchamp y Childress afirman su existencia sin demostrarla[143]; y sugiere un estudio histórico y geográfico serio para intentar clarificar este punto. Nos parece que las observaciones de Turner son acertadas en el sentido de que la moralidad común propuesta por Beauchamp y Childress sería insuficiente como sustrato para la justificación de las normas morales. Sin embargo, lo que Turner sostiene no sería otra cosa que una posición extrema de la ética descriptiva que está criticando en Beauchamp y Childress. Ya que, aunque se demuestre empíricamente la existencia de una serie de creencias morales en diferentes momentos y lugares, habrá siempre que realizar el estudio racional del contenido moral de dichas creencias. El estudio descriptivo puede resultar interesante como punto de partida, pero será incapaz de explicar por qué determinados sistemas normativos son mejores que otros[144].

En esta perspectiva se mueve la crítica de DeGrazia. Este autor defiende en líneas generales la propuesta de Beauchamp y Childress e intenta realizar una crítica constructiva. Para DeGrazia, el concepto de moralidad común del principialismo sería insuficiente si quiere evitar convertirse en una mera ética descriptiva. Dicho concepto necesita tomar más en serio la teoría de la coherencia

[142] Cfr. L. TURNER, *Zones of Consensus*…, p. 193.

[143] «Even if they gathered empirical support for the existence of cross-cultural norms and practices, there is no reason to assume that the norms they discovered would support their explication of the various principles of biomedical ethics» (*ibid.*, p. 202). Pone el ejemplo de estudios realizados en Japón, Italia, China y Etiopía sobre la comunicación médico-enfermo, donde se justifica el ocultar las malas noticias a los pacientes moribundos. En esos casos, serían los principios de beneficencia y no-maleficencia los que tomarían la primacía sobre la autonomía (al contrario de lo que sucede en el libro de Beauchamp y Childress).

[144] A este respecto nos parece interesante el comentario de Finnis sobre la ética descriptiva: no podemos hacer ética simplemente repitiendo lo que la gente opina, sino identificando aquel (aquellos) bien(es) último(s) que puedan resultar inteligibles para nosotros (cfr. J. FINNIS, *Fundamentals of Ethics*…, p. 18).

propuesta por estos mismo autores, aunque ello genere algunos desacuerdos[145]. Dicho con otras palabras, lo que DeGrazia está pidiendo es una mayor claridad en las afirmaciones de nuestros autores, aunque ello les haga perder cierto consenso[146].

Coincidimos con DeGrazia en la necesidad de una mayor clarificación del concepto de moralidad común. Junto a eso nos parece necesario también una revisión de lo que nuestros autores entienden como "objetivos de la moralidad". Indudablemente la mejora de las condiciones externas de las personas entra dentro de dichos objetivos, sin embargo resulta muy pobre en una propuesta ética que pretenda ayudar al crecimiento moral de la persona[147].

4.3 El principialismo entre deontología y utilitarismo

Volvamos ahora a la cuestión sobre la compatibilidad del principialismo con las diferentes teorías morales. Hemos de empezar diciendo que dicha compatibilidad ha sido negada por algunos autores: Clouser y Gert[148], Barrio[149], Green[150] y Privitera[151]. Sabemos

[145] Este autor está en desacuerdo con la afirmación de que «attempts to bring the common morality into greater coherence through specification risk decreasing rather that increasing moral agreement in society» (PoBE, p. 407): vid. D. DEGRAZIA, *Common Morality, Coherence…*, p. 226). DeGrazia distingue entre una "moralidad común 1" que correspondería con un conjunto de creencias morales ampliamente compartido; y la "moralidad común 2", aquel conjunto de creencias morales que sería ampliamente compartido por las personas moralmente serias que basan sus decisiones en juicios ponderados. Si el principialismo, continúa este autor, permanece a nivel de "moralidad común 1" no podrá evitar la etiqueta de descriptivismo (cfr. *ibid.*, pp. 222-23).

[146] DeGrazia explica que para evitar desacuerdos el principialismo llega a afirmaciones que parecen contradictorias. Pone el ejemplo de la justificación del suicidio asistido. Beauchamp y Childress por un lado lo justifican en algunos casos; y por otro ponen en guardia ante el peligro de la *slippery slope* en la eutanasia.

[147] Nos parece que también a este nivel es posible descubrir la mayor riqueza de una propuesta moral que propone como objetivo la búsqueda de la vida buena para el hombre, en relación a la que simplemente proporciona unas normas de comportamiento. Sobre este punto remitimos al excelente libro de G. ABBÀ, *Quale impostazione per la filosofia morale*? LAS. Roma 1996.

[148] Utilizar los cuatro principios supone en realidad usar inconscientemente elementos de cuatro propuestas morales que son incompatibles entre sí: Mill (be-

que Beauchamp puede englobarse dentro del utilitarismo de la regla, mientras que Childress se encuadra en el marco de la deontología[152]. Vamos a ceñir nuestro estudio a estas dos grandes corrientes de la filosofía moral contemporánea. Intentaremos responder a la pregunta sobre cómo se manifiesta esa diferente perspectiva en el libro. Concretamente se trata de estudiar si el principialismo es, o no, com-patible con un planteamiento deontológico y con uno utilitarista[153].

Indudablemente a lo largo del libro encontramos algunas afirmaciones que son totalmente compatibles con una perspectiva deontológica. En el capítulo sobre el respeto de la autonomía, por ejemplo, podemos leer que «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»[154]. Al hablar de la especificación del principio de no-maleficencia se dice que incluye en su contenido «no matar, no causar dolor o sufrimiento, no incapacitar, no ofender, no privar a

neficencia/utilidad), Kant (autonomía), Rawls (justicia) y Gert (no-maleficencia): cfr. K. D. CLOUSER y B. GERT, *A Critique of…*, p. 223.

[149] Cfr. J. M. BARRIO MAESTRE, *La bioética, entre la resolución de conflictos y la relación de ayuda. Una interpretación crítica del principialismo*, "Cuadernos de Bioética" 11 (2000), p. 296.

[150] Cfr. R. M. GREEN, *Method in Bioethics: a Troubled Assessment*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 15 (1990), pp. 179-97.

[151] Cfr. S. PRIVITERA, *Sui principi della…*, p. 46.

[152] Vid. capítulo II, 1.2.

[153] El primer problema sería determinar qué se entiende por teoría deontológica y utilitarista, ya que bajo estas denominaciones encontramos autores muy diferentes. Para nuestro objetivo será suficiente seguir aquí las indicaciones de la *Encyclopedia of Bioethics*. Las teorías deontológicas son aquellas que «take moral judgments of action as basic, and they regard the fundamental ethical task for persons as one of doing the right—or, perhaps more commonly, of avoiding doing the wrong thing (…) deontotological theories characteristically guide action with a set of moral principles or moral rules». Por su parte, las teorías consecuencialistas (donde estaría incluído el utilitarismo) «take judgments of the value of the consequences of actions as most basic. According with these theories, one's crucial ethical task is to act so that one will bring about as much as possible of whatever the theory designates as most valuable» (D. W. SOLOMON [(1995), bibliography revisited], *Normative Ethical Theories* en S. G. POST [ed.], *Encyclopedia of Bioethics…*, vol. II, pp. 815-16).

[154] PoBE, p. 64.

otros de los bienes de la vida»[155]. El principio de beneficencia supone «la obligación moral de actuar en beneficio de los otros»[156]. Por último, al hablar del principio de justicia nuestros autores señalan que «los iguales deben ser tratados igualmente, y los desiguales deben ser tratados desigualmente»[157].

Sin embargo, esta perspectiva deontológica es más aparente que real. Un poco más adelante de la afirmación sobre la autonomía apenas transcrita, podemos leer que «para que este principio sirva como guía práctica para la conducta tiene que ser especificado en función del contexto, y si la especificación es apropiada señalará cuáles son las excepciones válidas»[158]. El problema está en que a la hora de presentar dichas excepciones, si no se proporciona una justificación racional adecuada, en realidad lo que se hace es dejar abierto un camino por el que cabría plantear todo tipo de excepciones. La resolución de los problemas concretos sigue en la mayoría de los casos una línea de razonamiento marcadamente utilitarista, como se puede poner de manifiesto con algunos ejemplos.

Beauchamp y Childress son contrarios a la eutanasia, aunque admiten algunos casos de suicidio asistido[159]. En buena parte la justificación de dichos casos recae sobre la petición autónoma por parte del paciente, pero ellos mismos reconocen que no todas las peticiones de este tipo deben seguirse. En el caso McAfee, un paciente tetrapléjico, el suicidio asistido se justifica porque el paciente «encuentra su vida intolerable»[160]. En el caso del doctor Quill se justifica porque su paciente, con una leucemia difícilmente tratable, pide la asistencia al suicidio de modo espontáneo, y además existe una buena relación médico paciente que se mantiene desde

[155] PoBE, p. 117.
[156] PoBE, p. 166.
[157] PoBE, p. 227.
[158] PoBE, p. 64.
[159] Explican que hay «bastantes casos de justificado suicidio asistido» (PoBE, p. 150). La autoridad pública tendrá que velar para que no se den abusos, y para desanimar los suicidios asistidos injustificados, pero esto no puede afectar a «la justificación moral de la actuación del médico» (cfr. PoBE, pp. 151-52).
[160] PoBE, p. 150.

varios años atrás[161]. Sin embargo, para nuestros autores, la ayuda al suicidio de la señora Adkins no se justifica a pesar del diagnóstico de Alzehimer, ya que era capaz todavía de desarrollar muchas actividades ordinarias[162]. Por su parte, Beauchamp explica en un articulo reciente que no se debe cambiar la legislación en relación al suicidio asistido, no porque algunos de esos actos no estén justificados, sino porque las consecuencias a largo plazo podrían ser perjudiciales para la relación médico-paciente[163]

Algo semejante encontramos en el análisis del principio del doble efecto. Como hemos visto precedentemente nuestros autores no ven diferencia moral alguna entre la intervención de un tumor cervical durante el embarazo con pérdida del feto, la interrupción de un embarazo ectópico, la opción abortiva en el caso de cardiopatía grave, y el recurso a la craneotomía[164]. La razón está en que el resultado final (la consecuencia) en los cuatro casos es la pérdida del feto, independientemente del tipo de acción que en cada situación se realice.

Al explicar el concepto de especificación Beauchamp y Childress recurren al ejemplo de la mentira. Y sostienen que cabrían diferentes modos de especificar la norma correspondiente. Una posibilidad sería considerar que para hablar de mentira se requiere que el interlocutor tenga derecho a la información verdadera. O también se puede entender la mentira como faltar a la verdad injustificadamente, o solamente por obtener una ventaja personal, etc.[165]. Este segundo tipo de especificación es eminentemente utili

[161] Cfr. PoBE, p. 151.

[162] Cfr. PoBE, p. 149. Sobre la justificación del suicidio asistido Clouser y Gert señalan acertadamente que la referencia a Kant en relación al principio de autonomía no sería legítima, pues éste autor nunca lo justificaría tomando como parámetros el placer y el dolor (cfr. K. D. CLOUSER y B. GERT, *Morality vs. Principlism*…, p. 257).

[163] Cfr. T. L. BEAUCHAMP, *A Defense of*…, p. 269.

[164] Cfr. PoBE, p. 132.

[165] Cfr. PoBE, pp. 15-16. «For example, it is possible—thought unlikely—that the obligation to tell the truth could become severely dangerous to the well being of our friends and acquaintances and that we might therefore abandon the rule altogether» (T. L. BEAUCHAMP, *A Defense of*…, p. 270).

tarista: la regla se acepta en la medida en que no se puedan justificar (a través de las posibles consecuencias) excepciones válidas.

Un último ejemplo lo tenemos en la resolución del caso del paciente enfisematoso, que pide que le mantengan en vida todo lo posible. Al entrar en coma, el equipo médico y los familiares deciden desconectar el respirador artificial por considerarlo inútil. Beauchamp y Childress, aunque no escriban que esta elección sea la mejor, concluyen el caso explicando que dicho tratamiento no era obligatorio. Esta afirmación va en contra de enunciado del principio de autonomía, en cuanto el mantenimiento del respirador no suponía ningún «serio daño para otras personas», y había sido pedido a través de una elección autónoma. Como en los otros casos se toma la decisión haciendo referencia fundamentalmente a la utilidad final de la acción[166].

Los ejemplos mencionados nos parecen suficientes para señalar que el planteamiento de Beauchamp y Childress es fundamentalmente utilitarista, al que se añade una pátina de deontologismo[167]. Su propuesta está muy lejos de poder alcanzar la universa

[166] En este caso no se critica la decisión tomada, que podía ser efectivamente la más acertada, simplemente se trata de hacer ver que en la mayoría de los casos para Beauchamp y Childress no son las reglas las que tienen mayor peso en la decisión, sino el análisis de las consecuencias.

[167] Esta conclusión es contraria a lo que piensan autores como DeGrazia (discípulo de Beauchamp), quien sostiene que «one author, Beauchamp, held that rule-utilitarianism was preferable to any form of deontology; the other author, Childress, held that rule-deontology was preferable to any form of utilitarism. A close reading of the text reveals that neither fully endorsed either theory» (D. DEGRAZIA, *Common Morality, Coherence*…, p. 220). Sin embargo, otros autores llegan a nuestra misma conclusión: «parece que habría que concluir que más que un deontologismo moderado sea un utilitarismo mitigado» (J. J. FERRER, y J. C. ÁLVAREZ, *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, Declée De Brouwer, Bilbao 2003, p. 156). Viafora explica que la resolución de los conflictos entre los principios se hace mediante un análisis utilitarista, que en su opinión se separa de la propuesta de Ross que Beauchamp y Childress habían abrazado (cfr. C. VIAFORA, *I principi della bioetica* [1993]…, p. 14). A una conclusión similar llegan Mappes y Zembaty, aunque en este caso escriben que el mismo Ross no pudo evitar el deslizamiento hacia un tipo de utilitarismo: «Although it is fine to be told to make a considered decision, what exactly is worthy of consideration in reaching a decision? Can we resist, however vaguely, falling back on some sort of utilitarian standard? A rule-

lidad de unos imperativos categóricos capaces de guiar el proceso del juicio moral[168]. Quizá no sea adecuado concluir que se trata de una propuesta utilitarista pura, ya que se encuentran elementos característicos de otras teorías. De hecho el planteamiento original del libro estaría más en consonancia con una ética de raíz hobbesiana, del tipo de búsqueda de reglas para la colaboración social[169]. Recuérdese cómo nuestros autores parten de la experiencia de la *National Commission* en la que no fue posible encontrar valores compartidos para dar unos criterios que pudieran guiar la experimentación clínica, y se acudió a la formulación de unos principios aceptados por todos sus miembros. Por otro lado, la referencia a la moralidad común y su peso dentro de la propuesta hace pensar a una ética de matriz humeana.

Podemos concluir este apartado diciendo que en el libro de Beauchamp y Childress aparecen diferentes piezas, que son características de planteamientos éticos muy dispares. Estos elementos se engarzan a nivel teórico en lo que nuestros autores denominan un modelo coherente[170]. Sin embargo, a nivel práctico la valoración ética de las distintas cuestiones se hace fundamentalmente siguiendo un razonamiento utilitarista[171].

utilitarian, in particular, might argue that Ross's entire system of *prima facie* duties could be exhibited on the basis of a rule-utilitarian foundation. And in this way, the advantages of thinking in terms of *prima facie* duties could be combined with a utilitarian methodology for mediating among conflicting duties» (T. A. MAPPES y J. S. ZEMBATY, *Biomedical Ethics*, McGraw Hill, New York 1991 [3ª edición], p. 24).

[168] K. D. CLOUSER y B. GERT, *Morality vs. Principlism*..., pp. 255-57.

[169] La doctrina de Hobbes llegaría a nuestros autores a través de Rawls, que es uno de los autores más citados.

[170] En un escrito reciente Beauchamp reconoce que es necesario un mayor trabajo para la justificación de la propuesta de los principios (cfr. T. L. BEAUCHAMP y D. DEGRAZIA, *Principles and Principlism*..., p. 70).

[171] Esta constatación contrasta con algunos escritos antiguos de Childress. En un artículo de 1970 hace una fuerte crítica a la posición utilitarista, diciendo que se razona solamente en términos de hipótesis, al intentar calcular el valor (o la utilidad) de un individuo con respecto a otro. Este modo de justificación moral oscurece, si no elimina, el sentido trascendental de la persona; su dignidad como persona no puede ser reducido a su pasada o futura contribución a la sociedad (cfr. J. F. CHILDRESS, *Who Shall Live When Not All Can Live?* en N. S. JECKER, A. R. JONSEN, y R. A. PEARLMAN (eds.), *Bioethics: an Introduction to the History*,

5. CRÍTICAS EN RELACIÓN A LA CONSIDERACIÓN DEL AGENTE MORAL

Tras estudiar la relación del principialismo con las teorías éticas, consideramos en último lugar cuáles son las críticas que se han hecho al principialismo en relación a su caracterización del agente moral[172]. En esta área las críticas principales proceden fundamentalmente de autores de la llamada ética feminista, de la ética narrativa y de la ética de la virtud.

Tanto la ética feminista como la narrativa señalan que el principialismo pierde de vista muchos elementos que caracterizan la relación propia del acto médico. Su valoración quedaría reducida a una fría consideración de ciertas normas morales, sin tener en cuenta muchos de los detalles que hacen que una historia sea real, y no simplemente un caso tipo[173]. Brody, desde una perspectiva narrativa, dice que Beauchamp y Childress quedan atrapados en un sistema demasiado centrado en las cuestiones formales y poco atento a la vida del sujeto moral considerado como un todo. Las cuestiones se estudian de forma aislada, perdiendo de vista quién es la persona de la que se está tratando[174].

Methods, and Practice, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury 1997, p. 23 [original: "Soundings" 53 (1970), pp. 339-55]). Quizá las frecuentes referencias a autores como Rawls, o el mismo Ross, no sean más que un intento de evitar una propuesta utilitarista pura. Podemos recordar que Ross escribió su libro *The Right and the Good* como respuesta al utilitarismo de Moore.

[172] Viafora sostiene que la propuesta de Beauchamp y Childress subraya la dimensión normativa de la ética, pero tiende a excluir cualquier referencia al sujeto y a su conciencia (cfr. C. VIAFORA, *I principi della bioetica* [2003]…, p. 40).

[173] Un ejemplo de la crítica feminista lo encontramos en: A. L. CARSE, *The "Voice of Care": Implications for Bioethical Education*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 16 (1991), pp. 5-28; R. J. COOK, *Feminism and the Four Principles* en R. GILLON (ed.), *Principles of Health*…, pp. 193-206.

[174] «I have become convinced that formal frameworks, for all their values, need to be supplemented with other ethical approaches, based more on interpretation and judgment than on formal deduction or algorithm» (H. BRODY, *The Four Principles and Narrative Ethics* en R. GILLON (ed.), *Principles of Health*…, p. 207). Vid. también A. V. CAMPBELL, *Ideals, the Four*…, p. 247. Por su parte, Childress piensa que los debates entre el principialismo y la ética narrativa están frecuentemente mal planteados, ya que las dos propuestas comparten mucho más de lo que se piensa (cfr. J. F. CHILDRESS, *Narrative(s) Versus Norm(s): a Misplaced Debated in Bioethics* en H. L. NELSON (ed.), *Stories and Their Limits: Narrative Approaches to Bioethics*, Routledge, New York 1997, p. xix).

Ciertamente la consideración de la vida moral como un todo es un aspecto importante a la hora de hacer una propuesta ética completa. Sin embargo, nuestros autores podrían contestar que el objeto del libro es otro: trata de estudiar y resolver algunas cuestiones morales del ámbito biomédico especialmente complicadas. En este sentido, es cierto que muchos de los detalles particulares que configuran una situación real tienen una importancia moral muy relativa a la hora de realizar el juicio moral de la acción. Dicho de otro modo, al valorar una cuestión moral podemos distinguir entre elementos constitutivos para la moralidad y elementos accesorios. En las situaciones reales conocemos todos esos elementos, pero indudablemente es posible dar indicaciones generales para muchos casos, aunque no se conozcan todas las circunstancias. De otro modo no existirían libros de ética aplicada. Además, Beauchamp y Childress repetidamente señalan la importancia de conocer todos los detalles particulares del caso antes de tomar una decisión, y son bastante minuciosos a la hora de presentar las diferentes situaciones.

Quizá la crítica más seria en relación al agente moral sea la que hace referencia a la consideración del papel de las virtudes en el principialismo, y su relación con los demás elementos de la moralidad.

5.1 Papel de las virtudes en el principialismo

Recordamos que en la última edición del libro, Beauchamp y Childress tratan de las virtudes antes de describir cada uno de los principios. Con ello intentan mostrar la importancia que tendría en su propuesta, asegurando que sería equivalente a la de los principios[175]. Sin embargo, algunos autores piensan que su papel real es muy secundario[176]. El principialismo sostiene que las virtudes no son suficientes para saber lo que hay que hacer en cada momento. Necesitan las indicaciones normativas que les propor

[175] Sobre la importancia de las virtudes y su integración con el principialismo vuelve Beauchamp en un reciente escrito (cfr. T. L. BEAUCHAMP y D. DEGRAZIA, *Principles and Principlism*…, p. 67).

[176] Cfr. E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Virtues in*…, pp. ix-xii; ID., *The Christian Virtues*…, p. 4. Ver también P. GARDINER, *A Virtue Ethics*…, p. 297.

cionan los principios. En este sentido, para Beauchamp y Childress, en determinadas circunstancias sería posible actuar mal siguiendo los dictados de una determinada virtud. Y del mismo modo existirían situaciones en las que diferentes virtudes podrían entrar en conflicto, necesitando de los principios para su resolución.

Coincidimos plenamente en la afirmación de que las virtudes no son suficientes. Como bien explica Gardiner es necesaria la racionalidad práctica[177]. Sin embargo, la concepción que Beauchamp y Childress tienen de las virtudes morales dificulta enormemente la comprensión de su papel en el conjunto de la vida moral, y la relación que existe entre las dimensiones intelectiva y volitiva del actuar humano. De ahí procedería la deficiente conexión entre virtudes y principios que descubrimos en su propuesta.

Nuestros autores consideran la virtud sin un contenido moral específico, simplemente como un trazo del carácter que tiene algún valor social. Esta es la razón por la que requieren recibir desde fuera, desde las normas o principios, dicho contenido moral. Es por ello que, en el planteamiento de Beauchamp y Childress, las virtudes pueden ser una ayuda, o también un obstáculo, para realizar la acción correcta[178]. La consecuencia es que la virtud en

[177] «It is not sufficient to possess virtues; one must have the capacity to know when and how to exhibit them. Thus the virtuous person uses rationality (practical wisdom) to decide how to be» (*ibid.*, p. 298).

[178] La consideración de la virtud como un auxilio a las reglas morales sería la consecuencia, reconocida entre otros por Nietzsche, del error moderno de desviar la moral de las preguntas sobre el tipo de persona que se quiere ser hacia aquellas otras sobre qué elegir, y cómo elegir (cfr. A. MACINTYRE, *Tras la virtud*, Editorial Crítica, Barcelona 1987, p. 152). Este concepto de virtud es muy similar al de Hume que la caracteriza como la posesión de ciertos deseos que se aprueban (en relación a los vicios, que serían otros deseos que no son aprobados). Evidentemente con esta caracterización de la virtud es posible llegar a conflictos irresolubles de unas con otras (cfr. G. ABBÀ, *Quale impostazione per…*, p. 140). Un resumen histórico del cambio del concepto de virtud en la modernidad, hasta llegar al concepto de teoría "anti-virtud" se encuentra en L. PALAZZANI, *Bioetica dei principi e bioetica delle virtù: il dibattito attuale negli Stati Uniti*, "Medicina e Morale" 42 (1992), pp. 59-85.

este contexto no pasa de ser un elemento ornamental[179], y el juicio de prudencia queda reducido a la simple toma de decisiones.

5.2 La ética basada en dilemas frente a un concepto fuerte de virtud moral

Toon sugiere la recuperación en el ámbito de la ética médica del concepto de Tomás de Aquino, que caracteriza la virtud como un hábito electivo o disposición a actuar rectamente, o lo que es lo mismo, según la recta razón[180]. El hábito no supone uniformidad en la actuación, sino perfeccionamiento de la facultad a la que pertenece. En la propuesta del Aquinate la virtud moral requiere siempre de la prudencia para actuar de modo adecuado. La virtud moral es una disposición a actuar bien, pero necesita conocer la medida de ese actuar bien en la situación concreta (aquí y ahora). Este es el papel de la prudencia como virtud de la razón práctica. Las virtudes entendidas de este modo facilitan la acción buena, al mismo tiempo que hacen bueno al sujeto que actúa. Y la razón está en que la acción virtuosa requiere un acto de la voluntad dirigido a lo que es bueno para la persona, justamente porque es bueno. La virtud de la generosidad, por ejemplo, exige a la voluntad querer la acción generosa en cuanto acción generosa, y no simplemente la elección de un determinado tipo de acción por el hecho de que esté mandado. De esto se sigue que la virtud genera virtud, cosa que no le es posible hacer a la norma, ya que esta última simplemente exige un tipo de comportamiento, pero que puede realizarse sin ninguna buena intención. Con esto no se intenta decir que las normas no tengan un papel importante en el ámbito ético, sino simplemente que dicho papel no puede ser primario[181].

[179] Cfr. A. M. GONZÁLEZ, *Claves éticas para la bioética*, "Persona y Bioética", 15 (2002), pp. 57-69.

[180] Cfr. P. TOON, *Toward a Philosophy…*, p. 33.

[181] Ver, por ejemplo, A. RODRÍGUEZ LUÑO, *Experiencia moral y ética filosófica* en J. A. IBÁÑEZ-MARTÍN (ed.), *Realidad e irrealidad. Estudios en homenaje al Profesor Millán-Puelles*, Rialp, Madrid 2001, p. 161; ID., *La consideración axiológico-objetiva de las virtudes morales en la ética de santo Tomás de Aquino* en PONTIFICIA ACCADEMIA DI S. TOMMASSO (a cura di), *Atti del IX Congresso Tomistico Internazionale*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1991, vol. IV, p. 192.

5.2.1 La superioridad de la virtud frente a la norma según Gardiner

Para mostrar la superioridad del planteamiento de la virtud sobre el basado solamente en las normas, Gardiner pone el ejemplo de la persona que va a visitar a un amigo al hospital. ¿No es preferible acompañar al amigo por compasión y no simplemente por cumplir con una obligación? ¿No disfrutará más el paciente si sabe que la visita responde a un acto de caridad y no a una pura obligación?[182] Ciertamente en los dos casos se va a visitar al enfermo. La virtud no ha cambiado la decisión, al menos en esta situación. Sin embargo, podemos decir que ha cambiado muchas otras cosas. Ha cambiado, sobre todo, la actitud del agente: el modo de realizar la acción que ha decidido hacer.

Un planteamiento como el principialismo basado fuertemente en normas morales fácilmente queda reducido a un sistema de dilemas éticos, donde lo importante es determinar si una determinada actuación está obligada o no[183]. Ciertamente este punto es importante, pero reducir la ética o la bioética a la simple resolución de dilemas empobrece enormemente su contenido[184]. Se po

[182] Cfr. P. GARDINER, *A Virtue Ethics*…, p. 298.

[183] «La metodología que se ha descrito y que considero errónea [distinguir una ética teórica y una ética práctica] suele estancarse en una dialéctica de conflictos. Uno de los problemas típicos que esta metodología suele encontrarse es una aguda dificultad para aplicar los principios al problema, al que suele vérsele como un conflicto, que para muchos parece denotar una insuficiencia de los principios. Esto es lo que me parece que sucede con obras de importancia en Bioética como la de Beauchamp y Childress. Es usual en esta forma de proceder, comenzar por establecer los principios muy generales, que suelen coincidir con los del utilitarismo, para pasar posteriormente capítulo a capítulo a discutir las cuestiones propiamente bioéticas» (A. POLAINO-LORENTE, *Manual de bioética general*, Rialp, Madrid 1994, pp. 85-86). «My conclusion will be that the principles become devoid of useful moral content unless they are made to intersect with a set of ideals which are beyond the call of duty» (A. V. CAMPBELL, *Ideals, the Four*…, pp. 241-42).

[184] La bioética sí debe dar solución a las cuestiones que se plantean en relación a las nuevas tecnologías, pero no puede quedarse en una respuesta del tipo: lícito / ilícito (cfr. V. POSSENTI, *La bioetica alla ricerca dei principi: la persona*, "Medicina e Morale" 6 [1992], pp. 1075-96). El modelo basado en dilemas es problemático por varias razones: dificulta su aplicación a la ética médica, donde hay una gran gama de posibilidades; dificulta la idea de una "opción buena";

dría decir que pierde gran parte de lo que constituye la vida moral tal y como la conocemos en la actuación diaria donde muchas de las actuaciones no responden a directas obligaciones, sino que suponen actos virtuosos por parte de los sujetos interesados[185]. Por otro lado, la ética centrada en los dilemas tiene un problema añadido: la determinación de lo que se debe considerar como dilema. Mientras que la ética de la virtud supone un continuo preguntarse por la mejor actuación en cada momento, la sola consideración de la norma reduce la actuación moral a aquellas situaciones que caen dentro de sus formulaciones. Deja fuera por tanto muchas de las pequeñas cuestiones éticas que ayudan al crecimiento de la persona en cuanto sujetos morales, y que en ámbito biomédico algunos han englobado bajo el término de bioética cotidiana[186].

La virtud es capaz de descubrir nuevos posibles cursos de acción, cosa que la norma no hace. Gardiner estudiando el caso de la posible venta de un riñón por parte de una persona necesitada de dinero, explica que la norma puede llegar a la indicación de que no es moralmente aceptable este tipo de intercambio comercial. La virtud, sin embargo, va más allá y es capaz de descubrir nuevas posibilidades para ayudar tanto a las personas que necesitan un trasplante de órgano, como a los que se plantean la venta porque carecen de dinero[187].

Antes hemos señalado que en muchos casos la consideración adecuada de las virtudes dentro de la propuesta ética no cambia la decisión ante los grandes problemas, sino el modo de realizar dicha decisión. De todas formas, esto no es siempre así. En ocasio

pierde el papel de la felicidad en la ética; acaba siendo una ética irreal (cfr. J. M. BARRIO MAESTRE, *La bioética, entre*…). Ver también C. VIAFORA, *I principi della*…(1993), p. 22.

[185] «Much of our day-to-day experience of health care is really of little interest to a theoretical approach to health care ethics, since it consists of formed habits of attitude an action, which we follow without reflection upon what we are doing. The fact that such habits are of minimal theoretical interest does not mean that they are unimportant to morality» (A. V. CAMPBELL, *Ideals, the Four*…, p. 246).

[186] Vid. G. BERLINGUER, *Bioetica quotidiana*… Sobre este libro remitimos al comentario realizado en el capítulo I, pp. 18-19.

[187] Cfr. P. GARDINER, *A Virtue Ethics*… ¸ p. 301. Algo semejante podemos ver en Pellegrino y Thomasma en relación al modo de dar las noticias en el ámbito clínico (cfr. E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Virtues in*…, p. 87).

nes la virtud, o la falta de virtud, puede condicionar el tipo de decisión que se toma.

> Podemos ilustrar este punto con un ejemplo de la vida real. El jefe de servicio de Medicina del Trabajo de un gran hospital ha llegado a ese puesto gracias a favores de diversas personas. A la hora de asignar las nuevas plazas entre los jóvenes aspirantes aprovecha para devolver alguno de esos favores, haciendo vencer la plaza no al que posee más méritos, sino a la persona que interesa colocar. Además, parte de la actividad privada, por la que recibe un buen salario, la realiza durante el tiempo en que debería trabajar en el hospital, y con los medios técnicos de éste. Pongamos el caso que a nuestro médico se le plantea la cuestión de firmar o no un certificado sobre la salubridad de un lugar de trabajo que no reúne las condiciones establecidas por la ley. La alternativa está entre firmar y recibir una compensación por parte de la empresa, o no firmar, y quedarse sin el dinero. ¿No sería sorprendente, conociendo al sujeto, que se planteara un problema moral por esta cuestión? Y en el caso que se lo planteara, ¿no habría que preguntarse para qué quiere acertar en si resulta correcto o no firmar?
>
> Ciertamente una ética basada en normas puede también llegar a la conclusión de que la actuación del jefe de servicio ha sido incorrecta en varios puntos, pues ha violado ciertas normas morales. Pero lo que interesa señalar aquí es que la ética no puede reducirse a eso. Ha de proporcionar los instrumentos oportunos para fomentar las acciones correctas, en definitiva la vida virtuosa.

5.2.2 Las dimensiones intelectiva y volitiva del actuar humano

Beauchamp y Childress podrían decir que comparten plenamente lo dicho hasta ahora. Y que por eso, en la nueva edición de su libro, se trata extensamente de las virtudes. Sin embargo, nos parece que al estudiar las diferentes cuestiones no consiguen evitar un planteamiento fuertemente caracterizado por los dilemas éticos. En este planteamiento las virtudes ayudarían como una herramienta que se suma desde fuera a lo importante, que son las

indicaciones dadas por los principios o las normas. Esto conduce a un modo demasiado racionalista de considerar la vida moral, donde las dimensiones intelectivas y volitivas del actuar humano quedan completamente separadas. No se consigue dar una respuesta adecuada a la íntima relación entre intelecto y voluntad en la génesis y desarrollo del juicio moral, que queda reducido a la toma de decisiones. Nos parece que en la propuesta de Tomás de Aquino, sugerida por Toon, encontramos una articulación mucho más armoniosa entre estos dos elementos, que además es capaz de explicar la interconexión entre principios morales y virtudes[188].

Ciertamente la toma de decisiones es un momento importante del juicio moral, pero no es el único. Siguiendo a Westberg podemos distinguir en la propuesta del Aquinate tres momentos en la estructura discursiva del acto moral: la intención, la decisión y la ejecución. A éstos se añade un cuarto, la deliberación, para aquellas situaciones en las son varios los medios que se pueden elegir para conseguir el fin perseguido[189]. Es importante considerar cómo en cada uno de esos momentos juegan un papel importante las virtudes morales y la prudencia[190]. En primer lugar en la intención. Para actuar bien es necesario querer actuar bien, y esto lo dan las virtudes. Por eso, el sujeto no llega a plantearse el problema moral cuando faltan. El médico que no es generoso al pasar por delante de un enfermo que claramente está perdido dentro de

[188] Sobre la relación entre principios y virtudes propuesta por Beauchamp y Childress, ver capítulo II, pp. 123-25.

[189] Cada uno de estos momentos tendría una componente racional y otra volitiva. Para señalar estas componentes, Westberg utiliza los términos latinos empleados por Tomás de Aquino: intención (*apprehensio/intentio*), deliberación (*consilium/consensus*), decisión (*judicium/electio*) y ejecución (*imperium/usus*). En la intención y la decisión parece que las componentes racionales y volitivas están más imbricadas, y quizá por ello Tomás de Aquino las considera en una única cuestión (respectivamente las qq. 12 y 13 de la *Prima Secundae*); mientras que, tanto para la deliberación como para la ejecución, dedica dos cuestiones en las que analiza por separado dichas componentes (respectivamente las qq. 14-15 y 16-17): D. WESTBERG, *Right Practical Reason…*, pp. 131-32.

[190] Tomás de Aquino escribe repetidamente que el acto principal de la virtud es la recta elección (que es una dimensión de lo que hemos llamado decisión), aun cuando la virtud perfecciona también el obrar humano en la intención y en la ejecución (cfr. A. RODRÍGUEZ LUÑO, *La scelta etica. Il rapporto tra libertà & virtù*, Edizioni Ares, Milano 1988, p. 143).

un gran hospital, ni siquiera se plantea la cuestión de intentar ayudarle. Por el contrario, el médico generoso al menos se hace la pregunta, y analiza las posibilidades que tiene de hacerlo (mediante lo que hemos llamado deliberación): puede preguntar directamente al paciente si está buscando algún sitio, puede pedir a otra persona que lo haga, etc. Quizá si tiene mucha prisa, la cosa termina en ese momento al considerar que no puede pararse sin llegar tarde a la consulta donde otros pacientes le esperan, y es de justicia que llegue puntual. Si no tiene mucha prisa, nuestro generoso médico podría decidir pararse para ayudar a esa persona, aunque eso le condicione retrasar en unos minutos su salida del hospital. Una vez ha decidido lo que va a hacer, necesita nuevamente de las virtudes para realizarlo (momento de la ejecución). Pongamos por caso que el paciente es incapaz de llegar al sitio previsto por lo complicado del hospital. Suponiendo que el médico tenga tiempo para acompañarle personalmente, podremos fácilmente adivinar que el médico virtuoso lo hará; en cambio el médico poco generoso, aunque había decidido ayudarle se quedará en darle algunas indicaciones, que pueden ser de ayuda, pero con las que no llegará a su destino. Quizá el ejemplo resulte bastante banal, pero puede ser útil para considerar cómo en la actuación moral lo importante no es simplemente conocer cuál es la mejor actuación en un determinado caso (dimensión intelectiva), sino que es necesario también querer realizar esa acción (dimensión volitiva). Las virtudes morales en su relación con la prudencia son capaces de unir las dos dimensiones.

Podríamos decir que el principialismo podría resultar útil a la hora de considerar las dimensiones intelectuales de la deliberación y de la decisión. En efecto, es en ellas donde habría de incluirse la especificación, la ponderación, la detallada descripción de circunstancias y comparación de casos paradigmáticos, etc. Sin embargo, quedan oscurecidas tanto las dimensiones volitivas de estos momentos del actuar humano, como toda referencia a la intención y a la ejecución. Con este planteamiento no es difícil caer en una cierta bioética racionalista, en donde no resulta sencillo entender cuál es la importancia de la categoría moral del sujeto (que podría denominarse como buena voluntad); o cómo influye la voluntad en la deliberación y en el juicio práctico; o, finalmente,

qué espacio de libertad queda entre el juicio y la elección, y entre la elección y la ejecución[191].

5.3 Virtudes morales y prudencia

Estudiando la relación de virtudes morales que proponen Beauchamp y Childress y comparándola con la de otros autores que abogan por una consideración más profunda de las virtudes en bioética, vemos que no puede hablarse ciertamente de un elenco canónico. Cada autor propone su propia lista. Pellegrino y Thomasma hablan de la fidelidad al paciente, la compasión, la prudencia, la justicia, la fortaleza, la templanza, la integridad y la entrega de sí[192]. Por su parte, Toon señala que, mientras no se proponga una clasificación mejor, puede servir la distinción que la tradición cristiana ha realizado entre virtudes cardinales (prudencia, fortaleza, templanza y justicia) y virtudes teologales (fe, esperanza y caridad)[193]. Este autor señala que la superioridad de una propuesta que toma en serio la virtud puede verse especialmente en las cuestiones relacionadas con la fortaleza, la esperanza y la caridad[194].

Por lo que se refiere concretamente a la prudencia, como es sabido la perspectiva tomista le reserva un papel muy especial[195]. La prudencia es la virtud que perfecciona la razón práctica en su

[191] Tampoco será fácil explicar la relación de los fines y medios con la voluntad. Volvemos, aquí desde otra perspectiva, a la razón por la que Beauchamp y Childress no entienden adecuadamente el principio del doble efecto.

[192] E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Virtues in…*, pp. 65-164.

[193] Para un análisis de cada una de estas virtudes remitimos al capítulo del libro *Some Observation on the Virtues* (P. TOON, *Toward a Philosophy…*, pp. 42-47).

[194] Uno de los ejemplos que señala, hablando de la fortaleza, es el caso del médico al que se le presenta un paciente con grandes dolores pidiendo un opiáceo. Al darse cuenta de que se trata de una persona adicta a ese tipo de fármaco, el médico puede evitarse el problema y darle lo que pide; o negarse aun a costa de tener que pasar un mal rato. En este segundo caso se requiere la virtud. Toon dice que la fortaleza es un aspecto completamente perdido en las propuestas deontológicas y utilitaristas.

[195] Pellegrino se refiere a ella como virtud indispensable en la medicina, y subraya su importancia dentro del conjunto de las virtudes necesarias para la buena práctica clínica (cfr. E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Virtues in…*, pp. 28 y 84-91).

determinación de la buena actuación en la situación concreta[196]. MacIntyre escribe que «la *phronesis* es una virtud intelectual; pero es la virtud intelectual sin la cual no puede ejercerse ninguna de las virtudes del carácter. La distinción de Aristóteles entre esas dos clases de virtud se realiza en principio contrastando las maneras en que se adquieren; las virtudes intelectuales se adquieren por medio de la enseñanza, las virtudes del carácter por medio del ejercicio habitual»[197]. Por tanto, la prudencia no se queda en la indicación normativa del caso teórico, o caso tipo, sino que lo analiza teniendo en cuenta todas las circunstancias de la situación[198]. En este análisis la prudencia se ve influenciada enormemente por las virtudes morales, ya que su falta puede condicionar un defectuoso juicio prudencial. Esto es fácil de entender volviendo al ejemplo de la fortaleza. Esta virtud sustenta la voluntad en aquellas circunstancias en las que la actuación supone ir en contra de la tendencia a la comodidad y a evitarse problemas. El médico que no posee esta virtud fallará en el juicio prudencial a la hora de determinar si da o no un antibiótico a una persona con gripe que lo pide insistentemente (cuando, en principio, no está indicado); o a la hora de informar o no al paciente sobre alguna cuestión de la enfermedad que le supondrá pasar un mal rato, etc[199].

Este modo de concebir la prudencia en relación a las virtudes morales difiere bastante del concepto utilizado por Beauchamp y Childress, y cierra la puerta a la consideración de la prudencia desligada de los principios, ya que justamente esos principios son los fines de las virtudes morales[200]. Desde esta perspectiva tampo

[196] Corresponde a la *phronesis* aristotélica, que Tomás de Aquino traduce como *prudentia*, y que corresponde con la *recta ratio agibilium*.

[197] A. MACINTYRE, *Tras la virtud…*, p. 194.

[198] «El hombre lleva a cabo su obra mediante la prudencia y la virtud moral, porque la virtud hace recto el fin propuesto y la prudencia los medios que a él conducen» (EN, libro 6, capítulo 12, 1144a, 5-10).

[199] No es que la prudencia actúe mal en los casos de falta de virtud, sino que no llega a actuar: se ve desbordada por la inclinación de la persona a la comodidad, que condiciona los juicios desacertados.

[200] La complementariedad entre principios y virtudes que presentan Beauchamp y Childress es muy diferente de la que sostienen las éticas moderadas de la virtud, donde los juicios sobre el carácter forman parte del contenido de la moral, y no se derivan a partir de unos imperativos deontológicos, sino que son

co sería posible actuar mal siguiendo las virtudes, ya que están moduladas en cada caso por la prudencia. En este sentido esta presentación de las virtudes y su relación con los principios de la razón práctica sería muy superior a la simple presentación de principios y reglas. Nuestros autores están preocupados justamente de no encorsetar la vida moral en unas indicaciones rígidas, porque en determinadas circunstancias podrían no ser oportunas. Lo que para ellos es origen de excepciones y de un cierto relativismo ético, es en la perspectiva de la virtud el juego habitual entre prudencia y virtudes morales que determina en cada caso la mejor actuación, sin perder por ello el marco de referencia sólido establecido por los principios morales[201].

5.4 Un ejemplo conclusivo

Con las indicaciones dadas hasta ahora pasamos a estudiar el análisis que Gardiner hace del caso del testigo de Jehová, en el que intenta mostrar la superioridad de una ética de la virtud. Aunque nos parece que se trata de un análisis interesante, pensamos que no refleja de modo del todo adecuado la relación entre las virtudes morales y la prudencia apenas mencionada. Como

complementarios a ellos (cfr. A. V. CAMPBELL, *The Virtues (and Vices) of the Four Principles*, "Journal of Medical Ethics" 29 [2003], p. 293). Coincidimos con Gracia en que la prudencia sin principios de referencia no consigue orientar vida moral alguna. Pero del modo en que la hemos presentado nos parece que queda superada la dificultad que plantea: «cuando la prudencia se absolutiza, torna la vida moral en malvada, malsana, puramente estratégica, ajena a los principios (...) Hay una sentencia del libro de los Proverbios que dice: "no seas prudente a tus propios ojos". La prudencia sin principios conduce siempre al fariseísmo y al maquiavelismo. No hay otra manera de evitar éstos que desde los imperativos morales de justicia y no-maleficencia» (D. GRACIA, *Primum non nocere*..., p. 87). Justamente la dimensión intelectiva de las virtudes morales proporcionaría a la prudencia dichos principios de actuación.

[201] Campbell explica que lo que hace falta no son una serie de actos externos, sino virtudes: «the origins in the character of the agent. Here we shall find the need of descriptions like "wise", "tolerant", "persevering", "dependable", "sincere", "loyal", "humorous", "humble", "open", "warm"» (A. V. CAMPBELL, *Ideals, the Four*..., p. 248). Una consideración más detallada del papel de la prudencia se presenta al estudiar la crítica de la casuística, donde esta virtud juega un papel central (vid. capítulo V, 1.3).

consecuencia, las virtudes seguirían sin tener un papel central en el juicio moral.

> Se trata de un adulto competente que pierde una enorme cantidad de sangre por la hemorragia de una úlcera duodenal. La mejor opción terapéutica es una transfusión de sangre junto a la intervención quirúrgica para intentar frenar la hemorragia. El paciente rechaza la transfusión, aun sabiendo del riesgo que corre su vida, y pide que se le intervenga, suministrando otros productos no hemáticos disponibles. El doctor virtuoso, continúa Gardiner, examina todos los datos del caso considerando la motivación religiosa del paciente y su propio desagrado al no poder realizar todo lo que estaría de su mano para salvar la vida del paciente. El médico reflexionaría entonces sobre las virtudes que serían de más ayuda en este caso. Menciona entre otras, la compasión, como una preocupación activa por el bienestar de los demás; esta virtud le llevaría a reconocer el coraje del enfermo que está dispuesto a morir para custodiar sus creencias religiosas. También habla de la confianza como uno de los pilares de la relación médico-enfermo, en este caso lleva al médico a reconocer la confianza que el paciente pone en él al descubrirle sus más íntimas creencias. Explica también en relación a esta virtud que en ese momento difícilmente se podrá cambiar la actitud del paciente en relación a esas creencias; y que si se actúa en contra de su voluntad, ese paciente dejará de confiar en el médico, etc.

Es interesante señalar la cantidad de detalles que se plantea el médico que intenta resolver la cuestión desde una perspectiva de la virtud. Sin embargo, nos parece que este modo de considerar las cosas no está muy lejos de la visión de la virtud que tienen Beauchamp y Childress.

Teniendo en cuenta lo que hemos dicho antes sobre la génesis del acto humano y cómo intervienen las virtudes en los diferentes momentos, pensamos que no es adecuado traer a colación las virtudes después de haber valorado los datos clínicos y las circunstancias del caso. Las virtudes estarían actuando desde el principio,

en todo el proceso de la evaluación: no como una reflexión explícita por parte del sujeto, sino como una tendencia (hábito operativo) de las diferentes potencias que entran en juego y de la voluntad. Dicho de otro modo, no parece adecuado plantear las virtudes como elementos que se consideran a la hora de realizar el juicio moral. Ciertamente las virtudes tienen sus contenidos normativos, pero muchas veces la persona actúa sin pensar explícitamente en ellos[202].

Acabamos aquí la presentación de las críticas que se han hecho del principialismo. Como reacción a ellas en los últimos veinte años han surgido modelos alternativos para el análisis y resolución de las cuestiones morales propias de la ética clínica. Entre esos modelos destaca sin lugar a dudas la casuística, que será el objeto del siguiente capítulo.

[202] Volviendo al ejemplo del médico generoso que se encuentra a un paciente perdido en un pasillo del hospital, podemos decir que el médico no se pregunta al ver a esa persona qué es lo que la generosidad le manda. Simplemente se siente movido a ayudar a esa persona (gracias a su virtud), y se plantea entonces los medios para hacerlo.

CAPÍTULO IV

LA CASUÍSTICA EN BIOÉTICA

«En su intento de clarificar el significado de los principios, Beauchamp y Childress hacen alusión a los casos como contexto en el cuál los principios se confrontan unos con otros. Esta indicación parece incompleta, pero nos dirige hacia otra dirección en nuestro intento de entender y justificar los juicios morales. Algunos consideran que la moralidad común que Beauchamp y Childress quieren capturar con el método principialista se encuentra mejor articulado mediante el regreso a los casos»[1].

1. ORIGEN: *NATIONAL COMMISSION* Y *THE ABUSE OF CASUISTRY*

Paradójicamente, el punto de partida de Albert R. Jonsen y Stephen Toulmin para proponer la recuperación del estudio de la casuística, y de su posible uso en ámbito clínico, es el mismo de Beauchamp y Childress: la ya conocida *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Re*

[1] K. W. Wildes, *Moral Acquaintances. Methodology*..., p. 84. «Casuistry, or case-by-case decision-making, is perhaps the most serious challenger to principlism» (R. B. DWORKIN, *Emerging Paradigms in*..., p. 946). «Casuistry, virtue ethics, narrative ethics, hermeneutics, and phenomenology are all being advocated as philosophical systems that could correct, complement, broaden, enrich, or counterbalance the primary conceptual and methodological framework in which US bioethics has proceeded until now. Proposals to elevate the values of caring, solidarity, reciprocity, trust, and love above the principles of autonomy, beneficence, nonmaleficence, and justice are repeatedly set forth» (R. C. FOX, *The Entry of*..., p. 57).

search[2]. Jonsen y Toulmin fueron miembros de la Comisión, y con ocasión de aquellos trabajos constataron que, aunque los once componentes de dicho grupo no coincidían en cuanto a planteamientos éticos globales, eran capaces de ponerse de acuerdo al examinar algunas cuestiones particulares. Fue entonces cuando creció su interés por el estudio de la moral a partir de los casos, a diferencia de la tendencia general en los años Setenta, que consideraba las cuestiones morales englobándolas siempre dentro de una teoría ética concreta y bien definida[3]. Sus investigaciones les condujeron a la gran tradición casuística presente en la Teología moral católica durante varios siglos, y en ella centraron su atención. El resultado de estas investigaciones fue el libro *The Abuse of Casuistry* que apareció en 1988[4]. Se trata de un texto sobre la historia de la casuística, sus orígenes, su época de esplendor y su crisis, hasta la casi desaparición del ámbito de la enseñanza de la moral. Al final de este repaso los autores esbozan un posible camino para recuperar esta herramienta de razonamiento que, a su

[2] AoC, pp. 16-19, 264, 305 y 338. Sobre los trabajos de la Comisión Nacional, y su resultado (el *Belmont Report*), ver capítulo II, 1.1. Nos parece interesante el comentario de Wildes sobre la paradoja mencionada: «However, these claims about the work of the National Commission need to be carefully examined (...) It is clear that the work of the Commission can be accounted for in fundamentally different ways» (K. W. WILDES, *Moral Acquaintances. Methodology*..., p. 90).

[3] Cfr. AoC, pp. 16-20 y 264-65. «Finally, we noted that one task of the Commission, the development of ethical principles to govern research, was performed at the end, rather than the beginning, of the Commission's life, after it had proposed recommendations for many specific cases of research, such as that involving children, the incarcerated, and the mentally disable» (A. R. JONSEN, *Casuistry: an Alternative or Complement to Principles?*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 5 [1995], p. 239). Ver también, S. TOULMIN, *How Medicine Saved the Life of Ethics* en J. P. DEMARCO y R. M. FOX (eds.), *New Directions in Ethics*, Routledge and Kegan Paul, New York 1986, p. 103 (este artículo originalmente fue publicado en "Perspectives in Biology and Medicine" 25 [1982], pp. 736-50).

[4] Fue reimpreso en 1990, pero no ha tenido otras ediciones. Nos parece que la razón fundamental está en que, a diferencia del libro de Beauchamp y Childress, se trata de un estudio histórico de la casuística, y no de una propuesta de soluciones concretas a cuestiones morales actuales. Sobre la importancia del texto para la bioética clínica, ver por ejemplo, D. GRACIA, *Bioetica clinica* en S. LEONE y S. PRIVITERA (eds.) *Nuovo dizionario di*..., p. 115.

parecer, es preferible a otras propuestas actuales de ética aplicada[5].

El libro toma título de una frase de aquel otro del obispo de Oxford, Kenneth E. Kirk, *Conscience and its Problems. An Introduction to Casuistry*, publicado en 1927. Es el último que Jonsen y Toulmin encontraron sobre esta materia. En sus casi cuatrocientas páginas, el libro de Kirk hace un repaso de los problemas de conciencia y su relación con el análisis casuístico; concluyendo que, aunque ha existido un abuso en el empleo de la casuística, no toda casuística ha sido un abuso[6].

El objetivo que Jonsen y Toulmin se fijaron a la hora de escribir su libro fue despertar el interés por la casuística y fomentar un cierto debate sobre su utilidad en el panorama actual. Podemos decir, sin miedo a equivocarnos, que lo han conseguido ampliamente[7]. Son muchos los trabajos que en estos quince años han aparecido sobre la "nueva casuística" (*neo-casuistry*), como en ocasiones la denomina Jonsen, e innumerables los artículos que aplican su método a la resolución de cuestiones de bioética. La

[5] Ambos autores se mueven en el ámbito de la filosofía. Stephen Toulmin conoció y trabajó con Wittgenstein, del que heredó algunas de sus ideas sobre la filosofía del lenguaje, y que en su tesis doctoral aplicó al campo de la moral (*An Examination of the Place of Reason in Ethics*). Después, su trabajo más importante se ha desarrollado en el campo de la teoría de la argumentación (*The Uses of Argument*, 1963). Por su parte, Albert R. Jonsen después de su doctorado en el departamento de ciencias religiosas de la Universidad de Yale, se ha ocupado fundamentalmente de cuestiones referidas al ámbito de la ética médica. Además de trabajar en la *National Commission*, como ya se ha mencionado, formó también parte de la *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine* (1979-1982).

[6] «The abuse of casuistry is properly directed, no against all casuistry, but only against its abuse [Kirk 1927, p. 125] (…) We are proud to have resuscitated it for use in respectable moral discourse» (A. R. JONSEN, *Casuistry: an Alternative…*, p. 240; la última edición del libro de Kirk es de 1999, publicada por Westminster John Knox Press, Kentucky). Sobre el título del libro de Jonsen y Toulmin ver también, A. R. JONSEN, *Foreword* en J. F. KEENAN y T. SHANNON, *The Context of Casuistry*, Georgetown University Press, Washington 1995, p. ix.

[7] «Casuistry (…) was revived by bioethicists in the 1980s, most notably in the work of Albert Jonsen. It is currently considered by many to be the quintessential method of medical ethics» (M. G. KUCZEWSKI, *Casuistry* en R. CHADWICK (ed.), *Encyclopedia of Applied…*, vol. I, pp. 423-24).

razón por la que hemos escogido *The Abuse of Casuistry* como libro de referencia, aun sin ser un texto específicamente de bioética, está en el hecho de que resulta difícil encontrar un sólo artículo que trate de la casuística en bioética y no lo cite[8].

A pesar de la mala fama que tenía, y sigue teniendo, el término "casuística" en algunos ámbitos de la filosofía moral y también en el lenguaje común, estos autores han querido resucitarla manteniendo provocativamente ese mismo título[9]. La razón está en que con el estudio realizado pudieron comprobar lo que al inicio era sólo una intuición, una hipótesis de trabajo: «la casuística histórica representa un camino completo para pensar los problemas morales y su mala reputación apareció por el abuso de su método»[10].

Como tendremos ocasión de ver más adelante, se trata de la reacción ante el predominio de una ética que durante muchos años estuvo demasiado centrada en las teorías morales y en sus cuestiones epistemológicas. Cuestiones que se han englobado bajo el término "metaética"[11], y que han visto con un cierto desprecio los problemas morales específicos, como si se tratara de un universo caótico, poco sistemático en el cual no valiera la pena centrar demasiados esfuerzos[12]. Este ambiente llegó en los años Se

[8] «"Casuistry in Clinical Ethics" harkens back to *The Abuse of Casuistry*» (J. M. TALLMON, *How Jonsen Really Views Casuistry: a Note on the Abuse of Father Wildes*, "Journal of Medicine and Philosophy" 19 [1994], p. 104). Ver también: K. W. WILDES, *The Priesthood of Bioethics and the Return of Casuistry*, "Journal of Medicine and Philosophy" 18 (1993), pp. 33-49; BRAUNACK-MAYER, A., *Casuistry as Bioethical Method: an Empirical Perspective*, "Social Science & Medicine" 53 (2001), pp. 71-81; J. F. DRANE, *Methodologies for Clinical…*, pp. 394-404; N. K. JENSEN, [*Something about the History and Future Use of Casuistry*], "Dan Medicinhist Arbog" (2003), pp. 193-210.

[9] Cfr. A. R. JONSEN, *Casuistry: an Alternative…*, p. 240.

[10] *Ibid*, p. 239. Tendremos ocasión de ver que no todos están de acuerdo en considerar que la propuesta de Jonsen y Toulmin corresponde realmente a la casuística histórica. Por ejemplo, Tom Tomlinson habla de una "reinterpretación irónica" de la casuística tradicional (cfr. T. TOMLINSON, *Casuistry in Medical…*, p. 12).

[11] En ámbito bioético se ha comenzado a utilizar también el término "metabioética".

[12] Sidwick en su famoso libro *The Methods of Ethics*, hablando de un trabajo de Whewell que asemejaba a un tratado de casuística dice que se trata de algo muy desordenado (cfr. AoC, p. 108).

senta a un interés casi exclusivo por las cuestiones de fundamentación y sistematización. Según el recorrido histórico realizado por Toulmin aparecieron entonces dos grandes grupos de autores de ética: los dogmáticos y los relativistas. Su estudio concluye que en este panorama la medicina salvó la ética porque la «obligó a volver al caso»[13].

Antes de adentrarnos en el contenido del libro, queremos insistir en que, a diferencia de aquél de Beauchamp y Childress, el de Jonsen y Toulmin no es un texto de ética biomédica, sino de historia de la ética. La propuesta que allí se hace se ha aplicado después al campo específico de la medicina, la economía, la ética política, etc. En este segundo momento, de carácter aplicativo, es Jonsen el que ha contribuido de manera más decisiva, ya que son pocos los trabajos de Toulmin. Por tanto, lo que en *Principles of Biomedical Ethics* estaba unido (las cuestiones generales de su propuesta ética y su aplicación al campo médico), aquí lo estudiaremos dividido en dos partes. Por un lado, la recuperación de la casuística para cualquier ética aplicada; y posteriormente, su uso en el campo bioético, sobre todo a partir de los escritos de Jonsen.

1.1 ¿Existe una alternativa a "la tiranía de los principios"?

Como hemos tenido ocasión de ver en los capítulos anteriores, los principios en la bioética han conseguido la supremacía en el estudio de los problemas bioéticos particulares. Jonsen y Toulmin, que están interesados fundamentalmente en la decisión moral concreta y no en la abstracta teoría de la experiencia moral, hablan de una "tiranía de los principios". Según ellos, con suma facilidad los principios caen en un rigorismo tiránico al intentar generalizar las reglas, dejando de lado importantes matices de los casos[14].

[13] S. TOULMIN, *How Medicine Saved…*, p. 108.

[14] Cfr. A. L. MACKLER, *Cases an Judgments in Ethical Reasoning. An Appraisal of Contemporary Casuistry and Holistic Model for the Mutual Support of Norms and Case Judgments*, University of Microfilms International, Ann Arbor 1992, p. 147. Recuérdese que Toulmin había publicado, ya en 1981, un artículo precisamente con ese título: *The Tyranny of Principles*, "Hastings Center Report" 11

Pero, ¿existe realmente una alternativa? La respuesta de Jonsen y Toulmin en las primeras páginas del libro es positiva. «La experiencia humana ha desarrollado hace ya tiempo una serie de procedimientos razonables y efectivos para la resolución de los problemas morales que aparecen en las situaciones particulares de la vida real. Estos procedimientos se conocen como "casuística", y aquellos que los emplean profesionalmente, "casuistas"»[15]. Podríamos decir que el libro es una respuesta a la pregunta sobre la alternativa. Su objetivo, con palabras de Wildes, es doble: de una parte mostrar la relación entre los principios y los casos concretos; y de otra, establecer la primacía de éstos últimos[16].

El punto de partida del libro es la presentación del interminable debate en torno al aborto. Llevamos muchos años viendo cómo las diferentes posturas chocan sin llegar a conseguir acercamiento alguno. Se hace por tanto necesario buscar un acuerdo a un nivel distinto del de los principios o las teorías morales. Este acuerdo puede hallarse, en mayor o menor medida, a través del método casuista. Pero, ¿sobre qué presupuestos se basa? Nuestros autores presentan como punto central del discurso ético la experiencia de que el conocimiento moral es particular[17]. Y junto a eso, la distinción aristotélica entre conocimiento teórico o especulativo y conocimiento práctico. La ciencia ética pertenece a éste segundo tipo; y, por lo tanto, no trata de conseguir el rigor propio de la geometría, sino la valoración aproximada de la medicina. Es frecuente en Jonsen y Toulmin la referencia a la analogía entre el conoci

(1981), pp. 31-39. También un apartado de *Abuse of Casuistry* lleva ese título (AoC, p. 5).

[15] AoC, p. 10. «Albert Jonsen and Stephen Toulmin published *The Abuse of Casuistry* in 1988. Aware that many were interested in inventing a "case method" for ethics, they hoped to show that such a method had been invented long ago and that, although discredited and seemingly outmoded, classical casuistry had much to offer modern ethicists» (A. R. JONSEN, *Casuistry* en W. T. REICH [ed.], *Encyclopedia of Bioethics* [2ª edición]..., vol. I, p. 348).

[16] Cfr. K. W. WILDES, *Moral Acquaintances. Methodology...*, p. 83.

[17] Quizá este retorno a lo particular se haya visto impulsado en la época actual por la aparición de nuevos datos y la expansión de la visión del mundo, que pone de manifiesto con mayor evidencia las deficiencias de los principios para resolver cuestiones concretas y urgentes (cfr. A. R. JONSEN, *Foreword* en J. F. KEENAN y T. SHANNON, *The Context of...*, p. xvi).

miento médico y el ético: ambos llegan siempre a un juicio "razonable", más que a un juicio "exacto"[18].

La casuística se propone como un punto intermedio entre el "absolutismo" de la teoría moral y el "relativismo" que podría resultar al considerar la falta de acuerdo entre esas mismas teorías[19]. Seguiría la vía aristotélica entre el relativismo de los sofistas de su época, y el absolutismo con que Platón los rebate[20]. En consecuencia, se puede decir que el intento de Jonsen y Toulmin, como del resto de los autores de la nueva casuística, no es el de construir una nueva teoría moral, sino proponer un buen subsidio a las ya existentes[21]. Esto no significa una opción por el situacionismo al que han llegado otros: la casuística que proponen no considera los casos aisladamente, sino en relación unos con otros. Además, a diferencia de los que han caído en el situacionismo, tiene en cuenta los principios morales[22].

Estamos hablando de la alternativa a la "tiranía de los principios". Pero quizá se podría formular de otro modo, teniendo en cuenta lo que hay detrás de los principios: la casuística aparece como alternativa a un modo concreto de llegar a la toma de decisiones (*decision making*). Es éste, ciertamente, uno de los puntos claves en la propuesta de nuestros autores. En el texto citado poco antes se hablaba de un conjunto de herramientas para «la resolución de los problemas morales que aparecen en las situaciones

[18] Cfr. S. TOULMIN, *How Medicine Saved…*, p. 104. También Grodin señala la semejanza metodológica entre ética y medicina clínica, concretamente por el uso de los casos y los paradigmas (M. A. GRODIN, *Meta Medical Ethics…*, p. 19).

[19] Cfr. K. W. WILDES, *Moral Acquaintances. Methodology…*, p. 83.

[20] Cfr. A. L. MACKLER, *Cases an Judgments…*, p. 144.

[21] M. G. KUCZEWSKI, *Casuistry…*, p. 425; C. STRONG, *Specified Principlism: What…*, p. 330; K. W. WILDES, *Moral Acquaintances. Methodology…*, p. 87; B. GERT, C. M. CULVER, y K. D. CLOUSER, *Bioethics: a Return…*, pp. 218-19.

[22] «Casuistry, then, keeps moral reflection close to cases. Neither classical nor modern casuistry repudiates principles: Casuistry is not merely another name for situationism or contextualism (…) On the one hand, casuistry is not simply applied ethical theory; on the other, it is not simply immersion in the factual circumstances of cases, which would reduce it to situationism» (A. R. JONSEN, *Casuistry…*, p. 349). Ver también, A. L. MACKLER, *Cases an Judgments…*, p. 144; y R. B. MILLER, *Casuistry and Modern Ethics*, University of Chicago Press, Chicago 1996, p. 22.

particulares de la vida real». Jonsen y Toulmin, como Beauchamp y Childress están preocupados con la resolución de los problemas morales, y sus propuestas se centran en este punto[23].

1.2 El término "casuística": entre ciencia de aplicación y método de análisis y resolución de casos

Tras esta breve presentación del origen y el objeto del libro *The Abuse of Casuistry*, dejamos momentáneamente a sus autores para detenernos también brevemente en el término "casuística", ya que hasta ahora se ha utilizado como si su significado fuera claro y no necesitara de mayor explicación. Sin embargo, al estudiar los diferentes autores de la "nueva casuística" nos damos cuenta que no todos hacen referencia a un concepto unívoco del término[24]. Tampoco en el lenguaje corriente aparece un significado bien definido, sino más bien un modo vago de valorar algunas cuestiones que, al no tener una significación moral clara, se han de juzgar según el "caso". Complica este estudio el carácter peyorativo con el que frecuentemente se utiliza el término, tanto en el lenguaje común, como en una parte de la literatura especializada.

Nos parece por eso útil dar alguna indicación al respecto, antes de pasar al recorrido histórico que presentan en su libro Jonsen y Toulmin. No pretendemos hacer un estudio exhaustivo del concepto en el ámbito de la historia del pensamiento moral. Nos conformamos con presentar algunas indicaciones de autores que se han dedicado a su estudio.

[23] Iltis hablando del trabajo de estos cuatro autores en ámbito bioético, dice que conciben la bioética como el mejor (más útil) método de toma de decisiones (cfr. B. A. ILTIS, *Bioethics as Methodological Case Resolution: Specification, Specified Principlism and Casuistry*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 25 [2000], p. 272). Son muchos los textos que se podrían citar. Ver, a modo de ejemplo: AoC, pp. 7-10; A. R. JONSEN, *Casuistry: an Alternative…*, p. 237; ID., *Foreword* en J. F. KEENAN y T. SHANNON, *The Context of…*, p. xvi. En las primeras páginas del famoso libro de Jonsen, *Clinical Ethics*, se puede apreciar cómo la finalidad principal del volumen es la toma de decisiones (cfr. CE, p. 4).

[24] Kuczewski dice que los casuistas actuales coinciden en afirmar el pequeño papel de la teoría ética para la resolución de los problemas morales, pero difieren después en el modo de proceder en ese intento (cfr. M. G. KUCZEWSKI, *Casuistry…*, p. 423).

La palabra "casuística" procede del latín (*casus*), fue acuñada en el siglo XVII para describir peyorativamente la práctica que en la teología cristiana era conocida como "casos de conciencia" (*casus constientiae*)[25].

Dado que nuestros autores hacen continua referencia a la casuística propia de la tradición moral católica, nos ha parecido conveniente comenzar este camino de aproximación conceptual por la definición que recoge el famoso *Dictionnaire de Théologie Catholique* (1910), donde podemos leer que se trata de «una ciencia de aplicación, que apoya sobre principios y conclusiones sólidamente establecidos en otras partes de la teología moral, o en la apologética moral»[26]. Poco antes, el mismo texto explica que su objeto inmediato es la «aplicación de las conclusiones teológicas a casos determinados y concretos». Vemos, por tanto, que la palabra clave en estas citas es "aplicación". Tiene su importancia, porque como veremos, este modo de concebir la casuística cambiará con el paso del tiempo.

Pocos años después de la publicación del *Dictionnaire*, en el libro de Kirk ya citado (1927), encontramos una definición similar donde se habla de la casuística como de una ciencia. Sin embargo podemos observar ya un inicio de su cambio semántico. Escribe que la casuística es «la ciencia que trata con "casos" de conciencia; y un "caso", ya sea de conciencia o en ámbito legal, es una colección de circunstancias imprevisibles —un nuevo ejemplo—, con respecto a situaciones que los principios de conducta o la ley no han definido»[27]. Más adelante escribe que su finalidad primera

[25] A. R. JONSEN, *Casuistry*…, p. 344. A pesar de esta afirmación neta de Jonsen, no es claro el momento en que comienza a utilizarse el término "casuística" como tal. Kuczewski, por ejemplo, escribe que comienza a emplearse en el Medievo (cfr. M. G. KUCZEWSKI, *Casuistry*…, p. 424).

[26] El término francés utilizado es "science d'application" (E. DUBLANCHY, *Casuistique* en A. VACANT y E. MANGENOT (eds.), *Dictionnaire de Théologie Catholique*, Letouzey et Ane, Paris 1910, vol. II, col. 1860).

[27] K. E. KIRK, *Conscience and its*…, p. 109. Jonsen utiliza un concepto de "caso" similar al de Kirk (A. R. Jonsen, *Casuistry: an Alternative*…, p. 241: «A case, we say, is concrete as distinguished from abstract because it represents the congealing, the coalescence, or the growing together [in Latin, *concrescere*] of many circumstances»).

no es la definición, interpretación y aplicación de los principios de conducta, sino descubrir aquellos métodos a través de los cuales esos principios puedan ser correctamente interpretados y aplicados cuando sea necesario, o se consiga superar un conflicto en torno al principio[28]. Vemos que en este caso se utiliza también el término "aplicación", pero queda desplazado de su antigua posición central. Resulta bastante claro que no se trata de una aplicación en sentido matemático o físico, sino de un modo de profundizar en el conocimiento de un principio moral con el fin de resolver el problema concreto que se plantea[29].

La última edición del libro de Kirk, viene introducida por unas palabras de David H. Smith con las que intenta explicar al lector de finales del siglo XX el ámbito en el que se debe situar el texto. Habla de cuatro atributos de la casuística, que nos pueden servir para entender mejor el terreno en el que nos movemos. Por una parte, escribe que el centro de gravedad se sitúa en la resolución de casos específicos, más que en cuestiones conceptuales. Otra nota característica es la importancia que da a la responsabilidad personal. En tercer lugar subraya el uso que se hace de casos previos, paradigmas o analogías: los puntos de referencia para la valoración de los nuevos casos son los juicios anteriores más que principios abstractos. Finalmente, indica que la casuística se sitúa siempre dentro de una tradición identificable, a la que puede atribuirse una cierta concepción moral[30].

Si tomamos ahora un autor contemporáneo, como Hugo A. Bedau, vemos que hay una total ruptura con el modo en que se concebía la casuística en el *Dictionnaire*. Al hacer un rápido recorrido histórico de la casuística, este autor reconoce que ha sido

[28] «If the process of knowledge consists in the discovery, modification and application of principles, the process of moral knowledge consists in the same; and in each case the possession of a sound method of going about the work is an absolutely indispensable preliminary» (K. E. KIRK, *Conscience and its*…, p. 111).

[29] Otro punto sobre el que podemos llamar la atención es que, aunque en la definición, Kirk utiliza la palabra ciencia para referirse a la casuística, vemos también que emplea en diversas ocasiones el término método.

[30] *Ibid.*, pp. xiii-xv. Volveremos a este punto, pues ha sido utilizado para criticar algunas propuestas dentro de la nueva casuística.

entendida como «una rama de la ética aplicada»[31]. Su visión es muy distinta. En la introducción del libro escribe claramente que la casuística ha sido frecuentemente malentendida, como si se tratara de la aplicación de un principio ético a un caso particular. Sin embargo, los principios vienen después de los casos. Es todo lo contrario a un modelo deductivista o de aplicación. Se trata más bien de una estrategia inductiva o como se suele describir actualmente del tipo *bottom-up*.

Similar a esta última concepción de la casuística es la que encontramos en las definiciones de la *Encyclopedia of Bioethics* y de la *Encyclopedia of Applied Ethics*. En la primera, la voz "casuística" fue encargada a Jonsen: la define como «el método de análisis y resolución de cuestiones morales complejas, a través de la interpretación de las reglas morales generales a la luz de circunstancias particulares»[32]. En la segunda, de Mark Kuczewski, podemos leer que la casuística es un «razonamiento basado en el caso, o cualquier método de investigación conducido por los casos más que por la teoría»[33]. Es de destacar, por una parte, que ambas definiciones emplean la palabra "método" para referirse a la casuística, separándose de aquella caracterización como "ciencia", que encontrábamos tanto en el *Dictionnaire* como en el libro de Kirk. Por otro lado, como señala Jonsen un poco más adelante en ese mismo artículo, «a los casuistas modernos no les gusta que se describa la casuística como "ética aplicada", ya que rechazan explícitamente que una teoría ética deba ser elaborada para después ser "aplicada a" las circunstancias de un caso»[34].

Aunque, como decíamos antes, la cuestión conceptual sobre la casuística se puede complicar y enriquecer ampliamente, nos parece que estas breves indicaciones pueden bastar para intuir el cambio semántico de la palabra a lo largo del tiempo, y cómo la

[31] H. A. BEDAU, *Making Mortal Choices: Three Exercises in Moral Casuistry*, Oxford University Press, New York 1997, p. 101.

[32] «Today the word might be defined as the method of analyzing and resolving instances of moral perplexity by interpreting general moral rules in light of particular circumstances» (A. R. JONSEN, *Casuistry*…, p. 344).

[33] «Casuistry is case-based reasoning or any method of inquiry that is driven by cases rather than theory» (M. G. KUCZEWSKY, *Casuistry*…, p. 423).

[34] A. R. JONSEN, *Casuistry*…, p. 349.

acepción que suele ser habitual dentro del ambiente de la nueva casuística es diversa a la que encontramos en otras épocas. Esta información, de una parte, nos ayuda a comprender mejor el contenido de los siguientes apartados, pero de otra, complica la cuestión, ya que Jonsen y Toulmin, compartiendo un concepto similar al de Bedau, en realidad están queriendo volver a la casuística de los siglos XV y XVI.

2. RECORRIDO HISTÓRICO DE LA CASUÍSTICA

Entramos ya propiamente en el contenido del libro de Jonsen y Toulmin, y lo hacemos con un recorrido histórico de la casuística. A diferencia del estudio sobre el principialismo, que dedicaba pocas páginas a la cuestión histórica, en este caso se considera en modo pormenorizado. La razón es muy sencilla, y nos la da el subtítulo del libro: "Una historia del razonamiento moral". Se trata, en realidad, de un recorrido histórico-crítico de la casuística, al que se añade al final del libro un apéndice sobre el futuro que los autores le profetizan dentro de la ética contemporánea[35].

Según Jonsen el estudio histórico de la casuística ha estado muy abandonado y son pocos los escritos que pueden encontrarse[36]. Tras la publicación del libro han aparecido otros volúmenes

[35] La parte histórica ocupa las páginas 21 a 266, mientras que la última parte va de la página 267 a la 343. Un resumen completo de la historia se encuentra en A. R. JONSEN, *Casuistry*…, pp. 344-48. También en M. G. KUCZEWSKY, *Casuistry*…, pp. 424-25.

[36] Muchos se han servido de este recorrido histórico de Jonsen y Toulmin para hablar de la casuística. Ver, por ejemplo, A. J. LOZANO, *A Historical Perspective of Casuistry and its Application to Contemporary Biomedical Ethics*, "The Linacre Quarterly" 70 (2003), pp. 37-45; M. G. KUCZEWSKY, *Casuistry*…, pp. 424-25; H. A. BEDAU, *Making Mortal Choices*…, pp. 101-05; etc. Otro modo de plantear la historia de la casuística lo encontramos en el artículo de Dublanchy antes citado. La hace iniciar con la publicación, en torno al año 1235, del libro de S. Raimundo de Peñafort, *Summa de paenitentia et matrimonio*; y divide su exposición en cinco periodos: 1) hasta el siglo XIII, donde no hay realmente escritos de casuística, sino más bien indicaciones morales con aplicaciones prácticas; 2) del siglo XIII a la mitad del XVI, donde aparecen los primeros libros propiamente de casuística; 3) de la segunda mitad del siglo XVI a mediados del XVII, con un amplio desarrollo de la teología moral, y un consiguiente enriquecimiento de los libros de "casos de conciencia"; 4) de la mitad del XVII a final del XVIII; y, 5) de finales

que procuran completar aquellos periodos que quedan poco estudiados[37], ya que éste se centra de modo particular en lo que denominan la "edad de oro de la casuística", que correspondería al periodo entre 1556 y 1656. Fechas que corresponden, respectivamente, a los años de publicación de uno de los textos más emblemáticos de la casuística, el *Enchiridium* de Martín Azpilcueta, y del famoso libro de Blaise Pascal, *Les Lettres Provinciales*, que asestó un golpe mortal a la moral de casos[38].

Los autores reconocen que hacer una historia de la casuística supone un trabajo ingente, no sólo por la voluminosidad de muchos de los escritos, que contienen cientos de casos; sino porque son todavía bastantes los autores que habrían de tratarse, y que aún no han sido estudiados. Jonsen y Toulmin señalan también la importancia que las tradiciones judía y musulmana han tenido en el desarrollo de la casuística, y que merecería también un estudio pormenorizado. Por todo lo anterior, deciden hacer una síntesis de los momentos más sobresalientes de la casuística propia de la teología católica, cuya tradición resulta más cercana a la cultura norteamericana. A partir de ella irán descubriendo aquellos elementos que puedan ser útiles para el análisis de la filosofía moral[39].

2.1 Los antecedentes

La casuística como tal no aparece hasta el segundo milenio de la Era Cristiana, aunque toma distintos elementos de la filosofía griega, de la práctica judicial romana y de la tradición rabínica[40]. De todas formas, los primeros capítulos del libro se centran fundamentalmente en dos pensadores clásicos: Aristóteles y Cicerón.

del s. XVIII al momento de publicación del libro (1910), con escritos que se preocupan sobre todo de un examen racional sobre los mandamientos de Dios y de la Iglesia, los sacramentos y los pecados capitales (cfr. E. DUBLANCHY, *Casuistique*…, coll. 1871-77).

[37] El libro antes citado de Keenan y Shannon contiene diversos artículos sobre la casuística en la época anterior a su "edad de oro", concretamente entre los siglos XIII y XV.

[38] Cfr. AoC, p. 145.

[39] Cfr. AoC, pp. 89-90.

[40] Cfr. AoC, p. 47.

2.1.1 Aristóteles

En la Atenas del siglo V a.C. circulaban las ideas sofistas sobre la imposibilidad de afirmar verdades universales en materia moral. La valoración de la situación concreta se debía siempre realizar considerando las circunstancias: la ética venía a ser una cierta habilidad retórica para persuadir a las personas sobre el modo oportuno de obrar. Contra esta posición reaccionó Platón en modo enérgico, especialmente en "La República", argumentando que la certeza moral sólo es posible en esas verdades universales que los sofistas negaban.

Por su parte, Aristóteles sostenía que en materia moral no era posible la demostración formal al modo de la geometría, o de otras ciencias teóricas que comienzan con unos principios evidentes y proceden a través de la demostración lógica hasta llegar a las conclusiones. La ética, o investigación práctica, «considera la opinión de personas sabias y los hechos que se van adquiriendo por percepción o por hábitos, como punto de partida»[41]. Las conclusiones no se obtienen de modo deductivo, sino a través de la observación y la inducción[42]. El resultado es que los argumentos plausibles conducen solamente a conclusiones probables y no exactas, como en el caso de las ciencias especulativas o teóricas.

[41] M. G. KUCZEWSKY, *Casuistry*…, p. 424. «Aristotle often begins an inquiry by directing the reader to paradigmatic examples of the matter which he is exploring. Because ethics is largely about the good life, Aristotle exhorts us to look to those we credit with living well».

[42] A modo de ejemplo, reportamos a continuación algunos textos del libro IX, capítulo 2 de la *Ética a Nicómaco*, pues nos parecen cercanos por su redacción a los que encontraremos después en los libros de "casos de conciencia": «Las siguientes cuestiones ofrecen también dificultad: lo mismo que preguntamos si se debe asignar todo al padre y obedecérsele en todo, o, por el contrario, cuando está enfermo debe fiarse más bien del médico, y cuando se trata de nombrar un general debemos preferentemente elegir al que sea capaz de hacer la guerra, nos preguntamos también de un modo semejante si debemos ayudar al amigo más bien que al hombre bueno, y devolver un favor a un bienhechor más bien que hacérselo a un compañero, cuando las dos cosas no son posibles (…) por ejemplo, si uno ha sido rescatado de los bandoleros, ¿deberá rescatar a su vez a quien lo rescató a él, sea quien fuere (o, caso de que éste no haya sido capturado, devolverle el precio del rescate, si lo pide), o rescatar a su propio padre? Parecería, en efecto, que debe rescatar más bien a su padre…» (EN, libro 9, capítulo 1, 1164b, 22-29; capítulo 2, 1164b, 33-1165a, 1).

La ética pertenece a un tipo de conocimiento que no es el científico, sino el de la prudencia (*phronesis*) [43]. Jonsen concluye que Aristóteles puede ser considerado como el antepasado filosófico más antiguo de la casuística[44].

2.1.2 Cicerón

Cicerón es considerado como el primero que presenta una colección de casos de moral[45]. El libro III del *De Officiis* recoge un buen número de ellos: algunos inventados por el autor y otros tomados de eventos históricos. Su punto de partida es la supuesta distinción que algunos pensadores de la época hacían entre acciones honestas y útiles. A través de los diferentes ejemplos que va presentando lleva al lector a la conclusión de que nunca se deberá realizar una acción aparentemente útil que sea al mismo tiempo deshonesta[46]. La honestidad de la acción, y por tanto su verdadera utilidad, procede de la ley de la naturaleza (*lex naturae*) que comparten todos los hombres, y que todos deben guardar si quieren conseguir su bien propio y el de la comunidad a la que pertenecen[47].

[43] Cfr. *ibid.*, pp. 48-49; A. R. JONSEN, *Casuistry*…, p. 344. Más adelante tendremos ocasión de volver sobre la prudencia. Aquí simplemente señalamos que al explicar lo que significa para Aristóteles, Kuczewski habla de «una clase de juicio moral desarrollado» que necesitan los alumnos de ética junto a la experiencia para ser capaces de reconocer los paradigmas morales (cfr. M. G. KUCZEWSKY, *Casuistry*…, p. 424). Sobre la relación entre ética y retórica en Aristóteles, vid. A. R. JONSEN, *Casuistry: an Alternative*…, p. 245.

[44] Cfr. A. R. JONSEN, *Casuistry*…, p. 344.

[45] AoC, p. 75. «It has been said that Stoicism invented casuistry but it was Cicero who made that invention public, specially for readers in the Middle Ages» (AoC, p. 76).

[46] Habla de "aparentemente útil" porque, en realidad, no existiría acción verdaderamente útil que no fuera honesta. Lo que sucede es que las personas que no han alcanzado un cierto grado de virtud pueden percibir como útiles ciertas acciones que no son tales (cfr. *De Officiis*, libro 3, 35).

[47] «Atque etiam si hoc natura praescribit, ut homo homini, quicumque sit, ob eam ipsam causam, quod is homo sit, consultum velit, necesse est secundum eandem naturam omnium utilitatem esse communem; quod si ita est, una continemur omnes et eadem lege naturae, idque ipsum si ita est, certe violare alterum naturae lege prohibemur» (*ibid.*, libro 3, 27). Se reporta aquí este párrafo por la importancia que el concepto de ley de la naturaleza tiene en Cicerón. Importan-

Jonsen y Toulmin hacen una lectura del libro de Cicerón intentando descubrir los elementos que más tarde describirán como esenciales del razonamiento casuístico, subrayando sobre todo la formación retórica del autor. Entre los elementos que mencionan de su retórica destacan los "tópicos" (aspectos que debían tratarse siempre al abordar cada tema), y las "máximas" (dichos de la sabiduría popular, de la literatura o de las obras de los sabios).

> Entre los casos que aparecen en el *De Officiis* algunos asemejan bastante a los que encontramos en los posteriores libros de casuística. A modo de ejemplo presentamos el de un buen hombre (*vir bonum* dice Cicerón) que quiere vender su casa, y al enseñarla a unos posibles compradores nada les dice sobre los defectos de su construcción, o sobre su falta de salubridad. Vende de este modo el edificio por un precio mayor de aquel que sería de esperar. Cicerón se pregunta si obrando de este modo, el vendedor se habría comportado injustamente o con deshonestidad. Antes de dar la solución al problema presenta dos opiniones contrarias. Por una parte la de Antipatro, que compara este caso al de la persona que no indica el camino al que se ha perdido, comportamiento que en Atenas se consideraba execrable. Es más, sigue Antipatro, ocultar esa información sobre la vivienda sería peor que no informar al viandante, porque significaría inducir a error a uno que no lo estaba. Diógenes, por su parte, sostiene que nadie obliga al comprador a quedarse con esa casa, y que ha de ser él quien se preocupe de comprobar si lo que le están procurando vender corresponde o no con lo que le dicen. Incluso llega a preguntarse, ¿qué absurdidad mayor que poner un bando en el que se diga "vendo una casa pestilente"? Cicerón, después de presentar estas dos visiones, concluye diciendo que no parece que el vendedor hiciera bien escondiendo esa información. Y explica lo que ha de entenderse por es

cia que no siempre se reconoce al presentar su propuesta casuística. Devettere llega a decir que en este autor más que la casuística es la referencia a la ley natural lo que resuelve los casos (cfr. R. J. DEVETTERE, *The Principled Approach*…, p. 33).

> conder, que no significa callar todo lo que uno sabe, sino sólo aquello que los demás estarían interesados en saber y se calla por obtener un beneficio personal. Después se pregunta quién sería capaz de ocultar esa información. No ciertamente la persona abierta, franca, ingenua, justa y honesta; sino el individuo astuto, misterioso, falso, malicioso, enengañador[48].

2.2 Los precursores

En el capítulo titulado *The precursors* Jonsen y Toulmin estudian: los orígenes del cristianismo (que abarca prácticamente el primer Milenio de la Era Cristiana), el papel de los canonistas y confesores (siglos XI-XIII), y la llamada época de los teólogos (siglos XII-XIII). Al igual que en el apartado anterior tratan de identificar los elementos más importantes que se utilizan para resolver las cuestiones morales.

2.2.1 Los orígenes del cristianismo

Se comienza analizando la figura de Jesús, para subrayar cómo aun manteniendo la ley mosaica, va en contra de alguna de sus prescripciones; al menos en algunas situaciones o determinadas circunstancias. Por otro lado, se hace ver cómo la Antigua Ley queda de algún modo superada por la enseñanza del nuevo Maestro, ya que en ocasiones se pone a sí mismo por encima de aquella ("habéis oído decir… pero yo os digo"); o al menos perfeccionada, ya que al joven rico después de decirle que cumpla los mandamientos, añade que para ser perfecto ha de vender todo y seguirle. Los discípulos de Jesús procuran vivir esta exigente moral de amor al prójimo y del sacrificio completo por amor al Señor Jesucristo, en medio de un ambiente cultural ciertamente contrario. Con la conversión al cristianismo de personas que no procedían de la religión judía los problemas se multiplican, pues se plantea la cuestión de si deben o no seguir todas las prescripciones de la ley mosaica. En el Concilio de Jerusalén los apóstoles establecen que los cristianos procedentes de la gentilidad sólo debían obser

[48] *De Officiis*, libro 3, 54-57.

var aquellos preceptos morales que Dios había impuesto a Adán, y que obligaban no sólo a Israel, sino a todos los hombres («abstenerse de lo contaminado por los ídolos, de la fornicación, de los animales estrangulados y de la sangre» [Hch, 15.20]). En este contexto es de gran importancia la figura de San Pablo, cuyas enseñanzas nos han llegado a través de sus abundantes cartas a las diferentes iglesias nacientes[49].

Jonsen y Toulmin también descubren en las obras de algunos Padres de la Iglesia elementos útiles para el razonamiento casuístico. Ponen como ejemplos a San Cipriano al tratar la cuestión de los *lapsi*; y a Clemente de Alejandría cuando se pregunta por la posibilidad de que una persona rica pueda alcanzar el Reino de los Cielos[50].

En este periodo, va tomando conciencia la necesidad que tienen los clérigos, y también los demás fieles, de aprender la doctrina moral, no sólo en sus grandes líneas, sino en las manifestaciones concretas, de modo que cada uno pueda libre y responsablemente guiar su conducta. Aparecen así los libros penitenciales (*penitential books*), que «se convierten en los primeros ejemplos de casuística»[51]. Son textos donde se pueden encontrar los diferentes tipos de pecados, su gravedad y la penitencia que ha de imponer el sacerdote: que se concretará siempre teniendo en cuenta las circunstancias del caso; y sobre todo, las del penitente[52]. En estos es

[49] Especialmente su Primera Carta a los Corintios será muy utilizada por la casuística cristiana (cfr. A. R. JONSEN, *Casuistry*…, p. 345).

[50] Cfr. AoC, p. 93. El libro de Clemente, *El maestro*, ha sido descrito como «un libro de casuística donde la inspiración estoica y cristiana se combinan» (AoC, p. 94).

[51] AoC, p. 97.

[52] Como ejemplo, reportan un texto atribuido a Beda el Venerable († 735), que sirve para ver la importancia que se atribuyen a las circunstancias: «Not all persons are to be weighed in one and the same balance, although they be associated in one fault, but there shall be discrimination for each of these, rich or poor; freeman or slave; small child, boy, youth, young man or old man; stupid or intelligent; layman, cleric or monk; bishop, presbyter, deacon, subdeacon or reader, ordained or unordained; married or unmarried; pilgrim, virgin, canonness, or nuns; the weak, the sick or the well.«

»The priest shall make a distinction for the character of the sins or of the men—a continent person or one who is incontinent; (for acts performed) willfully

critos se subraya sobre todo la importancia de las acciones y de las decisiones como elementos centrales de la vida moral, pero sin olvidar las circunstancias que tendrán gran relevancia a la hora de juzgar los casos concretos. Los libros penitenciales no poseen una sistematización clara, ni hacen referencia a teoría moral alguna. Sin embargo, suponen una "primitiva taxonomía" que servirá de base a discurso moral posterior[53].

2.2.2 Los canonistas y los confesores

Los siglos XI y XII se caracterizan por un radical cambio a nivel social, político e institucional, que conducirán a la Europa medieval. Jonsen y Toulmin escriben que la casuística es uno de los instrumentos que aparecen entonces para hacer frente a las necesidades del momento. En este periodo las figuras claves en el desarrollo de lo que más adelante desembocará en la casuística, son los canonistas y los confesores.

a) Los canonistas

Por lo que se refiere a los canonistas, hay que señalar lo decisivo de la aparición del *Decretum* de Graciano (año 1140), pues significó un estímulo grande para la profundización y desarrollo del estudio de las leyes de la Iglesia. Jonsen y Toulmin señalan que la importancia del Derecho Canónico para la casuística es cuádruple. De una parte, porque «consiste primariamente en la respuesta de la autoridad eclesiástica a casos particulares». En segundo lugar, porque ha de tener en cuenta diversas fuentes (decretos de concilios ecuménicos y locales, cartas de los papas y obispos, estatutos diocesanos y de órdenes religiosas, etc.); y por tanto, desarrolla una teoría de interpretación que es capaz de llegar a una solución final. De otra parte, porque en el Derecho Canónico se produce una intersección de tres corrientes culturales (la doctrina cristiana, la tradición jurídica romana y la filosofía griega) que

or by accident; in public or in secret; with what compunction (a penitent) makes amends; under compulsion or voluntarily; the time and place (of the fault), and so on» (AoC, p. 97).

[53] Cfr. AoC, pp. 96-100. Entre los libros penitenciales que cita están: *Cummean* (año 650), *Bigotan* (alrededor del siglo séptimo) y *Burchard* (año 1010).

consiguen integrarse de modo armónico, en lo que se ha dado en llamar la *aequitas canonica*. Finalmente, porque la enseñanza de esta disciplina se ha realizado históricamente empleando el método del caso[54].

b) Los confesores

A los confesores de esta época les resultaban insuficientes los libros penitenciales. Con el desarrollo del Derecho Canónico se hizo necesario otro tipo de género literario que consiguiera cubrir este vacío. Aparecieron entonces los "libros confesionales" (*confessional books*), que poseían mayor fundamentación que sus predecesores gracias a la influencia de la teología de la época. Uno de los primeros fue el de Pedro Cantor († 1197), que en sus obras consigue conjugar su interés por las cuestiones canónicas y por las pastorales. Está constituido por una vasta colección de casos que suelen comenzar con las palabras "si sit casus…". Trata del robo, la simonía, el incesto, la usura, los contratos, cuestiones relacionadas con los clérigos, y otros temas de este estilo. No es un conjunto ordenado: los modernos lo denominan "mosaico de casos". Tras la presentación del problema da una breve respuesta, sin gran espacio a la fundamentación teórica. Resuelve las distintas situaciones mediante citas de la Sagrada Escritura, leyes canónicas y referencias a los Padres de la Iglesia[55].

No se puede dejar de mencionar la *Summa de Poenitentia* de San Raimundo de Peñafort (1175-1275), que según Jonsen y Toulmin es la obra de este género que más influjo tuvo. Como ya hemos visto, algunos sostienen que en sus páginas aparece por vez primera la casuística[56]. Dejando a parte la disputa sobre cuál es la primera obra propiamente casuística, si la de Pedro Cantor o la de San Raimundo, hay que constatar que en el libro de este último aparece no sólo una colección de casos de moral, sino una siste

[54] Cfr. AoC, pp. 113-17.

[55] En la introducción a una edición contemporánea de esta obra puede leerse que se trata del «primer libro importante de la casuística medieval» (AoC, p. 118). También Bedau lo considera el primer tratado de casuística (cfr. H. A. BEDAU, *Making Mortal Choices*…, p. 103.

[56] AoC, p. 120, citan el artículo de Dublanchy.

matización de los mismos en dos categorías: pecados contra Dios y pecados contra el prójimo. Además, cada sección comienza con la presentación del argumento a tratar y la definición de los términos principales. Después se acompañan las "opiniones verdaderas y ciertas", que proceden de otros autores, para señalar seguidamente los problemas y cuestiones que presentan dudas. En algunas ocasiones se cierra el capítulo admitiendo que existen varias opiniones, ninguna de las cuales parece conclusiva.

Quizá el mayor estímulo para el desarrollo de los casos de moral, y para la aparición de la casuística propiamente dicha, está constituido por un elemento externo a este tipo de literatura. Nos referimos al decreto del Concilio Lateranense IV (1215) que establece la necesidad de la confesión anual de todos los pecados mortales para los fieles con uso de razón. Esto obligó a una mayor profundización en el estudio del pecado, su gravedad, los diferentes tipos, etc., en relación a las situaciones particulares de la vida habitual[57].

2.2.3 Los teólogos

Siguiendo nuestro recorrido histórico llegamos al siglo XIII, en el que encontramos grandes figuras en el campo de la Teología. Estos autores, entre los que Jonsen y Toulmin destacan a Tomás de Aquino, consiguen una mayor profundidad en el estudio sistemático de las cuestiones morales. No se conforman con dar una u otra respuesta, sino que intentan descubrir su fundamento racional. El estudio se realiza habitualmente sirviéndose de las famosas *quaestiones*, que son como pequeños tratados en los que se presenta una tesis, junto a los argumentos a favor y en contra, realizando después un análisis racional que lleva a la conclusión. También en esta época reaparece la *Ética a Nicómaco*, lo que supone un renacer de su propuesta moral. Entre los elementos de la teología medieval, y fundamentalmente de la obra del Aquinate, que influirán de modo notable en la casuística nuestros autores señalan cinco:

[57] Cfr. AoC, pp. 120-21.

la ley natural, la razón natural, la conciencia, la prudencia y las circunstancias[58].

a) Ley natural y razón natural

Santo Tomás la define como la participación de la criatura racional en la ley eterna. Para construir esta definición, toma de San Agustín el concepto de ley eterna, que tiene gran influencia platónica; y de Aristóteles y Cicerón la noción de razón natural. Esta razón, como la razón especulativa, es capaz de alcanzar algunos principios que serían evidentes, a partir de los cuales podrían derivarse todas las proposiciones morales verdaderas. De hecho, la razón práctica capta como primer principio, equivalente al de no-contradicción en ámbito especulativo, que el bien ha de realizarse y el mal debe evitarse. Sobre él apoyan los demás. La dificultad está en ver de qué modo surgen, ya que dicho principio es tan general que parece incapaz de especificar contenidos concretos. Santo Tomás explica que otros principios primeros proceden de la aprehensión, por parte de la razón, de las inclinaciones naturales (inclinación a la supervivencia, a la conservación de la especie y a la vida en comunidad). También éstos son principios universalmente conocidos; y que ligan, por tanto, a todas las personas. De ellos procederían otros más específicos, que serían como conclusiones de los anteriores, y que Tomás de Aquino denomina *ius gentium*. A diferencia de los primeros principios, éstos pueden no ser conocidos por todos; y por tanto, en algunas circunstancias, podrían justificarse excepciones en su obligatoriedad moral. Este concepto de ley natural influyó enormemente en los siglos sucesivos, y es el *humus* a partir del cual escriben los grandes casuistas de la "edad de oro"[59].

b) Conciencia

Como hemos visto anteriormente, el nombre casuística procede de la palabra caso, y nace concretamente en el ámbito de los

[58] Cfr. AoC, pp. 122-36

[59] Esto cambia radicalmente con el Iluminismo que, al criticar y dejar de lado ésta y otras nociones que habían cuajado en le época medieval, hace que la casuística precipite en el barranco del situacionismo.

"casos de conciencia". El concepto de conciencia también se clarifica entre los teólogos medievales, que se plantean como problema de fondo responder a la cuestión sobre cómo el hombre caído por el pecado, cuya razón está oscurecida y su voluntad debilitada, puede percibir el camino de la salvación.

Tomás de Aquino, siguiendo una intuición de su maestro Alberto Magno, explica que la conciencia no es más que la conclusión de un silogismo práctico, cuya premisa mayor está constituida por la *synderesis* (que indica algo que debe ser realizado o evitado de modo abstracto, general), y cuya conclusión (el juicio de la conciencia) se refiere a una situación particular: algo que debe, o debería haber sido, realizado o evitado. De este modo, aunque la premisa mayor siempre será correcta, la conciencia puede errar debido a la premisa menor (que podría ser falsa), o a la relación que se establece entre ésta y aquélla. De la posibilidad de error de la conciencia parte un debate, presente en toda la teología medieval, sobre la obligatoriedad de seguir la conciencia sabiendo que en ocasiones puede estar equivocada. Tomás de Aquino explica que el juicio de conciencia se ha de seguir siempre, ya que la persona considera que es acertado. Si no lo siguiera, estaría actuando de un modo que juzga equivocado. Y concluye diciendo que cuando la conciencia es correcta obliga *per se*, mientras que cuando es errónea obliga *per accidens*.

c) Prudencia

También en esta época se ponen en relación conciencia y prudencia. De esta última había ya tratado Platón, que la consideraba como una de las cuatro virtudes cardinales, y la había definido como la "auriga de las virtudes". Por su parte Aristóteles la menciona como virtud para la acción concreta más que como sabiduría moral, considerada en su generalidad. Santo Tomás, recogiendo una vez más la idea de Alberto Magno de integrar ley natural, conciencia y prudencia, define esta última como el razonamiento correcto sobre lo que debe hacerse (*recta ratio agibilium)*. Elegir prudentemente significa considerar los diferentes medios para conseguir el fin deseado y elegir el mejor de esos medios. En su juicio, la prudencia tiene en cuenta todo lo que se encuentra en

torno a la acción que se está valorando (*circumspectio*) y, de este modo, entra en escena la última de las categorías que Jonsen y Toulmin toman de los teólogos del siglo XIII: las circunstancias.

d) Circunstancias

El concepto de circunstancias que encontramos en esta época hunde sus raíces en diferentes terrenos: la retórica griega y latina, la ética de Aristóteles, los libros penitenciales y el Derecho Canónico. Aunque Cicerón no utilizó la palabra latina *circumstantiae*, ni Aristóteles la correspondiente griega *peristasis*, el concepto que subyace en ambos términos está muy presentes en los dos autores. Jonsen y Toulmin subrayan su importancia de modo especial en el ámbito de la retórica, ya que son las circunstancias las que constituyen las diversas controversias, y sin ellas no se podría argumentar ni discutir los diferentes casos. Partiendo de la división que hace Cicerón, un desconocido retórico medieval agrupa las circunstancias en siete categorías, mientras que la traducción de la *Ética a Nicómaco* presenta una lista de ocho.

Tomás de Aquino recoge ambas tradiciones, y las integra con las aportaciones de los libros penitenciales y del Derecho Canónico, que también subrayaban el papel de las circunstancias para la valoración de los pecados o de la aplicación de la ley. Siguiendo la metafísica aristotélica, Santo Tomás explica que las circunstancias aparecen como accidentes que inhieren en la forma o esencia del acto (esencia que es determinada en relación al fin general de la vida humana). Para este autor entran en la valoración moral del acto de dos formas: generalmente afectan al grado de bondad o malicia que se le atribuye a una determinada acción. Pero, en algunas ocasiones, pueden también llegar a cambiar la naturaleza del acto moral. Esto se verifica cuando una determinada circunstancia conlleva una especificación tal que se constituye como parte esencial del acto; con palabras de la *Summa Theologiae*, «si se refiere a un especial orden de la razón, en sentido favorable o contrario»[60]. Pone como ejemplo la acción moral "robo", como tomar algo que pertenece a otro; y explica que, si este robo se realiza en

[60] STh, II-I, q. 18, art. 10.

la iglesia (de donde se toma un vaso sagrado) se convierte en un sacrilegio.

2.3 La alta casuística

2.3.1 Los escritores de las Summae *y los Jesuitas*

Entre el siglo XIII y la "edad de oro" de la casuística (siglos XVI-XVII) hay que destacar la gran producción de *Summae* por parte de Dominicos y Franciscanos, que suponen una respuesta concreta a la prescripción del Concilio Lateranense IV sobre la confesión anual, y a las indicaciones del Concilio de Trento sobre la necesidad de señalar los pecados mortales según su especie, número y circunstancias. Se trata de libros similares a los penitenciales y confesionales, pero con mayor contenido teológico. Los temas se distribuyen alfabéticamente e incluyen, junto a las definiciones de autores conocidos, algunos cánones relevantes y pequeñas explicaciones para justificar la conclusión a la que llegan. Los textos más citados para exponer las razones teológicas son la *Summa Paenitentiae* de S. Raimundo de Peñafort, y la *Summa Theologiae* de S. Tomás de Aquino. No son éstos todavía, a juicio de Jonsen y Toulmin, libros de "casos de conciencia", pero indudablemente les preparan el camino. Gracias a esta masiva producción de textos, se van definiendo algunas conceptos y diferenciaciones que serán muy utilizadas en la casuística posterior. Entre los ejemplos, se puede citar la definición de pecado mortal, y su diferencia con respecto al pecado venial; la distinción entre pecados de acción y de omisión; o entre pecados de pensamiento y de obra, etc[61].

En este mismo periodo fue fundada la Compañía de Jesús (1534), que tendrá un papel de primer orden en el desarrollo de la casuística. Hasta el punto que llegaron a tomarse como sinónimos los términos "casuista" y "jesuítico"[62]. ¿Por qué motivo? Para Jon

[61] Cfr. AoC, pp. 139-42.

[62] En el texto se utilizan estos términos no como adjetivos, sino como sustantivos (*casuistry* y *Jesuitry*), pero nos parece que en castellano se entiende mejor la traducción presentada (cfr. AoC, p. 151). Esta proximidad semántica llegó inclu-

sen y Toulmin la razón principal hay que buscarla en el sistema propio de formación que recibían sus miembros al ingresar en la Compañía, y que continuaba después del periodo inicial de estudio. Otra razón que une la casuística con la Compañía de Jesús es el trabajo en las misiones y como embajadores pontificios. En estas situaciones, los jesuitas se encontraban con frecuencia ante la necesidad de resolver casos nuevos, sin la posibilidad de consultar con los superiores. Esto les obligaba a desarrollar un modo de afrontar los problemas que, como señalan nuestros autores, se aproxima más a la vía de la prudencia y las virtudes de Aristóteles y Santo Tomás, que a las cuestiones sobre la verdad eterna de Platón y San Agustín.

2.3.2 Textos, autores y métodos

Después de este recorrido histórico llegamos finalmente a la "edad de oro" de la casuística, que como hemos visto antes, comienza con la publicación en 1556 de la versión española del *Enchiridium Confessariorum et Poenitentium*, del agustino Martín de Azpilcueta, profesor de Derecho Canónico en las Universidades de Coimbra y Salamanca. Como otros libros vistos hasta ahora, se presenta como un buen subsidio para confesores y penitentes, pero no será uno más. En seguida se convierte en texto obligado para todos aquellos que se ocupan de moral. La mayor novedad que presenta es la distribución de materias, que no se hace ya según un orden alfabético, sino siguiendo los mandamientos del Decálogo, lo que da mayor unidad y coherencia a los diferentes capítulos[63]. Recoge casos similares a los de otros libros, incorporando alguno nuevo. Algo semejante puede decirse de las opiniones utilizadas para justificar las conclusiones: utiliza las que eran comunes en su época, y cuando se separa de alguna de ellas, lo hace procurando afinar la argumentación.

so a entrar en algunos diccionarios (cfr. A. JONSEN, *Casuistry: an Alternative…*, p. 240).

[63] Este paso a ordenar la materia según los mandamientos ya se encuentra en el libro de Jean Nyder (†1438), *Praeceptorum Decalogi*, pero su difusión se debe al texto de Azpilcueta.

Pocos años después aparece la *Institutionum Moralium* (1600-1611) de Juan de Azor, que es sin duda el casuista jesuita más importante. El voluminoso texto de casi cuatro mil páginas recoge junto a gran cantidad de casos de conciencia, una parte inicial de carácter teórico donde se tratan algunos temas como la naturaleza del acto humano, la definición del pecado, la conciencia, etc. Además, antes de cada apartado, hay una introducción de los principios generales que gobiernan esa materia. Dentro de cada capítulo los diferentes problemas concretos son presentados comenzando por aquellos cuya valoración resulta obvia. A partir de ellos, se van afrontando nuevos casos, cuya resolución resulta cada vez más compleja. Se presentan, como en otros libros de este estilo, los argumentos favorables y contrarios ante las diferentes posibilidades, y se termina generalmente con una opinión probable. El libro de Juan de Azor fue también ampliamente utilizado fuera de la Compañía[64].

Junto a estos autores, hay que señalar a otros no pertenecientes a la Compañía, que fueron los más atacados en el momento de la crisis de la casuística. Uno de ellos es Antonio Diana, clérigo teatino, que consiguió el apodo de "príncipe de la casuística" gracias a sus *Resolutiones Morales* (1629-59), que en diez volúmenes recoge más de veinte mil casos de conciencia. Otro autor a destacar es Jean Caramuel-Lebkowitz, que fue tildado de "príncipe", pero no de la casuística sino del laxismo, por su obra *Theologia Moralis ad Prima Eaque Clarissima Principia Reducta*, de 1645.

2.3.3 El probabilismo

Tras estudiar estos autores, Jonsen y Toulmin pasan a hablar de la relación entre la casuística y el probabilismo, que no sólo coinciden temporalmente en el ámbito del estudio de la moral entre los siglos XVI y XVII, sino que una y otra se alimentan mutua

[64] Otros muchos jesuitas escribieron libros de casos de conciencia, algunos de los cuales también gozaron de fama y notoriedad: por ejemplo, el *Liber Theologiae Moralis Vigintiquator Societatis Jesu Doctoribus Resertus* (1644) de Antonio Escobar; o aquel otro de Herman Busenbaum, *Medulla Theologiae Moralis* (1645): AoC, pp. 155-56.

mente[65]. El origen del probabilismo se encuentra en el comentario que Bartolomé Medina, profesor dominico de la Universidad de Salamanca, hace a la *Summa Theologiae* de Tomás de Aquino en 1577: su preocupación era la de no cargar la conciencia de los fieles en aquellas cuestiones morales que no tenían una valoración clara. Allí escribe: «me parece que si una opinión es probable es lícito seguirla, aunque la opinión opuesta sea más probable»[66].

Ésta afirmación suponía una ruptura con la tradición teológica medieval que aconsejaba seguir la opinión más probable (*via tutior*). La tesis de Medina ponía de relieve que las diferentes opiniones morales que existen sobre cuestiones concretas que no tienen una respuesta única y evidente, apoyan sobre ciertas argumentaciones racionales que son respetables; y por tanto, que seguir esas opiniones no debería constituir una falta moral, aunque existan otras que parezcan más plausibles. El teólogo más influyente de entre los autores que siguieron este modo de razonamiento moral fue, sin duda alguna, Francisco Suárez (1548-1617).

El probabilismo se difundió ampliamente y sin encontrar oposición durante más de medio siglo. En 1656 aparecieron las primeras señales de alarma ante el peligro de que esta doctrina degenerase en un escepticismo moral y en una moral laxa. Las críticas procedían de las *Cartas Provinciales* de Pascal, y de la advertencia del Capítulo General de los Dominicos. A partir de ese momento se desarrolló un debate entre los promotores y los críticos del probabilismo. Dicho debate puso de manifiesto cómo la casuística se situaba como alternativa a una moral dogmática y rigorista; pero una alternativa que no era capaz, al menos en ese momento, de evitar el peligro de caer en el laxismo. Este enfrentamiento acabó con Alfonso María de Ligorio y su equiprobabilismo. Según este autor, en caso de duda se puede seguir una opinión que sea sólidamente probable, pero rechaza la tesis de Medina sobre la licitud de seguir la tesis menos probable[67].

[65] «Casuistry in the proper sense cannot be understood apart from the doctrine of probabilism» (AoC, p. 164).

[66] *Expositio in Summae Theologiae Partem, I-II, q. 19, a. 6*, en AoC, pp. 164 y 376.

[67] Cfr. AoC, pp. 164-75.

2.4 La casuística en funcionamiento

Llegados a este punto Jonsen y Toulmin presentan tres casos en los que puede observarse la casuística en funcionamiento. Después de haber expuesto su génesis y desarrollo histórico quieren hacer ver el modo en el que se realiza, para evitar que su exposición anterior resulte demasiado teórica. A través del estudio de la usura, el perjurio y la defensa del propio honor intentan mostrar, de modo práctico, la seriedad del sistema[68]. Alertan al lector de que algunas de las argumentaciones utilizadas pueden parecer de poco peso, equivocadas o demasiado rigoristas. Explican que su objetivo no es justificar los contenidos con los que se resuelven los diferentes problemas, sino más bien, mostrar el modo en el que se realizan; y sobre todo subrayar que la casuística posee una capacidad de autocrítica capaz de superar también las conclusiones erróneas a las que pudiera llegar[69]. Por motivos de espacio resumiremos aquí solamente el capítulo que se refiere al orgullo de la persona insultada.

Una de las críticas que Pascal dirige a la casuística es la de haber llegado a justificar la posibilidad de matar a una persona por el simple hecho de que intentara golpear o dar una bofetada a uno, siempre que no hubiera otro modo de evitarlo. Cita a continuación el pasaje del evangelio de Mateo donde se invita a poner la otra mejilla, para concluir irónicamente que no parece posible compaginar las dos actitudes. Nuestros autores explican que efectivamente una sentencia de ese tipo se sostuvo, por breve tiempo, como una opinión probable. Veamos sucintamente cómo se llegó a tal afirmación.

El Antiguo Testamento señala de modo taxativo el mandamiento "No matarás". Es cierto que en alguno de sus libros pueden encontrarse otros textos en los que se decreta la muerte del malvado, del blasfemo, del asesino o del adúltero. Pero en estos casos, es

[68] Corresponden a los capítulos 9 al 11: *"Profit: the Case of Usury; Perjury: the Case of Equivocation; Pride: the Case of the Insulted Gentleman"*.

[69] Jonsen reconoce que, a pesar de la gran cantidad de comentarios y citas que se han hecho a *The Abuse of Casuistry*, son pocos los que se han parado a comentar estos tres capítulos del libro (cfr. A. R. JONSEN, *Foreword* en J. F. KEENAN y T. SHANNON, *The Context of…*, p. x).

siempre Dios, como Señor de la vida y de la muerte, quién indica tales ejecuciones. Si pasamos al Nuevo Testamento, vemos que el mandamiento se hace mucho más exigente, pues no sólo no se debe matar al prójimo, sino que ni siquiera se le debe insultar.

Los Padres de la Iglesia, sobre todo en los primeros siglos, parecen igualmente claros. San Justino dice que el cristiano no debe combatir ante un ataque; mientras que Orígenes explica que un juez cristiano no puede juzgar un caso cuya resolución lleve consigo la pena de muerte. En San Agustín encontramos el primer cambio significativo con respecto a este punto. Escribe que no le gusta la idea de que una persona mate a otra para proteger así su vida, salvo que se trate de alguien que lo haga como obligación por su oficio (como el soldado o el oficial público). Este "salvo" abre la vía para la reflexión posterior sobre la legítima defensa. De todas formas, explica que la razón por la que estaría mal que se hiciera fuera de oficio, es que el motivo pudiera ser el deseo de venganza[70].

Los libros penitenciales trataron el homicidio como un grave pecado, y las penas que conllevaba eran también graves. Podía tratarse del exilio por varios años, o incluso por toda la vida, o la exclusión de los sacramentos hasta el momento de la muerte. De todas formas, se encuentran agravantes o atenuantes que pueden hacer variar significativamente la pena que debía imponerse.

Tomás de Aquino al preguntarse sobre la posibilidad de matar a otra persona, comienza dando las indicaciones de la doctrina tradicional que legitimaban solamente al que ostentaba un cargo público y según las indicaciones de la ley. Llega así a la pregunta sobre qué hacer en caso de que sea amenazada la propia vida, y da entonces una explicación que se convertirá sucesivamente en lo que hoy conocemos como principio del doble efecto. La valoración moral de un acto debe realizarse teniendo en cuenta la naturaleza del efecto deseado, aunque dicho acto produzca otros efectos que simplemente se toleran, pero que no se quieren por sí mismos. De

[70] En otro escrito explica que cuando una persona mata a otra, existe una gran diferencia a la hora de valorar el caso, dependiendo del motivo por el que se haya realizado dicha acción.

este modo, lo que realiza el que recibe el ataque es una acción para salvar su vida, que tiene también como efecto la muerte del agresor. Para que sea lícita la acción se requiere que haya proporcionalidad entre los efectos. Por tanto, el uso de más fuerza de la necesaria para salvar la propia vida, haría que el acto fuera inmoral[71].

En los siglos sucesivos el interés se centra en dos de las condiciones que hacían aceptable la legítima defensa: la inevitabilidad y la moderación debida. Raimundo de Peñafort hablando de la necesidad inevitable dice que se deben evitar aquellos comportamientos que hagan que una necesidad evitable se convierta en inevitable. Pone el ejemplo del general que descubre a lo lejos las tropas enemigas, y que en lugar de huir cuando podía, se encierra en su campamento haciendo el ataque inevitable.

En el siglo XIV comienzan a aparecer algunas dudas sobre si se debe hacer uso de la legítima defensa sólo cuando el que ataca es de una posición social más baja, o si también es lícito cuando se trata de un noble. Las opiniones al respecto no son unánimes. Algunos piensan que la situación social es irrelevante, mientras que otros sostienen que sólo tiene obligación de huir, y de no enfrentarse al agresor, el que pertenezca a una clase social inferior. En la *Summa Sylvestrina* puede leerse que «ninguno está obligado a huir de un ataque, si escapar puede considerarse vergonzoso». Y llegamos así al umbral de la sentencia condenada por Pascal. Juan Azor se pregunta por esta cuestión y responde dando una opinión contraria y tres a favor. Cita Malderus, que dice que existe obligación de huir, aunque pueda resultar vergonzoso, pues por el orden de la caridad la vida del prójimo debe anteponerse al honor propio. Por otro lado, Navarro, Soto y la *Summa Sylvestrina* opinan lo contrario, y responden a Malderus que ese orden de la caridad existe siempre que la propia acción no esté condicionada por otra mala del prójimo. Azor concluye que esta última parece la opinión

[71] Santo Tomás apoya también su argumentación sobre el libro del Exodo, donde se dice que si alguien golpea a un ladrón por la noche y éste muere, no se trata de un asesinato. La conclusión es que, como la vida es un bien mayor que la propiedad, *a fortiori* no será asesinato matar a otra persona por preservar la propia vida.

más probable, aunque añade que el religioso, por su voto de humildad, debería huir siempre. Se hace después una nueva pregunta: ¿se puede matar a otro que te insulta golpeándote o abofeteándote? También en este caso presenta una opinión contraria y otra favorable, que ve como lícito ese comportamiento pues de otro modo el honor de las personas inocentes se podría atacar impunemente. Esta razón también la acoge Azor como probable.

El caso queda casi cerrado cuando Inocencio XI en 1679 firma un documento de la Universidad de Lovaina en el que se condenan algunas tesis de los casuistas por caer en una moral laxa. No se cierra definitivamente porque casi un siglo después, tratando de la cuestión San Alfonso María de Ligorio, dice que «esa opinión muy raramente será empleada en la práctica, porque como Silvius dice correctamente "aunque el honor es de más valor que las riquezas, pensamos que nunca o casi nunca (*is never or hardly ever*) se dará un caso en el que sea permitido matar a un agresor por razón del honor"». De modo sorprendente, se deja todavía abierta la posibilidad. Pocos años más tarde, en 1772, Concina le da la vuelta al problema y hablando de la actitud del que huye ante un ataque para no tener que matar al agresor, dice que las vergüenzas de este tipo son «la gloria de los cristianos».

2.5 Elementos de la casuística

Tras el recorrido histórico y la presentación de los tres ejemplos, Jonsen y Toulmin resumen en seis puntos los elementos que configuran la casuística clásica: paradigmas y analogía, máximas, circunstancias, probabilidad, acumulación de argumentos y resolución[72].

1. El primer paso de la casuística está siempre constituido por la formación de una taxonomía, como sistema en el que los casos están organizados siguiendo el criterio de la analogía. Generalmente, en los textos de los famosos casuistas esta sistematización se establece alrededor de los Diez Mandamientos o de los pecados capitales. Cada capítulo comienza con la definición de los términos empleados (por ejemplo, la definición de

[72] Cfr. AoC, pp. 250-57.

homicidio al considerar el quinto mandamiento, o de mentira al considerar el octavo). Para ello se recurre a las utilizadas por autores clásicos, como Cicerón, San Agustín y Santo Tomás. Después se presenta un caso concreto en el que la valoración moral resulta evidente, generalmente por suponer una clara transgresión del precepto que se considera. Este caso pasa a ser paradigmático, y servirá de modelo para estudiar, por analogía, aquellos otros que no resultan tan claros.

2. Las máximas son aquellos aforismos o dichos clásicos, más específicos que los principios generales e incuestionables de la moral, que se utilizan para fundamentar la argumentación del caso. Muchos proceden de la Ley Romana, y fueron después asumidos por en los cánones de la Iglesia[73]. Normalmente no requieren justificación alguna, y son «generales, pero no universales o invariables»[74].

3. Lo que hace que la valoración moral en algunos casos no resulte tan clara como en los paradigmáticos son las circunstancias, y por ello han de ser consideradas con gran atención. Los casuistas dicen que las circunstancias *hacen* el caso.

4. Los distintos casos se clasifican según la probabilidad de sus conclusiones (cierta, poco probable, altamente probable, etc.). La probabilidad depende tanto de los argumentos utilizados, como de la autoridad de los autores presentados a favor de una u otra conclusión[75].

5. La justificación de una u otra conclusión no está tanto en la lógica de su argumentación, sino en lo que denominan la acumulación de argumentos. Un ejemplo de ello son los libros penitenciales, donde junto a los diferentes pecados se establece una penitencia, que no se justifica generalmente con el recurso

[73] Ponen como ejemplo: *vim vi repellere* y *moderamine inculpatae tutelae*. Jonsen y Toulmin reconocen que los casuistas derivan las máximas de la ley natural (cfr. AoC, p. 253).

[74] A. R. JONSEN, *Casuistry as Methodology*…, p. 227; AoC, p. 257.

[75] Durante el auge de la casuística en el debate todas las opciones morales eran más o menos argumentables. Sólo en la casuística tardía comienza a hablarse de una serie de elecciones que no podrían ser sostenidas en ningún caso. Aparece así el concepto de actos intrínsecamente malos (cfr. AoC, p. 254).

a la Sagrada Escritura o a los Padres de la Iglesia, sino en referencia a la cantidad de argumentos y autores avalan esa penitencia.

6. A la resolución del caso se llega con la propuesta de una conclusión, que consiste en un consejo sobre la licitud y permisividad moral de una determinada actuación, teniendo en cuenta sus circunstancias particulares[76]. En muchos casos no se trata de una conclusión cierta, sino probable, puesto que la complejidad de la vida moral impide un rigor similar al de las ciencias exactas.

Después de presentar estos elementos, nuestros autores están en condiciones de definir la casuística como «el análisis de los asuntos morales, usando procedimientos de razonamiento basados en los paradigmas y la analogía, que lleva a la formulación de opiniones expertas sobre la existencia y severidad de obligaciones morales particulares, estructurados en términos de reglas o máximas que son generales pero no universales ni invariables, porque rigen con certeza sólo en la condición típica del agente y las circunstancias de la acción».[77]

Dejamos de momento esta definición, para continuar en nuestro recorrido histórico. Pasamos ahora a estudiar la influencia que la crítica de Pascal tuvo para la casuística.

2.6 La crisis: "Las Cartas Provinciales" de Pascal

La "edad de oro" de la casuística acaba, según Jonsen y Toulmin en 1656, año de publicación de *Les Lettres Provinciales*. Por aquel entonces, Blaise Pascal tenía ya gran fama tanto en el ámbito científico como en el terreno religioso por su libro *Pensées*. El

[76] «In these circumstances, given these conditions, you can with reasonable assurance act in such-and-such a way. By so doing, you will not act rashly or imprudently, but can be of good conscience» (AoC, p. 256).

[77] «The analysis of moral issues, using procedures of reasoning based on paradigms and analogies, leading to the formulation of expert opinions about the existence and stringency of particular moral obligations, framed in terms of rules or maxims that are general but not universal or invariable, since they hold good with certainty only in the typical condition of the agent and circumstances of action» (AoC, p. 257).

nuevo escrito ha de situarse en el contexto del debate teológico sobre la gracia entre Jesuitas y Jansenistas.

El personaje principal de estas cartas es un ficticio "buen padre jesuita", que va pasando revista a diferentes autores y casos de la moral casuística. Se fija especialmente en aquellos más extremos, en los que resulta sencillo el comentario sarcástico: emplea astutamente la cuestión del probabilismo para desprestigiar a aquellos autores que hablaban de las opiniones probables, sin realizar una crítica profunda de la cuestión.

El resultado del libro superó con mucho el propósito inicial, ya que «la caricatura que Pascal hace de la casuística ha conseguido una supervivencia de siglos»[78]. Cuando en 1874 Henry Sidwick escribe su famoso libro *Methods of Ethics* dedica a la casuística una sola frase[79]. De todos modos, Jonsen y Toulmin consideran que la intención de Pascal no era tanto la de atacar la casuística en sí misma, sino a sus promotores y a su modo de ver la moral que consideraba demasiado laxo[80]. Los Jesuitas y los Jansenistas predicaban la misma doctrina moral en sus líneas generales. Las diferencias y debates llegaban cuando se afrontaba su aplicación a las situaciones particulares: mientras que los primeros tendían a la laxitud, los segundos se escoraban hacia el rigorismo. De todos modos, aunque el problema de la moral laxa se cite con frecuencia

[78] AoC, p. 237. «To this day, Toget's Thesaurus lists the following synonyms, among others, for casuistry: equivocation, mystification, word fencing, hair-splitting, claptrap, mumbo-jumbo, empty-talk, quibbling, chicanery, subterfuge, and cop-ou» (A. J. LOZANO, *A Historical Perspective*…, p. 40). Diez años después de la publicación del libro de Pascal, Molière se refería a la casuística como: «a science to stretch the strings of conscience according to the different exigencies of the case and to rectify the morality of the action by the purity of our intention» (A. R. JONSEN. *Casuistry: an Alternative*…, p. 240). «For three centuries casuistry has had a bad odor about it, because it seemed to its critics all too plainly to be a cynical and sophistical strategy to permit one to do whatever one wanted to do—it all depended on how ingenious one was in thinking up a subtle principle to yield the result one had antecedently made up one's mind to vindicate» (H. A. BEDAU, *Making Mortal Choices*…, p. vii).

[79] Cfr. *ibid.*, p. 105.

[80] Jonsen y Toulmin escriben que lo que atacaba Pascal no era tanto el excesivo celo pastoral de los Jesuitas, que les llevaba a un tipo de moral permisiva, sino un problema general teórico de la ética cristiana que ha de compaginar la sublimidad de la fe con las continuas llamadas del mundo (cfr. AoC, pp. 238-39).

en este capítulo de *The Abuse of Casuistry*, y sea ciertamente uno de los motivos de la crítica, parece que la razón de fondo del ataque a la casuística y a sus promotores tenía raíces más profundas. Pascal veía en este modo de razonar un alejamiento de la verdad revelada, y una cierta caída en el racionalismo que conducía al escepticismo moral, que como hemos visto se había ya extendido por Europa tras la Reforma Protestante[81].

Nuestros autores concluyen este análisis de la crítica de Pascal diciendo que, aunque *Las Cartas Provinciales* le dieron a la casuística una mala reputación, no pudieron destruir la utilidad del método de análisis de casos como un modo plausible para la resolución de problemas morales concretos[82].

2.7 Después de "Las Cartas Provinciales"

El declino de la casuística no supuso ciertamente su total desaparición, ya que se continuó utilizando para la formación de confesores y directores de almas. En esta nueva etapa, los extremos a los que había llegado fueron atajados por dos intervenciones de la autoridad eclesiástica. De una parte, durante el pontificado de Inocencio XI el Santo Oficio condenó (año 1679) sesenta y cinco tesis laxistas contenidas en algunos libros de casos. De otra,

[81] Nuestros autores defienden la casuística diciendo que la acusación de racionalismo sólo cabría si la casuística se propusiera como una teoría moral completa, cosa que nunca pretendió: era un simple ejercicio práctico dirigido a intentar resolver satisfactoriamente problemas morales particulares (cfr. AoC, p. 242). No todos hacen esta misma interpretación de la crítica de Pascal. En su artículo antes citado, Tom Tomlinson cita el trabajo de Sommerville en el que señala que los peores excesos de la casuística señalados por Pascal no fueron resultado de la flexible interpretación de los principios, sino todo lo contrario, su rigidez (cfr. T. TOMLINSON, *Casuistry in Medical*…, p. 12). De la misma opinión es Kirk, que llega a decir que no fueron hombres de bajas pasiones, sino personas de altos principios los que llevaron la casuística a sus peores abusos. Indudablemente, sigue Kirk, hubo también hipocresía e inmoralidad en la casuística, pero fue sobre todo el puritanismo lo que originó la gran reacción contraria (cfr. K. E. KIRK, *Conscience and its*…, p. 121). «The bad odour into which "casuistry" has fallen belongs, therefore, to its abuse rather than to its real nature; and that abuse itself has its rise not so much in hypocrisy or lax immoralism as in the aberrations of a high—minded moral rigidity» (*ibid*., p. 126).

[82] Cfr. AoC, pp. 232-49.

Alejandro VIII condenó pocos años después treinta y una proposiciones rigoristas procedentes de la casuística belga.

De entre los autores que continuaron utilizando el método casuístico, Jonsen y Toulmin, señalan a Hugo Grotius (1583-1645) y Samuel Pufendorf (1632-1694), que construyeron deliberadamente un sistema moral basado sobre un concepto de ley natural diverso al que hemos visto hasta ahora en el ámbito de la casuística. Estos autores fundamentan la ley natural no en la ley eterna, sino sobre bases "puramente seculares"[83].

En el siglo XVIII comenzó, y se consolidó en el XIX, un modo de resolver cuestiones morales, que mantuvo de alguna forma el modo casuístico. Se trataba de las consultas realizadas a la Sede Apostólica sobre cuestiones morales particulares. En el siglo XX, además de las preguntas y respuestas a la Santa Sede, aparecieron algunas encíclicas que también afrontaban asuntos específicos de moral, dando una valoración que había de ser recibida como indicación de la autoridad suprema de la Iglesia[84]. En este mismo siglo puede también descubrirse un amplio uso de la casuística en otros ámbitos. Piénsese, por ejemplo, los casos tratados durante muchos años en la revista *Theological Studies*. También la disciplina sobre los sacramentos dio origen a un buen número de libros con un estilo que recuerda la casuística. Preguntas sobre el cumplimiento del precepto dominical cuando la Misa está ya empezada, sobre la cantidad de alimentos que pueden comerse un día de ayuno, o si las ancas de rana han de considerase carne o pescado, fueron ampliamente estudiadas en estos textos. Para Jonsen y Toulmin, sin embargo, estos análisis trivializaban la casuística, pues los paradigmas eran difíciles de encontrar, las máximas morales débiles y las argumentaciones se basaban más sobre la autoridad que sobre valores morales[85].

[83] Cfr. AoC, pp. 276-78. A nuestro modo de ver se trata de una cita interesada para sostener después una casuística que no apoye en una ley natural entendida en su acepción clásica.

[84] El ejemplo que ponen nuestros autores se refiere a la *Humanae vitae* (año 1968).

[85] «Casuistry easily slides into trivial sophistry» (AoC, p. 272).

Por otro lado, en torno a los años Sesenta, apareció una corriente en la teología moral que fue denominada "ética de la situación", y que sostenía que los mandamientos de Dios podían sólo captarse en las situaciones concretas. Aunque en un primer momento podía parecer muy semejante a la casuística, Jonsen y Toulmin escriben que era en realidad muy diferente[86].

2.8 El renacer de la Casuística

A partir de los años Sesenta vuelve el interés por las cuestiones morales particulares a las que se ha de dar respuesta. Aparecen primariamente en ámbito médico, en relación al trasplante de órganos, a cuestiones relativas al control de la fertilidad, etc. Posteriormente se extienden a otros campos, como el jurídico y el económico, constituyéndose lo que se ha denominado "ética aplicada". Se publican libros que abordan estas cuestiones morales específicas y, también en estos años, se crean centros de investigación en estos campos, como el *Institute for Society, Ethics and Life Sciences* (*Hastings Center*) y el *Kennedy Institute for Bioethics* de la Universidad de Georgetown.

Reaparece con nuevo impulso el estudio de casos de moral con un modo de hacer bastante similar al de la casuística clásica. Se comienza con el establecimiento de los casos paradigmáticos, cuya valoración moral es clara (en ocasiones evidente). A partir de ellos se podrían deducir conclusiones morales para aquellos otros casos que sean similares. El problema surge, como siglos atrás, cuando aparecen las ambigüedades. Las posibilidades son diversas: que el nuevo caso en estudio no encuentre un paradigma adecuado; que sí lo haya pero no resulte demasiado similar; o finalmente, que haya dos o más paradigmas que pudieran aplicarse. Para resolver esta cuestión, la nueva casuística apela como la clásica a la prudencia, que además cuenta con la mejor comprensión

[86] La casuística clásica trabaja con muchos paradigmas, principios y máximas; y considera las circunstancias como un elemento importante, pero no como el único. El situacionismo no acepta principios universales, o los reduce a uno solo; y utiliza como único criterio moral la consideración de las circunstancias (cfr. AoC, pp. 272-73). La ética de la situación fue condenada por Pío XII en 1956.

de los casos paradigmáticos y de las excepciones, gracias a su desarrollo histórico[87]. Finalmente, señalan nuestros autores que aquellos casos para los que no se halla un paradigma adecuado serán un estímulo para afinar en la comprensión de las reglas y principios morales que entran en juego[88].

2.9 Epílogo y conclusiones

El libro de Jonsen y Toulmin acaba retomando el punto de partida: el debate sobre el aborto. El análisis casuístico de la cuestión sería el único modo de conseguir un mayor acercamiento entre las posturas enfrentadas, gracias a un refinado estudio de las cuestiones morales que entran en juego, buscando los paradigmas que sean capaces de captarlas mejor. Acercamiento que no sería capaz de realizar una moral que deba deducir sus conclusiones a partir de unos principios fijos y universales[89].

El problema que tiene esta alternativa a los principios, y que reconocen nuestros autores, está en la necesidad de un sustrato donde apoyar el razonamiento casuístico. Sustrato que ha de ser ampliamente compartido dentro de la comunidad. En esta línea, Daniel Callahan sostiene que el único sistema capaz de resolver los problemas de ética médica habría de ser esencialmente deductivo, con unos principios primarios y secundarios bien establecidos, y con una larga historia de refinada casuística. Desgraciadamente, continúa Callahan, ese sistema requiere unos presupuestos

[87] En este punto, también la nueva casuística utiliza a autores como Tomás de Aquino o Juan Azor para explicar que las circunstancias pueden llegar a cambiar la especie moral de una acción. «Even action that are 'right or wrong *absolute*' —that is, paradigmatically right or wrong, *in the normal case*— may be understandable, pardonable, or even justifiable, if the circumstances are sufficiently exceptional» (AoC, p. 312).

[88] Dentro de la compleja génesis de la casuística moderna, otros autores subrayan el papel que ha tenido el nominalismo, debido a su crítica de las esencias y de los universales. Este ambiente habría propiciado el crecimiento de una moral que no se apoya en principios universales, sino que se ocupa del caso particular (cfr. A. R. JONSEN, *Foreword* en J. F. KEENAN y T. SHANNON, *The Context of…*, pp. xvi y xvii). Uno de los capítulos del libro explica con detalle cómo y por qué el nominalismo fue precursor de la casuística, estudiando a Scoto y Ockham.

[89] Ya en los primeros años Setenta Paul Ramsey escribió que «la ética médica debe ser efectivamente casuística» (AoC, p. 338).

culturales y una visión común del mundo, que no es posible hallar en nuestra sociedad[90]. Sin embargo, nuestros autores no se desaniman ante esta realidad, y explican que este sustrato del que se viene hablando se estaría construyéndo de alguna forma. Sin explicar muy bien su consistencia sostienen que la visión común necesaria para el trabajo de la casuística se puede descubrir detrás de todas las publicaciones que han aparecido en los últimos años, y siguen apareciendo a distintos niveles (filosófico, científico y divulgativo), donde se tratan casos de ética médica, en los que se pueden descubrir todos los elementos de aquella casuística clásica: los paradigmas, las opiniones probables, la suma de argumentos, etc[91].

¿Cuáles son las conclusiones a las que llegan nuestros autores al final del libro? Nos las dan ellos mismos de modo muy sucinto en dos frases. Por un lado, que «la casuística es inevitable». Por otro, que «el conocimiento moral es esencialmente particular»; y que, por tanto, los problemas morales habrán de resolverse siempre teniendo en cuenta los casos específicos y sus circunstancias[92].

Estas conclusiones pueden ser tomadas como punto de partida del siguiente apartado. Como hemos visto en las páginas anteriores *The Abuse of Casuistry* hace un repaso de la historia de la ca

[90] «The only kind of ethical systems I know of which make it possible to reach specific conclusions are those of an essentially deductive kind with well established primary and secondary principles and a long history of highly refined casuistry. The Roman Catholic scholastic tradition and the Jewish responsa tradition are cases in point. Unfortunately, system of that kind presuppose a whole variety of cultural conditions and shared word views which simply do not exist in society at large» (AoC, p. 339).

[91] La expresión inglesa que utilizan al menos dos veces es la siguiente: «the institutions capable of supporting casuistry *have come into being*» (AoC, pp. 339 y 340).

[92] «One conclusion for which we argue in this book is, certainly, the one stated here: namely, the claim that *casuistry is unavoidable*. If taken alone, this is so weal a conclusion that no moral theologian or philosopher with abstract tastes and theoretical inclinations could lose any sleep over it: if it were all we had set out to establish, we would indeed be making much ado about very little. So that first conclusion must be distinguished from a second, stronger claim –namely, that *moral knowledge is essentially particular*, so that resolutions of moral problems must always be rooted in a concrete understanding of specific cases and circumstances» (AoC, pp. 329-30).

suística y la propone como opción válida para la ética actual, que ha de enfrentarse a muchas cuestiones en diversos ámbitos profesionales que requieren una respuesta sobre su licitud y validez moral. Sin embargo, el libro no entra a analizar, salvo pocas excepciones, cuestiones específicas de la ética biomédica. Éste será el objeto del siguiente epígrafe. Lo haremos siguiendo algunos textos de Jonsen, que a diferencia de Toulmin, ha escrito mucho sobre esta materia.

3. La propuesta casuística para la bioética

Volvemos ahora al ámbito de la ética biomédica que ha estado presente como fondo de las reflexiones en torno al repaso histórico de la casuística. Pero antes de entrar a estudiar la propuesta de Albert R. Jonsen, presentamos una breve introducción del uso que se hace actualmente de la casuística en la bioética clínica.

3.1 Un método casuístico para las cuestiones de ética biomédica

Al ojear los índices de libros de bioética es frecuente encontrar capítulos, o apartados, que recogen casos tomados de la práctica clínica o del ámbito judicial. Algunos de éste último grupo se han convertido en famosos casos de bioética, y son citados aquí y allá como verdaderos paradigmas para el estudio de cuestiones de ética biomédica. A modo de ejemplo podemos mencionar: el caso *Baby Doe*, sobre la decisión de intervenir quirúrgicamente a una recién nacida con graves alteraciones físicas; el caso *Baby M*, sobre el complicado desarrollo judicial en una situación de maternidad de alquiler; y el caso *Quinlan*, sobre la decisión de desconectar el respirador artificial en una joven en estado de coma[93]. Por otro lado, son cada vez más numerosos los libros que recogen diversas antologías de casos clínicos con contenido ético. Uno de los

[93] Una descripción detallada de todos estos casos puede encontrarse en G. Pence, *Classic Cases in Medical Ethics*, McGraw-Hill, New York 1990.

primeros fue el de Campbell y Higgs, que apareció al inicio de la década de los Ochenta, y al que han seguido otros muchos[94].

La razón del gran desarrollo que ha tenido el estudio de casos es fácil de entender, pues los casos ocupan un lugar central en el aprendizaje del arte médico[95]. El estudiante de medicina, junto al repaso de los diferentes manuales, ha de dedicar muchas horas a las visitas por las diversas plantas del hospital. No le es suficiente con aprender teóricamente lo que es la ictericia y cuáles son los mecanismos metabólicos que la producen. Necesita ver al paciente ictérico, y sólo así aprenderá a reconocer el signo. De otro modo, nunca podrá diagnosticar aquellas patologías que cursan con ictericia.

La casuística en bioética se disocia, al menos en parte, de aquella clásica que trataba de aplicar los principios a casos concretos. No es un método deductivo, sino con expresión de Carson Strong, una propuesta basada en casos (*case-based approach*), donde el argumento se desarrolla comparando el caso en estudio con un paradigma. De esta comparación emergen ciertos factores morales relevantes (*casuistic factors*), que variarán de un caso a otro. Su resultado, como el de toda casuística, no es una certeza: siempre queda abierto a la valoración de nuevos factores. La conclusión será mejor o peor, dependiendo de lo plausible de su comparación con el caso paradigmático. Este modo de razonamiento no pretende resolver todos los casos morales que aparecen en ámbito médico, pero sí supone una buena ayuda en la mayoría de ellos. En algunos se llegará simplemente a la conclusión de que no

[94] A. V. CAMPBELL y R. HIGGS, *In that Case: Medical Ethics in Everyday Practice*, Darton, Longman & Todd, London 1982; R. W. PACK, *Case Studies and Moral Conclusions: the Philosophical Use of Case Studies in Biomedical Ethics*, University Microfilms International, Ann Arbor 1987; R. M. VEATCH y S. FRY, *Case Studies in Nursing Ethics*. J. B. Lippincott, Philadelphia 1987; C. LEVINE, *Cases in Bioethics: Selections from the Hastings Center Report*. St. Martin's Press, New York 1989; T. F. ACKERMAN y C. STRONG, *A Casebook of Medical Ethics*, Oxford University Press, New York 1989; M. G. KUCZEWSKI y R. L. PINKUS, *An Ethics Casebook for Hospitals*, Georgetown University Press, Washington 1999; M. PARKER y D. DICKENSON, *The Cambridge Medical Ethics Workbook. Case Studies, Commentaries and Activities*, Cambridge University Press, Cambridge 2001.

[95] T. TOMLINSON, *Casuistry in Medical…*, p. 7.

se ha hallado un paradigma adecuado, o que son varios los que podrían tomarse en consideración[96].

La casuística en bioética clínica aparece por tanto como reacción a un modo deductivista de resolver los casos concretos de la vida moral. Este es el punto de partida del artículo de Strong apenas citado, que recoge una de las conclusiones del libro de Jonsen y Toulmin: el conocimiento moral es esencialmente particular, y no se obtiene por deducción[97].

Este método casuista para la bioética está íntimamente relacionado con el procedimiento utilizado en ámbito judicial, y es por ello que en los textos de bioética, sobre todo los de producción norteamericana, no sea sencillo separar las cuestiones que pertenecen al ámbito legal de aquellas propiamente morales. Annas explica que en Estados Unidos, al no tener un *ethos* común donde apoyar los juicios morales, la ley cumple de algún modo esa función. Aunque sostiene justamente que se trata de dos campos distintos[98]. En algunos casos podría parecer incluso que la ley estuviera por encima de la moral, pues sería aquélla y no ésta quien tendría la última palabra[99]. Recuérdese, por ejemplo, que en Estados Unidos, la práctica del aborto comenzó a considerarse legal (y para muchos también moral), a partir de la sentencia de un tribunal.

En su breve camino dentro del ámbito bioético la casuística ha dado origen a varios modelos de resolución de problemas. Como alternativas a la propuesta de Jonsen podemos destacar los traba

[96] Cfr. C. STRONG, *Specified Principlism: What…*, pp. 330-35.

[97] También de este parecer es Diego Gracia, que considera como característica fundamental de la bioética civil poseer un método casuístico, que aparece como reacción a un sistema excesivamente deductivista (cfr. D. GRACIA, *Fundamentos de bioética…*, p. 446).

[98] Cfr. G. ANNAS, *The Dominance of American Law (and Market Values) over American Bioethics* en M. A. GRODIN (ed.), *Meta Medical Ethics…*, pp. 83-96.

[99] De diversa opinión es Paris, quien en un artículo intenta explicar con varios ejemplos, cómo no son los jueces, sino el ambiente moral de la sociedad en la que se encuentran, los que tienen la última palabra (cfr. J. J. PARIS, *The Domination of Law in American Bioethics: a Response to Annas* en *ibid.*, pp. 97-107. Sobre la proximidad entre la bioética y los casos judiciales es interesante el artículo de J. ARRAS, *Principles and Particularity…*, pp. 983-1014.

jos de Brody y Strong[100]. También son de interés los escritos de Arras, aunque quizá no pueda considerarse estrictamente un casuista. El mismo año de la publicación del libro de Jonsen y Toulmin apareció otro de Baruch A. Brody, *Life and Death Decision Making*, en el que propone una "casuística pluralista"[101]. Es denominada también "modelo del conflicto de requerimientos" (*conflicting appeals*), ya que intenta compaginar los diferentes elementos que en las distintas teorías éticas aparecen como predominantes (las consecuencias de los actos, el respeto de las personas, las virtudes, el coste-beneficio y la justicia). Su método comienza con el reconocimiento de las intuiciones morales fundamentales, que corresponderían a juicios sobre la corrección de determinadas acciones. Dichos juicios no serían evidentes, y por tanto estarían abiertos a revisión. En esta revisión se iría constituyendo una teoría moral cuya finalidad no es otra que la de calificar las acciones como correctas o incorrectas; y a los agentes como dignos de alabanza o de reproche. Como buen casuista, Brody considera que la teoría moral no se establece independientemente de los casos, sino que viene después de ellos.

Por su parte, Carson Strong habla del método de "comparación de casos", más cercano que el anterior a la propuesta de Jonsen. Comienza con la identificación de las obligaciones morales que en un determinado caso entran en conflicto. Después, estudia las posibles alternativas de actuación. En tercer lugar, compara el caso en estudio con otros similares, descubriendo las semejanzas y diferencias. Por último, busca un caso paradigmático de cada uno de los posibles modos de actuación, pero a diferencia de Jonsen estos casos paradigmáticos son mucho más cercanos al que está

[100] Un breve resumen de las propuestas de estos autores puede encontrarse en el artículo de M. G. KUCZEWSKY, *Casuistry*…, pp. 423-32.

[101] «It is pluralistic in that it supposes that there are many different moral appeals that are irreducible to each other, often in conflict with each other, and yet necessary to complement each other. It is casuistical in that it attends to the range of differences among particular cases and attempts to apply appropriately the different moral appeals to particular cases in different ways. The resulting theory, therefore, has a far more complex basic structure than most traditional theories, which regard all moral appeals as reducible to one basic appeal (...) complex issues require complex theories for their resolution» (B. A. BRODY, *Life and Death Decision Making*, Oxford University Press, New York 1988, p. vi).

siendo estudiado. Esto implica que, de una parte sea más sencillo realizar la valoración final puesto que los casos tienen mayor similitud; pero, de otra parte se topa con la dificultad de encontrar los paradigmas adecuados con una valoración clara[102].

Junto a estos dos autores podría mencionarse a John D. Arras, cuya propuesta es considerada por Jonsen como una "casuística débil". Sostiene que el papel de los casos en el conjunto de la Filosofía Moral es más modesto del que sugieren los autores de *The Abuse of Casuistry*. Aunque reconoce que es indispensable, explica que la casuística necesita del suplemento de unos principios capaces de guiar la acción, y de una teoría moral[103].

Otros autores consideran la casuística en general, y por tanto también la propia del ámbito bioético, como un tipo de la llamada "ética narrativa"[104]. Howard Brody divide en tres grupos las alter

[102] C. STRONG, *Justification in Ethics* en B. BRODY (ed.), *Moral Theory and Moral Judgments in Medical Ethics*, Kluwer Academic, Dorderecht 1988, pp. 193-211; ID., *Critiques of Casuistry and Why They Are Mistaken*, "Theoretical Medicine and Bioethics", 20 (1999), pp. 395-411; ID., *Specified Principlism: What…*, pp. 323-41; T. F. ACKERMAN, y C. STRONG, *A Casebook of…* Mientras que Jonsen está interesado en el *midground* y en el *foreground* (siguiendo los distintos niveles de la moral, a partir de la "metáfora del cuadro": vid. capítulo I, p. 26), Strong se quedaría en el último nivel, el *foreground* (cfr. B. A. ILTIS, *Bioethics as Methodological…*, p. 282).

[103] «Casuistry also has familiar limitations that prevent it from being considered a self-sufficient method. Like the common law, it is inherently backward-looking and can be insufficiently attentive to a more systematic and scientific assessment of consequences. Likewise, due to its focus on proximate paradigms, casuistry can also fail to pay adequate attention to larger overarching social questions, such as what kind of society we wish to live in. And finally, relying as it does on settled convictions and common responses to cases, casuistry always risks a facile accommodation to the prejudices of the day» (J. D. ARRAS, *A case approach* en H. KUHSE y P. SINGER (eds.), *A Companion on…*, p. 113). Otros textos del autor sobre la casuística son: ID., *Getting Down to…*, pp. 29-51; ID., *Principles and Particularity…*, pp. 983-1014.

[104] Cfr. A. H. JONES, *Narrative in Medical Ethics*, "British Medical Journal" 318 (1999), pp. 253-56. Las características de la ética narrativa podrían resumirse en los siguientes puntos: 1) las decisiones morales requieren una detallada indagación del caso en relación a su contexto histórico-cultural y a sus antecedentes; 2) el análisis del caso debe ser racional y riguroso, sin seguir un modelo deductivo o matemático; sus herramientas son la interpretación y el razonamiento por analogía con otros casos; 3) combinando los dos puntos anteriores el suje-

nativas al principialismo que han aparecido (la ética de la virtud, la casuística y la ética feminista), y explica que todas ellas contienen algunos rasgos de la ética narrativa. Bajo tal denominación se aglutinan autores muy diferentes, cuyo punto en común es presentarse como propuesta alternativa a los modelos éticos de tipo *top-down*[105]. Hilde L. Nelson en su libro sobre una aproximación narrativa a la bioética sostiene que Jonsen y Toulmin con *The Abuse of Casuistry* han rehabilitado un tipo concreto de narrativa, en el que las historias se comparan como medio para encontrar solución a las nuevas situaciones[106].

3.2 La bioética clínica de Albert R. Jonsen

«Los casos son la moneda de la ética médica». Con estas palabras comienza Jonsen un artículo en el que aborda la cuestión de la casuística como metodología para la ética clínica. Después de repetir que el razonamiento típico de la casuística clásica es el propio de la retórica, pasa a analizar las tres categorías alrededor de las cuales gira el análisis moral: la morfología, la taxonomía y la cinética. El primer término lo toma prestado de la biología, el segundo de la retórica y el tercero de la física. El modo que utiliza para explicar estas categorías, no podía ser de otro que el de presentar uno de los clásicos casos de bioética: el *Debbie's case*.

> «A un residente de obstetricia se le pide que vaya a media noche a atender a una mujer joven que no es paciente

to llegará a una resolución meditada, que podrá ser argumentada adecuadamente; 4) el razonamiento moral no se focaliza solamente en un caso singular o en una decisión; 5) cuando uno conoce detalladamente la historia de la situación, está en condiciones de identificarse emocionalmente con los participantes (cfr. H. BRODY, *The Four Principles…*, pp. 208-09).

[105] J. D. ARRAS, *Principles and Particularity…*, p. 1004.

[106] Habla de cinco posibles modos de utilizar las narraciones (cfr. H. L. NELSON (ed.), *Stories and their…*, pp. xi-xii). Existe un amplio consenso entre los bioeticistas sobre la importancia de la narrativa para la metodología de la bioética (cfr. M. G. KUCZEWSKI, *Bioethics Consensus on Method: Who Could Ask for Anything More?* en *ibid.*, pp. 134-49). También en el ámbito puramente clínico se da cada vez mayor importancia a las narraciones (cfr. J. LYNN y D. DEGRAZIA, *An Outcomes Model of Medical Decision Making*, "Theoretical Medicine" 12 [1991], pp. 325-43).

suya. Viendo su historial se da cuenta de que la paciente está en un estadio terminal de un cáncer de ovario. Entrando en la habitación percibe su lamentable estado y sus grandes dolores. Ella le suplica: "acabemos de una vez". El residente le administra una dosis alta de morfina y Debbie fallece una hora después debido a la depresión respiratoria causada por la morfina»[107].

*3.2.1 Morfología (*morphology*)*

La morfología corresponde a la descripción detallada del caso, que permite captar todas aquellas características que lo definen, y que lo diferencian de los otros casos[108]. Con el lenguaje propio de la casuística visto en precedencia podemos decir que la morfología queda constituida por las circunstancias y las máximas. Las primeras nos dan la información necesaria para entender la situación que hemos de valorar (*existential facts*), mientras que las segundas proporcionan el elemento de moralidad (*moral prudential advice*).

Después del repaso histórico de la casuística no será difícil entender el peso que Jonsen da a las circunstancias en la valoración moral del caso. Aunque no nos proporciona una definición concreta, leyendo sus escritos es posible delinear cuál es su concepto de circunstancia. Indica con frecuencia que tiene mucha influencia de Aristóteles y Cicerón[109]. Su ámbito no queda reducido a lo que sugiere la etimología de la palabra ("lo que está alrededor"),

[107] «A resident in obstetrics is called late at night to see a young woman whom he does not know. On reviewing her chart he sees that se is in the terminal stages of ovarian cancer. Entering her room, he notes her emaciated state and obviously great pain. Se pleads, "let's get this over". The resident administers a heavy dosage of morphine and Debbie dies within an hour of the respiratory depression induced by the morphine» (A. R. JONSEN, *Casuistry as Methodological…*, p. 298: el caso procede de un artículo de 1989 aparecido en el JAMA).

[108] «The morphology of a case reveals the invariant structure of the particular case, whatever its contingent features, and also the invariant forms or argument relevant to any case of this sort» (*ibid.*, p. 301).

[109] Vid. AoC, pp. 131-33; 253-54; A. R. JONSEN, *Casuistry as Methodology…*, p. 298; ID., *Morally Appreciated Circumstances: a Theoretical Problem for Casuistry* en L. W. SUMNER, y J. BOYLE (eds.), *Philosophical Perspectives on…*, p. 39).

ya que las circunstancias son tan importantes en el análisis moral como puedan serlo los principios[110]. Aunque no lo escriba así, parece que todas las características con relevancia moral que se utilizan para describir una acción podrían caer bajo una u otra circunstancia (el sujeto, la acción que se realiza, el momento, la intención, el modo y la cantidad, etc.)[111]. Nuestro autor repite con frecuencia que la Filosofía Moral no ha dado todavía a las circunstancias el peso que tienen. Para explicar el estado actual de la ciencia moral usa la metáfora de la construcción de un palacio, y escribe que se ha puesto mucho esfuerzo en elevar el edificio, pero se ha descuidado casi por completo la decoración interna[112].

Junto a las circunstancias encontramos las máximas, que son «sentencias relativamente generales que proporcionan las bases para las argumentaciones en un contexto o caso particular». Su papel es similar al que tienen en otras perspectivas éticas las reglas o principios, aunque la casuística las utiliza de modo más flexible[113]. Jonsen explica que ha elegido el nombre de máxima en lugar de utilizar el de principio, porque en el caso concreto han de tomar la forma de norma específica, modelada según las características del caso. En todo caso, los principios podrían dar lugar a

[110] «The circumstances are not, as the etymology of the word suggests, thing that "stand around"; they are as integral to the moral analysis as are the principles» (*ibid.*, p. 40)

[111] «I am certain that ethical evaluation of cases very often, if not always, dwells upon these minor arguments rather than on the grand arguments of principle. I am also sure that the resolution of ethical quandaries comes, not out of a vision of principles, but out of a perception of the ways in which these minor arguments work out» (*ibid.*, p. 43).

[112] Cfr. A. R. JONSEN, *Casuistry: an Alternative…*, p. 243. Sobre el papel de las circunstancias en el pensamiento de Jonsen, ver también: ID., *Morally Appreciated Circumstances* en L. W. SUMNER, y J. BOYLE (eds.), *Philosophical Perspectives on…*, pp. 37-49. Miller, uno de los autores neocasuistas, distingue hasta cinco modos en los que las circunstancias afectan al juicio moral (cfr. R. B. MILLER, *Casuistry and Modern…*, pp. 23-25).

[113] «While their role is in some ways analogous to that of rules and principles in other approaches to ethics, their use is looser and more flexible in both derivation and application than is generally thought to be the case for rules and principles» (A. L. MACKLER, *Cases an Judgments in Ethical Reasoning*, University of Microfilms International, Ann Arbor 1992, p. 153).

máximas, a través del proceso de especificación propuesto por Richardson[114].

> Volviendo ahora al caso de Debbie, Jonsen menciona como circunstancias el papel de las personas consideradas (médico y paciente), la fase terminal en la que se encuentra la enfermedad, la incomodidad física y mental de la paciente, el momento en el que se produce la petición, etc. Entre las máximas que se agolpan en la mente al tropezarse con el caso, se enumeran algunas como: "las personas competentes tienen derecho a determinar su destino", "el médico debe respetar los deseos del paciente", "aliviar el dolor", "no matar", "no dar a un paciente sustancias venenosas mortales, aunque las solicite". El trabajo de la casuística será el de determinar qué máxima debe conducir el caso y en qué condiciones. «La selección de la máxima apropiada depende profundamente de las circunstancias».

Las máximas y circunstancias quedan englobadas dentro de la "estructura del argumento moral", concepto que Jonsen toma de Toulmin[115]. Dicha estructura, también denominada "lógica del razonamiento moral", está constituida por unos elementos invariables que forman un patrón para el análisis moral. Estos elementos invariables son: un juicio moral (*claim*) sobre una acción que la persona debe, o no, cumplir (por ejemplo, "yo, residente de obstetricia, debo ayudar a esta mujer a morir"). Este juicio apoya sobre un terreno (*ground*) que indica el por qué de tal juicio ("porque la mujer está sufriendo grandes dolores"). Otro elemento de la estructura es la autorización (*warrant*), que son las máximas morales que justifican dicho juicio en las circunstancias concretas ("es

[114] «Richardson offers a plausible method to bring principles to bear on cases; Strong offers a reasonable critique that Richardson's method does not engage the circumstances of cases sufficiently to lead to a resolution. Specification and casuistic analysis need each other to get close to the case. The circumstances suggest modifications of principles that specify them to maxims suited to the case without departing from the stable ground of principles; the principles give a moral meaning to the otherwise factual circumstances» (A. R. JONSEN, *Strong on Specification*…, p. 359).

[115] S. E. TOULMIN, *The Uses of Argument*, Cambridge University Press, Cambridge 1969 en A. R. JONSEN, *Casuistry as Methodology*…, p. 299.

obligación del médico aliviar el dolor y respetar los deseos del paciente"). A su vez la autorización se apoya en lo que Jonsen denomina *baking* ("referencia a la doctrina sobre la autonomía"). Finalmente, muchos casos presentan algunos calificadores (*qualifiers*), que comienzan con las palabras "excepto" o "a no ser que", y que supondrían excepciones al juicio propuesto ("a no ser que el paciente en ese momento sea incompetente" o "excepto en el caso que existan otros medios para eliminar el dolor"). Ciertamente la estructura del argumento moral puede construirse de modos diversos según sea la consideración los distintos elementos apenas señalados[116].

Con esto no termina la morfología del caso, pues junto a esta "estructura del argumento moral", se puede describir lo que Jonsen denomina subestructura (*substructure*), que se refiere a los diferentes tópicos o facetas (*topics*) propios de cada campo. Se trata de elementos constantes en el estudio de las cuestiones morales propias de un determinado ámbito[117]. Y así, hay unos tópicos para la valoración de cuestiones éticas relacionadas con la política (como por ejemplo, el concepto de autoridad, la soberanía, el bien común, etc.), y de la misma forma, existen en el campo de los negocios o de la medicina. El concepto de tópico es propio de la retórica, y designa los lugares de dónde se toman los argumentos para la discusión[118].

Para la bioética clínica Jonsen distingue cuatro facetas o tópicos, que han tenido gran difusión en este campo gracias al libro *Clinical Ethics*[119]. Estos tópicos son: la indicación médica, las

[116] «This logic is not at all similar to the logic of scientific reasoning. Rather it is an invariant pattern of reasoning in which certain claims are related to grounds, warrants, backing and moral qualifiers» (*ibid.*).

[117] «These [topics] are the forms of argument suited to persuasive discourse either in general or in a particular enterprise. Persuasive discourse in general will always use arguments of a certain sort, invariant in themselves, regardless of what the circumstances are» (A. R. JONSEN, *Casuistry: an Alternative*…, p. 242).

[118] En la retórica griega se conocían como τόποι, mientras que la latina utilizaba el término *loci*. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua sigue admitiendo este significado como una de las acepciones de la palabra "tópico".

[119] El orden de los cuatro tópicos o facetas presentado por Jonsen en muchos de sus artículos se atribuye generalmente a Siegler, que es el primero que los

preferencias del paciente, la calidad de vida, y los factores sociales y económicos. «Cada uno de ellos contiene ciertas definiciones, máximas y argumentos que tendrán que ser tomados en consideración en la discusión de los casos. Las circunstancias particulares de tiempo, lugar, características personales, comportamientos, etc., que constituyen cada caso, se analizarán a la luz de estos tópicos»[120].

*a) Las indicaciones médicas (*medical indications*)*

Se refieren a todos aquellos datos clínicos a favor y en contra de una determinada intervención. Incluye por tanto, la información sobre la patología del paciente, o su estado de salud, los tratamientos que está siguiendo, etc. El término indicación médica se toma en su acepción amplia, y considera también todos los objetivos del arte médico (promoción de la salud, alivio del dolor, cura de la enfermedad, prevención de la muerte prematura, mejora del estado funcional, educación y consejo de los pacientes)[121].

Aunque los autores del texto explican en las páginas introductivas que su método de análisis no comienza con los principios y las reglas, sino con el estudio del caso concreto, no tienen inconveniente en relacionar cada uno de los tópicos con uno o varios principios de los mencionados por Beauchamp y Childress[122]. Concretamente la indicación médica responde a la pregunta sobre «cómo puede mantenerse o recuperarse el bien humano llamado salud», y se relaciona con los principios de beneficencia y no-maleficencia[123].

describe de ese modo en un artículo de 1982 (cfr. M. BLITON, *The Ethics of…*, p. 122). Concretamente: M. SIEGLER, *Decision-Making Strategy…*, pp. 2178-79.

[120] ID., *Casuistry…*, p. 349.

[121] Cfr. CE, pp. 13-16. Los apartados del capítulo que se refiere a la indicación médica (*Indication for Medical Intervention*) tratan de las intervenciones inapropiadas, de las órdenes de no resucitación, del cuidado de los pacientes moribundos, de las implicaciones legales de la falta de tratamiento y de la determinación de la muerte (pp. 13-45).

[122] Para Jonsen, en todo caso, estos principios no serían aplicados, sino más bien interpretados.

[123] Estos dos principios aparecen en la última edición del libro *Clinical Ethics* (pp. 16-17) . En un artículo anterior, Jonsen lo relacionaba sólo con el

*b) Las preferencias del paciente (*patient preferences*)*

La segunda faceta responde a la pregunta: «¿hasta dónde deberían llegar las preferencias del paciente en la determinación de la naturaleza y extensión de su atención médica?». Como es evidente está íntimamente en relación con el principio de autonomía, e incluye las ideas del paciente sobre la ayuda que le ha de ser prestada, que pueden o no corresponder con la actuación más adecuada teniendo en cuenta su situación clínica. También incluye la cuestión sobre la atención de personas que no sean capaces de expresar sus preferencias, y la posibilidad de que sean otros los que tomen las decisiones (familia, equipo médico, juez…)[124].

*c) La calidad de vida (*quality of life*)*

El tercer elemento señalado por Jonsen está constituido por la calidad de vida; que hay que entender viendo la vida del paciente como un todo, y evitando focalizar únicamente el evento patológico. Estos juicios sobre la calidad de vida deberían realizarlos las personas que se encuentran en la situación que se está examinando, cosa que no siempre es posible, por lo que en ocasiones las realizan otras personas. En este caso, los principios interpelados son beneficencia, no-maleficencia y respeto de la autonomía[125]. La pregunta que intenta responder sería: "¿qué estados de vida han de considerarse buenos y malos; y hasta qué punto se debe obligar

principio de beneficencia (vid. A. R. JONSEN, *Clinical Ethics and…*, pp. 18-20). De este mismo artículo tomamos las preguntas a las que debería contestar cada uno de los tópicos.

[124] En este capítulo se habla de consentimiento informado, capacidad decisional, creencias religiosas y diversidad cultural, veracidad en la comunicación, rechazo del tratamiento por parte de sujetos competentes, testamentos vitales, toma de decisión en caso de pacientes incapaces, los límites de las preferencias del paciente, el fracaso en la colaboración médico-paciente y la medicina alternativa (cfr. CE, pp. 47-103).

[125] También en este caso se ha añadido un principio (respeto de la autonomía) a los mencionados por Jonsen en el artículo de 1994.

a otros a llegar a dichos estados, a través de las intervenciones médicas?"[126].

*d) El contexto (*contextual features*)*

El último de los tópicos o facetas queda constituido por las características del contexto. Incluye todas aquellas circunstancias que consideran la relación médico-paciente dentro de un cuadro social determinado. La pregunta que pone Jonsen es: "¿hasta qué punto y bajo qué circunstancias los intereses de terceras partes pueden prevalecer sobre los del paciente?". Obviamente, en este caso entra en juego el principio de justicia (el nombre utilizado es *principles of loyalty and fairness*)[127].

> En el caso de Debbie «las indicaciones médicas incluyen el pronóstico y la condición clínica actual; sobre las preferencias destaca su petición (de la paciente) y las bases en las que apoya su competencia o incompetencia; la calidad de vida queda descrita por el dolor intratable y la pérdida de esperanza; los factores externos comprenden aquellas materias como las leyes sobre el homicidio, lo privado del caso, la aparente actitud condescendiente por parte de los familiares presentes, etc.»[128].

*3.2.2 Taxonomía (*taxonomy*)*

Una vez se ha descrito la morfología del caso y se han identificado todas sus particularidades (circunstancias) así como los valores morales que entran en juego (máximas), se pasa a un segundo momento en el que la situación en estudio se pone en relación con otros casos que, de un modo u otro, tratan del mismo tipo de cues

[126] En el libro de Jonsen, Siegler y Winslade este capítulo tiene sólo cuatro apartados: mejora de la calidad de vida, criterios objetivos para la calidad de vida, eutanasia/suicidio asistido y suicidio (cfr. CE, pp. 105-46).

[127] En este último capítulo se contempla el papel de las partes afectadas, la confidencialidad, la economía sanitaria y la distribución de recursos escasos, la religión, el papel de la ley en la ética clínica, la investigación y la enseñanza clínica, la medicina ocupacional, la salud pública, los Comités éticos y las consultas éticas (cfr. CE, pp. 147-98).

[128] A. R. JONSEN, *Casuistry as Methodology*…, pp. 300-01.

tión moral. Se constituye así la llamada taxonomía de casos, donde éstos aparecen ordenados según la mayor o menor certeza de su valoración moral: aquellos en los que es claramente negativa (o positiva) ocuparán los primeros puestos de la taxonomía, quedando detrás los que resulten menos claros por las circunstancias particulares de la situación[129]. Los casos que ocupan los primeros puestos, y que resultan relativamente evidentes para la mayoría de los observadores se denominan paradigmas (literalmente significa ejemplo). Como recuerda Jonsen constituían un elemento importante de la retórica clásica.

> Una vez que conocemos la morfología del caso Debbie podemos construir su taxonomía. La más adecuada sería la de aquellas acciones que llevan consigo la muerte de una persona distinta del agente (*killing*). Podría plantearse como taxonomía alternativa, la de aquellas acciones que hacen relación a la atención del paciente; pero no parece que fuera aceptada por la mayoría de los observadores del caso. La taxonomía elegida comienza con aquellos casos donde la máxima "no matar" presenta poca o ninguna oposición argumentativa. Por tanto, el paradigma más apropiado sería el de una persona que provoca la muerte de otra de modo no intencional. Después, habría que colocar aquellos casos donde la intencionalidad sí existe, como por ejemplo, el homicidio por legítima defensa, el ataque letal, etc. Al discurrir por esta taxonomía nos encontraremos en algún momento con la siguiente pregunta: ¿es lícito matar a una persona que lo pide expresamente? Para Jonsen habría situaciones (pocas) cuyas circunstancias justificarían al excepción de la máxima "no matar", como el caso del paciente terminal consciente que solicita a su médico la muerte. ¿Puede situarse el caso de Debbie en esta misma línea de la taxonomía? Jonsen responde negativamente por dos razones: no conocemos la capacidad de la paciente para hacer de modo consciente la petición; y además, el residente que

[129] Taxonomía viene del griego (τάξις). Indicaba el orden con el que los soldados eran distribuidos en la línea de combate: los más fuertes ocupaban los primeros puestos, mientras que los débiles quedaban atrás (*ibid.*).

acude a verla no es su médico, por lo que la información que posee de la paciente es deficiente[130].

«La taxonomía de casos es de crucial importancia para la casuística», ya que describe la situación que se está analizando en su contexto adecuado, pudiendo así determinar el peso que ha de otorgarse a los argumentos a favor y en contra de la presunta valoración inicial. La realización de la taxonomía requiere el empleo de la analogía, otro elemento importante del razonamiento casuístico, que permite apreciar y comparar los diferentes casos de acuerdo con las características morales propias de cada uno[131]. Esta comparación de casos para encontrar cuál es el más parecido al que nos interesa, no tiene como resultado una conclusión exacta, sino simplemente una apreciación. Jonsen explica que esta característica de la naturaleza del conocimiento moral, relevada ya por Aristóteles, se encuentra ampliamente olvidada en gran parte de la filosofía moral[132].

*3.2.3 Cinética (*kinetics*)*

El movimiento al que se refiere la tercera categoría presentada por Jonsen es parecido al de una bola de billar que golpea a otra parada sobre el tapete. La cinética indica la distancia que existe entre las valoraciones morales del caso paradigmático y de la nueva situación, debido a las diferentes circunstancias de uno y otro[133]. Dicho de otro modo, significa que las máximas son válidas como reglas de la buena conducta para la vida, pero que son las circunstancias las que proporcionan las condiciones reales de vida

[130] «These differences might lead someone to judge that while the paradigm was ethically appropriate, the action in Debbie's case was not» (*ibid.*, p. 302).

[131] «A taxonomy makes clear that an instant case is not unique. It allows the differences between the instant case and the paradigm case to dictate the judgment about moral propriety. The judgment is based, not on a principle or a theory, but upon the way in which circumstances and maxims appear in the morphology of the case itself and in comparison with similar cases» (*ibid.*, p. 303).

[132] ID., *Casuistry: an Alternative*…, p. 245; ID., *Strong on Specification*…, p. 359.

[133] «One case imparts a kind of moral movement to other cases» (ID., *Casuistry as Methodology*…, p. 303).

de la situación particular donde ha de apoyarse el juicio moral último.

Esta valoración es obra de la prudencia entendida al modo aristotélico (como *phronesis*) y no como algo automático. Aunque no resulta claro el modo en que actúa, Jonsen indica que el conocimiento prudente no procede de la deducción de unos principios, sino que se aprende a través de una experiencia reflexiva. La persona prudente «aprecia el modo en el que ciertas acciones, bajo determinadas circunstancias, corresponden a los ideales en que él o ella cree»[134]. En el fondo se trata de sopesar el contenido moral que tienen las diferentes circunstancias dentro de la acción. Volvemos a encontrarnos con la "metáfora del peso", ampliamente utilizada por Beauchamp y Childress, y que según el parecer de Jonsen, sólo tiene sentido utilizar para sopesar circunstancias, y no principios[135]. En todo caso, su papel no es pequeño, pues «la introducción de esas "cantidades" en el razonamiento moral es crucial para la casuística». La prudencia sería también la que descubriría las excepciones de la norma moral, en su consideración de las circunstancias del caso[136].

> En el caso de Debbie la prudencia habrá de vérselas con el grado de lucidez, el tipo de dolor y la posibilidad que existe de tratarlo de otra forma, la familiaridad del residente con ese tipo de casos, etc. Todos ellos son elementos indispensables para la conclusión moral de la situación, y susceptibles de una descripción en términos de "mayor" o "menor". Será la prudencia la que establezca el "cuánto"

[134] A. J. JONSEN, *Casuistry as Methodology*…, p. 304: «The prudent person has the knack of recognizing that following this or that maxim, in these or those circumstances, contributes to the support of strengthening of the relevant social institutions or that, contrariwise, certain actions will undermine or modify the institution in certain ways». «The prudent person (…) is marked by 'common sense' joined to experience and linked to ideals that makes possible good judgment. The ethicist must be at least that sort of person» (p. 306).

[135] Con un tono irónico escribe que resulta difícil comparar cantidades como "una pequeña utilidad" o "un cierto montón de autonomía".

[136] Jonsen pone el caso de la mentira, y dice que la llamada "mentira jocosa" sería una excepción al principio general. Sobre la prudencia como guía en la aplicación de las normas morales y justificación de las excepciones, vid. A. L. MACKLER, *Cases and Judgment*…, p. 170.

> más o menos es necesario para llegar a la licitud o ilicitud moral del acto. Jonsen acaba diciendo que «el caso de Debbie se resuelve con facilidad por medio de la casuística». Ésta no necesita profundizar en mayores consideraciones teóricas sobre el principio de autonomía. Simplemente, quedando a nivel del caso, sabe descubrir que la deficiencia en la voluntariedad de la petición por parte de la paciente, y la falta de conocimiento que el médico tiene de ella y de su historia, son elementos suficientemente serios como para no justificar una excepción a la máxima "no matar". «El residente actuó de modo equivocado (*wrong*) al administrar morfina en una dosis letal»[137].

Concluye aquí la presentación de la propuesta casuística de Jonsen para la bioética clínica. Hemos visto cómo el tipo de razonamiento moral propuesto está íntimamente relacionado con la retórica clásica, y de ella toma gran parte de sus elementos (máximas, taxonomía, tópicos). Por otro lado Jonsen y Toulmin hacen una apuesta fuerte por la casuística que guió la teología moral católica durante varios siglos, y que cayó en desuso por las razones históricas expuestas. Sin embargo, la nueva casuística propuesta por estos autores es reacia a aceptar todos los elementos que constituían su antepasada. Concretamente, el concepto de ley natural queda sustituido por una difuminada referencia a la moralidad común.

En su aplicación al cambio propiamente bioético Jonsen propone: el estudio de los diferentes tópicos (indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y contexto); la importancia de las circunstancias para la correcta descripción del caso; el análisis de las máximas; el establecimiento de la taxonomía adecuada para la situación en estudio; y finalmente, el juicio prudencial del comportamiento más adecuado. En el próximo capítulo nos detendremos a analizar las críticas que esta propuesta ha recibido en ámbito bioético.

[137] *Ibid.*, p. 306. Este juicio sobre el caso será siempre aproximativo ya que, como escribe el mismo Jonsen en otro artículo, «we find ourselves concluding "well, all things considered, I believe this is the right thing to do"» (A. R. JONSEN, *Morally Appreciated Circumstances*…, p. 44).

CAPÍTULO V

LA CRÍTICA A LA CASUÍSTICA DE JONSEN

En este capítulo presentamos un estudio crítico de la propuesta casuística de Jonsen para la bioética clínica. Nos basaremos fundamentalmente en las críticas aparecidas en la bibliografía bioética, procurando profundizar algunos puntos que han sido menos estudiados. Lo primero que hay que señalar es que la casuística ha sido objeto de menor crítica que el principialismo por dos razones evidentes. En primer lugar porque apareció en ámbito bioético diez años más tarde que la propuesta de Beauchamp y Childress. Por otro lado, porque su uso no se ha difundido tanto como el de los principios.

La mayor parte de las críticas que la casuística ha recibido se podría reunir en tres grupos. Por un lado, están aquellas que hacen relación a la posibilidad de ofrecer un método para la bioética sin un contenido preciso. Por otro, tenemos las cuestiones en torno al intuicionismo que para algunos sería característica esencial de esta propuesta. En tercer lugar, se arguye la incompatibilidad de la casuística con una sociedad pluralista como la actual. Otros puntos, como el concepto de prudencia utilizado por Jonsen, o cuál es el tipo de teoría de la acción que propone han sido menos estudiados. Nos parece, sin embargo importante, dedicarles un cierto espacio. También consideramos de interés, junto a estas críticas que se mueven en un plano teórico, presentar un breve análisis práctico sobre el uso real del razonamiento casuístico en bioética clínica; y más concretamente, del uso que Jonsen hace para resolver los diferentes problemas que presenta la práctica médica.

El capítulo se divide en cuatro epígrafes. Comenzaremos por estudiar las críticas en relación a los elementos que, según Jonsen, son esenciales para la moralidad: las circunstancias del caso, las normas morales y la prudencia. Pasaremos después a la consideración de algunos contenidos morales específicos. Concretamente, al igual que hicimos con el principialismo, estudiaremos el concepto de autonomía y el de calidad de vida. Finalizaremos la parte teórica con la presentación de las críticas en torno a la fundamentación moral. En el cuarto apartado analizaremos lo que hemos llamado el uso real de la casuística en la ética clínica.

1. Críticas en relación a los elementos que constituyen la moralidad

Como hemos visto en el capítulo anterior, a la hora de valorar moralmente las acciones Jonsen utiliza fundamentalmente tres elementos: las circunstancias del caso, las máximas o normas morales y la prudencia. Nos parece que se trata de tres puntos esenciales de todo análisis moral. Sin embargo, consideramos necesario profundizar en el significado de cada uno de estos elementos, así como en el modo en que quedan articulados en la propuesta, pues nos parece que en algunos puntos su exposición resulta problemática.

1.1 Las circunstancias del caso en la consideración de la acción moral

¿Qué quiere decir Jonsen cuando escribe que "las circunstancias hacen el caso"? Analizando los diversos textos en los que Jonsen habla de las circunstancias nos damos cuenta de que el concepto es ambiguo. En la mayoría de los casos, bajo esta denominación parece indicar todos los elementos que caracterizan moralmente un acto. La acción humana no sería otra cosa que una colección de circunstancias, que responden a las preguntas relativas a quién, qué, dónde, cuándo, con qué medios, etc. Por eso, dice que no hay que entender este término en su sentido etimológico, como "lo que rodea a", sino que posee una importancia similar

a la de los principios morales[1]. En otros casos, sin embargo, Jonsen se refiere metafóricamente a las circunstancias como a la decoración de un edificio; lo que indica que efectivamente no constituyen una pieza basilar en la valoración moral, sino más bien algo que matiza dicha valoración[2].

En realidad, se trata de una cuestión más teórica que práctica, pues a la hora de analizar los distintos problemas morales, Jonsen es capaz de caracterizarlos según diferentes tipos de acción (rechazar un tratamiento, mentir, matar, etc.). Esto no sería posible si la acción humana no tuviera un objeto moral, si todo fueran circunstancias. Al analizar, por ejemplo, el problema moral de las transfusiones de sangre en el caso de los testigos de Jehová, Jonsen escribe que se trata de un caso típico de rechazo de tratamiento por parte de un enfermo competente[3]. Lo que llama caso típico no es otra cosa que la descripción del objeto moral de una determinada acción humana. Ciertamente, para una valoración completa de la situación será necesario conocer todas las circunstancias que puedan tener relevancia moral, pero serán siempre cir

[1] Recuérdese que para Jonsen «… circumstances are not, as the etymology of the word suggests, things that "stand around"; they are as integral to the moral analysis as are the principle» (*Morally Appreciated Circumstances*…, p. 40). «I am certain that ethical evaluation of cases very often, if not always, dwells upon these minor arguments rather than on the grand arguments of principle. I am also sure that the resolution of ethical quandaries comes, not out of a vision of principles, but out of a perception of the ways in which these minor arguments work out» (*ibid.*, p. 43). Esta consideración de las circunstancias está muy lejos de la que Jonsen y Toulmin presentan en *The Abuse of Casuistry*, donde recogen el concepto de Tomás de Aquino. Éste último, siguiendo la metafísica aristotélica, ve las circunstancias como accidentes que inhieren en la forma o esencia del acto (vid. capítulo IV, pp. 230-31).

[2] Cfr. A. R. JONSEN, *Casuistry: an Alternative*…, p. 243. En otro artículo Jonsen escribe que la prudencia sabe descubrir el camino en el que ciertas acciones bajo algunas circunstancias, corresponden a los ideales que tiene la persona (cfr. ID., *Casuistry as Methodology*…, p. 304): en este texto es claro que las circunstancias matizan lo que se indica bajo "ciertas acciones".

[3] «The competent and informed adult Jehovah's Witness who will die without transfusion represents a typical case (typical here does not necessarily mean most frequent, but a case representing essential features of a class). This type of case is, in essence, a case of competent refusal and, as such, is ruled by the principle of autonomy» (ID., *Commentary: Jehovah's Witnesses and Blood*, "Journal of Clinical Ethics" 1 [1990], p. 71).

cunstancias que rodean al objeto moral propio de la acción. Es interesante notar también que a la hora de resolver el caso Jonsen no acude a dichas circunstancias, no se plantea quién es la persona que rechaza la transfusión, o a qué hora y en qué lugar. La valoración moral se realiza aplicando la norma que indica que se deben respetar las decisiones autónomas de los pacientes. Por tanto, a nivel práctico Jonsen describe los distintos tipos de acciones según sus objetos propios; y por otro lado, realiza la valoración moral de dichas acciones fundamentalmente en relación a dichos objetos y no a las circunstancias.

Este punto nos parece importante porque si se redujera la acción humana a un simple conjunto de circunstancias, como parece proponer Jonsen en algunos de sus escritos, sin un elemento central que las aúne resultaría muy difícil, por no decir imposible, cualquier tipo de valoración moral. Entre otras cosas, sería imposible aplicar el método casuístico, pues éste trabaja siempre con taxonomías y casos paradigmáticos, que no son nunca simples conjuntos de circunstancias[4]. Por otro lado, al igual que veíamos con el principialismo, si no se considera de modo adecuado lo que hemos llamado objeto de la acción moral, no será posible aplicar las máximas, pues todas ellas se refieren a tipos de acciones[5].

[4] En este sentido Beauchamp explica, hablando de la casuística, que para relacionar los casos entre sí es necesario una cierta generalización de las indicaciones o valores morales. Si no existiera dicha generalización, cada caso quedaría aislado y no podría dialogar en modo alguno con los otros: no sería posible la construcción de la taxonomía, ni la aplicación de la analogía (cfr. T. L. BEAUCHAMP, *La forza del*…, p. 106).

[5] Remitimos a lo ya escrito en el apartado 1 del capítulo III. Un claro ejemplo de la deficiencia en la consideración de las acciones morales según su objeto propio es el comentario que hace Jonsen hablando de la "mentira jocosa". Explica que sería la prudencia la que descubre cuáles son las excepciones aceptables a las diferentes normas morales, y concretamente en este caso a la norma que prohibe mentir (cfr. A. R. JONSEN, *Casuistry as Methodology*…, p. 305). En realidad, lo que se llama comúnmente mentira jocosa desde el punto de vista moral no es de ningún modo una mentira, en el sentido de que no supone una falta a la justicia en el ámbito de la comunicación humana, y por tanto su valoración moral no cae dentro de la norma que se refiere a no mentir. Dicho de otro modo: la justificación de lo que se llama "mentira jocosa" no es una excepción a la norma "No mentir", pues se trata de un acto moral distinto. No podemos extendernos

1.2 Las máximas morales: método y contenido de la casuística

En el capítulo anterior hemos visto que las máximas son «sentencias relativamente generales que proporcionan las bases para las argumentaciones en un contexto o caso particular». Su papel es similar al que tienen en otras perspectivas éticas las reglas o principios, aunque la casuística las utiliza de modo más flexible[6]. La principal objeción que se hace en relación a las máximas la recoge Arras en su artículo sobre el renacer de la casuística, donde dice que para que se pueda utilizar esta propuesta los principios morales han de ser explícitos[7]. De otro modo, no es posible resolver las diferentes cuestiones éticas con un mínimo de rigor racional.

Si tomamos como ejemplo la valoración del caso Debbie que realiza Jonsen, podemos descubrir un poco mejor el papel de las normas morales en su propuesta. Explica que al conocer los detalles de la situación acuden a la mente algunas máximas morales como: "las personas competentes tienen derecho a determinar su destino", "el médico debe respetar los deseos del paciente", "aliviar el dolor", "no matar", "no dar a un paciente sustancias venenosas mortales, aunque las solicite". Y concluye diciendo que el trabajo de la casuística es precisamente determinar qué máxima debe conducir el caso y en qué condiciones[8]. Vemos por tanto, que el papel de la norma moral en la casuística de Jonsen es muy secundario, en el sentido de que las máximas parecen más ideales morales que indicaciones precisas sobre el modo de comportarse. Además, viendo la enumeración que hace en este caso es fácil descubrir como dichas máximas entran en conflicto unas con otras. Se hace por tanto necesario acudir a algún otro lugar para determinar cuál es la acción correcta en cada situación. Jonsen dice que hay que encontrar el paradigma adecuado, que en este cada

más aquí en este ejemplo concreto, para una explicación más extensa remitimos a M. RHONHEIMER, *La perspectiva de…*, pp. 361-68.

[6] Cfr. A. L. MACKLER, *Cases and Judgments…*, p. 153. En la casuística histórica correspondían a dichos clásicos procedentes de la Ley Romana y de los cánones de la Iglesia.

[7] Cfr. J. ARRAS, *Getting Down to…*, p. 48.

[8] Cfr. A. R. JONSEN, *Casuistry as Methodological…*, p. 298. Una información más completa se encuentra en el capítulo IV, 3.2.

caso correspondería al de las acciones relacionadas con la máxima "No matar". Sin embargo, no explica el por qué es esta norma y no otra la que tendría prioridad. Siguiendo el análisis del caso Jonsen indica que en algunas pocas circunstancias estaría justificada la excepción a esta regla (por ejemplo, el caso del paciente terminal consciente que solicita a su médico la muerte), pero que Debbie no entra en esta categoría, pues no conocemos con certeza su capacidad para realizar elecciones autónomas. Esta última afirmación significa que la máxima que se ha utilizado para gobernar el caso no ha sido la norma "No matar", sino aquella otra que dice que "El médico debe respetar los deseos del paciente"[9]. La conclusión que podemos sacar de este ejemplo, que es uno de los pocos en los que Jonsen enumera las máximas morales relevantes para el estudio de un caso concreto, es que el uso de las normas morales en su propuesta resulta muy confuso. La explicación teórica que proporciona no corresponde con el modo práctico que utiliza para resolver las cuestiones morales.

El problema de las normas morales y su contenido es el objeto de la discusión que algunos autores han sostenido en torno a la posibilidad o no de un método casuístico sin un contenido normativo preciso[10]. Los representantes más sobresalientes de esta po

[9] Es interesante el comentario que Tomlinson hace del análisis de este caso. Comienza diciendo que Jonsen descarta al inicio la "atención" en favor del paradigma de "matar", pero sin explicar el por qué. Dice que se esconde simplemente detrás del uso de la analogía. Después, cuando Jonsen pasa revista a los diferentes casos de "matar" para ver si el de Debbie podría considerarse una excepción al mandato que lo prohibe, se limita a señalar que las excepciones a este precepto son muy pocas; y que por tanto, no parece que "matar por evitar el dolor" sea una candidata adecuada. Pero aquí tampoco explica el por qué. Finalmente, cuando se llega a la *kinetics*, Jonsen dice que la petición por parte de la paciente carece de una voluntariedad adecuada; pero, según Tomlinson, esta afirmación de Jonsen se debe a que, en realidad, no acepta ningún caso paradigmático en el que la eutanasia voluntaria sea moralmente aceptable (cfr. T. TOMLINSON, *Casuistry in Medical…*, pp. 14-18).

[10] En el libro de Camenisch antes citado se recoge artículos de diversos autores, que resaltan la dificultad de dar una respuesta definitiva a la pregunta sobre la relación y distinción entre metodología y contenido. Se toma como referencia el artículo de Barbara Hilkert Andolsen, sobre la bioética feminista, donde escribe que no es posible dicha distinción. Por su parte, Jonsen y Childress intentan probar, en sendos artículos, justo lo contrario: que la propuesta de una metodo-

lémica son Wildes y Tallmon. El primero sostiene que la casuística no es simplemente un método de razonamiento, sino que supone un contenido moral preciso del mismo modo que su versión clásica utilizada por los jesuitas tenía como punto de referencia la moral católica[11]. Por su parte Tallmon subraya que el modelo casuístico de Jonsen y Toulmin se inspira en la retórica clásica, que proponiendo un método de razonamiento fijo, variaba sus contenidos propios, dependiendo de los diferentes temas tratados. Concluye diciendo que, del mismo modo que la casuística fue una herramienta muy útil para la moral católica, puede serlo también en nuestra sociedad pluralista. Y señala como punto de referencia la moralidad propia de lo que denomina la "comunidad médica"[12]. Hablando de la propuesta de Jonsen para la ética clínica, Tallmon explica que los tópicos o facetas que hemos estudiado tendrían una estructura invariable y un contenido variable[13].

Resulta bastante claro que la casuística requiere de un contenido moral para su desarrollo. La cuestión está en descubrir si dicho contenido está bien determinado, o si se reduce simplemente a algunos ideales morales demasiado generales para ser aplicados

logía (en campo ético) no condiciona su contenido (cfr. P. F. CAMENISCH (ed.), *Religious Methods and…*, pp. vii, 165-201, 227-57).

[11] «If one draws the distinction between method and contend too sharply one will have a method that is empty and formal and therefore not applicable at all» (K. W. WILDES, *Respondeo: Method and Content in Casuistry* "The Journal of Medicine and Philosophy" 19 [1994], p. 116). En este punto Wildes sigue la visión de Wittgenstein (cfr. ID., *Moral Acquaintances. Methodology…*, pp. 4-5).

[12] «Rhetorical reasoning is a distinct method of case reasoning (...) Wildes' historical account suffers by his neglecting the rhetorical dimension of Jonsen's view of casuistry». Recuerda un ejemplo de Platón al hablar de la retórica: el cocinero tiene una serie de productos alimenticios que puede combinar de diferentes modos y según diferentes recetas. Los posibles productos quedan limitados simplemente por la imaginación del cocinero. De igual forma, el modo de razonar de la retórica puede diferenciarse del contenido preciso de los juicios particulares que se sigan de dicho razonamiento (cfr. J. M. TALLMON, *How Jonsen Really…*, p. 104). Wildes no comparte la idea de que la "comunidad médica" constituya un punto de referencia válido para la resolución de las cuestiones actualmente debatidas en bioética, pues resultas evidentes las posturas enfrentadas dentro de dicha comunidad (cfr. K. W. WILDES, *Respondeo: Method and…*, pp. 117-18).

[13] Cfr. J. M. TALLMON, *How Jonsen Really…*, p. 106; A. R. JONSEN, *Case Analysis in…*

en los casos concretos[14]. Como señala Arras en el artículo antes citado, es necesario pedir a Jonsen una clarificación sobre las máximas morales que deben gobernar las cuestiones de ética médica; y, junto a eso, una explicación sobre el modo de resolver los posibles conflictos que surjan entre ellas. De otro modo, las normas morales no dejaran de tener más que un papel decorativo en la nueva casuística.

Como hemos visto en el primer capítulo de este trabajo, el principialismo y la casuística se proponen como alternativas a las teorías éticas que intentan afrontar los problemas de la bioética clínica con un modelo deductivo. Uno de sus puntos en común es el tentativo de quedar en una situación intermedia (*middle level*) entre dichas teorías y la práctica moral ordinaria. En este sentido, ambos son tajantes en la consideración de las normas morales como principios *prima facie* o máximas «generales pero no universales o invariables»[15], en su intento de conseguir el mayor consenso posible[16]. Podemos adivinar la respuesta que daría Jonsen a estos comentarios críticos: las cuestiones suscitadas en este apartado habrán de resolverse llamando en causa la prudencia.

*1.3 Prudencia (*phronesis*): virtud dianoética de la razón práctica*

La prudencia es el elemento central en el tercer paso (*kinetics*) del análisis moral casuístico presentado por Jonsen[17]. Sería la prudencia la que en el caso Debbie llega a la conclusión de que

[14] Que la casuística de Jonsen supone un cierto contenido es evidente desde el momento que se propone como alternativa al principialismo que no es simplemente un modo de razonar, sino que posee un contenido normativo preciso como hemos visto en los capítulos II y III. En su estudio histórico sobre la casuística, Keenan y Shannon muestran que ésta se ha dado siempre dentro de un determinado contexto y con unos presupuestos teóricos que le servían de base para su desarrollo; y que, por tanto, no es tan neutra como Jonsen y Toulmin parecen indicar (cfr. A. R. JONSEN, *Foreword* en J. F. KEENAN y T. SHANNON, *The Context of…*, p. xxii).

[15] A. R. JONSEN, *Casuistry as Methodology…*, p. 227; AoC, p. 257.

[16] Aunque, como señala Arras, no parece que la casuística sea capaz de fomentar un consenso social como el abogado por Jonsen y Toulmin en *The Abuse of Casuistry* (cfr. J. ARRAS, *Getting Down to…*, p. 48).

[17] Cfr. ID., *Casuistry as Methodology…*, pp. 304 y 306. Ver capítulo IV, 3.2.3.

esa situación no es una excepción adecuada de la norma "No matar"; y que, por tanto, la actuación del médico que proporcionó la dosis letal de morfina se ha valorar negativamente.

El problema que surge al hablar de prudencia es que frecuentemente en bioética se usa este concepto con un significado bastante impreciso. Es justamente Jonsen uno de los autores que más lamenta la vaguedad con la que se emplea[18]. Para nuestro autor la prudencia sería una herramienta esencial del conocimiento ético. Y citando a Aristóteles la define como aquella «sabiduría práctica en relación a individuos particulares, problemas específicos y casos prácticos o situaciones actuales»[19]. En otras ocasiones escribe que es en el ejercicio de la prudencia donde se reconoce la relación entre las máximas, circunstancias y tópicos en las situaciones concretas[20]. Pero, ¿es este el sentido de la *phronesis* en Aristóteles[21]? En un trabajo sobre algunas propuestas actuales para la bioética clínica Blinton critica muy duramente la paternidad aris

[18] «Despite the recent resurgence of interest in this notion, many philosophers consider it exasperatingly vague. Indeed, it does frustrate those who are searching for the architectonic principle of morality» (A. R. JONSEN, *Morally Appreciated Circumstances*…, pp. 47-48). «The needed logical and methodological work on casuistical reasoning —non general ethical observations about the importance of practical wisdom— will contribute to removing the cloud of sophistry that continues to hand over this necessary area of moral thought» (J. BOYLE, *Casuistry* en G. KHUSHF [ed.], *Handbook of Bioethics*…, p. 80).

[19] «In this last respect clinical knowledge requires what Aristotle calls "prudence" or *phronesis*: practical wisdom in dealing with particular individual, specific problems, and the details of practical cases or actual situations» (AoC, p. 37).

[20] «Above all, casuistry reasoning is prudential reasoning: appreciation of the relationship between paradigm and analogy, between maxim and circumstances, between the greater and less of circumstances as they bear on the claim and the rebuttals» (A. R. JONSEN, *Casuistry as Methodology*…, p. 306); «the weighing and balancing of principles does not depend on any moral equivalent of the laws of physics. It is done by practical moral judgment, discretion, prudence, or, in Aristotle's idiom, *phronesis*» (ID., *Morally Appreciated Circumstances*…, p. 47).

[21] Arras llega a afirmar que la nueva casuística puede ser vista como una defensa de la virtud aristotélica de la *phronesis* (cfr. J. ARRAS, *Getting Down to*…, p. 38). Una visión similar de *prhónesis* y de su relación con el juicio clínico puede encontrarse en J. LA PUMA, D. L. SCHIEDERMAYER, S. TOULMIN, et al., *The Standard of Care: A Case Report and Ethical Analysis*, "Annals of Internal Medicine" 108 (1988), p. 123.

totélica del concepto de prudencia empleado por Jonsen. Este autor señala que, aun tratando de cosas particulares y de la elección de los medios para conseguir un determinado fin, la prudencia es muy diferente del juicio clínico. La analogía realizada por Jonsen y Toulmin entre el conocimiento clínico y el juicio de prudencia no sería legítima[22]. Citando a Gadamer, escribe que la prudencia en Aristóteles es en sí misma una disposición hacia el fin al que tiende la persona en su actuar moral[23].

La crítica de Blinton nos parece adecuada, pues pone de manifiesto un punto central de la prudencia aristotélica que está ausente en la propuesta de Jonsen: su relación con el bien global de la persona. Junto a lo anterior, podemos señalar que el concepto de prudencia empleado por Jonsen sería deficiente también en otros dos sentidos. Falta por un lado la íntima conexión entre la prudencia y las virtudes morales; por otro, la prudencia de Jonsen no tiene, como encontramos en Aristóteles, los límites de actuación que vendrían señalados por acciones que no se deben realizar

[22] «The casuists attempt merely to appropriate Aristotle's notion of *phronesis* without attention to any detailed understanding of its aim, thus failing to address both its engagement and enactment—just as they did with their understanding of the "practical tradition" of medicine» (M. J. BLITON, *The Ethics of …*, pp. 181-82); «the casuists do not distinguish between the clinical (more precisely, the meaning of analogical relations in therapeutic decision) and the very different sort of analogical reasoning about categories and kinds in their concern for taxonomies. As a result they are unable to account for the specific nexus of therapeutic, and thus moral, action in actual, individual clinical situations. Furthermore, diagnosis and *phronesis* share aspects of the problem of circumstantial judgment in that, as Aristotle says, "such specifications depend on individual situations and judgment depends on the sensation of these". But, this does not mean that they are isomorphic. That mistake results from the casuists confused account of Aristotle's notion of *phronesis*» (*ibid*., pp. 195-96). Una crítica similar de esta analogía se encuentra en T. TOMLINSON, *Casuistry in Medical…*, p. 10.

[23] «As Gadamer notes, "*phronesis* is not simply the capacity to make the right choice of means, but is itself a moral *hexis* (disposition) that also sees the *telos* toward which the person acting is aiming with his moral being" (H-G. GADAMER, *Reason in the Age of Science*, MIT Press, Cambridge 1981, p. 116)»: M. J. BLITON, *The Ethics of…*, p. 199. Sobre la relación aristótelica entre la prudencia y el fin global del hombre baste el siguiente texto: «Pues bien, parece propio del hombre prudente el poder discurrir bien sobre lo que es bueno y conveniente para él mismo, no en un sentido parcial, por ejemplo, para la salud, para la fuerza, sino para vivir bien en general» (EN, libro 6, capítulo 5, 1140a, 26-27).

nunca[24]. El primer problema supone la consideración de la prudencia en un sentido puramente técnico: esta virtud sería capaz de descubrir la actuación adecuada en una situación concreta del mismo modo que el experimentado clínico sabe descubrir la patología presente en un caso quizá complicado. Ciertamente parte de la analogía puede servir, pero falla al considerar que, así como el medico experimentado puede acertar con el diagnóstico independientemente de su categoría moral, el juicio de prudencia depende enormemente de las virtudes morales del sujeto que actúa. Podríamos decir, siguiendo la distinción aristotélica, que la capacidad del médico para acertar con el diagnóstico es una cuestión de *techné* (arte), mientras que para llegar a la buena actuación en sentido moral se requiere lo que Aristóteles llama *phronesis* (prudencia)[25]. La prudencia podría definirse entonces como la «virtud dianoética de la parte no científica sino calculadora de la razón

[24] Palazzani en un artículo sobre la virtud en bioética señala que con frecuencia se ha intentado recuperar el concepto aristotélico de virtud dejando de lado otros elementos basilares de su propuesta, lo que conduciría a un relativismo moral (cfr. L. PALAZZANI, *Bioetica dei principi…*, pp. 72-73). Jonsen pertenecería a este grupo de autores.

[25] «El arte es la recta razón de lo factible (*facere*), mientras que la prudencia es la recta razón de lo agible (*agere*). Ahora bien, difieren el hacer y el obrar, porque, según se dice en el libro IX Metaphys., la hechura es un acto que pasa a la materia exterior, como edificar, cortar, y cosas parecidas, mientras que el obrar es un acto que permanece en el mismo agente, como ver, querer, y cosas parecidas» (STh, I-II, q.57, a.4). La distinción entre prudencia y arte es clave para entender lo específico de la acción moral, ya que mientras en el terreno de las artes es el intelecto práctico quien mantiene un predominio casi absoluto; en el campo moral, o campo de la prudencia, la voluntad adquiere junto al intelecto práctico un papel de primer orden. En este sentido, Jonsen y Toulmin hacen una correcta distinción entre el conocimiento especulativo y práctico; y dentro de este último, siguiendo siempre a Aristóteles, entre el arte y la prudencia (cfr. AoC, p. 65). Sin embargo, en esta última distinción no se aprecia lo específico de la prudencia, que no es tanto la apertura de su juicio (el no poder decir de antemano cuál es la respuesta prudente en cada situación, cosa que también sucede con el arte), sino su finalidad. Mientras que el arte mira a la perfección en una determinada producción (en el caso de la clínica se podría resumir en el buen diagnóstico y tratamiento, que lleva consigo la curación del paciente), la prudencia mira a la bondad moral del sujeto que actúa (sobre este punto remitimos a I. YARZA, *La razionalità dell'etica di Aristotele. Uno studio su Etica Nicomachea I*, Armando Editore, Roma 2001, pp. 57-59). Por esta razón, el asimilar el juicio clínico al juicio de la prudencia nos parece que no resulta adecuado.

que busca, delibera, proyecta, juzga la acción que en la situación particular corresponde a los fines a los que se inclinan las virtudes éticas»[26].

La íntima relación entre la prudencia (*phronesis*) y las virtudes morales, ya presente en Aristóteles[27], ha sido desarrollada de modo particular por Tomás de Aquino. Este último, ha sabido ilustrar cómo la prudencia requiere para su actuación de las virtudes morales, pues son ellas las que disponen a la persona a la buena actuación[28]. Por otro lado, las virtudes morales requieren de la pru

[26] G. ABBÀ, *Quale impostazione per…*, p. 44. Se trata de una definición similar a la de MacIntyre recogida anteriormente. Quizá en la de Abbà se resalta de modo más incisivo la relación entre la prudencia y las virtudes morales en los distintos momentos de la génesis del actuar humano. Sobre este concepto de prudencia y su relación con las virtudes morales ver también J. FINNIS, *Fundamentals of Ethics…*, p. 69: «that virtue provides the indispensable direction needed for all the other moral virtues. Practical wisdom itself gets its indispensable direction from those other basic principles, those principles which formulate one's understanding of the other basic goods and ends in the list (life, knowledge, sociability, etc...)».

[27] Esta conexión la puso de manifiesto Rodeheffer, hablando de la bioética clínica, en un artículo de 1990 (J. K. RODEHEFFER, *Practical Reasoning in…*). «El hombre lleva a cabo su obra mediante la prudencia y la virtud moral, porque la virtud hace recto el fin propuesto y la prudencia los medios que a él conducen» (EN, libro 6, capítulo 12, 1144a, 5-10). De este modo, Aristóteles consigue superar las aporías de Platón y de los sofistas, para los cuales el error moral podía deberse simplemente a un fallo conceptual que no compromete la integridad moral del agente. «La via aperta da Aristotele per evitare queste aporie consiste nel riconoscere che la fonte dell'univocità e dell'infallibilità della *phronesis* non sta nel sapere stesso, bensì in certe disposizioni della parte appetitiva dalle quali la saggezza pratica dipende: sono le virtù propriamente *etiche*, in quanto distinte dalle virtù *dianoetiche* alle quali appartiene la *phronesis*» (G. ABBÀ, *Quale impostazione per…*, p. 43). De ahí que Aristóteles escriba que no es posible ser bueno en sentido estricto sin prudencia, ni prudente sin virtud moral (cfr. EN, libro 6, capítulo 13, 1144b, 32-35).

[28] Ante la pregunta de si es posible la virtud intelectual (la prudencia) sin la moral, Tomás de Aquino responde: «la recta razón preexige unos principios de los que procede en su raciocinio. Pero es necesario que la razón sobre los casos particulares proceda no sólo de los principios universales, sino también de los principios particulares. En cuanto a los principios universales de lo agible, el hombre está bien dispuesto por el entendimiento natural de los principios, mediante el cual conoce que nunca se ha de hacer el mal, o también por alguna ciencia práctica. Pero esto no basta para razonar correctamente sobre lo particular, pues ocurre a veces que este principio universal conocido por el entendi-

dencia en el sentido de que por ellas mismas no sabrían descubrir cuál es la actuación adecuada en la situación que se ha de valorar: la prudencia determina, por así decir, el grado de intensidad en la actuación de las virtudes, lo que Aristóteles denomina el justo medio entre dos extremos[29]. Esto es lo que explica que no se pueda actuar mal siguiendo una virtud, concepto difícil de entender para gran parte de la literatura bioética que falla justamente en reconocer la relación entre la prudencia y las virtudes morales[30].

El segundo punto que señalábamos en relación al concepto de prudencia de Jonsen, es que no tiene en cuenta lo que en Aristó

miento o por la ciencia, se corrompe en su aplicación al caso particular por influjo de la pasión, como sucede al concupiscente, a quien, el vencerle la concupiscencia, le parece bueno lo que desea, aunque sea contrario al juicio universal de la razón. Por consiguiente, así como el hombre está bien dispuesto respecto de los principios universales por el entendimiento natural o por el hábito de ciencia, para estar bien dispuesto respecto de los principios particulares de lo agible, que son los fines, necesita ser perfeccionado por algunos hábitos mediante los cuales resulte en cierto modo connatural al hombre juzgar rectamente del fin; y esto lo logra por la virtud moral, pues el virtuoso juzga rectamente del fin de la virtud, puesto que según es cada uno, así le parece a él el fin, conforme se dice en el libro III *Ethic*.» (STh, I-II, q.58, a.5).

[29] «No puede darse virtud moral alguna sin la prudencia, porque la virtud moral es un hábito electivo, es decir que hace buen la elección, para lo cual se requieren dos cosas: primera, que exista la debida intención del fin, y esto se debe a la virtud moral que inclina la facultad apetitiva al bien conveniente según razón, y tal es el fin debido; segunda, que el hombre escoja rectamente los medios conducentes al fin, lo cual no se verifica sino por la razón en el uso correcto del consejo, del juicio y del imperio, cual hacen la prudencia y las virtudes anejas a la misma, según queda dicho» (STh, I-II, q.57, a.5).

[30] Ver, por ejemplo, B. GERT, C. M. CULVER y K. D. CLOUSER, *Bioethics: a Return*…, pp. 231-32; R. GILLON, *The Four Principles*…, p. 331; K. W. WILDES, *Moral Acquaintances. Methodology*…, p. 50. Las virtudes proporcionan a la prudencia la referencia a los bienes, que son los fines de la vida moral. En este sentido la crítica que Rodeheffer hace a La Puma podría también aplicarse a Jonsen: «(He) has elsewhere defined good clinical judgment as phronesis, but in each of his discussion he fails to acknowledge that on Aristotle's account, in which phronesis is first defined, practical reasoning is always carried out in light of some goal or end that can be clarified ahead of time. The notion of goods or ends is one that is conspicuously missing from many contemporary accounts of clinical ethics» (J. K. RODEHEFFER, *Practical Reasoning in*…, p. 192). Recuérdese cómo al tratar del principialismo hemos encontrado también esta carencia en una teoría de bienes.

teles son los límites de su actuación, que están fijados justamente por los bienes que se intenta preservar[31].

Antes de dejar este apartado, nos parece interesante señalar un último punto en relación a la prudencia, y es que su papel principal está a nivel de la actuación concreta, y no a nivel de la ciencia moral como parece situarla Jonsen. Al analizar el caso Debbie, nuestro autor no está realizando un juicio moral sino el análisis científico (ético) de un juicio moral. En este sentido, la prudencia, que es fundamental en la actuación de la persona real que se plantea el problema (en este caso el residente que acude a visitar a Debbie), tiene a nivel de ciencia ética un papel muy secundario; e indudablemente, también es menor la importancia de las virtudes morales en este nivel de reflexión ética. Con esto no queremos decir que no sea importante para el que estudia ética ser virtuoso, o que sus virtudes no interfieran en su labor de investigación; sino que su papel es muy diferente al que tienen en la persona que está actuando aquí y ahora.

Podemos resumir las ideas de este apartado diciendo que la consideración teórica de la acción moral en la propuesta de Jonsen resulta muy problemática, y además no corresponde con el modo que utiliza a la hora de estudiar los casos concretos. Por otra parte sería necesario conocer cuáles son las máximas morales que han de tenerse en cuenta para valorar moralmente las acciones en ámbito clínico, sin conformarse con un vago reclamo a su empleo. Por último, hemos visto cómo el concepto de prudencia al que se remite Jonsen no corresponde exactamente al propuesto por Aristóteles, y cómo la deficiente consideración del papel de las virtudes morales y su relación con la prudencia hace que su función resulte bastante arbitraria al perder los puntos de referencia. Pasamos ahora a considerar algunos contenidos morales específicos, que estarían detrás de los casos paradigmáticos y de algunas de las máximas.

[31] Recordamos cómo Aristóteles menciona algunas pasiones y acciones que implican siempre perversidad: la malignidad, la desvergüenza, la envidia, el adulterio , el robo y el homicidio (cfr. EN, libro 2, capítulo 6, 1107a, 9-15).

2. CRÍTICAS EN RELACIÓN AL CONTENIDO

Al igual que hicimos al estudiar el principialismo, nos detendremos en la consideración de dos elementos que también en esta propuesta resultan capitales. Nos referimos al concepto de autonomía y al concepto de calidad de vida. En este caso, son muy pocas las referencias en la literatura bioética a la consideración de dichos elementos en la propuesta de Jonsen, ya que las críticas que ha recibido la casuística se centran fundamentalmente en sus aspectos metodológicos.

2.1 Un concepto ambiguo de autonomía

A partir de los escritos personales de Jonsen y del libro *Clinical Ethics*, podemos dibujar un concepto de autonomía similar al de Beauchamp y Childress a nivel teórico, pero menos marcado en sus consecuencias a nivel práctico. De hecho, la segunda de las facetas que proponen para su método de ética clínica, las preferencias del paciente, gira toda ella en torno al concepto de autonomía. Y la bibliografía recomendada para la profundización conceptual no es otra que el capítulo correspondiente de *Principles of Biomedical Ethics*[32].

Hemos dicho que a nivel práctico el concepto de autonomía tiene una menor importancia que en el principialismo, porque «la autoridad de las preferencias del paciente no son ilimitadas. Las obligaciones éticas de los médicos no quedan definidas solamente por los deseos de sus pacientes, sino también por los fines de la medicina»[33]. Concretamente, el texto sigue diciendo que el médico no tiene obligación de cumplir aquellas acciones que contradicen dichos fines, como puedan ser una cirugía innecesaria, tratamientos poco ortodoxos o regímenes de fármacos extravagantes. Concluyen diciendo que el paciente no puede pedir al médico nada

[32] «Respect for autonomy is the moral attitude that disposes one to refrain from interference with the autonomous beliefs and actions of others in the pursuit of their goals. Constraint of a person's free choices is morally permissible only when person's preferences and actions seriously infringe on the rights and welfare of another» (CE, p. 48). Como resulta evidente es muy similar a la definición del libro de Beauchamp y Childress.

[33] CE, p. 93.

que sea ilegal o inmoral[34]. Éste es un punto importante que en el principialismo está bastante oscurecido. La referencia a los fines de la medicina supone un contrapeso muy útil para los requerimientos cada vez más exigentes por parte de los pacientes. En este sentido, el médico podrá decir al paciente en algunas situaciones que una determinada petición no se debe seguir por ir en contra de lo que es específico de la medicina[35]. Sorprende por eso que al llegar al apartado sobre las peticiones de suicidio asistido estos mismos autores no den ninguna indicación concreta. Se limitan a presentar los pros y los contras de las dos posibles actitudes, y simplemente hacen considerar al médico favorable al suicidio asistido, que dicha práctica es ilegal en la mayoría de los Estados del país[36]. Sin embargo, esta indicación no es coherente ni con los fines de la medicina, ni con lo que antes han escrito en torno a las peticiones ilegales por parte de los pacientes.

Como hemos visto en la capítulo 3, el suicidio asistido sólo puede justificarse con un concepto fuerte de autonomía, concepto que no parece ser el que sostienen los autores de *Clinical Ethics*. Es más, repasando las indicaciones que proporcionan al hablar del modo de tratar en urgencias a los pacientes que han intentado el suicidio, resulta evidente cómo la conservación de la vida es uno de los fines de la medicina. Como ellos mismos escriben, en muchos de esos casos el intento de suicidio es más un grito de petición de ayuda que una decisión firme de acabar con la propia vida[37].

[34] Cfr. CE, p. 94.

[35] Sobre los fines de la medicina habla el libro en el primer capítulo, y cita «1. Promotion of health and prevention of disease; 2. Relief of symptoms, pain, and suffering; 3. Cure of disease; 4. Prevention of untimely death; 5. Improvement of functional status or maintenance of compromised status; 6. Education and counseling of patients regarding their condition and prognosis; 7. Avoidance of harm to the patient in the course of care» (CE, p. 15).

[36] Cfr. CE, pp. 139-42.

[37] Cfr. CE, p. 144. Hablando de la eutanasia de niños escriben «the killing of infants runs counter to the instinct of most person. Adequate management of pain can be accomplished and measures of comfort should be instituted» (CE, p. 142).

Por su parte, Jonsen, en el artículo en el que analiza el caso Debbie, escribe que habría pocas situaciones cuyas circunstancias justificarían la excepción de la máxima "No matar": una de ellas sería el caso del paciente terminal consciente que solicita a su médico la muerte. Sin embargo, continúa Jonsen, en la situación concreta de Debbie no se cumplen las condiciones necesarias para realizar dicha excepción[38].

Como conclusión podríamos decir que el concepto de autonomía que Jonsen emplea en su propuesta casuística tiene menos importancia que el utilizado por Beauchamp y Childress. La razón está en que dicho concepto a nivel práctico está mucho más sopesado con el bagaje propio de la medicina, y concretamente con sus fines específicos. De todos modos, su consideración teórica seguiría teniendo los mismos problemas que hemos señalado al hablar del concepto fuerte de autonomía propio del liberalismo.

2.2 Un vago concepto de calidad de vida

La calidad de vida es el concepto clave del tercer tópico o faceta que *Clinical Ethics* propone para el análisis de las cuestiones de bioética clínica. Se afirma que «el fin más fundamental del cuidado médico es la mejora de la calidad de vida de todos aquellos que necesitan y buscan dicho cuidado»[39]. De todos modos, los mismos autores reconocen lo subjetivo de su contenido y el peligro que existe de cometer abusos justificando ciertas actuaciones en términos de baja calidad de vida[40]. Ponen el ejemplo de los padres

[38] Cfr. A. R. JONSEN, *Casuistry as Methodology*…, pp. 300-01. Como hemos visto antes, para Tomlinson esta conclusión a la que llega Jonsen no es más que la constatación de que no está dispuesto a admitir ninguna excepción a la norma "No matar" (cfr. T. TOMLINSON, *Casuistry in Medical*…, pp. 14-18).

[39] CE, p. 105. En realidad las indicaciones que encontramos a lo largo del libro sobre el fin principal de la medicina no son unívocas. Ver por ejemplo: «the principle goals of medicine concern the detection of disease condition and their causes, followed by appropriate therapy» (CE, p. 156); «the physician principal goal is to help the patients in the care of their health» (CE, p. 100).

[40] «Because quality of life is so subjective, different observers will rate certain forms of living quite different» (CE, p. 110); «Quality of life evaluations, whether personal or observer, are subjective in the sense that they reflect the personal belief, values, likes, and dislikes of the one making the judgment» (CE, p. 124).

que niegan la autorización para intervenir quirúrgicamente a su niño con síndrome de Down de una anomalía que podría ser fácilmente corregida, por considerar que su calidad de vida futura será muy deficiente. Al comentar este caso, los autores explican que las intervenciones para corregir ese tipo de problemas son obligatorias cuando la única contraindicación es que se trate de niños con síndrome de Down[41].

En un artículo con Pearlman, Jonsen presenta una encuesta sobre el uso de la calidad de vida como criterio para la toma de decisiones. Se presenta el caso de un varón de 69 años con una historia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Ingresa por dificultad respiratoria y se le trata con oxígeno, antibióticos, broncodilatadores y esteroides. La situación empeora hasta producirse un fallo respiratorio. El cuestionario pregunta a un grupo de especialistas sobre la actuación más adecuada. Se presentan dos alternativas: entubar al paciente para prolongar su vida, o proporcionarle simplemente tratamiento médico y dejarle morir. La conclusión del estudio es que la calidad de vida es uno de los factores principales utilizados para la valoración del caso. El 37% de los médicos justifican su decisión, al menos en parte, haciendo referencia a este criterio. El problema es que dicho criterio se utiliza para justificar ambas conclusiones[42]. Sin embargo, los autores del artículo explican que, a pesar de lo impreciso del criterio y sus po

[41] Cfr. CE, pp. 114-15. Citan también algunos estudios que demuestran cómo los médicos generalmente dan menos calidad de vida a ciertas situaciones que los propios pacientes (cfr. CE, 110). Otro de los ejemplos que ponen es el de una mujer de 92 años que llega inconsciente al hospital con infección urinaria e infiltraciones pulmonares. El residente de guardia se plantea si iniciar o no algún tratamiento, considerando su edad y la mala condición en la que se encuentra. Sin embargo, el médico coordinador indica que se comience. Tras superar la fase aguda, la mujer recupera su condición previa con una «vigorosa calidad de vida» (cfr. CE, p. 111).

[42] El 49% de los que sugieren no entubar y el 29% de los que están a favor la intubación utilizan este criterio para la toma de decisión. Además el 87% de entre los que sugieren no entubar dicen que esta decisión supone una mejora de la calidad de vida del paciente; mientras que el 82% de los que defienden la intubación también consideran que dicha decisión mejora la calidad de vida del enfermo.

sibles malinterpretaciones no se debe abandonar, sino más bien intentar clarificar todo lo posible su contenido[43].

Volviendo al capítulo de *Clinical Ethics* vemos que uno de los apartados se plantea la posibilidad de objetivar de algún modo diferentes situaciones de baja calidad de vida. Describen tres categorías que serían aceptadas prácticamente por todo el mundo. En orden decreciente serían respectivamente: la calidad de vida restringida[44], la calidad de vida mínima[45] y la calidad de vida por debajo del mínimo[46]. El problema con esta clasificación no es tanto que no describan adecuadamente ciertos estados patológicos, sino hasta qué punto la simple clasificación en una u otra categoría

[43] «Quality-of-life is a particularly imprecise criterion subject to misinterpretation and variable application. This does not imply that such a criterion is illegitimate; it does imply that its meaning should be as clear as possible and its use as responsible as can be» (R. A. PEARLMAN y A. R. JONSEN, *The Use of Quality-of-Life Considerations in Medical Decision-Making*, en D. C. THOMASMA (ed.), *Clinical Medical Ethics Cases and Readings*, University Press of America, Lanham 1994, pp. 431-39; el artículo original fue publicado en el "Journal of American Geriatric Society" 33 [1985], pp. 344-50). Esta misma idea la encontramos en otros artículos de Jonsen: «Quality of life is, without doubt, a vague and perilous phrase; yet from time to time it is not only permissible but obligatory to consider it. Ethical behavior aims to create good and to avoid evil: a life in which good is crushed by the evil pain and disability does not impose on anyone the obligation to further its existence» (A. R. JONSEN, *The Ethics of Pediatric Medicine* en A. M. RUDOLPH, J. I. HOFFMAN, C. D. RUDOLPH y P. SAGAN [eds.], *Rudophs's Pediatrics*, Appleton & Lange, Norwalk 1991 [19ª edición], p 11).

[44] «Restricted quality of life is an appropriate objective description of a situation in which a person suffers from sever deficits of physical or mental health; that is, the person's functional abilities depart from the normal range found in humans. This is judgment that might be made by the one who lives the life or by others who observe that person» (CE, p. 124)

[45] «Minimal quality of life is an appropriate objective description for the situation in which a patient or an observer (such as the physician or family member) views one whose general physical condition has greatly deteriorated, whose ability to communicate with others is severely restricted, and who suffers discomfort and pain» (CE, p. 125).

[46] «Quality of life below minimal is an appropriate objective description of the situation in which the patient suffers extreme physical debilitation and complete and irreversible loss of sensory and intellectual activity. It might be suggested that this state would be better described as having no quality, because the ability for personal evaluation has presumably been lost by the person in such a condition. This description applies to persons in a persistent vegetative state» (CE, p. 125).

justifica moralmente un cambio en el juicio sobre la mejor opción terapéutica, o sobre la posibilidad de omitir o suprimir un determinado tratamiento. En este sentido, nos parece que, dejando aparte las cuestiones de justicia distributiva, solamente el paciente está autorizado a rechazar ciertas intervenciones diagnósticas o terapéuticas siguiendo criterios distintos de los propiamente clínicos. Por tanto, a nuestro entender, ni el médico ni los familiares podrían tomar ese tipo de decisiones llamando en causa una pobre calidad de vida.

En realidad, la impresión que se tiene al considerar los diferentes casos que se presentan en el libro es que cuando se hace referencia a la calidad de vida, son otros los parámetros que se utilizan para considerar si un tratamiento se debe o no realizar. Por ejemplo, al hablar de los neonatos gravemente enfermos, explican que «los sufrimientos y la incapacidad que supone para el niño el mismo tratamiento, cuando existen limitadas posibilidades de supervivencia y de una vida sana, justifica la decisión de omitirlos»[47]. Coincidimos plenamente en que en no pocos casos, está moralmente justificado omitir ciertos tratamientos y dejar morir a los pacientes[48]. Pero en dichos casos hay indicaciones médicas suficientes para avalar dicha decisión. El acudir al concepto de calidad de vida para justificar determinadas omisiones es problemático, pues se trata de un parámetro completamente subjetivo, que resuelve los casos sin aportar las razones que serían oportunas.

Por otro lado, el uso de este concepto en la literatura bioética se relaciona no pocas veces, como hemos visto en el caso del principialismo, con una medida quasi cuantitativa de la dignidad de la

[47] CE, p. 117.

[48] Jonsen y Pearlman escriben que «quality-of-life has come to serve as a criterion for the utility of intervention in many clinical situations, including those involving life-and-death decisions. However, there are some individuals who reject quality-of-life as an important determinant of the value of life. They consider life to have intrinsic worth and regard prolongation of life as the overriding determinant of the utility of an intervention» (R. A. PEARLMAN y A. R. JONSEN, *The Use of…*, p. 434). No coincidimos con la afirmación de la necesaria conexión entre la crítica del concepto de calidad de vida por considerar que toda vida humana tiene una dignidad intrínseca, y el encarnizamiento que supone muchas veces el intento de preservar la vida a todo coste.

vida. Y así se dice que, en algunas situaciones la calidad de vida es tan baja que esa vida no es digna de ser vivida. Los autores de *Clinical Ethics* se plantean esta cuestión al tratar del paciente en estado vegetativo persistente[49]. Explican que no es un paciente que cumpla los criterios de muerte cerebral, y por otro lado tampoco se trata de un paciente cuya muerte sea inminente, lo que justificaría fácilmente la supresión de aparatos de soporte vital. En este caso, según estos autores y nos parece que su conclusión es acertada, se podría retirar la ventilación artificial; del mismo modo que no sería necesario comenzar un tratamiento de diálisis en el caso en que llegara a una situación de anuria. La justificación está en que la utilización de dichas medidas no consigue los fines propios de la medicina. Pero decir esto no significa que dicha vida no sea digna de ser vivida, o que posea una calidad de vida por debajo del mínimo, como afirman en el texto.

Otro concepto que se asocia al de calidad de vida y al de vida digna de ser vivida es el de mantenimiento de una vida orgánica. En *Clinical Ethics*, al igual que en algún otro escrito de Jonsen[50], se utiliza nuevamente para la discusión de las cuestiones relativas al enfermo en estado vegetativo persistente. Aunque el término puede entenderse metafóricamente, no deja de ser también un concepto problemático. Desde un punto de vista filosófico no es posible hablar de una vida "puramente" orgánica: el sujeto está vivo o está muerto, pero no caben puntos intermedios. Este tipo de lenguaje es fruto del intento de justificar algunos comportamientos, que no son otra cosa que la caída por la pendiente resbaladiza hacia la eutanasia, abierta por el concepto calidad de vida.

Podemos concluir este apartado repitiendo una vez más que el concepto de calidad de vida tal y como se emplea ordinariamente en bioética, y concretamente por Jonsen en *Clinical Ethics*, resulta problemático por su extrema vaguedad. Por eso, no parece suficiente como medio para justificar determinadas decisiones sobre

[49] Cfr. CE, pp. 127-30. No coincidimos con la afirmación posterior de que en este mismo caso del paciente en estado vegetativo persistente esté justificado suprimir las medidas de hidratación y nutrición. Este punto es ciertamente muy controvertido y requeriría un desarrollo que no es posible hacer aquí.

[50] Cfr. A. R. JONSEN, *The Ethics of Pediatric*…, p. 11.

la oportunidad de omitir o retirar tratamientos. Indudablemente muchas de las consideraciones que entran en juego al hablar de calidad de vida, han de ser consideradas para tomar las decisiones, pero nadie distinto del paciente podrá justificar la omisión o el retiro de un tratamiento de soporte vital haciendo referencia simplemente a la calidad de vida. Podrá hacerse en relación a la falta de indicación médica o a la futilidad, pero no a una valoración subjetiva que sólo puede ser realizada por el sujeto interesado[51].

Dejamos las cuestiones relativas al contenido para pasar a estudiar otra de las críticas que se han dirigido a la casuística en bioética: la falta de fundamentación moral y su caída en el intuicionismo.

3. CRÍTICAS EN RELACIÓN A LA FUNDAMENTACIÓN

Hemos visto que Jonsen encuentra en las máximas el contenido moral necesario para hacer una valoración de las acciones concretas. En el fondo, dicho contenido moral no está muy lejos de la "moralidad común" de Beauchamp y Childress, ya que las máximas son sentencias de autores clásicos o indicaciones éticas universalmente aceptadas. Pero, ¿cómo se garantiza la validez de dichas sentencias? O puesta la pregunta de otra manera, ¿es necesaria alguna teoría ética para fundamentar la casuística? Al preguntarse sobre los fundamentos en los que apoya, Jonsen explica con diferentes imágenes que las teorías éticas son necesarias, pero que raramente se deberá acudir a ellas para la resolución de las cuestiones morales que aparecen en la práctica clínica[52]. En un famoso artículo titulado *Of Balloons and Bicycles: or the Relationship between Ethical Theory and Practical Judgment*, Jonsen explica que la relación entre la teoría ética (el globo) y los juicios particulares (la bicicleta) es importante, pero su necesidad es oca

[51] No nos extendemos más en este punto porque la problematicidad del concepto de calidad de vida ha sido ya analizada en el capítulo III.

[52] En ocasiones utiliza el ejemplo de los diferentes planos que se pueden descubrir en las Meninas de Velázquez, para indicar que las teorías morales y el ethos cultural serían como el trasfondo de la pintura (cfr. A. R. JONSEN, *Strong on Specification*…, pp. 350-52). Sobre la metáfora del cuadro ver capítulo I, p. 26.

sional[53]. Dice también que la nueva casuística sería compatible con la mayor parte de las propuestas morales existentes. Jonsen explica que, aunque la casuística clásica tenía como punto de referencia el concepto de ley natural, los razonamientos morales que se utilizaban al aplicarla serían perfectamente compatibles con la mayoría de las éticas modernas[54]. Como subraya Kuczewski, el problema está en que la pérdida del concepto de ley natural dificulta, si no imposibilita, la fundamentación última del razonamiento moral casuístico[55].

Un punto asociado al anterior es que, con el abandono de la ley natural, la casuística perdía las llamadas prohibiciones absolutas que, como hemos visto antes servían de límite a la actuación de la prudencia. Jonsen es muy sensible a la hora de hablar de este tipo de indicaciones morales absolutas. Las considera una característica esencial y problemática de lo que denomina el *American moralism*, que la bioética habría sido capaz de superar[56]. Sin embargo, para algunos autores como Tomlinson, no fue casual la conexión

[53] «The balloon is an occasional extravagance. The bicycle is daily transportation and exercise (…) The bicyclist can generally navigate pretty well with the help of the immediate data of path conditions, road signs, and familiar landmarks. Certain very special ethical enterprises, as when the ethicist is asked to consider a problem without precedent-for example, reproductive technology or genome mapping- might require a more intense communication between balloon and bike» (ID., *Of Balloons and Bicycles: or the Relationship between Ethical Theory and Practical Judgment*, "Hastings Center Report" 21, 5[1991], p. 16).

[54] «We point out in *The Abuse of Casuistry* that classical casuistry was not closely associated with any ethical theory. By this we meant that, although its practitioners worked within the conceptual framework of 'natural law', they used rather indiscriminately forms of reasoning compatible with most modern ethical theories» (ID., *Casuistry as Methodology*…, p. 297); vid. también ID., *Casuistry*…, p. 349.

[55] Cfr. M. G. KUCZEWSKI, *Casuistry*…, p. 425. Esta misma crítica la encontramos en D. C. THOMASMA, *Clinical Ethics as Medical Hermeneutics*, "Theoretical Medicine" 15 (1994), p. 98.

[56] Cfr. A. R. JONSEN, *American Moralism and the Origin of Bioethics in the United States*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 16 (1991), pp. 113-33. En este artículo analiza las raíces históricas de este *American moralism* que estaría fuertemente arraigado en la cultura americana. Su origen lo asocia a la influencia que el puritanismo y el jansenismo han tenido en la constitución de un ethos moral que formula los diferentes problemas en términos absolutos.

histórica entre la casuística y lo que llama "sistemas morales absolutistas"[57].

3.1 La casuística entre situacionismo e intuicionismo

La débil conexión de la propuesta de Jonsen con las teorías éticas ha llevado a Pellegrino y Thomasma a plantear el peligro de una posible caída de la nueva casuística en el situacionismo, donde lo único que contaría sería la decisión actual que se debe tomar, sin considerar otros muchos factores del sujeto y de la misma acción que, sin embargo, tendrían mucho que decir a la hora de dar un juicio moral[58]. Jonsen es consciente de ello y en más de una ocasión ha expresado que su propuesta está muy lejos del relativismo propio de la ética de la situación[59]. Sin embargo, el mismo análisis histórico que realiza con Toulmin en *The Abuse of Casuistry* demuestra cómo, la pérdida que se produjo en la época iluminista de algunos de los elementos constitutivos de la casuística del siglo XIII (como la ley natural, la conciencia y la prudencia), llevó a este método a caer en un cierto situacionismo[60].

Otros autores han señalado que la casuística propuesta por Jonsen caería, no en el situacionismo, sino en un intuicionismo excesivo, lo que haría sospechosa la propuesta de Jonsen[61]. Entre ellos, DeGrazia considera la nueva casuística como un modelo adecuado para la bioética clínica, pero que necesitaría contar con algunas herramientas que completaran el conjunto de su propues

[57] Cfr. T. TOMLINSON, *Casuistry in Medical…*, pp. 12-13.

[58] E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *The Virtues in…* También Dublanchy sostiene que la casuística sin una teoría sólida donde apoyar se convertiría en un instrumento muy pernicioso (cfr. E. DUBLANCHY, *Casuistique…*, col. 1864).

[59] En un artículo de 1991 condena el situacionismo como un sistema amoral, pero no explica qué diferencia hay entre este tipo de razonamiento moral y su propuesta (A. R. JONSEN, *American Moralism and…*, p. 128).

[60] Cfr. AoC, p. 124.

[61] «It claims to operate on a *pre*theoretical level in resolving ethical issues (...) The casuist approach to bioethics does provide important information, but its intuitionist tendencies render it suspect» (E. R. DUBOSE, R. P. HAMEL, L. J. O'CONNELL [eds.], *A Matter of…*, p. 16). La misma idea la encontramos en G. E. KAEBNICK, *On the Intersection of Casuistry and Particularism*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 10 (2000), pp. 307-22.

ta[62]. Por su parte Arras, refiriéndose a la propuesta de Jonsen y Toulmin, aunque sin citarlos expresamente, señala que resulta peligroso invocar una especie de "percepción inmaculada" que sería capaz de intuir la respuesta adecuada ante cada cuestión moral, ya que se pierde la necesaria discusión racional de los problemas. Además, se trata de un tipo de razonamiento contrario a la experiencia moral común[63]. Esta carencia de un elemento racional sólido donde fundar los juicios morales conlleva, entre otras consecuencias, la dificultad de encontrar cuál es el paradigma más adecuado en cada ocasión, o saber qué máxima debe prevalecer en el caso de que varias entren en conflicto.

Ante esta crítica encontramos en la literatura bioética varias posiciones. Wildes piensa que la casuística de Jonsen y Toulmin, a diferencia de la de Brody, no cae en el intuicionismo. Su problema sería, como hemos señalado en el apartado anterior el no reconocer la inseparabilidad entre método y contenido de la propuesta[64]. Por su parte, algunos de los promotores de la casuística explican que la intuición tiene su papel dentro del análisis moral de las acciones, y que en ningún caso cierra la puerta a la discusión racional[65]. La referencia que a ella hace la nueva casuística no sería excesiva[66].

3.2 La casuística en la actual sociedad pluralista

Otra de las críticas que la casuística ha recibido en relación con la fundamentación es su falta de legitimidad en un ambiente pluralista. En la casuística clásica los posibles conflictos entre máximas se resolvían mediante la referencia a sólidas bases doctrinales (ley natural y Magisterio de la Iglesia), que eran comunes

[62] Cfr. D. DEGRAZIA, *Moving Forward in…*, pp. 517-18.

[63] Cfr. J. ARRAS, *Principles and Particularity…*, pp. 1002-03. Hablando de la prudencia Jonsen explica que prefiere utilizar el término percepción más que el de intuición (cfr. A. R. JONSEN, *Of Balloons and…*, p. 15). Sin embargo, Tomlinson considera que el uso excesivo del concepto de "percepción" y el "referencia a los expertos" dificulta la necesaria discusión racional de las cuestiones morales (cfr. T. TOMLINSON, *Casuistry in Medical…*, p. 11).

[64] Cfr. K. W. WILDES, *Moral Acquaintances. Methodology…*, p. 99.

[65] Cfr. H. A. BEDAU, *Making Mortal Choices…*, p. viii.

[66] Cfr. C. STRONG, *Specified Principlism: What…*, pp. 336-39.

para todos los autores que utilizaban el razonamiento casuístico. En el ambiente cultural actual, donde ha desaparecido la unidad de criterio para afrontar las cuestiones morales, no sería ya posible invocar una base o fuente común dónde encontrar la solución a los conflictos entre las diferentes visiones[67]. Tomlinson, autor bastante crítico de la casuística, pone el problema sobre el modo de encontrar el caso paradigmático más apropiado para una situación determinada cuando hay varios que podrían tomarse en consideración. Este autor concluye diciendo que encontramos aquí los mismo problemas que se achacan a los principios cuando se dice que no son capaces de superar las situaciones de conflictos, con la única diferencia de que en lugar de hablar de principios, la casuística habla de paradigmas y de máximas[68].

Wildes, utilizando algunos conceptos tomados de Engelhardt, pone de manifiesto esta misma dificultad, aunque de modo más elaborado[69]. En primer lugar, la casuística moderna carecería de

[67] «The greatest weakness of casuistry in contemporary bioethics would appear to be the very nature of our pluralistic society with its lack or universally accepted values and principles (...) Casuistry, it would appear, may function well as a method of case analysis, but there is legitimate concern as to whether it can be a reliable theory of bioethics in practice» (A. J. LOZANO, *A Historical Perspective*..., p. 43).

[68] «But now our casuistical reasoning is complicated by the need to decided from the very outset which of the two paradigmatic *types* is more compelling, and that judgment looks suspiciously just like a Rossian balancing between prima facie duties» (T. TOMLINSON, *Casuistry in Medical*..., p. 13). En la introducción al artículo recoge las siguientes palabras: «a close examination reveals that casuistry delivers much less than its advocates suppose, and that it shares some of the same weaknesses as the principle-based methods it would hope to supplant» (p. 5). Como recordamos, Callahan explica que el único sistema capaz de resolver los problemas de ética médica habría de ser esencialmente deductivo, con unos principios primarios y secundarios bien establecidos, y con una larga historia de refinada casuística. Desgraciadamente, continúa Callahan, ese sistema requiere unos presupuestos culturales y una visión común del mundo, que no es posible hallar en nuestra sociedad (cfr. D. CALLAHAN, *Bioethics as a Discipline*, "Hastings Center Studies" I (1973), p. 72 en AoC, p. 339).

[69] Cfr. K. W. WILDES, *Moral Acquaintances. Methodology*..., p. 99. Para Wildes, Jonsen y Toulmin ignoran el conocimiento moral universal, a partir del cual la prudencia sería capaz de realizar los juicios en los casos determinados (vid. p. 105). Es extraño la referencia de Wildes al "conocimiento moral universal" cuan-

las estructuras de autoridad moral. Además, el repaso histórico que realizan Jonsen y Toulmin en *The Abuse of Casuistry* sería incompleto: muestran lo que les interesa para la rehabilitación de la casuística. Sin embargo, la casuística no sería tan neutra en relación al contexto como escriben estos autores. Finalmente, el modelo que presentan apoya sobre unos casos paradigmáticos y un tipo de autoridad que no es reconducible a la situación actual[70].

La crítica que recogemos en este apartado sería justamente de signo opuesto a la del apartado anterior. Mientras los primeros criticaban a la casuística por su falta de contenido, estos últimos autores le achacan un contenido normativo demasiado grande para la sociedad pluralista moderna. Esta última crítica no deja de sorprender en el sentido de que no es posible hacer bioética, o cualquier tipo de ética aplicada, sin referencia a unos contenidos morales precisos. Es justamente el análisis de los diferentes contenidos y su racionalidad lo que debe ser estudiado y en su caso criticado, pero no parece adecuada la invocación de la "sociedad pluralista" como medio para descalificar una postura antes de haberla considerado en profundidad[71].

Jonsen a los que hablan de una supuesta imposibilidad de utilizar la casuística en una sociedad pluralista, contesta que las máximas y los paradigmas están coloreados con las características morales propias del lugar donde surgen, pero que en lo que se refiere a las cuestiones fundamentales podrían también encontrarse, más o menos camufladas, en otras comunidades distintas a las de origen[72].

do, siguiendo a Engelhardt, ha negado la posibilidad de tal conocimiento en la sociedad pluralista.

[70] Cfr. *ibid.*, pp. 88-89.

[71] Sobre este punto remitimos al capítulo III, pp. 157-58.

[72] «The counter-casuists wish to find the answer outside the case; the neo-casuists seek it in the reciprocity between circumstances and broader vision. The counter-casuists want a sure answer; the neo-casuists are satisfied with a plausible one. The neo-casuists insists that the circumstances of the case bear genuine moral meaning, even if they are not the 'locus of certitude'; for the counter-casuists the color of moral meaning comes to the case only from the light of principle and theory» (A. R. JONSEN, *Foreword* en J. F. KEENAN y T. SHANNON, *The Context of…*, pp. ix-x).

3.3 La casuística y el problema de la autocrítica

Kuczewski ha escrito que la casuística, al apoyar en su ejercicio sobre casos ya resueltos, toma como buenos sin la conveniente valoración crítica, ciertos modos de concebir las cuestiones morales que son propios de una determinada sociedad. De esta forma, por ejemplo, la bioética norteamericana estaría deslizándose hacia una sobrevaloración del concepto de autonomía, debido a la importancia que tiene en la sociedad civil. Por su parte, Arras dice que al ser los principios conjuntos de respuestas intuitivas, toda la propuesta podría sufrir de falta de reflexión crítica[73]. Falta que impediría, según Tomlinson, el avance de la ciencia moral debido a la excesiva dependencia de los casos paradigmáticos. La necesidad de hacer referencia siempre a alguno de ellos obligaría a quedar siempre dentro de un marco cerrado. Por eso, califica la propuesta de acrítica y conservadora. En este sentido, dice que sería incapaz incluso de afrontar los nuevos problemas que aparecen en el ámbito biomédico, pues carece de paradigmas adecuados[74].

Strong responde a esta crítica diciendo que no es cierto que la casuística sea incapaz de superar el particularismo propio de la comunidad en la que ha surgido un determinado paradigma. La razón está en que al plantearse nuevas cuestiones, la casuística crece en su comprensión de los valores morales que entran en juego[75]. En relación a la cuestión sobre la necesidad de una teoría ética, Jonsen repite que su papel es sin duda importante, pero no en un primer plano, sino como trasfondo[76]. Y es bastante tajante al

[73] Cfr. J. ARRAS, *Getting Down to…*, p. 48. También Boyle es de la misma opinión: «casuistry must be carefully done, but it must also be driven by moral seriousness, and moral seriousness requires critical reflection and sound moral conviction. Virtue alone, without such reflection, is either blind or not real moral seriousness» (J. BOYLE, *Casuistry* en G. KHUSHF [ed.], *Handbook of Bioethics…*, p. 86).

[74] Cfr. T. TOMLINSON, *Casuistry in Medical…*, pp. 13-14 y 18. De este mismo parecer es Kaebnick, quien propone el "Particularismo" (*particularism*) como alternativa a la casuística capaz de superar su excesiva rigidez (cfr. G. E. KAEBNICK, *On the Intersection…*, pp. 307-22).

[75] Cfr. C. STRONG, *Specified Principlism: What…*, pp. 336-39.

[76] Curiosamente cuando Jonsen intenta rebatir las objeciones que se presentan a la nueva casuística, no lo hace hablando en primera persona, sino mostrando lo que los nuevos casuistas escriben. Decimos curiosamente, porque en un

afirmar que las cuestiones morales particulares no pueden resolverse siguiendo un método deductivo, a partir de una u otra teoría moral[77].

Finalizamos este apartado con una reflexión de Keenan y Shannon. Estos autores son partidarios de recuperar una cierta casuística, pero no tienen inconveniente en criticar algunos puntos de la propuesta de Jonsen. Al final de la presentación de su volumen sobre la casuística escriben que este método puede seguir siendo útil para resolver cuestiones morales, pero siempre que garantice algunas puntos sólidos[78].

Acaba aquí la presentación de las críticas que la casuística de Jonsen ha recibido en el ámbito bioético. Pasamos ahora a considerarla desde una perspectiva más práctica, estudiando el uso real que la propuesta de Jonsen hace de los casos.

4. El uso real del método casuístico en la bioética clínica de Albert R. Jonsen

En un artículo de 1995 Jonsen, junto con Callahan y Durfy, analizan el uso que se hace de los casos clínicos en la literatura

artículo de 1990 escribe que «I have publicly proclaimed myself a casuist and vigorously promote casuistry as the method for clinical ethics» (A. R. Jonsen, *Commentary: Jehovah's Witnesses*…, p. 71).

[77] «While such passages seem to indicate that Jonsen and Toulmin cannot live with theory, other passages show that they cannot live without it» (A. L. Mackler, *Cases an Judgments*…, p. 194).

[78] «We conclude that essay by proposing certain conditions for a context in which some (but not all) insights from high casuistry might operate in contemporary decision making. Foremost among these are the need for a personalistic metaphysics of human nature that appreciates the development of moral character and theology of love that assumes the positives role of change. These conditions suggest the possibility of turning to the virtues as an appropriate context for the practice of casuistry. Historically, the virtues have acknowledged the priority of prudence, the effectiveness of human agency, and the centrality of personal and social circumstances. Their fundamental teleological orientation offers both a dynamic structure and a solid anthropological foundation that counters the endemic relativism and philosophical agnosticism of our times» (J. F. Keenan y T. Shannon, *The Context of*…, p. xxii).

bioética con relación a la genética[79]. El resultado es que de los 417 casos estudiados solamente uno utiliza el método casuístico para resolver los dilemas morales. Se trata, concretamente, de un artículo del propio Jonsen[80]. Esta conclusión nos ha llevado a plantearnos la cuestión sobre el uso real de la casuística en la bioética clínica. Como la respuesta a esa pregunta requeriría un nuevo trabajo de investigación, en esta última sección del capítulo nos limitaremos a un breve estudio del modo en el que Jonsen utiliza los casos al tratar de las diferentes cuestiones éticas en ámbito clínico. Cambiamos por tanto el enfoque que hemos seguido hasta este momento, pasando de un estudio teórico de las críticas que la casuística ha recibido, a un análisis práctico del modo en el que realmente se utiliza.

En la literatura bioética son muy pocos los trabajos que tratan directamente de esta cuestión[81]. La razón quizá esté en que la corta vida de esta disciplina y la enorme cantidad de temas que ha tenido que afrontar ha impedido la realización de este tipo de estudios. Sea como fuere, nos parece que es un punto importante, para ver si realmente la casuística clásica de la que habla Jonsen

[79] T. C. CALLAHAN, S. J. DURFY y A. R. JONSEN, *Ethical Reasoning in Clinical Genetics: a Survey of Cases and Methods*, "Journal of Clinical Ethics" 6 (1995), pp. 248-53.

[80] A. R. JONSEN, *Genetic Testing, Individual Rights, and the Common Good* en C. S. CAMPBELL y B. A. LUSTIG (eds.), *Duties to Others*, Kluwer Academic Publishers, Dorderecht 1994.

[81] Dejando aparte el artículo de Jonsen, Callahan y Durfy, sólo hemos encontrado otro trabajo en el que se estudie el uso real que se hace de los casos en la ética clínica. Concretamente se compara la propuesta de Jonsen y Toulmin (que se denomina casuística formal) con el modo en el que quince médicos generales utilizan los casos a la hora de resolver las cuestiones morales que se les presentan en su actuación clínica. Las conclusiones de dicho estudio son que el uso real coincide con la casuística formal en los siguientes puntos: a) importancia del caso particular; b) uso de la comparación de casos como método; c) uso de máximas o reglas; d) modo de pasar de un caso a otro y de justificar una actuación u otra. Sin embargo, la propuesta teórica difiere del uso práctico en dos de sus características: a) los médicos generales no hacen referencia a casos paradigmáticos como casos donde la valoración moral sea segura; b) el uso que se hace de las máximas y de los paradigmas no tiene la publicidad que la casuística formal le da, en el sentido de que no son casos famosos en la opinión pública, como los propuestos por Jonsen y Toulmin (A. BRAUNACK-MAYER, *Casuistry as Bioethical...*, pp. 71-81).

está renaciendo o no en la ética clínica. Nuestra hipótesis es que así como el método de Jonsen está muy desarrollado a nivel teórico, todavía no se ha llegado a un uso práctico suficiente como para aprender el modo en el que las indicaciones teóricas han de aplicarse a los casos concretos[82].

En el artículo sobre el uso de los casos clínicos en ámbito genético, los autores hacen una clasificación según tres categorías diferentes: casos completos (discutidos y resueltos), casos incompletos (discutidos, pero no resueltos) y casos ilustrativos (no se analizan desde el punto de vista moral, sirven simplemente como ejemplo)[83]. Esta misma clasificación es la que utilizaremos para estudiar el uso que Jonsen hace de los casos. Hemos seleccionado para ello aquellos artículos, entre 1990 y 2004, que tratan específicamente de cuestiones de ética clínica[84].

El primer artículo que presentamos es *Genetic Testing, Individual Rights, and the Common Good*, que sería el único que resuelve los cuestiones morales en ámbito genético siguiendo un método casuístico. En realidad, lo que encontramos en este trabajo es una consideración sobre las complejas cuestiones éticas que aparecen en este ámbito de la medicina. Se presenta el caso de un varón de 32 años que tras varios desmayos decide consultar con su médico. Después de diferentes pruebas se llega al diagnóstico de síndrome del QT largo, enfermedad genética con afectación cardiaca, que en

[82] Explicaciones teóricas de la propuesta de Jonsen las encontramos en: A. R. JONSEN, *The Confessor as…*, pp. 165-80; ID., *Morally Appreciated Circumstances…*, pp. 37-49; ID., *Of Balloon and…*, pp. 14-16; ID., *Casuistry as Methodological…*, pp. 299-302; ID., *Clinical Ethics and…*, pp. 13-23; ID., *Casuistry* (*Encyclopedia of Bioethics* [1995])…, vol. I, pp. 344-50; ID., *Strong on Specification…*, pp. 348-60.

[83] Los resultados del estudio son: 81 (19%) casos completos; 107 (26%) casos incompletos y 229 (55%) casos ilustrativos. De entre los completos, 65 (80%) se resuelven sin hacer mención a ninguna propuesta concreta de bioética clínica; 10 (12%) se resuelven haciendo referencia a los principios de ética biomédica (Beauchamp y Childress); 5 (6%) haciendo referencia a la ética del cuidado y 1 (1%) a la casuística.

[84] La selección de periodo responde a que es en 1990 cuando aparece el artículo de Jonsen *Case Analysis in Clinical Ethics*, donde queda perfectamente delineada su propuesta casuística para la bioética clínica. Para no extender demasiado este análisis dejamos de lado el libro *Clinical Ethics*.

algunos casos cursa con muerte súbita. Jonsen presenta un rico contexto familiar, y explica cómo el conocimiento de esta información podría afectar a sus hermanos y sobrinos, tanto personalmente como en sus decisiones laborales y sociales. Sorprende, sin embargo, que a la hora de resolver la cuestión moral sobre si debe o no comunicar dicha información, y a quiénes, el análisis que realiza Jonsen no es el de la casuística clásica que ha presentado en *The Abuse of Casuistry*. No hay una taxonomía de casos, ni casos paradigmáticos, ni lugar para la prudencia[85]. Al final del artículo el caso viene solucionado a partir de una indicación normativa: la persona que posee información genética sobre él mismo tiene obligación de compartir dicha información con aquellas personas que tienen un genoma similar, o lo que es lo mismo, con los de su parentela[86].

Quizá el ejemplo más completo de análisis casuístico que encontramos en los escritos de Jonsen sea el del caso Debbie. No nos detenemos aquí a estudiarlo, pues se hizo con detalle en el capítulo anterior. Se trata de un caso con una presentación bastante detallada de las circunstancias, así como el análisis de las cuatro facetas que Jonsen califica esenciales en la ética clínica (indicación médica, preferencias del paciente, calidad de vida y factores del contexto), lo que permite un conocimiento adecuado de los problemas morales que se presenta. Podemos decir que la morfología del caso está bien realizada. También la taxonomía parece convincente, en el sentido de que se presentan posibles casos paradigmáticos, cuya valoración moral sería conocida y aceptada por la mayoría, con los que realizar la analogía del caso presente. Por último, se pasa a lo que nuestro autor ha llamado cinética, el momento del juicio prudencial, que en el caso de Debbie finaliza

[85] Se dice que el paradigma es el "parentesco", pero no se explica qué significa. Y sobre todo, no se presenta ningún caso que pueda servir como modelo para estudiar posibles analogías y diferencias.

[86] «An individual who has genomic information about himself or herself has an obligation to share that information with others who have a relevantly similar genome, those within his or her kinship. The justification for this obligation is that this information is not his or hers but theirs (…) All other persons and institutions stands outside that realm of privacy» (A. R. JONSEN, *Genetic Testing, Individual…*, pp. 289-90). Con esto vemos que ni siquiera este artículo, que era el único que en teoría seguía un análisis casuístico, lo hace realmente.

diciendo que no se trata de una situación en la que quepa la excepción a la máxima "No matar"[87]. A nuestro parecer este sería el único caso en el que Jonsen presenta de modo completo todos los elementos que describe al explicar teóricamente su propuesta de razonamiento moral. Del resto de casos analizados podemos decir que muchos no pasan de ser ejemplos para explicar algún punto teórico (casos ilustrativos); en otras ocasiones se trata de casos incompletos, pues no se llega a la resolución; y también encontramos algunos otros cuya resolución se realiza mediante la aplicación de un principio moral. En los párrafos siguientes mostraremos esta afirmación con algunos ejemplos.

En *Case analysis in clinical ethics*, Jonsen presenta el caso de un niño de dos años con síndrome de Hunter (mucopolisacaridosis tipo II): enfermedad que provoca una progresiva desfiguración de las facciones y disfunción orgánica, con problemas neurológicos y muerte prematura. Podemos decir que realiza una buena morfología del caso: describe los elementos relevantes en cada una de las cuatro facetas características de la ética clínica. Analiza el conflicto que surge entre los padres, que solicitan al hospital un trasplante de médula ósea (tratamiento de elección, pero sin confirmación clara de su beneficio), y el seguro médico que se niega a pagarlo. Sin embargo, la taxonomía y la cinética no se presentan. Deja el caso sin resolver, para que sea el lector quien con todos los elementos mencionados llegue a una conclusión. El problema está en que este caso podría tener muy diferentes finales, según se de más o menos peso a algunas máximas morales u otras, y a unos u otros casos paradigmáticos.

En el artículo escrito con Schneiderman y Jecker, *Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implication*, se presenta otro caso con una finalidad puramente ilustrativa. No se llega a su resolución a través del empleo de casos paradigmáticos y de la analogía, sino simplemente con la aplicación de una indicación normativa sobre el concepto de futilidad[88]. Algo similar encontramos en

[87] ID., *Casuistry as Methodological*...; capítulo IV, pp. 252-63.

[88] «We argue that it is futile for the simple reason that the ultimate goal of any treatment should be improvement of the patient's prognosis, comfort, well-being, or general state of health. A treatment that fails to provide such a benefit-

Commentary: Jehovah's Witnesses and Blood, donde el caso se soluciona llamando en causa el principio de autonomía[89]. También tiene una función meramente ilustrativa el caso utilizado en *Specialists and Generalists in Obstetrics and Gynecology: Conflicts of Interest in Referral and an Ethical Alternative*. Se trata de una pareja que acude a la consulta por un problema de esterilidad. Sorprende que esta materia, que fácilmente podría elaborarse siguiendo un razonamiento casuístico, sea tratada de un modo tan teórico. En esta ocasión, incluso la morfología del caso se presenta de modo muy deficiente, lo que impide el análisis en profundidad de las cuestiones morales en juego[90]. Por su parte, en *Manage Care: a House of Mirrors*, Jonsen describe tres problemas que aparecen en la práctica médica habitual y que no se estudian adecuadamente en la literatura bioética. Concretamente: los incentivos económicos en la práctica médica, la relación médico-paciente, y la calidad de la atención. En cada uno de esos epígrafes viene presentado un caso, pero no se estudia ni se resuelve; sirve simplemente como ejemplo para explicar la teoría. La impresión que se tiene al leer el artículo es que el modo de argumentar y de usar los casos no está muy lejos del que hemos estudiado en el principialismo[91].

Acabamos este breve recorrido con el capítulo que Jonsen escribe para un libro de pediatría sobre las cuestiones éticas en esta especialidad[92]. Como en otros casos se presentan las cuatro facetas propias de la bioética clínica y se ilustran con diferentes ejemplos[93]. El primero de los casos hace referencia a un niño de cuatro

even though it produces a measurable effect-should be considered futile» (L. J. SCHNEIDERMAN, N. S. JECKER y A. R. JONSEN, *Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implication*, "Annals of Internal Medicine " 112 [1990], pp. 949-54).

[89] A. R. JONSEN, *Commentary: Jehovah's Witnesses*…

[90] J. M. CAIN y A. R. JONSEN, *Specialists and Generalists in Obstetrics and Gynecology: Conflicts of Interest in Referral and an Ethical Alternative*, "Women's Health Issue" 2 (1992), pp. 137-45.

[91] N. S. JECKER y A. R. JONSEN, *Manage Care: a House of Mirrors*, "Journal of Clinical Ethics" 8 (1997), pp. 230-41.

[92] A. R. JONSEN, *The Ethics of Pediatrics*…, pp. 7-14.

[93] Sorprende que se siga utilizando el mismo esquema de tópicos, y concretamente el que se refiere a las "preferencias del paciente", cuando en la mayoría de los casos se trata de una persona incapaz de manifestar dichas preferencias.

años con broncopulmonía, que llega al hospital en unas condiciones bastante precarias. Ante la cuestión de si se debe o no tratar, el caso se resuelve haciendo referencia a los fines de la medicina. Se explica que la dificultad para respirar y los otros síntomas que presenta pueden solucionarse con una terapia adecuada; y que, por tanto, se debe iniciar el tratamiento. El segundo caso es el de un neonato prematuro, de 32 semanas, con un cuadro severo de membrana hialina. Después de tres meses con ventilación mecánica se produce una hemorragia intraventricular de IV grado, y aparece también una cierta necrosis intestinal. Al presentare una infección generalizada (sepsis por cándida) los médicos se cuestiona el seguir tratando al niño. El caso se soluciona llamando en causa el concepto de futilidad, que justificaría el no tratar la sepsis. En el tercer caso se presenta un niño de 14 años con enfermedad de Hodgkin en su primer estadio. Los padres, testigos de Jehová, piden que se le administren los fármacos necesarios, pero dicen que no se le transfunda sangre. La resolución del caso se realiza aplicando el principio de no-maleficencia de Beauchamp y Childress[94]. El cuarto caso es el de una niña de 9 años con leucemia linfoblástica aguda, que está remitiendo con la terapia habitual. La madre decide retirar a su hija de dicho tratamiento, pues prefiere curarla a base de alimentos naturales y otros medicinas. El caso no se resuelve, pero se dice que se ha de valorar haciendo referencia al balance entre beneficios y riesgos para la niña. En el quinto caso tenemos una niña de 4 años que ha sido encontrada en el fondo de la piscina sin saber el tiempo que ha durado la anoxia. Después de tres semanas en la UCI con ventilación mecánica presenta las pupilas fijas y dilatadas, el EEG muestra fluctuaciones ocasionales sin un ritmo definido. Al analizar el modo de proceder, Jonsen explica que si se tratara de un caso de muerte cere

Generalmente las decisiones son tomadas por los padres o los representantes legales. Y dichas decisiones apoyan fundamentalmente en la idea de "mejor interés" para el niño, que sería lo propio de la tercera faceta (calidad de vida); con lo que no queda muy clara la demarcación entre las diferentes facetas.

[94] Jonsen explica que el juicio de conciencia del médico llega a la conclusión de que la vida del niño debe ser preservada. De todos modos, sigue Jonsen, habría que tener en cuenta también cuáles son las preferencias del niño, y cuál su capacidad para darse cuenta de los riesgos que correría sin la transfusión. En el caso de un niño suficientemente maduro habría que respetar su decisión.

bral se podría retirar la ventilación artificial por su ineficacia. Sin embargo, el caso presente asemeja más al del estado vegetativo persistente. Para esta última situación, sigue nuestro autor, existe un acuerdo bastante generalizado de que no es obligatorio mantener el respirador[95]. El sexto caso se refiere a una niña de 12 años con síndrome de Down y un defecto ventricular, que comienza a mostrar los primeros síntomas de hipertensión pulmonar. Los padres rechazan el permiso para intervenir quirúrgicamente. Más que resolver el caso, Jonsen explica que no es moralmente correcto negarse a la intervención simplemente porque se trate de un paciente con el síndrome de Down. El séptimo caso trata de un niño de 7 años que sufre un accidente de tráfico con múltiples fracturas y sospecha de sección medular. Después de dos semanas en la UCI con traqueostomía aparece alerta, pero sin movilidad ni sensibilidad por debajo de las primeras vértebras de la columna cervical (C2-C3). Tampoco en este caso se resuelve la cuestión sobre cómo tratar y qué medidas de soporte vital son obligatorias y cuáles no. Se dice simplemente que la consideración de la pobre calidad de vida no resuelve el problema de cómo afrontar esta situación. El último caso presenta una recién nacida con un gran meningomiocele toraco-lumbar y sospecha de microcefalia. El equipo médico se plantea si intervenir o no quirúrgicamente. Jonsen comenta que en los últimos años ha cambiado el modo de abordar estas situaciones, y que en principio se tiende a tratar casi todos estos casos, aunque habría que considerar que la vida futura de esta niña será de gran incapacidad y dolor.

Vemos, por tanto, que en este artículo sólo en un caso la resolución de la cuestión moral se realiza tomando como punto de referencia un caso paradigmático, que es uno de los puntos basilares del método casuístico. El resto, o no se solucionan, o se hace llamando en causa algún principio o máxima moral. Junto a esto,

[95] De entre los casos presentados por Jonsen en este escrito este sería el que más se acerca a una resolución casuística, ya que presenta al menos un caso paradigmático (el modo de comportarse cuando se diagnostica la muerte cerebral). Aunque en este apartado nos estamos fijando fundamentalmente en el modo en que se utilizan los casos, y no en lo adecuado de las diferentes soluciones, hay señalar lo impropio que resulta hablar de estado vegetativo persistente tras tres semanas de evolución.

encontramos otro problema añadido: las diferentes situaciones que se plantean no se valoran estudiando en cada caso los cuatro tópicos o facetas. Dichos casos sirven simplemente como ejemplos para explicar lo que se debe entender por indicación médica, por preferencias del paciente, etc. Una vez más los casos tienen una finalidad —si no total, al menos fundamentalmente— ilustrativa.

Con estos ejemplos podemos concluir que así como el método propuesto por Jonsen está muy bien caracterizado a nivel conceptual, tendría que realizar mucho trabajo todavía para presentarse como un verdadero método de bioética clínica. Con el uso de los casos que Jonsen ha hecho hasta ahora no tenemos todavía un adecuado sistema de taxonomías y ejemplos paradigmáticos que pueda servir para guiar el razonamiento moral[96].

[96] Conclusión que coincide básicamente con la del trabajo de Braunack-Mayer antes mencionado: «Casuistic reasoning is indeed relevant to ordinary moral reasoning, but the role that it plays is perhaps more inchoate and muted than Jonsen and Toulmin would have us believe» (A. BRAUNACK-MAYER, *Casuistry as Bioethical*…, p. 80). También Boyle es de la misma opinión. Al hablar del análisis casuístico explica que muchas de las consecuencias a las que llega se deben más a posiciones normativas de principio, que al resultado del método utilizado. La justificación del suicidio asistido y de la eutanasia en bioética podrían ser buenos ejemplos. Dichas conclusiones no son simplemente la aplicación de un método neutro, sino la asunción previa de una concepción de la autonomía, o la aplicación de un razonamiento consecuencialista (cfr. J. BOYLE, *Casuistry* en G. KHUSHF (ed.), *Handbook of Bioethics*…, pp. 86-87).

CONCLUSIONES

Al término de nuestro trabajo, resulta obligado trazar un balance sobre el contenido expuesto en los capítulos anteriores. No se trata de repetir lo ya escrito, sino de reflexionar sobre las conclusiones a las que se puede llegar después de este estudio del principialismo y la casuística. Con este apartado pretendemos presentar una visión de conjunto de los principales desafíos que ha de afrontar la bioética clínica, especialmente la de ámbito norteamericano, tomando como referencia los méritos y los puntos problemáticos de dos de sus principales modelos.

En las últimas tres décadas han sido muchos los estudios sobre el modo de solucionar los dilemas morales que surgen actualmente en la relación entre el médico y el paciente. Con la experiencia de estos años, ha llegado el momento de preguntarse por la validez de los métodos utilizados, y por el modo en que podrían mejorarse para que la bioética clínica esté en condiciones de cumplir con su misión pedagógica. Si quiere lograrlo, ha de ser capaz de proporcionar a los profesionales de la salud un modo de afrontar las cuestiones éticas que, de una parte, sea asequible teniendo en cuenta su formación eminentemente técnica; de otra, consiga integrar los diferentes elementos del buen hacer médico con una adecuada comprensión del obrar moral del hombre. De este modo, la bioética clínica podrá, no sólo resolver complejos dilemas éticos, sino también ayudar al personal sanitario a mejorar en su actuación como profesionales y como personas.

1. El principialismo y la casuística se presentan como modelos para solucionar las cuestiones éticas desde una posición moral que algunos han denominado intermedia (*middle level*), entre las teorías morales y los juicios particulares. Esta localización dentro de la filosofía moral responde a la sospecha con la que se veían en los

años Setenta y Ochenta, y todavía se siguen viendo, las grandes construcciones morales que dieron lugar a lo que ahora se conoce como teorías éticas deontológicas y utilitaristas. El principialismo y la casuística aparecen como instrumentos metodológicos que, al menos en el plano teórico, serían capaces de superar los problemas de aquellos grandes planteamientos éticos, y proporcionar soluciones válidas a los nuevos problemas morales surgidos en el ámbito médico. Además, como sus autores escriben en más de una ocasión, sus propuestas serían compatibles con muchas, sino todas, las teorías éticas presentes en el ámbito de la reflexión moral contemporánea. En este sentido y, aunque frecuentemente se las presenta como propuestas antitéticas, hemos visto que el principialismo y la casuística poseen muchos elementos en común. Son muy similares, no sólo su punto de partida (*Belmont Report*) y el modo en el que sugieren la fundamentación moral (*common morality*), sino también la forma de concebir el fenómeno moral, los actos singulares, y también —en cierta medida— la consideración del sujeto moral. Aunque unos hablan de principios y otros de casos paradigmáticos y máximas, el modo de entender la normatividad ética en estos planteamientos es también muy parecido.

2. Los autores estudiados tienen el mérito, como en general gran parte de la bioética contemporánea, de presentar al ámbito biomédico una serie de problemas éticos que no se pueden dejar de lado. En este sentido unos y otros han ayudado a la mejor formulación y descripción de dichos problemas, al mismo tiempo que han fomentado el estudio y la profundización de los argumentos en pro y contra de las diferentes posturas. Esta discusión ha tenido, y tiene, un carácter eminentemente positivo ya que permite descubrir más fácilmente cuáles son los puntos de fuerza y la debilidad de los diferentes planteamientos morales que presenta actualmente la bioética. Junto a lo anterior, hay que señalar que no han sido pocas las críticas que tanto el principialismo como la casuística han recibido en sus relativamente pocos años de existencia. Llegados a este punto podemos afirmar que ambas propuestas necesitarían una cierta reestructuración si quieren dar válida respuesta a dichos interrogantes críticos.

3. Una de las principales conclusiones de este trabajo es que así como el principialismo, con todas las dificultades que presenta, aparece como un modelo de razonamiento práctico que llega a soluciones concretas para los problemas éticos particulares, la casuística propuesta por Jonsen todavía no ha conseguido esa madurez a nivel práctico. Como hemos tenido ocasión de ver en la última parte del quinto capítulo, se trata de una propuesta muy bien caracterizada desde el punto de vista conceptual, pero carente del suficiente desarrollo práctico. Con esto no queremos decir que no sea una propuesta válida, o que no se pueda realizar una reflexión crítica sobre ella, sino subrayar que dicha reflexión quedará en un plano más teórico que la que se hace sobre el principialismo.

4. Estos dos modelos, como sucede con otros planteamientos de la bioética norteamericana, están fuertemente caracterizados por un tipo de racionalidad práctica que, siguiendo las categorías aristotélicas, es más semejante al arte que a la prudencia. Tanto Beauchamp y Childress, como Jonsen y Toulmin, distinguen entre el conocimiento especulativo y el conocimiento práctico. Sin embargo, al intentar afrontar el estudio de las cuestiones morales particulares, su propuesta es más similar a la racionalidad clínica, interesada en "acertar" con el diagnóstico y tratamiento más eficaces, que a la propia de la ética, que busca el perfeccionamiento personal a través de la actuación buena. La clínica gusta de establecer diagramas de decisión y protocolos de actuación para las diferentes situaciones. Éstos son ciertamente útiles para la práctica médica diaria, pues permiten realizar buenas decisiones de un modo rápido, sin necesidad de analizar en cada ocasión las implicaciones fisiopatológicas de determinados síntomas y signos. Podemos decir que el juicio clínico, entendido como arte, se interesa fundamentalmente por los efectos que se siguen en el paciente. El punto discriminante entre estos dos tipos de razonar práctico sería que el primero, el clínico, toma como perspectiva la del observador externo; mientras que el segundo, el ético, debe seguir la de la persona que actúa. Mientras que en la primera lo importante es lo que se ve, en la segunda cuenta mucho lo que no se ve; o sea, la dinámica intencional del actuar humano, con toda la influencia que sobre ella tiene la categoría moral del sujeto, sus virtudes.

Esta distinción es fácil de entender, pues es posible encontrar un buen clínico que sea una mala persona (en sentido moral); pero, difícilmente este mismo médico será capaz de realizar buenos juicios morales en ámbito biomédico (como en cualquier otro ámbito). Al intentar trasladar el tipo de razonamiento clínico al ámbito moral podemos descubrir cierta utilidad, sobre todo para personas que no tengan formación ética alguna. Sin embargo, corremos el peligro de cosificar la vida moral y perder su finalidad última. Nos parece que, aun siendo una posibilidad legítima, resulta pobre si se tiene en cuenta la vocación pedagógica de la bioética. Ésta ha de dar razón de las indicaciones normativas que señala, al mismo tiempo que promueve y facilita el crecimiento moral personal. Este crecimiento moral resulta necesario para estar en disposición de llevar a cabo los comportamientos que, en cada situación, aparecen como más apropiados desde el punto de vista ético.

Esto no quiere decir que solamente la persona que actúa sea capaz de decir algo sobre la moralidad de la acción que está cumpliendo. De otro modo desaparecería la ética como ciencia (y también la bioética). La ética tiene ciertamente diferentes niveles de reflexión, y entre ellos, la ciencia moral no requiere ser realizada por la persona que actúa. Sin embargo, dicha ciencia moral debe desarrollarse siempre teniendo como base el fenómeno real del actuar humano, cuya dinámica intencional no puede quedar al margen. En el principialismo y la casuística no resulta clara esta distinción de planos del ámbito moral; y, sobre todo, falta una consideración adecuada de la constitución intencional del obrar humano. El tipo de razonamiento práctico que proponen aparece, en no pocos casos, incapaz de distinguir distintas acciones que desde un punto de vista externo tengan las mismas consecuencias. Esta deficiente consideración de la intencionalidad resulta más evidente en el principialismo que en la casuística.

5. Unido a lo anterior encontramos en ambas propuestas una clara dificultad para integrar las dimensiones intelectivas y afectivas dentro del juicio moral. Principios (o máximas) y virtudes se consideran en sentido dialéctico, y no como dimensiones distintas de una misma realidad. Por este motivo para los autores estudiados algunas virtudes podrían llevar al sujeto a actuar mal, cosa que es

imposible en una propuesta ética que considere los principios de la razón práctica como fines de las virtudes. De otra parte hemos podido comprobar que, aunque ambos grupos de autores citan a Aristóteles al hablar de la virtud de la prudencia, su concepto es muy distinto de la *phronesis* del filósofo griego, tanto por lo que se refiere a su finalidad, a la consecución de la perfección moral del sujeto, como por lo que mira a su íntima interdependencia con las virtudes morales.

6. La situación intermedia del principialismo y la casuística ha sido ocasión de numerosas críticas con relación a la aplicabilidad de las propuestas. También ha provocado la denuncia del peligro que estos modelos tienen de deslizarse hacia cierto relativismo ético. Como hemos tenido ocasión de estudiar, este peligro no es infundado, y puede descubrirse especialmente en aquellas cuestiones que se debaten en la opinión pública. Piénsese, por ejemplo, en el análisis que Beauchamp y Childress realizan de la eutanasia. De una parte condenan las acciones que tienen como objeto acabar con la vida propia o ajena. De otra, se deja la puerta abierta a la posibilidad de legitimar algunas excepciones. Tanto los principios *prima facie* como las máximas que presenta la casuística (máximas universales, pero no absolutas), configuran una normatividad moral en la que fácilmente pueden ser justificadas excepciones a todas las normas. Al valorar críticamente el principialismo y la casuística, hemos visto que el origen de este problema está en la carencia de una teoría de bienes que sustente dichas propuestas. Bienes, que en el caso de la bioética, podrían hallarse sin gran dificultad en relación con los fines de la medicina. Este intento lo realiza Jonsen para la casuística, sin conseguir —según nuestro parecer— una convincente asociación entre fines de la medicina, bienes que se han de proteger e indicaciones normativas concretas.

7. Es interesante destacar que la supuesta neutralidad moral del principialismo y de la casuística es más teórica que práctica. Este punto es especialmente claro en el principialismo, como se ha puesto de manifiesto en el capítulo tercero. En el caso de la casuística, por su falta de desarrollo práctico, no es posible ofrecer una conclusión demasiado neta. Ambas propuestas defienden su

compatibilidad con diversas teorías éticas. Sin embargo, en la resolución concreta de las diferentes cuestiones, el principialismo abandona la neutralidad y tiende a seguir un razonamiento de tipo utilitarista. Y esto, aunque uno de sus autores (Childress) se presente como perteneciente a la corriente deontológica.

8. Por lo que se refiere a la antropología de base de las propuestas estudiadas, descubrimos la problematicidad del concepto fuerte de autonomía que presentan: más agudo en el principialismo de Beauchamp y Childress que en la casuística de Jonsen. Diversos autores han puesto de manifiesto que el dominio de la categoría de autonomía en la bioética norteamericana oscurece la naturaleza misma de la ciencia moral. Además, en el ámbito de la relación médico-paciente, que es el núcleo alrededor del cual giran las cuestiones de la bioética clínica, el concepto fuerte de autonomía condiciona un cambio en dicha relación, pasando de una concepción fundada sobre la confianza, a otra más parecida a la del intercambio mercantil. Otro punto problemático lo hemos encontrado en el uso que se hace de la categoría "calidad de vida", como medida de la dignidad de la vida humana en situación crítica. La extrema vaguedad de este concepto hace difícil su legítima aplicación como criterio discriminatorio para la toma de decisiones, sobre todo en las cuestiones relacionadas con el mantenimiento o la suspensión de medidas de soporte vital. Nos parece que, cuando falta la posibilidad de conocer el deseo del paciente en una determinada situación, resulta necesario acudir a criterios objetivos (en primer lugar a criterios clínicos) para tomar las decisiones, sin dejarse llevar por un superficial reclamo a la calidad de vida.

9. Para acabar podríamos señalar un punto que nos parece de interés y no aparece habitualmente en la bibliografía consultada. Está en estrecha relación con lo dicho anteriormente sobre la diversidad de planos de la ética. La casuística y el principialismo, aun siguiendo un razonamiento práctico similar, ponen el acento en dos aspectos diferentes y fundamentales de la bioética (como de cualquier ética). Por un lado, la consideración de que cada situación particular es única e irrepetible (nivel del juicio de prudencia). Por otro, que es posible establecer indicaciones normativas generales fuera de las cuales no cabe la actuación moralmente co

rrecta (nivel de la ciencia moral). La casuística nos enseña la importancia que tiene la consideración de todas las circunstancias que configuran una determinada situación. Nos acerca, de algún modo, al juicio moral tal y como se produce en la realidad, donde no existen "casos tipo", sino una riqueza de circunstancias casi infinita que hace que los juicios morales queden matizados por numerosos factores en relación con la persona que actúa, el lugar, el momento, etc. La casuística nos previene del peligro de realizar una bioética desencarnada, que quede enjaulada en un nivel demasiado teórico. Nos pone en primer plano el juicio de prudencia, que es capaz de tener en cuenta todas aquellas circunstancias que configuran el caso real. Hemos visto que la prudencia de la que hablan Jonsen y Toulmin presenta algunas deficiencias desde el punto de vista conceptual; pero en todo caso, estos autores se cuentan entre los que han conseguido que esta virtud esté muy presente en el ámbito bioético.

Por su parte, el principialismo nos pone delante, como punto de partida, las normas morales (aunque ellos hablen más de principios que de normas). Beauchamp y Childress comienzan su propuesta desde el nivel de la reflexión ética, que descubre en el actuar moral algunas indicaciones normativas que han de servir de guía para la toma de decisiones. En realidad, estos principios nos indican sobre todo lo que no se debe hacer. Puestos en relación con la prudencia, podemos decir que los principios nos proporcionan los límites de su actuación. Fuera del campo que delimitan no sería posible el juicio prudente; y por tanto, teniendo en cuenta lo escrito en los capítulos anteriores, no sería posible la actuación buena, virtuosa. El problema con los principios *prima facie* es que, de intento, evitan proporcionar indicaciones normativas absolutas. Con ello la propuesta pierde la fuerza que podría tener. Ciertamente, muchas de las normas morales no son absolutas. Sin embargo, si no se consigue llegar a algunos postulados de este tipo, será muy difícil la aplicación posterior de la propuesta. Y también se carecerá de los instrumentos adecuados para la resolución de los conflictos morales, que con tanta frecuencia surgen en bioética. Esta problematicidad del *prima facie* no quita en modo alguno la importancia que poseen en cualquier bioética las normas morales, sino que invita a repensar el modo de entenderlas.

En este sentido, una buena casuística aparece como el método de elección para las cuestiones de bioética, que son muchas, donde no existen indicaciones morales absolutas, donde lo importante es precisamente el juicio de prudencia. Podemos pensar en todas las situaciones al final de la vida en las que se plantea la posibilidad de realizar o no intervenciones serias. El juego entre la prudencia y las virtudes morales es también especialmente útil para la práctica médica habitual, donde raramente se plantean cuestiones morales de gran entidad. En esas circunstancias, la diferencia entre un médico virtuoso y el carente de virtudes es abismal. Sin embargo, otras cuestiones del ámbito de la bioética clínica se mueven más allá de los límites en los que es posible el juicio de prudencia. Podríamos decir que se sitúan fuera de los límites que marcan los principios morales. En estos casos, la indicación normativa es suficiente para solucionar el primer dilema ético, pues la norma nos indica que una determinada acción no se debe realizar si se quiere actuar rectamente. Ejemplos de este segundo tipo son los relacionados con el aborto, la destrucción de embriones humanos o la eutanasia. En todo caso, en un momento sucesivo será siempre necesario el juicio de prudencia, para llegar a la mejor elección de entre las posibles actuaciones que sean moralmente aceptables.

Una bioética clínica que pretenda superar los problemas que hemos visto en el principialismo y la casuística tendrá que ser capaz de proporcionar un tipo de razonamiento práctico en el que resulten claros cuáles son los bienes humanos que se pretenden salvaguardar con las diferentes normas. Y al mismo tiempo, conseguir que la relación entre las normas, la prudencia y las virtudes morales no sea de naturaleza dialéctica, sino que unas y otras se compaginen de manera armónica. En este trabajo nos parecen especialmente importante dos elementos: por un lado, mejorar la comprensión y la descripción lingüística de los diferentes tipos de acciones que se han de valorar moralmente; por otro, clarificar el contenido específico de las virtudes morales y su relación con las normas, de modo que sean dichos contenidos los que expliquen el por qué de las indicaciones normativas en general, y concretamente de aquellas que poseen un carácter negativo absoluto. Al mismo tiempo, este planteamiento de bioética clínica ha de pro

poner modelos de actuación que faciliten la adquisición de dichas virtudes: de este modo los principios (de los que emanan las normas) y las virtudes no aparecerán en una relación dialéctica, sino como diferentes dimensiones (intelectiva y afectiva) de una misma realidad moral dentro del sujeto. Junto a lo anterior, la propuesta de la que venimos hablando deberá aprovechar todo el trabajo que han realizado los dos modelos estudiados, en lo que se refiere a la descripción de los casos particulares, la importancia de las circunstancias, la especificación de las normas y el establecimiento de casos paradigmáticos, que tanto ayudan en la resolución de las nuevas situaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. PRINCIPIALISMO

1.1 Escritos de Tom L. Beauchamp y James F. Childress

BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York 1979 (5ª edición: 2001). Existe una traducción al castellano de la 4ª edición: *Principios de ética biomédica*, Masson S. A., Barcelona 1999.

BEAUCHAMP, T. L., *Hume and the Problem of Causation*, Oxford University Press, New York 1981.

—— *Philosophical Ethics*, McGraw Hill, New York 1982 (3ª edición: 2000).

—— *Morality and the Social Control of Biomedical Technology* en BONDESON, W. B. et al. (eds.), *New Knowledge in the Biomedical Sciences*, Reidel, Dordrecht 1982, 55-76.

—— *On Eliminating the Distinction between Applied Ethics and Ethical Theory*, "The Monist" 67 (1984), 515-31.

—— *What's so Special about Virtues?* en SHELP, E. (ed.), *Virtue and Medicine*, Reidel, Dordretch 1985, 307-29.

—— *Informed Consent* en VEATCH, R. M. (ed.), *Medical Ethics*, Jones and Bartlett Publishers, Boston 1989, 173-200.

—— *The Principles Approach*, "Hastings Center Report" 23, 4(1993), S9.

—— *Common Sense and Virtue in the Scottish Moralists*, Kluwer Academic Publishers, Dorderecht 1993.

—— *The "Four Principles" Approach* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 3-13.

—— *Principles and Other Emerging Paradigms in Bioethics*, "Indiana Law Journal" 69 (1994), 955-71.

—— *Principlism and its Alleged Competitors*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 5 (1995), 181-98.

—— *Principi della bioetica: autonomia, beneficialità, giustizia* en RUSSO, G. (ed.), *Bioetica fondamentale e generale*, Sei, Torino 1995, 83-91.

—— *Paternalism* en REICH, W. T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Simon & Schuster Macmillan, New York 1995, vol. IV, 1914-20.

—— *The Role of Principles in Practical Ethics* en SUMNER, L. W. y BOYLE, J. (eds.), *Philosophical Perspectives on Bioethics*, University of Toronto Press, Buffalo 1996, 79-95.

—— *La forza del paradigma dei principi in bioetica* en RUSSO, G. (ed.), *Bilancio di 25 anni di bioetica*, ELLE DI CI, Torino 1997, 99-111.

—— *Principles and "Principialism"* en SGRECCIA, E., MELE, V. y MIRANDA, G. (eds.), *Le radici della bioetica*, Vita e Pensiero, Milano 1998, 47-59.

—— *The Mettle of Moral Fundamentalism: a Reply to Robert Baker*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 8 (1998), 389-401.

—— *Principles or Rules?* en KOPELMAN, L. M. (ed.), *Building Bioethics: Conversations with Clouser and Friends on Medical Ethics*, Kluwer Academic, Boston 1999, 15-24.

—— *Reply to Strong on Principlism and Casuistry*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 25 (2000), 342-47.

—— *Methods and Principles in Biomedical Ethics*, "Journal of Medical Ethics" 29 (2003), 269-74.

BEAUCHAMP, T. L. y WALTERS, L. (eds.), *Contemporary Issues in Bioethics*, Wadsworth Publishing Company, Belmont 1982 (5ª edición: 1999).

BEAUCHAMP, T. L. y MCCULLOUGH, L., *Medical Ethics*, Prentice Hall, Englewood Cliffs 1984.

FADEN, R. R. y BEAUCHAMP, T. L., *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press, New York 1986.

CHILDRESS, J. F., *The Identification of Ethical Principles*, "Journal of Religious Ethics" 5 (1977), 39-68.

—— *Appeals to the Conscience*, "Ethics" 89 (1979), 315-35.

—— *Priorities in Biomedical Ethics*, The Westminster Press, Philadelphia 1981.

—— *The Normative Principles of Medical Ethics* en VEATCH, R. M. (ed.), *Medical Ethics*, Jones and Bartlett Publishers, Boston 1989, 27-48.

—— *Autonomy* en VEATCH, R. M. (ed.), *Cross Cultural Perspectives in Medical Ethics: Readings*, Jones & Bartlett, Boston 1989, 233-40.

—— *The Place of Autonomy in Bioethics*, "Hastings Center Report" 20, 1(1990), 12-17.

—— *Ensuring Care, Respect, and Fairness for the Elderly* en MAPPES, T. A. y ZEMBATY, J. S. (eds.), *Biomedical Ethics*, McGraw Hill, New York 1991 (3 edición), 581-86.

—— *Ethical Theories, Principles, and Casuistry in Bioethics: an Interpretation and Defense of Principlism* en CAMENISCH, P. F. (ed.), *Religious Methods and Resources in Bioethics*, Kluwer Academic, Boston 1994, 181-201.

—— *The Challenges of Public Ethics: Reflections on NBAC's Report*, "Hastings Center Report" 27, 5(1997), 9-11.

—— *Practical Reasoning in Bioethics*, Indiana University Press, Bloomington 1997.

—— *Narrative(s) versus Norm(s): a Misplaced Debated in Bioethics* en NELSON, H. (ed.), *Stories and their Limits: Narrative Approaches to Bioethics*, Routledge, New York 1997.

—— *Who Shall Live When not All Can Live?* en JECKER, N. S., JONSEN, A. R. y PEARLMAN, R. A. (eds.), *Bioethics: an Introduction to the History, Methods, and Practice*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury 1997, 19-27.

—— *A Principle-Based Approach* en KUHSE, H. y SINGER, P. (eds.), *A Companion to Ethics*, Blackwell, Malden 1998, 61-71.

CHILDRESS, J. F. y CAHILL, L. S., *Christian Ethics: Problems and Perspectives*, The Pellegrin Press, Cleveland 1996.

CHILDRESS, J. F. y FLETCHER, J. C., *Individualism and Community: the Contested Terrain of Respect for Autonomy*, "Hastings Center Report" 24, 3(1994), 34-35.

LYNN, J. y CHILDRESS, J. F., *Must Patients Always Be Given Food and Water?*, "Hastings Center Report" 13, 5(1983), 17-21.

1.2 Comentarios y críticas al principialismo

ARCUS, K. D. y KESSEL, A. S., *Are Ethical Principles Relative to Time and Place? A Star Wars Perspective on the Alder Hey Affair*, "British Medical Journal" 325 (2002), 1493-95.

ARRAS, J. D., *Principles and Particularity: the Role of Cases in Bioethics*, "Indiana Law Journal" 69 (1994), 983-1014.

ARTNAK, K. E., *A Comparison of Principle-Based and Case-Based Approaches to Ethical Analysis*, HEC (HealthCare Ethics Committee) Forum 7 (1995), 339-52.

BAKER, R., *Negotiating International Bioethics: a Response to Tom Beauchamp and Ruth Macklin*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 8 (1998), 423-53.

BARDEN, G., *After Principles*, University of Notre Dame, Notre Dame 1990.

BARRIO MAESTRE, J. M., *La bioética, entre la resolución de conflictos y la relación de ayuda. Una interpretación crítica del principialismo*, "Cuadernos de Bioética" 11 (2000), 291-300.

BENJAMIN, M., *Between Subway and Spaceship: Practical Ethics the Outset of the Twenty-First Century*, "Hastings Center Report" 31, 4(2001), 24-31.

BERGSMA, J. y THOMASMA, D. C., *Autonomy and Clinical Medicine. Renewing the Health Professional Relation with the Patient*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2000.

BLUSTEIN, J., *Character-Principlism and the Particularity Objection*, "Metaphilosophy" 28 (1997), 135-55.

BOTROS, S., *Rights and the Four Principles* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 231-40.

BRODY, H., *The Four Principles and Narrative Ethics* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 207-16.

CALLAHAN, D., *Principlism and Communitarianism*, "Journal of Medical Ethics" 29 (2003), 287-91.

CAMPBELL, A. V., *Ideals, the Four Principles and Practical Ethics* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 241-50.

—— *The Virtues (and Vices) of the Four Principles*, "Journal of Medical Ethics" 29 (2003), 292-96.

CAMPBELL, C. S., *Principlism and Religion: the Law and the Prophets*, en DUBOSE, E. R., HAMEL, R. P. y O'CONNELL, L. J. (eds.), *Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*, Trinity Press International, Valley Forge 1994, 182-208

CATTORINI, P., *I principi dell'etica medica e il personalismo*, "Aquinas" 36 (1993), 71-91.

CASSELL, E. J., *The Principles of the Belmont Report Revisited. . How Have Respect for Persons, Beneficence, and Justice Been Applied to Clinical Medicine?*, "Hastings Center Report" 30, 4(2000), 12-21.

CLOUSER, D., *Concerning Principlism and Its Defenders: Reply to Beauchamp and Veatch* en KOPELMAN, L. M. (ed.), *Building Bioethics:*

Conversations with Clouser and Friends on Medical Ethics, Kluwer Academic, Boston 1999, 183-200.

—— *Common Morality as Alternative to Principlism*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 5 (1995), 219-36.

CLOUSER, D. y GERT, B., *A Critique of Principialism*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 15 (1990), 219-36.

—— *Morality vs. Principlism* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 251-66.

—— *Concerning Principlism and its Defenders: Reply to Beauchamp and Veatch* en KOPELMAN, L. M. (ed.), *Building Bioethics: Conversations with Clouser and Friends on Medical Ethics*, Kluwer Academic, Boston 1999, 191-93.

CLOUSER, D. y KOPELMAN, L. M., *Philosophical Critique of Bioethics: Introduction to the Issue*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 15 (1990), 121-24.

COOK, R. J., *Feminism and the Four Principles* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 193-206.

CHURCHILL, L. R., *Rejecting Principlism, Affirming Principles: a Philosopher Reflects on the Ferment in U.S. Bioethics* en DUBOSE, E. R., HAMEL, R. P. y O'CONNELL, L. J. (eds.), *Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*, Trinity Press International, Valley Forge 1994, 321-31.

DAVIS, R. B., *The Principlism Debate: a Critical Overview*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 20 (1995), 85-105.

DEGRAZIA, D., *Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 17 (1992), 511-39.

DEGRAZIA, D. y BEAUCHAMP, T. L., *Philosophy* en SULMASY, D. y SUGARMAN, J. (eds.), *Methods of Medical Ethics*, Georgetown University Press, Washington, 2001, pp. 31-46.

DELL'ORO, R., *Antropologia ed etica. Oltre la bioetica nordamericana*, "Rivista di Teologia Morale" 106 (1995), 203-20.

DEVETTERE, R. J., *The Principled Approach: Principles, Rules, and Actions* en GRODIN, M. A. (ed.), *Meta Medical Ethics*, Kluwer Academic Publisher, Dordretch 1995, 27-48

—— *Practical Decision Making in Health Care Ethics*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1995.

DICKENS, B. M., *Legal Approaches to Health Care Ethics and the Four Principles* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 305-18.

DONCHIN, A., *Understanding Autonomy Relationally: Toward a Reconfiguration of Bioethical Principles*, "Journal of Medicine and Philosophy" 26 (2001), 365-86.

DONNELLY, W. J., *From Principles to Principals: the New Direction in Medical Ethics*, "Theoretical Medicine" 15 (1994), 141-48.

DUBOSE, E. R., HAMEL, R. P., O'CONNELL, L. J. (eds.), *A Matter of Principles? Ferment in U.S. bioethics*, Trinity Press International, Valley Forge 1994.

DWORKIN, R. B., *Emerging Paradigms in Bioethics: Introduction* [to a set of eleven articles], "Indiana Law Journal" 69 (1994), 945-54.

EDWARDS, S. D., *Nursing Ethics: a Principle-Based Approach*, Macmillan, London 1996.

ELLIOTT, C., *On Being Unprincipled: Principles of Health Care Ethics*, "Theoretical Medicine and Bioethics" 19 (1998), 153-59.

EMANUEL, E., *The Beginning of the End of Principlism* [Book review essay], "Hastings Center Report" 25, 4(1995), 37-38.

ENGELHARDT, H. T., *L'autonomia come principio cardine della bioetica contemporanea* en CATTORINI, P, D'ORAZIO, E. y POCAR, V. (eds.), *Bioetiche in dialogo. La dignità della vita umana, l'autonomia degli individui*, Zadig, Milano 1999.

—— *The Many Faces of Autonomy*, "Health Care Analysis" 9 (2001), 283-97.

ENGELHARDT, H. T. y WILDES, K. W., *The Four Principles of Health Care Ethics and Post-Modernity* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 135-48.

EVANS, J. H., *A Sociological Account of the Growth of Principlism*, "Hastings Center Report" 30, 5(2000), 31-38.

FINNIS, J. y FISHER, A., *Theology and the Four Principles: a Roman Catholic View I* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 31-44.

FLORIDA, R. E., *Buddhism and the Four Principles* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 105-16.

GERT, B., CULVER, C. M. y CLOUSER, K. D., *Bioethics: a Return to Fundamentals*, Oxford University Press, New York 1997.

—— *Common Morality versus Specified Principlism: Reply to Richardson*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 25 (2000), 308-22.

GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Son Ltd, West Sussex 1994.

—— *Medical Ethics: Four Principles plus Attention to Scope*, "British Medical Journal" 309 (1994), 184-88.

—— *Defending "the Four Principles" Approach to Biomedical Ethics* [Editorial], "Journal of Medical Ethics" 21 (1995), 323-24.

—— *Bioethics, Overview* en CHADWICK, R. (ed.), *Encyclopedia of Applied Ethics*, Academic Press, San Diego 1998, vol. I, 313-17.

—— *Four Scenarios*, "Journal of Medical Ethics" 29 (2003), 267-68.

—— *Ethics Needs Principles —Four Can Encompass the Rest— and Respect for Autonomy Should Be "First Among Equals"*, "Journal of Medical Ethics" 29 (2003), 307-12.

GREEN, R. M., GERT, B. y CLOUSER, D., *The Method of Public Morality versus the Method of Principlism*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 18 (1993), 477-89.

GRODIN, M. A. (ed.), *Meta Medical Ethics*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1995.

GUDORF, C. E., *A Feminist Critique of Biomedical Principlism* en DUBOSE, E. R., HAMEL, R. P. y O'CONNELL, L. J. (eds.), *Matter of principles? Ferment in U.S. bioethics*, Trinity Press International, Valley Forge 1994, 164-81.

GUINAN, P., *Can Principlism Save Medical Ethics?*, "The National Catholic Bioethics Quarterly" 2 (2002), 229-34.

HABGOOD, J., *An Anglican View of the Four Principles* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 55-64.

HASAN, K. Z., *Islam and the Four Principles: a Pakistan View* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 93-103.

HANSON, K., *Are Principles Ever Properly Ignored? A Reply to Beauchamp on Bioethical Paradigms*, "Indiana Law Journal" 69 (1994), 975-81.

HARBISON, J., *Nursing Ethics. A Principled-Based Approach (Review)*, "Journal of Medical Ethics" 23 (1997), 59.

HARE, R. M., *Methods of Bioethics: Some Defective Proposals*, "Monash Bioethics Review" 1 (1994), 34-47.

—— *Utilitarianism and Deontological Principles* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 149-58.

HARRIS, J., *In Praise of Unprincipled Ethics*, "Journal of Medical Ethics" 29 (2003), 303-06.

HOLM, S., *Not Just Autonomy—the Principles of American Biomedical Ethics* [Book review essay], "Journal of Medical Ethics" 21 (1995), 332-38.

HOOSE, B., *Theology and the Four Principles: a Roman Catholic View II* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 45-54.

JONSEN, A. R., *Clinical Ethics and the Four Principles* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 12-23.

—— *Strong on Specification*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 25 (2000), 348-60.

KASENENE, P., *African Ethical Theory and the Four Principles* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 183-92.

KUCZEWSKI, M. G., *Casuistry and Principlism: the Convergence of Method in Biomedical Ethics*, "Theoretical Medicine and Bioethics" 19 (1998), 509-24.

—— *Ethics in Long-Term Care: Are the Principles Different?*, "Theoretical Medicine and Bioethics" 20 (1999), 15-29.

—— *Two Models of Ethical Consensus, or What Good is a Bunch of Bioethicists?*, "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics" 11 (2002), 27-36.

LEWIS, W., *A Paper that Changed my Practice* [R. GILLON, "Four Principles plus Attention to Scope"], "British Medical Journal" 311 (1995), 332-38.

LIMENTANI, A. E., *The Role of Ethical Principles in Health Care and the Implications for Ethical Codes*, "Journal of Medical Ethics" 25 (1999), 394-98.

LUSTIG, A., *The Method of "Principlism": a Critique of the Critique*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 17 (1992), 487-510.

—— *Perseverations on a Critical Theme*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 18 (1993), 491-502.

LUTHER, E. y SCHUBERT-LEHNHARDT, V., *Marxism, Health Care Ethics and the Four Principles* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 173-82.

MACKLIN, R., *A Defense of Fundamental Principles and Human Rights: a Reply of Robert Baker*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 8 (1998), 403-22.

—— *Applying the Four Principles*, "Journal of Medical Ethics" 29 (2003), 275-80.

MCCARRICK, P. M., *Principles and Theory in Bioethics*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 5 (1995), 279-86.

NICHOLSON, R. H., *Limitation of the Four Principles* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 267-76.

NIELSEN, K., *Relativism and Wide Reflective Equilibrium*, "Monist" 76 (1993), 316-32.

ILTIS, A. S., *Bioethics as Methodological Case Resolution: Specification, Specified Principlism and Casuistry*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 25 (2000), 271-84.

MCGRATH, P., *Autonomy, Discourse, and Power: a Postmodern Reflection on Principlism and Bioethics*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 23 (1998), 516-32.

MESLIN, E. M., SUTHERLAND, H. J., LAVERY, J. V. y TILL, J. E., *Principlism and the Ethical Appraisal of Clinical Trials*, "Bioethics" 9 (1995), 399-418.

O'NEILL, O., *Practical Principles & Practical Judgment*, "Hastings Center Report" 31, 4(2001), 15-23.

PALAZZANI, L., *Paradigmi bioetica: principi, virtù, esperienza, personalismo*, "Medicina e Morale" 42 (1992), 59-86 (una nueva versión de este artículo puede encontrarse en RUSSO, G. (ed.), *Bioetica fondamentale e generale*, Sei, Torino 1995, 157-68).

PELLEGRINO, E. D., *Beneficence, Scientific Autonomy, and Self-Interest: Ethical Dilemmas in Clinical Research*, "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics" 1 (1992), 361-69.

—— *The Four Principles and the Doctor-Patient Relationship: the Need for a Better Linkage* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 353-65.

PERRY, C. K., *Maternal-Fetal Conflict and "Principles of Biomedical Ethics" by Tom L. Beauchamp and James F. Childress: Fostering a Relationship between Flexibility and Stability*, University Microfilms International, Ann Arbor 1993.

PICKERING, N., *General Principles and Particular Cases* en EVANS, M. (ed.), *Advances in Bioethics (vol. 4): Critical Reflection on Medical Ethics*, JAI Press, Stamford 1998, 127-208.

POSSENTI, V., *La bioetica alla ricerca dei principi: la persona*, "Medicina e Morale" 42 (1992), 1075-96.

PRESTON, R. H., *The Four Principles and their Use: the Possibilities of Agreement between Different Faiths and Philosophies* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 23-30.

PRIVITERA, S., *Sui principi della bioetica*, "Bioetica e Cultura" 3 (1993), 39-58.

—— *Il relativismo dei principi*, "Bioetica e Cultura" 23 (2003), 57-70.

RICHARDSON, H. S., *Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems*, "Philosophy and Public Affairs" 19 (1990), 279-310.

—— *Specifying, Balancing, and Interpreting Bioethical Principles*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 25 (2000), 285-307.

RIIS, P., *The Four Principles in Practice* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 277-87.

ROSSELLO, F. T., *The Limits of the Autonomy Principle, Philosophical Consideration*, en RENDTORFF, J. D. y KEMP, P. (eds.), *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*, Centre for Ethics and Law, Copenhagen 2000, 217-36.

SCARPELLI, U., *La bioetica. Alla ricerca dei principi*, "Biblioteca della Libertà", 99 (1987), 7-32.

SEROUR, G. I., *Islam an the Four Principles* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 75-92.

SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J. M., *Los principios de la bioética*, "Cuadernos de Bioética" 12 (1992), 23-33.

SHANNON, T., *The Communitarian Perspective: Autonomy and the Common Good* en GRODIN, M. A. (ed.), *Meta Medical Ethics*, Kluwer Academic Publisher, Dordretch 1995, 61-76.

SHAW, A. B., *Intuitions, Principles and Consequences*, "Journal of Medical Ethics" 27 (2001), 16-19.

SMITH, D. H., *A Response to Beauchamp*, "Indiana Law Journal" 69 (1994), 973-74.

SOMMERVILLE, A., *Juggling Law, and Intuition: Practical Answers to Awkward Questions*, "Journal of Medical Ethics" 29 (2003), 281-86.

SPAGNOLO, A. G., *I principi della bioetica nord-americana e la critica del "Principialismo"*, "Camillianum" 20 (1999), 225-46.

SPAGNOLO, A. G., PALAZZANI, L. y SGRECCIA, E. (eds.), *I principi della bioetica alla luce del pensiero tomista (Atti del IX Congresso Tomistico Internazionale, vol. IV)*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1991, 229-36.

STANLEY, J. M., *The Four Principles in Practice: Facilitating International Medical* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 295-304.

STINBERG, A., *A Jewish Perspective on the Four Principles* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 65-74.

STIRRAT, G. M. y GILL, R., *Autonomy in Medical Ethics after O'Neill*, "Journal of Clinical Ethics" 31 (2005), 127-30.

STOPES-ROE, H., *Principles and Life Stances: a Humanist View* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 117-34.

STRONG, C., *Specified Principlism: What Is It, and Does It Really Resolve Cases Better than Casuistry?*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 25 (2000), 323-41.

TAKALA, T., *What is Wrong with Global Bioethics? On the Limitations of the Four Principles Approach*, "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics" 10 (2001), 72-77.

TOULMIN, S., *The Tyranny of Principles*, "Hastings Center Report" 11, 6(1981), 31-39.

TRUOG, R. D., *Principles, Rules and Actions: a Response to Devettere* en GRODIN, M. A. (ed.), *Meta medical ethics*, Kluwer Academic Publisher, Dordretch 1995, 49-59.

TSAI, D. F., *Ancient Chinese Medical Ethics and the Four Principles of Biomedical Ethics*, "Journal of Medical Ethics" 25 (1999), 315-21.

VEATCH, R. M., *Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age*, "Hastings Center Report" 2 (1972), 5-7.

—— *Professional Medical Ethics: the Grounding of Its Principles*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 4 (1979), 1-19.

—— *Resolving Conflicts Among Principles: Ranking, Balancing, and Specifying*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 5 (1995), 199-218.

—— *Contract and the Critique of Principlism: Hypothetical Contract as Epistemological Theory and as a Method of Conflict Resolution*, en KOPELMAN, L. M. (ed.), *Building Bioethics: Conversations with Clouser and Friends on Medical Ethics*, Kluwer Academic, Boston 1999, 121-43.

VIAFORA, C., *I principi della bioetica*, "Bioetica e Cultura" 3 (1993), 9-38.

—— *I principi della bioetica*, "Bioetica e Cultura" 23 (2003), 35-55.

WIDE, J., *Virtues and Principles*, "Philosophy and Phenomenological Research" 48 (1988), 455-72.

WILDES, K. W., *Principles, Rules, Duties and Babel: Bioethics in the Face of Post-Modernity*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 17 (1992), 483-85.

WINKLER, E. R., *From Kantianism to Contextualism: the Rise and Fall of the Paradigm Theory in Bioethics* en WINKLER, E. R. y COOMBS, J. R. (eds.), *Applied Ethics: a Reader*, Blackwell, Cambridge 1993, 343-65.

WULFF, H. R., *Against the Four Principles: a Nordic View*, en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 277-86.

ZAKI HASAN, K., *Islam and the Four Principles: a Pakistani View* en GILLON, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1994, 93-104.

2. CASUÍSTICA EN BIOÉTICA

2.1 Escritos de Albert R. Jonsen y Stephen Toulmin

JONSEN, A. R. y TOULMIN, S., *The Abuse of Casuistry*, University of California Press, Berkeley 1988.

JONSEN, A. R., *Can an Ethicist Be a Consultant?* en ABERNETHY, V. (ed.), *Frontiers in Medical Ethics*, Ballinger Cambridge, MA 1980, 157-71.

—— *Casuistry and Clinical Ethics*, "Theoretical Medicine" 7 (1986), 65-74.

—— *On Being a Casuist* en ACKERMAN, T. A. et al. (eds.), *Clinical Medical Ethics: Exploration and Assessment*, University Press of America, Maryland 1987, 117-29.

—— *Ethics of Reproductive Technology: the Deconstruction of a Paradigm*, "Logos (Santa Clara)" 9 (1988), 3-9.

—— *Practice versus Theory*, "Hastings Center Report" 20, 4(1990), 32-34.

—— *Case Analysis in Clinical Ethics*, "Journal of Clinical Ethics" 1 (1990), 63-65.

—— *Commentary: Jehovah's Witnesses and Blood*, "Journal of Clinical Ethics" 1 (1990), 71-72.

—— *Casuistry as Methodology in Clinical Ethics*, "Theoretical Medicine" 12 (1991), 299-302.

—— *American Moralism and the Origin of Bioethics in the United States*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 16 (1991), 113-30.

—— *Of Balloons and Bicycles: or the Relationship Between Ethical Theory and Practical Judgment*, "Hastings Center Report" 21, 5(1991), 14-16.

—— *Ethical Considerations and Responsabilities When Communicating Health Risk Information*, "Journal of Clinical Epidemiology" 44, Supp. I (1991), 69S-72S.

—— *The Ethics of Pediatrics Medicine* en RUDOLPH, A. M., HOFFMAN, J. I., RUDOLPH, C. D. y SAGAN, P. (eds.), *Rudolph's Pediatrics*, Appleton & Lange, Norwalk 1991 (19ª edición), 7-14.

—— *The Birth of Bioethics*, "Hastings Center Report" 23, 6(1993), S1-S4.

—— *Platonic Insults: Casuistical*, "Common Knowledge" 2 (1993), 48-66.

—— *The Confessor as Experienced Physician: Casuistry and Clinical Ethics* en CAMENISCH, P. F. (ed.), *Religious Methods and Resources in Bioethics*, Kluwer Academic, Boston 1994, 165-80.

—— *Genetic Testing, Individual Rights, and the Common Good* en CAMPBELL, C. D. y LUSTIG, B. A. (eds.), *Duties to Others*, Kluwer Academic Publishers, Dorderecht 1994.

—— *Casuistry* en REICH, W. T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Simon & Schuster Macmillan, New York 1995 (2ª edición), vol. I, 344-50.

—— *Casuistry: an Alternative or Complement to Principles?*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 5 (1995), 237-51.

—— *Moraly Appreciated Circumstances: a Theoretical Problem for Casuistry* en SUMNER, L. W. y BOYLE, J. (eds.), *Philosophical Perspectives on Bioethics*, University of Toronto Press, Toronto 1996, 37-49.

—— *The Wittiest Ethicist* en KOPELMAN, L. M. (ed.), *Building Bioethics: Conversations with Clouser and Friends on Medical Ethics*, Kluwer Academic, Boston 1999, 69-76.

—— *Strong on Specification*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 25 (2000), 348-60.

—— *Why Has Bioethics Become so Boring?*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 25 (2000), 689-99.

JONSEN, A. R. y BUTLER, L. H., *Public Ethics and Policy Making*, "Hastings Center Report" 5 (1975), 19-31.

JONSEN, A. R. y HELLEGERS, A. E., *Conceptual Foundations for an Ethics of Medical Care* en TANCREDI, L. R. (ed.), *Ethics of Health Care:*

Papers of the Conference on Health Care and Changing Values, National Accademy of Science, Washington D.C. 1974, 3-20.

JONSEN, A. R. y JAMETON, A. L., *Medical Ethics, History of; the Americans; the United States in the Twentieth Century* en REICH, W. T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Simon & Schuster Macmillan, New York 1995 (2ª edición), vol. III, 1616-32.

JONSEN, A. R. y MCCULLOUGH, L. B., *Bioethics Education: Diversity and Critique*, "Journal of Medicine and Philosophy" 16 (1991), 1-4.

JONSEN, A. R. y VEATCH, R. M. (eds.), *Source Book in Bioethics*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1998.

JONSEN, A. R., SIEGLER, M. y WINSLADE, W. J., *Clinical Ethics*, McGraw Hill, New York 1982 (5 ª edición: 2002).

CAIN, J. M. y JONSEN, A. R., *Specialists and Generalists in Obstetrics and Gynecology: Conflicts of Interest in Referral and an Ethical Alternative*, "Women's Health Issue" 2 (1992), 137-45.

CALLAHAN, T. C., DURFY, S. J. y JONSEN, A. R., *Ethical Reasoning in Clinical Genetics: a Survey of Cases and Methods*, "Journal of Clinical Ethics" 6 (1995), 248-53.

JECKER, N. S., JONSEN, A. R. y PEARLMAN, R. A. (eds.), *Bioethics: an Introduction to the History, Methods, and Practice*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury 1997.

JECKER, N. S. y JONSEN, A. R., *Manage Care: a House of Mirrors*, "Journal of Clinical Ethics" 8 (1997), 230-41.

SCHNEIDERMAN, L. J., JECKER, N. S. y JONSEN, A. R., *Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implication*, "Annals of Internal Medicine" 112 (1990), 949-54.

TOULMIN, S., *Casuistry in Medical Ethics: Rehabilitated, or Repeat Offender?*, "Theoretical Medicine" 15 (1994), 5-20.

—— *How Medicine Saved the Life of Ethics* en DEMARCO, J. P y FOX, R. M. (eds.), *New Directions in Ethics*, Routledge and Kegan Paul, New York 1986, 265-81.

—— *Medical Ethics in American Context. A Historical Survey* en CALLAHAN, D. y DUNSTAN, G. R. (eds.), *Biomedical Ethics: an Anglo-American Dialogue*, New York Academy of Sciences, New York 1988, 7-15.

—— *Casuistry and Clinical Ethics* en DUBOSE, E. R., HAMEL, R. P. y O'CONNELL, L. J. (eds.), *Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*, Trinity Press International, Valley Forge 1994, 310-18.

2.2 Comentarios y críticas a la casuística en bioética

ARRAS, J. D., *Common Law Morality* [Book review], "Hastings Center Report" 20, 4(1990), 35-37.

—— *Getting Down to Cases: the Revival of Casuistry in Bioethics*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 16 (1991), 29-51.

—— *Principles and Particularity: the Role of Cases in Bioethics*, "Indiana Law Journal" 69 (1994), 983-1014.

—— *A Case Approach*, en KUHSE, H. y SINGER, P. (eds.), *A Companion to Bioethics*, Blackwell, Malden 1998, 106-14.

ARTNAK, K. E., *A Comparison of Principle-Based and Case-Based Approaches to Ethical Analysis*, HEC (HealthCare Ethics Committee) Forum 7 (1995), 339-52.

ARTNAK, K. E. y DIMMITT, J. H., *Choosing a Framework for Ethical Analysis in Advanced Practice Settings: the Case for Casuistry*, "Archives of Psychiatric Nursing" 10 (1996), 16-23.

BEDAU, H. A., *Making Mortal Choices: Three Exercises in Moral Casuistry*, Oxford University Press, New York 1997.

BELDECOS, A. y ARNOLD, R. M., *Gathering Information and Casuistry Analysis* [Commentary], "Journal of Clinical Ethics" 4 (1993), 241-45.

BERESFORD, E. B., *Can Phronesis Save the Life of Medical Ethics?*, "Theoretical Medicine" 17 (1996), 209-24.

BRAUNACK-MAYER, A., *Casuistry as Bioethical Method: an Empirical Perspective*, "Social Science & Medicine" 53 (2001), 71-81.

BRODY, H., *Stories of Sickness*, Yale University Press, New Haven 1988.

CAMPBELL, A. V. y HIGGS, R., *In that Case: Medical Ethics in Everyday Practice*, Darton, Longman & Todd, London 1982.

CAPLAN, A. L., *The Mother of all Case Studies* [Case study and commentary], "Hastings Center Report" 26, 1(1996), 23-24.

CARSON, R. A., *Interpretative Bioethics: the Way of Discernment*, "Theoretical Medicine" 11 (1990), 51-59.

CARSON, R. A., CALLAHAN, S., ROSS, J. W. y MAY, W. F., *Spirit, Emotion, and Meaning: the Many Voices of Bioethics*, "Hastings Center Report", 24, 3(1994), 26-27.

CHAMBERS, T., *The Bioethicist as Author: the Medical Ethics Case as a Rhetorical Device*, "Literature and Medicine" 13 (1994), 60-78.

—— *Retrodiction and the Histories of Bioethics*, "Medical Humanities Review" 12 (1998), 9-22.

CHARON, R., *Narrative Contributions to Medical Ethics: Recognition, Formulation, Interpretation, and Validation in the Practice of the*

Ethicist en DUBOSE, E. R., HAMEL, R. P. y O'CONNELL, L. J. (eds.), *Matter of Principles? Ferment in U.S. bioethics*, Trinity Press International, Valley Forge 1994, 260-283.

CHIDWICK, P. M., *Approaches to Clinical Ethical Decision-Making: Ethical Theory, Casuistry and Consultation*, University Microfilms International, Ann Arbor 1994.

DAVIS, D. S., *Rich Cases: the Ethics of Thick Description*, "Hastings Center Report" 21, 4(1991), 12-17.

DEGRAZIA, D., *Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 17 (1992), 511-39.

DEMAN, Th., *Probabilisme* en VACANT, A. y MANGENOT, E. (eds.), *Dictionnaire de Théologie Catholique* (vol. XIII), Letouzey et Ane, Paris 1910, coll. 417-619.

DIMMITT, J. H. y ARTNAK, K. E., *Cases of Conscience: Casuistic Analysis of Ethical Dilemmas in Expanded Role Settings*, "Nursing Ethics" 1 (1994), 200-07.

DONNELLY, W. J., *Writing the Medical Record: Transforming Story into Chronicle*, "JAMA" 260 (1988), 823-25.

DOWNIE, R. S., *Health Care Ethics and Casuistry* [Editorial], "Journal of Medical Ethics" 18 (1992), 61-62.

DUBLANCHY, E., *Casuistique* en VACANT, A. y MANGENOT, E. (eds.), *Dictionnaire de Théologie Catholique* (vol. II), Letouzey et Ane, Paris 1910, coll. 1860-77.

DUBOSE, E. R. y HAMEL, R. P., *Casuistry and Narrative: of What Relevance to HECs?*, "HealthCare Ethics Committee Forum" 7 (1995), 211-27.

ELLIOTT, C., *Solving the Doctor's Dilemma?*, "New Science" 133 (1992), 42-44.

FORROW, L., *Commentary on "Narrative Ethics": the Case of the Missing Cases*, en GRODIN, M. A. (ed.), *Meta Medical Ethics*, Kluwer Academic Publisher, Dordretch 1995, 125-130.

GAUL, A. L., *Casuistry, Care, Compassion, and Ethics Data Analysis*, "Advances in Nursing Science" 17 (1995), 47-57.

HUNTER, K., *A Science of Individuals: Medicine and Casuistry*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 14 (1989), 193-212.

JAMETON, A. L., *Casuist or Cassandra? Two Conceptions of the Bioethicist's Role*, "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics" 3 (1994), 451-66.

JONES, A. H., *Narrative in Medical Ethics*, "British Medical Journal" 318 (1999), 253-56.

JUENGST, E., *Casuistry and the Locus of Certainty in Ethics*, "Medical Humanities Review" 3 (1989), 19-28.

KAEBNICK, G. E., *Stories and Cases: Discernment and Inference in Moral Deliberation: Stories and Their Limits: Narrative Approaches to Bioethics, edited by Hilde Lindemann Nelson; and Fragmentation and Consensus: Communitarian and Casuist Bioethics, by Mark G. Kuczewski. [Book review]*, "Theoretical Medicine and Bioethics" 20 (1999), 299-308.

—— *On the Intersection of Casuistry and Particularism*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 10 (2000), 307-322.

KEENAN, J. F. y SHANNON, T., *The Context of Casuistry*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1995.

KOPELMAN, L. M., *Case Method and Casuistry: the Problem of Bias*, "Theoretical Medicine" 15 (1994), 21-37.

KUCZEWSKI, M. G., *Casuistry and its Communitarian Critics*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 4 (1994), 99-116.

—— *Bioethics' Consensus on Method: Who Could Ask for Anything More?* en LINDEMANN NELSON, H. (ed.), *Stories and their Limits: Narrative Approaches to Bioethics*, Routledge, New York 1997, 134-49.

—— *Casuistry and Principlism: the Convergence of Method in Biomedical Ethics*, "Theoretical Medicine and Bioethics" 19 (1998), 509-24.

KUCZEWSKI, M. G. y PINKUS, R. L., *An Ethics Casebook for Hospitals*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1999.

LEITES, E., *Conscience and Casuistry in Early Modern Europe*, Cambridge University Press, Cambridge 1988.

LINDEMANN NELSON, H. (ed.), *Stories and their Limits: Narrative Approaches to Bioethics*, Routledge, New York 1997.

LOCK, J., *Some Aspects of Medical Hermeneutics: the Role of Dialectic and Narrative*, "Theoretical Medicine" 11 (1990), 41-49.

LOZANO, A. J., *A Historical Perspective of Casuistry and its Application to Contemporary Biomedical Ethics*, "The Linacre Quarterly" 70 (2003), 37-45.

MACKLER, A. L., *Cases an Judgments in Ethical Reasoning*, University of Microfilms International, Ann Arbor 1992.

MACPHERSON-SMITH, M., *Anchor and Course for the Modern Ship of Casuistry*, "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics" 3 (1994), 391-402.

MAHOWALD, M. B., *Collaboration and Casuistry* en MCGEE, G. (ed.), *Pragmatic Bioethics*, Vanderbilt University Press, Nashville 1999, 265-66.

MILLER, R. B., *Narrative and Casuistry: a Response to John Arras*, "Indiana Law Journal" 69 (1994), 1015-19.

—— *Casuistry and Modern Ethics*, University of Chicago Press, Chicago 1996.

—— *Humanitarian Intervention, Altruism, and the Limits of Casuistry*, "Journal of Religious Ethics" 28 (2000), 3-35.

MONTELLO, M., *Medical Stories: Narrative and Phenomenological Approaches* en GRODIN, M. A. (ed.), *Meta Medical Ethics*, Kluwer Academic Publisher, Dordretch 1995, 109-24.

MONTGOMERY HUNTER, K., *A Science of Individuals: Medicine and Casuistry*, "Journal of Medicine and Philosophy" 14 (1989), 193-221.

NICHOLAS, B. y GILLETT, G., *Doctors' Stories, Patients' Stories: a Narrative Approach to Teaching Medical Ethics*, "Journal of Medical Ethics" 23 (1997), 295-99.

PACK, R. W., *Case Studies and Moral Conclusions: the Philosophical Use of Case Studies in Biomedical Ethics*, University Microfilms International, Ann Arbor 1987.

PICKERING, N., *General Principles and Particular Cases* en EVANS, M. (ed.), *Advances in Bioethics (vol. 4): Critical Reflection on Medical Ethics*, JAI Press, Stamford 1998, 127-208.

STRONG, C., *Critiques of Casuistry and Why They Are Mistaken*, "Theoretical Medicine and Bioethics" 20 (1999), 395-411.

—— *Specified Principlism: What Is It, and Does It Really Resolve Cases Better than Casuistry?*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 25 (2000), 323-41.

TALLMON, J. M., *How Jonsen Really Views Casuistry: a Note on the Abuse of Father Wildes*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 19 (1994), 103-13.

VEATCH, R. M., *Case Analysis in Ethics Instruction* en HADDAD, A. M. (ed.), *Teaching and Learning Strategies in Pharmacy Ethics*, Pharmaceutical Products Press, New York 1997, 111-25.

WILDES, K. W., *The Priesthood of Bioethics an the Return of Casuistry*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 18 (1993), 33-49.

—— *After the Fall: Particularism in Bioethics*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 18 (1993), 505-09.

—— *Respondeo: Method and Content in Casuistry*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 19 (1994), 115-19.

3. CONTEXTO BIOÉTICO DEL PRINCIPIALISMO Y LA CASUÍSTICA

BERLINGUER, G., *Questioni di vita: etica, scienza e diritto*, "Rivista di Teologia Morale", 78 (1988), 63-68.

BLITON, M. J., *The Ethics of Clinical Ethics Consultation: on the Way to Clinical Philosophy*, UMI Dissertation Services, Ann Arbor 1993.

CALLAHAN, D., *Autonomy: a Moral Good, not a Moral Obsession*, "Hastings Center Report" 14, 5(1984), 40-42.

—— *Universalism & Particularism: Fighting to Draw*, "Hastings Center Report" 30, 1(2000), 37-44.

CAMENISCH, P. F. (ed.), *Religious Methods and Resources in Bioethics*, Kluwer Academic, Boston 1994.

CAPLAN, A., *Can Applied Ethics Be Effective in Health Care and Should It Strive to Be?*, "Ethics" 93 (1983), 311-19.

CARSON, R. A. y BURNS, C. R., *Philosophy of Medicine and Bioethics: a Twenty-Year Retrospective and Critical Appraisal*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1997.

CICCONE, L., *Bioetica. Storia, princìpi, questioni*, Edizioni Ares, Milano 2003.

CLOUSER, D., *What is Medical Ethics?*, "Annals of Internal Medicine" 80 (1974), 657-70.

—— *Medical Ethics: Some Uses, Abuses and Limitations*, "New England Journal of Medicine" 293 (1975), 384-87.

—— *Ethical Theory and Applied Ethics: Reflections on Connections* en HOFFMASTER, B, FREEDMAN, B. y FRASER, G. (eds.), *Clinical Ethics: Theory and Practice*, Humana Press, Clifton 1989, 161-181.

CHIN, J. J., *Ethical Sensitivity and the Goals of Medicine: Resisting the Tides of Medical Deprofessionalisation*, "Singapore Medical Journal" 42 (2001), 582-85.

DANIELS, N., *Rights to Health Care and Distributive Justice: Programmatic Worries*, "Journal of Medicine and Philosophy" 4 (1979), 174-91.

—— *Reflective Equilibrium and Archimedean Points*, "Canadian Journal of Philosophy" 10 (1980), 83-103.

—— *Just Health Care*, Cambridge University Press, New York 1985.

DRANE, J. F., *Methodologies for Clinical Ethics*, "Bulletin of Pan American Health Organization" 24 (1990), 394-404.

—— *Clinical Bioethics. Theory and Practice in Medical-Ethical Decision Making*, Sheed & Ward, Kansas City 1994.

DWORKIN, G., *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge University Press, Cambridge 1988.

ENGELHARDT, H. T., *The Foundation of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1986 (2ª edición: 1996).

ERDE, E. L., *Decision Making Methodology in Bioethics: an Introduction*, "Theoretical Medicine" 12 (1991), 277-79.

—— *Decision Making Methodology in Bioethics: an Introduction (part II)*, "Theoretical Medicine" 15 (1994), 1-4.

FERRER, J. J. y ÁLVAREZ, J. C., *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, Declée De Brouwer, Bilbao 2003.

FOX, R. C., *The Entry of US Bioethics in the 1990s* en DUBOSE, E. R., HAMEL, R. P. y O'CONNELL, L. J. (eds.), *A Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*, Trinity Press International, Valley Forge 1994, 21-71.

GARDINER, P., *A Virtue Ethics Approach to Moral Dilemmas in Medicine*, "Journal of Medical Ethics" 29 (2003), 297-302.

GHAUTIER, C. C., *Moral Responsibility and Respect for Autonomy: Meeting the Communitarian Challenge*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 10 (2000), 337-52.

GREEN, R. M., *Method in Bioethics: a Troubled Assessment*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 15 (1990), 179-97.

HOLMGREN, M., *The Wide and Narrow of Reflective Equilibrium*, "Canadian Journal of Philosophy" 19 (1989), 43-60.

KAPLAN, J. J., SCHENEIDERHAN, M., HARROW, M. y OMENS, R., *Autonomy, Gender, and Preference for Paternalistic or Informative Physicians: a Study of the Doctor-Patient Relation*, "Ethics & Medicine" 18 (2002), 49-60.

KASS, L., *Life, Liberty and the Defense of Dignity. The Challenge for Bioethics*, Encounters Books, San Francisco 2002.

KIRK, K. E., *Conscience and its Problems*, Westminster John Knox Press, Louisville 1999 (original: 1927).

KHUSHF, G. (ed.), *Handbook of Bioethics: Taking Stock of the Field from a Philosophical Perspective*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2004.

KOCZWARA, B. M. y MADIGAN, T. J., *The Heterogeneity of Clinical Ethics: the State of the Field as Reflected in the Encyclopedia of Bioethics*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 22 (1997), 75-88.

KOPELMAN, L. M., *What Is Applied about "Applied" Philosophy?*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 15 (1990), 199-218.

KOWALSKI, E., *L'uomo: problema o mistero per la bioetica?*, "Studia Moralia" 40 (2002), 480-90.

KUHSE, H. y SINGER, P. (eds.), *A Companion to Bioethics*, Blackwell Publishers Ldt., Oxford 1998.

LEVI, B. H., *Four Approaches to Doing Ethics*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 21 (1996), 7-39.

MCCULLOUGH, L. B., *Methodological Concerns in Bioethics*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 11 (1986), 17-37.

MOMEYER, R. W., *What Conception of Moral Truth Works in Bioethics?*, "Journal of Medicine and Philosophy" 27 (2002), 403-16.

MORISON, R., *The Biological Limits on Autonomy*, "Hastings Center Report" 14, 5(1984), 43-49.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECT OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, US Government Printing Office, Washington DC 1978.

PELLEGRINO, E. D., *Clinical Ethics: Biomedical Ethics at the Bedside*, "JAMA" 260 (1988), 837-39.

—— *Le decisione al termine della vita: uso ed abuso del concetto di futilità*, "Medicina e Morale" 5 (2002), 867-95

PELLEGRINO, E. D. , SIEGLER, M. y SINGER, P., *Teaching Clinical Ethics*, "Journal of Clinical Ethics" 1 (1990), 175-80.

POST, S. G. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Simon & Schuster Macmillan, New York 2004 (3ª edición).

PRIVITERA, S., *La questione bioetica. Riflessioni per il superamento degli itinerari relativistici*, "Bioetica e Cultura" 2 (1998), 139-61.

POLAINO-LORENTE, A. (ed.), *Manual de bioética general*, Rialp, Madrid 1993.

REICH, W. T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Simon & Schuster Macmillan, New York (2ª edición) 1995.

SCHAEFER, K., EIBACH, U. y ROY, D., *The Advance Directive: an Expression of Autonomy, but also of Care*, "Ethics & Medicine" 18 (2002), 15-19.

SCHNEEWIND, J. B., *The Invention of Autonomy: a History of Modern Moral Philosophy*, Cambridge University Press, Cambridge 1997.

SCHNEIDER, C. E., *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors, and Medical Decision*, Oxford University Press, New York 1998.

SIEGLER, M., *A Legacy of Osler*, "JAMA" 239 (1978), 951-56.

—— *Clinical Ethics and Clinical Medicine*, "Archives of Internal Medicine" 139 (1978), 914-15.

—— *Decision-Making Strategy for Clinical-Ethical Problems in Medicine*, "Archives of Internal Medicine" 142 (1982), 2178-79.

SPINSANTI, S., *La bioetica. Biografie per una disciplina*, Franco Angeli, Milano 1995.

SUMNER, L. W. y BOYLE, J. (eds.), *Philosophical Perspectives on Bioethics*, University of Toronto Press, Buffalo 1996.

TAYLOR, J. S., *Reappraising the Role of Autonomy in Medical Ethics*, "Professional Ethics: A Multidisciplinary Journal" 8 (2000), 19-33.

THOMASMA, D. C., *Training in Medical Ethics: An Ethical Workup* "Forum on Medicine" 1 (1978), 33-36

THOMASMA, D. C., y MARSHALL, P. A., *Clinical Medical Ethics Cases and Readings*, University Press of America, Lanham 1994.

THOMASMA, D. C. y PELLEGRINO, E. D., *Autonomy and Trust in the Clinical Encounter: Reflections from a Theological Perspective* en MCKENNY, G. P. y SANDE, J. R. (eds.), *Theological Analyses of the Clinical Encounter*, Kluwer Academic, Boston 1994.

VEATCH, R. M., *A Theory of Medical Ethics*, Basic Books, New York 1981.

—— *Autonomy's Temporary Triumph*, "Hastings Center Report" 14, 5(1984), 38-40.

—— *Medical Ethics*, Jones and Bartlett Publishers, Boston 1989.

—— *Cross Cultural Perspectives in Medical Ethics: Readings*, Jones & Bartlett, Boston 1989.

VIAFORA, C., *Vent'anni di bioetica*, Fondazione Lanza, Padova 1990.

VENDEMIATI, A., *La specificità bio-etica*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli 2002.

VERKERK, M. A., *The Care Perspective and Autonomy*, "Medicine, Health Care and Philosophy" 4 (2001), 289-94.

WILDES, K. W., *Moral Acquaintances: Methodology in Bioethics*, University of Notre Dame, Notre Dame 2000.

WINKLER, E. R., *Moral Philosophy and Bioethics: Contextualism vs. the Paradigm Theory* en SUMNER, L. W. y BOYLE, J. (eds.), *Philosophical Perspectives on Bioethics*, University of Toronto Press, Toronto 1995, 50-78.

4. BIBLIOGRAFÍA ÉTICA DE CARÁCTER GENERAL

ABBÀ, G., *Quale impostazione per la filosofia morale?*, LAS, Roma 1995.

ARISTÓTELES, *Ética a Nicómaco* (edición bilingüe y traducción por María Araújo y Julián Marías), Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1985 (4ª edición).

BROCK, S. L., *Acción y conducta. Tomás de Aquino y la teoría de la acción*, Herder, Barcelona 2000.

CICERÓN, M. T., *De Officiis*, Harvard University Press, Cambridge 1975.

DANIELS, N., *Reading Rawls*, Blackwell, Oxford 1978.

—— *Wide Reflective Equilibrium and Theory Acceptance in Ethics*, "Journal of Philosophy" 76 (1979), 256-82.

—— *Wide Reflective Equilibrium in Practice* en SUMNER, L. W. y BOYLE, J. (ed.), *Philosophical Perspectives on Bioethics*, University of Toronto Press, Toronto 1995, 96-114.

—— *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*, Cambridge University Press, New York 1996.

FRANKENA, W. K., *Ethics*, Englewood Cliffs, New Jersey 1973.

RODRÍGUEZ LUÑO, A., *La scelta etica. Il rapporto tra libertà & virtù*, Edizioni Ares, Milano 1988.

—— *Ética general*, EUNSA, Pamplona 2001 (4ª edición).

RHONHEIMER, M., *"Intrinsically Evil Acts" and the Moral Viewpoint: Clarifying a Central Teaching of Veritatis Splendor*, "The Thomist" 58 (1994), 1-39.

—— *Natur als Grundlage der Moral: die personale Struktur des Naturgesetzes bei Thomas von Aquin : eine Auseinandersetzung mit autonomer und theologischer Ethik*, Tyrolia, Innsbruck 1987 (edición española: *Ley natural y razón práctica: una visión tomista de la autonomía moral*, EUNSA, Pamplona 2000).

—— *La perspectiva de la moral. Fundamentos de la Ética Filosófica*, Rialp, Madrid 2000.

ROSS, W. D., *The Right and the Good*, Clarendon Press, Oxford 1930.

—— *The Foundations of Ethics*, Clarendon Press, Oxford 1939.

—— *What Makes Right Acts Right*, en VEATCH, R. M. (ed.), *Cross Cultural Perspectives in Medical Ethics: Readings*, Jones & Bartlett, Boston 1989, 211-16.

SÉNECA, L. A., *Obras completas* (traducción y comentarios de Lorenzo Ribes), M. Aguilar, Madrid 1943.

TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae* (edición dirigida por lo Regentes de Estudios de las Provincias Dominicanas en España), B.A.C., Madrid 1989.

YARZA, I., *La razionalità dell'etica di Aristotele*, Armando Editore, Roma 2001.

ÍNDICE DE NOMBRES

Abbà, 150, 186, 194, 276

Álvarez, 190

Aristóteles, 8, 52, 53, 62, 72, 123, 202, 219-21, 228-30, 232, 253, 261, 273-76, 278, 307

Arras, 23, 32, 47, 48, 60, 65, 151, 158, 166, 249, 250-52, 269, 272, 273, 289, 292

Baker, 183

Barrio Maestre, 187, 197

Beauchamp, 5, 7, 9, 13, 14, 23, 25-29, 31, 32, 39-207, 208, 211, 214, 257, 262, 265, 268, 279, 281, 286, 295, 299, 305, 307, 308, 309

Bedau, 216-18, 226, 241, 289

Benjamin, 64

Bergsma, 168

Berlinguer, 18, 197

Bliton, 17, 257, 274

Botros, 152

Boyle, 29, 32, 64, 253, 254, 273, 292, 301

Braunack-Mayer, 210, 294, 301

Brody (Baruch A.), 17, 23, 192, 251

Brody (Howard), 31-33, 35, 90, 250, 252, 289

Cain, 298

Callahan, 19, 20, 24, 33-36, 46, 48, 50, 60, 153, 158, 170, 245, 290, 293, 294

Camenisch, 27, 28, 270

Campbell, 126, 192, 196, 197, 203, 248, 294

Caplan, 327

Carson, 248, 250

Cassell, 36, 80

Chadwick, 31, 45, 59, 60, 113, 118, 209

Childress, 5, 7, 9, 13, 14, 23, 25-29, 31, 32, 39-207, 208, 211, 214, 257, 262, 265, 270, 279, 281, 286, 295, 299, 305, 307, 308, 309

Churchill, 160, 165, 169

Ciccone, 77, 181

Cicerón, 8, 53, 219, 221, 222, 228, 230, 239, 253

Clouser, 14, 27, 29, 45, 63, 68, 92, 150, 157, 161, 162, 165, 166, 180-82, 184, 186, 187, 189, 191, 213, 277

Cook, 192

Culver, 162, 180, 181, 184, 213, 277

Daniels, 6, 29, 31, 33, 34, 62-65, 117

DeGrazia, 45, 46, 47, 59, 63, 67, 71-74, 154, 161, 184, 185, 186, 190, 191, 193, 252, 288, 289

Devettere, 35, 46, 48, 51, 53, 95, 164, 222

Dickens, 31

Donnelly, 32, 35, 45

Drane, 20, 23, 32, 33, 210

Dublanchy, 215, 218, 226, 288

DuBose, 24, 46, 48, 49, 151, 157, 160, 175, 288

Durfy, 293, 294

Dworkin, 50, 80, 109, 207

Edwards, 45

Emanuel, 31, 67

Engelhardt, 29, 32, 34, 151, 157, 165, 170, 173, 181, 182, 290, 291

Evans, 48, 49

Faden, 75, 76, 81-83, 93, 107, 175

Ferrer, 190

Finnis, 29, 133, 143, 147, 166, 182, 185, 276

Fisher, 166, 182

Fletcher, 17, 18, 22, 23, 32, 33, 35, 56, 57

Fox, 32, 48, 49, 207, 208, 326

Frankena, 66, 92, 180

Gardiner, 7, 48, 193, 194, 196, 197, 203, 204

Gert, 14, 27, 29, 45, 63, 68, 92, 150, 157, 161, 162, 165, 166, 180-82, 184, 186, 187, 189, 191, 213, 277

Gillon, 27, 30, 31, 36, 44, 46, 49, 50, 68, 75, 92, 93, 123, 126, 149, 151, 153, 166, 167, 182, 192, 277,

Green, 186, 187

Grodin, 32, 35, 81, 157, 164, 172, 213, 249

Guinan, 166, 167, 170

Hamel, 24, 46, 48, 49, 151, 157, 160, 175, 288

Hare, 31, 32

Harris, 31, 153

Higgs, 248

Holm, 49, 66, 159, 160

Holmgren, 64

Hunter, 33, 297

Iltis, 214, 251

Jecker, 191, 297, 298

Jones, 26, 56, 192, 251

Jonsen, 5, 8, 9, 13, 14, 17, 23, 27-29, 31, 33, 34, 59, 63, 92, 93, 161, 191, 207-301, 305, 307, 308, 309

Kaebnick, 288, 292

Keenan, 209, 212, 214, 219, 235, 245, 272, 291, 293

Keown, 143

Khushf, 46, 273, 292, 301

Kirk, 209, 215, 216, 217, 242

Koczwara, 21

Kopelman, 162, 180

Kowalski, 29

Kuczewski, 35, 209, 213-15, 217, 221, 248, 252, 287, 292

Kuhse, 32, 35, 251

Lozano, 218, 241, 290

Lustig, 36, 49, 294

Lynn, 252

Mackler, 211, 213, 254, 262, 269, 293

Macklin, 153, 168

Madigan, 21

Mangenot, 215

Marshall, 23, 32

May, 32, 33, 171

McCullough, 169

McGee, 36

Miller, 18, 22, 36, 213, 254

Momeyer, 62, 64

Morison, 170

Pack, 248

Palazzani, 194, 275

Pearlman, 191, 282-84

Pellegrino, 18, 19, 21, 22, 29, 33, 47, 79, 94, 115, 117, 151, 167-71, 173, 176, 177, 181, 193, 197, 201, 288

Pickering, 321

Pinkus, 248

Possenti, 196

Post, 17, 20, 24, 34, 187

Privitera, 152, 159, 164, 166, 181, 186, 187, 208

Reich, 30, 32, 33, 40, 50, 60, 212

Rhonheimer, 134, 141, 142, 145, 147, 148, 166, 170, 269

Richardson, 6, 63, 71-74, 162, 184, 255

Rodríguez, 133, 147, 150, 195, 199

Ross, 32, 54, 55, 56, 66, 67, 71, 72, 74, 75, 106, 127, 158, 184, 190, 192

Schneiderman, 297, 298

Séneca, 53

Sgreccia, 166, 182

Shannon, 81, 172, 173, 209, 212, 214, 219, 235, 245, 272, 291, 293

Siegler, 17, 20, 21-23, 33, 256, 259

Singer (Peter A., Princeton), 29, 31, 32, 35, 178, 251

Singer (Peter A., Toronto), 21, 22

Smith, 216

Sommerville, 242
Spagnolo, 68, 166
Spinsanti, 18
Stirrat, 167, 168
Strong, 28, 31, 154, 155, 161, 164, 213, 248-51, 255, 261, 286, 289, 292, 295
Sumner, 64, 253, 254
Tallmon, 210, 271
Thomasma, 19, 23, 29, 33, 79, 94, 151, 168, 169, 170, 171, 173, 181, 193, 197, 201, 283, 287, 288
Tomás de Aquino, 11, 130, 195, 199, 202, 227-31, 234, 236, 245, 267, 276
Toulmin, 9, 14, 23, 27, 29, 31-34, 59, 63, 207-14, 218, 219, 222-27, 230-33, 235, 238-41, 243-45, 247, 249, 250, 252, 255, 263, 267, 271-75, 288-91, 293, 294, 301, 305, 309
Truog, 164
Vacant, 215
Veatch, 26, 29, 30, 32, 34, 56, 71, 80, 81, 92, 117, 158, 159, 162, 164, 170, 248
Vendemiati, 7, 130-32, 158
Viafora, 40, 46, 75, 160, 171, 178, 190, 192, 197
Walters, 26, 69
Wide, 62, 64
Wildes, 5, 29, 30, 35, 151, 157, 165, 169, 181, 182, 207, 208, 210, 212, 213, 271, 277, 289, 290
Winkler, 31, 59, 60
Winslade, 17, 259
Wulff, 149, 151, 169
Yarza, 170, 275