



Cuadernos de Bioética

ISSN: 1132-1989

bioética@um.es

Asociación Española de Bioética y Ética

Médica

España

Pardo Caballos, Antonio

LA AMBIGÜEDAD DE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Cuadernos de Bioética, vol. XXI, núm. 1, enero-abril, 2010, pp. 39-48

Asociación Española de Bioética y Ética Médica

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87513725003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LA AMBIGÜEDAD DE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

THE AMBIGUITY OF THE BIOETHICS' PRINCIPLES

Antonio Pardo Caballos

Departamento de Humanidades Biomédicas,

Universidad de Navarra

Edificio Los Castaños. Irunlarrea, 1. 31008 – Pamplona.

Teléfono: 948425600, ext. 6203. Fax: 948425630.

apardo@unav.es

Resumen

Los principios de la bioética, acuñados en Estados Unidos a finales de los años 70 y difundidos en nuestro medio desde una década después, contienen en su interior una ambigüedad semántica, que se analiza en sus líneas maestras; esta ambigüedad oscila entre un significado relativista y otro acorde con el concepto clásico de naturaleza; esta ambigüedad se ha transmitido a quienes, dentro del ámbito de la ética médica hipocrática, han adoptado su terminología, que son la inmensa mayoría de la clase médica. Este fenómeno está llevando con facilidad a abandonar la ética médica basada en la ley natural (la tradición hipocrático-cristiana), para hacerla desembocar en un relativismo más o menos abierto. Para evitar este problema, se proponen algunas soluciones en el campo de la terminología ética médica.

Palabras clave: principios de la bioética, ley natural, ética médica hipocrático-cristiana, relativismo, terminología bioética.

Abstract

The principles of the bioethics, coined in United States at the end of the seventies and diffused in our social environment one decade later, enclose inside a semantic ambiguity that here it is analyzed in their master lines; this ambiguity oscillates between a relativistic meaning and another agreed with the classic concept of Nature; this ambiguity has been transmitted to who, being part of the field of the Hippocratic medical ethics, have adopted its terminology, and these are the immense majority of the medical class. This phenomenon is easily leading towards the abandonment of the medical ethics based on the natural law (the Hippocratic–Christian tradition), to make it finish in a more or less clear relativism. To avoid this problem, some solutions in the field of the medical ethical terminology are proposed.

Key Words: bioethics' principles, natural law, Hippocratic–Christian medical ethics, relativism, bioethics' terminology.

1. Introducción

En este trabajo describiremos inicialmente los principios de la bioética, en su versión más popular; a continuación se analizará su ambigüedad interna, y la ambigüedad especial que surge al ser adoptados dichos principios por los cultivadores de la ética médica hipocrática, con el consiguiente peligro de relativismo moral. Por último, para esquivar este peligro, se apuntan algunas soluciones prácticas sobre el modo de hablar en ética médica, y se hace un resumen conclusivo.

2. Los principios éticos en biomedicina

Junto con el nacimiento del término bioética en los años 70, y de modo contemporáneo, hablar de cuestiones de ética médica en el ámbito estadounidense se suele expresar siempre como una serie de principios que deben aplicarse a las situa-

ciones que se desea analizar¹. Además, se trata de una época en que las discusiones éticas en biomedicina están candentes, debido, sobre todo, a las investigaciones éticamente incorrectas que ya habían salido a la luz², y a las preocupaciones que suscitan las nuevas tecnologías que se hacen comunes por entonces, en concreto, el respirador.

Dos muestras paradigmáticas de este enfoque basado en principios nos las ofrecen el informe Belmont³ y la obra

1 Cf. Doucet H. *Au pays de la bioéthique, l'éthique biomédicale aux Etats-Unis*. Genève: Labor et Fides, 1996: 217.

2 De esta época data la primera Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos: <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm> (accedido el 27 de abril de 2009).

3 The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. April 18, 1979. <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html> Accedido el 27 de abril de 2009.

de Beauchamp y Childress *Principles of biomedical ethics*⁴.

La primera es un informe, con unas recomendaciones sobre la ética de la experimentación, solicitado por el gobierno estadounidense a una comisión nombrada ex profeso. Las recomendaciones se expresan en forma de principios: protección de la persona (lo que significa protección de su autonomía), beneficencia (que incluye el no hacer daño y procurar que los beneficios obtenidos de la investigación superen sus inconvenientes) y justicia (que significa evitar la discriminación de los sujetos de investigación a la hora de elegirlos como sujetos de investigación o como posibles beneficiarios de los resultados obtenidos).

La obra de Beauchamp y Childress, cuya primera edición es del año anterior al informe Belmont, también hace uso de los principios. Su nombre es parecido a los empleados por Belmont: respeto a la autonomía del paciente, no maleficencia, beneficencia, justicia.

En esta peculiar inclinación por el empleo de principios cabe ver, en el campo de la ética, un cierto contagio del pragmatismo de la práctica médica: muchas de las actuaciones médicas se realizan de modo sencillo siguiendo protocolos de actuación elaborados por expertos. Se trata, simplemente, de seguir las reglas, sin necesidad de plantearse muchas

complicaciones sobre el caso concreto. Y este enfoque, por su facilidad de uso, se ha contagiado a la ética profesional. En cuestiones técnicas tiene razón de ser, pues el aumento de complejidad técnica en Medicina impone una cierta racionalización de la actuación para posibilitarla, lo que no quita la libertad del médico para salirse de un protocolo si lo estima conveniente en un caso concreto. Por contra, en ética, seguir ciegamente un protocolo es esquivar la obligación de decidir en conciencia.

3. Los principios en la obra de Beauchamp y Childress

La formulación de las cuestiones de ética médica como principios ha tenido gran éxito. Y, en concreto, la obra de Beauchamp y Childress ha quedado como canónica en ética biomédica en el ámbito anglosajón: actualmente conoce la quinta edición; todas ellas están ampliadas y/o corregidas con respecto a las anteriores. La influencia de su enfoque de los principios ha sido enorme: además de la difusión en el ámbito estadounidense e inglés, se ha extendido por todo el mundo con rapidez. Hoy resulta raro encontrar autores de ética médica que no los empleen.

Sin embargo, el generoso empleo de los principios no implica homogeneidad de significados, que conocen muchas variaciones. En la obra de Beauchamp y Childress, cuyo enfoque es el que se ha difundido con mayor amplitud, los principios vienen a tener el significado siguiente.

⁴ Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 5 ed. New York: Oxford, 2001; 472. Para este trabajo hemos trabajado sobre la cuarta edición, la más extensa de todas las publicadas: Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 4 ed. New York: Oxford, 1994; 546.

El principio de respeto a la autonomía viene a significar que debe reconocerse que cada persona tiene sus propias reglas de autogobierno, y que es libre tanto de las injerencias de otros como de las limitaciones de un conocimiento incompleto. Para esta definición se remiten expresamente a Kant y Stuart Mill, aunque se fijan sólo en aspectos muy superficiales de estos autores; las descripciones que siguen tras enunciar el principio se limitan a una cuestión fáctica de respeto a las decisiones de los demás, sin intimación por parte de la atención sanitaria, y al final se hace referencia al concepto de «el mayor interés del paciente» para los casos en que éste no pueda expresar sus deseos⁵. Volveremos luego sobre la cuestión.

El principio de no maleficencia se explica comenzando por el adagio médico clásico *primum non nocere*. Sin embargo, a diferencia del significado de «hacer daño» que interpretaría una versión clásica de la ética, el daño se considera sólo desde el punto de vista de la materialidad de lo que se consigue, y nunca desde el punto de vista de la acción en sí misma, de su intencionalidad de provocar un mal (es decir, en un sentido no sólo físico). Si sumamos a este punto de vista el acento en la calidad de vida del paciente como uno de los beneficios que debe esperarse de la Medicina, y su falta de calidad como un daño, resulta lógico que este apartado termine admitiendo la corrección ética de la ayuda para morir, aunque con los debidos controles para

5 Id., capítulo 3.

evitar posibles abusos⁶. Dicho de otro modo: no maleficencia se entiende como evitar al paciente lo que le es desagradable, lo que no quiere o no le apetece, no lo que es un mal, en el sentido fuerte del término.

El principio de beneficencia es lo mismo pero visto en positivo: en vez de no hacer el mal (lo que el otro no desea), consistiría en hacer el bien (significando esto solamente «lo que el otro desea»)⁷. La explicación se desarrolla dentro de un contexto de consideración de la sociedad como una realidad convencional, en la que la única justificación para dicha beneficencia es la justicia comutativa con los beneficios que, a su vez, el que debe actuar ha recibido de otros en la sociedad⁸. Lógicamente, gran parte del discurso se extiende en la colisión de este principio con el de autonomía y en la crítica del paternalismo, es decir, de que el médico decida por el paciente lo que es bueno hacerle⁹. Pero, si el principio inicial de la autonomía no decae por la beneficencia¹⁰, el bien es sólo lo que cada persona considera bueno para ella. Todas las reflexiones posteriores sobre análisis costo–beneficio, calidad de vida ajustada a los años y consideraciones similares se encuentran lastradas en su raíz por el deber de respetar la autonomía.

El principio de justicia se ciñe a la justicia distributiva¹¹: estamos hablando

6 Id., capítulo 4.

7 Id., capítulo 5.

8 Id., pp. 269-71.

9 Id., pp. 271 y ss.

10 Id., p. 273.

11 Id., capítulo 6.

de la sanidad como de algo mensurable que se compra y se vende. Y que, por tanto, está sujeta a un reparto equitativo en sociedad. En la obra no aparece ninguna otra consideración, ni de virtud personal de la justicia, ni del deber del médico de no discriminar entre sus pacientes ni nada por el estilo. La justicia es aritmética.

4. La ambigüedad interna

Esta formulación de los principios de la bioética contiene ambigüedades internas. Nos fijaremos solamente en una cuestión más evidente.

Cuando mencionamos el principio de no maleficencia, concluimos que consiste en evitar lo que es desagradable al paciente, lo que éste no quiere o no le apetece, no lo que es un mal, en el sentido fuerte del término. Lógicamente, en este contexto surge el problema de lo que se debe hacer en el caso del paciente incapaz, y aparecen en primer plano las instrucciones anticipadas, la familia (porque sabe los deseos de ese enfermo o se trata de menores), etc. Pero, ¿qué hacer entonces cuando no existe esa posibilidad que remite a la autonomía del paciente? Queda en primer plano el concepto, muy extendido en la práctica judicial estadounidense, de «el mejor interés del paciente». Ahora bien, los autores ven con claridad que es un criterio heterogéneo con el acento en la autonomía que acaban de formular¹², pues significa que

otros tienen que decidir en ese momento lo que es su bien o beneficio.

La salida que aportan no evita contradecirse con sus propias pretensiones: habría que fijarse sólo en factores tangibles, tales como el sufrimiento físico y el diagnóstico médico, y tratar otras cuestiones con precaución; sin embargo, no debe limitarse sólo al dolor físico, pues entonces queda fuera de consideración no instaurar o retirar tratamiento a un comatoso. Queda así una ambigüedad entre la objetividad y la subjetividad de lo que es un mal¹³. Otros autores que hablan de principios de la bioética, como Engelhardt, ante esta misma tesitura de intentar dilucidar, en un contexto autonomista, qué hacer con el paciente incapaz, se inclinan por hacer una llamada a la prudencia y a la sensatez¹⁴. El problema de esta salida es que no se deriva de una visión del hombre como mera libertad autónoma, sino de considerar al hombre como sujeto de acción y de virtudes que le orientan a su perfección propia y, por tanto, ante una situación, puede dar respuestas prudentes o sensatas.

Esta oscilación, que aparece dentro de lo irreal y teórico del planteamiento autonomista, se debe, en buena medida, a la necesidad de tocar la vida real, pues la bioética de los principios intenta ser un sistema para resolver cuestiones éticas de la atención médica real; por ello, oscila entre sus propios presupuestos teóricos (el

13 Cf. ibid.

14 Engelhardt HT Jr. *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 1986; pp. 310-1.

12 Id., p. 180.

hombre es un ser autónomo), y la realidad, que es bien distinta. El realismo y el sentido común, con las virtudes profesionales, las cualidades del buen médico, y el mejor interés del paciente, terminan haciendo su aparición y derribando por tierra la idea del hombre como un ser que es autonomía pura y la suposición de que el bien del paciente es sólo lo que él desea.

Lo *naïf* y las ambigüedades del planteamiento de los principios son más patentes si se considera que la obra de Beauchamp y Childress dedica un capítulo final a ¡las virtudes e ideales de la vida profesional!¹⁵, sin darse cuenta de que es un tema heterogéneo e incompatible con todo lo que llevan dicho anteriormente. En efecto, hablar de la virtud hace referencia a una inclinación a ciertos actos hacia los que apunta nuestra naturaleza; es decir, hablar de la virtud y del concepto clásico de naturaleza y de teleología natural van unidos. En este caso, no se trata de que los autores hayan adoptado la terminología de la virtud dándole otro contenido, sino que hablan directamente de las virtudes como hábitos morales; la contradicción es flagrante.

Otros autores han recurrido a diversos criterios para delimitar el alcance de los principios o su precedencia sin conseguir superar ni las contradicciones entre los principios ni esta ambigüedad de fondo, que les hace oscilar entre la visión ilustrada de la libertad sin trabas y la realidad de una libertad que tiene límites y orientaciones naturales.

15 Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles ..., op. cit., capítulo 8.

5. La ambigüedad externa

Como mencionamos al comienzo, la difusión de estos principios ha sido enorme. Prácticamente todo artículo que trate de cuestiones éticas de la práctica profesional en Occidente, y en otros muchos países, hace referencia a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Sin embargo, cuando los principios son empleados o asumidos en un ambiente en que se ha cultivado hasta entonces la ética médica hipocrática, aparece una nueva ambigüedad suplementaria, que hace aún más confuso el panorama de las ideas. Concretamente, esta ambigüedad consiste en que se da a los principios un significado acorde con la ética hipocrática.

Así, el principio de respeto a la autonomía es visto como la consideración ética que el médico debe tener por su paciente, y el respeto subsiguiente a su modo de concebir las cosas básicas de la vida, pero dentro de un marco inamovible, típico de la visión hipocrático cristiana: hay ciertas cosas que no entran dentro de lo que puede exigir el paciente y el médico no debe ni considerarlas¹⁶, pues hacen referencia a cuestiones de ley natural, que nunca se debe transgredir. Sin embargo, como el mero enunciado no precisa dichos límites, y en la sociedad actual se tiende a considerar como

16 Estas cosas son la muerte del paciente, la mutilación, proporcionar tratamientos inútiles o cuestiones que vayan contra la conciencia del médico. Cf. Pellegrino ED. Decisions to Withdraw Life-Sustaining Treatment. A Moral Algorithm. JAMA 2000; 283(8): 1065-7.

ilimitado el derecho a la libre elección, el resultado es la ambigüedad de dicha formulación. En ella podríamos incluir expresiones tan acuñadas en Medicina como «consentimiento informado».

Otro tanto sucede con el principio de beneficencia y el complementario de no maleficencia: no se sabe si se refieren a un bien objetivo, o a un bien decidido autónomamente por el paciente. Curiosamente, para referirse al bien objetivo, ha quedado acuñada la expresión de «el mejor interés del paciente» dentro de los Estados Unidos (a pesar de su mentalidad liberal y de haber dado origen a los principios relativistas), y se emplea en los procesos judiciales que discuten sobre lo que se debe hacer en el caso de ciertos pacientes inconscientes y que, por este motivo, no pueden expresar su voluntad, ni han dejado testimonio o documento de voluntades anticipadas. El concepto de «el mejor interés del paciente» hace referencia a la ley natural; el de beneficencia y el de no maleficencia quedan en la ambigüedad entre este significado y el relativista.

El principio de justicia no es tan preocupante desde el punto de vista del relativismo y de la ambigüedad semántica, pues el contexto suele clarificar bastante bien de qué se está hablando: de justicia distributiva a la hora de repartir beneficios sociales, o del deber de no discriminación por parte del médico. El primero es un laberinto entre conflictos de intereses, del que habría mucho que hablar, mientras el segundo es una consecuencia ética de la ley natural en la conducta del médico.

Como es evidente a poco que se razona, de esta ambigüedad se deriva un peligro muy próximo para la ética médica hipocrática: abandonar los límites naturales del ejercicio profesional y dejar entrar una visión de la ética completamente relativista dentro de la atención médica.

6. Posibles soluciones

El peligro inherente a la ambigüedad externa de los principios de la bioética se ha mostrado muy real con el paso del tiempo. De hecho, en Estados Unidos, la difusión de los principios ha desbancado a la ética médica hipocrática y ha introducido en la Medicina un relativismo muy explícito; así, del optimismo inicial de los principios de la bioética, que parecían la solución moderna para la actuación correcta en casos de incertidumbre, se pasó inicialmente a su crítica, y se ha terminado llegando a un escepticismo bastante difundido en cuestiones de ética médica¹⁷.

¿Cómo hacer para evitar este paso de la ambigüedad al relativismo y, a continuación, al escepticismo ético? Las soluciones que se observan son de dos tipos. Ambas optan por renunciar radicalmente a la terminología de autonomía, beneficencia y no maleficencia y también a otros

17 Pellegrino E. The metamorphosis of medical ethics. A 30-year retrospective. JAMA 1993; 269 (9): 1158-62. Traducción española de Alfonso Gómez-Lobo: La metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos treinta años. Cuadernos del Programa Regional de Bioética OMS/OPS 1995 Sept; 1: 19-34.

términos que se derivan de ellas, para intentar mantener un significado único en la terminología ética de la Medicina que sea acorde con la ley natural.

El primer tipo es el de quienes optan por buscar otros principios alternativos. Dado que la sistematización de la ética médica en principios éticos es tan popular, no es necesario inventar una palabra nueva para sustituir «principio», término que, en sí mismo, no contiene ninguna ambigüedad. El autor más conocido que trabaja en esta línea es Sgreccia¹⁸. Los principios que propugna, que se basan en una visión personalista de la ética y del ejercicio de la Medicina, son el principio de defensa de la vida física, el principio de libertad y responsabilidad, el principio de totalidad o principio terapéutico, y el principio de sociabilidad y subsidiariedad. Sus enunciados, como puede verse, son mucho más únicos que los de Beauchamp y Childress.

Este enfoque, al mantenerse en el plano puramente ético, evita todos los planteamientos de conflictos de intereses típicos de la bioética estadounidense, que requieren una solución de tipo político o judicial, pero no son propiamente conflictos éticos. Lo único conflictivo en este terreno ético son los conflictos entre bienes diversos que, tal como subraya Sgreccia, aunque no son propiamente conflictos reales, debido a nuestras limitaciones no los calibrámos con facilidad, y se pueden resolver en el propio terreno ético apli-

cando el principio del mal menor o el de la acción de doble efecto¹⁹.

La otra posibilidad para evitar la ambigüedad que lleva al relativismo consiste, sin más, en no emplear los principios estadounidenses y en esquivar las expresiones que se han derivado de su hegemonía. No es excesivamente difícil, pues los principios, sean cuales sean, son una superestructura formal que se construye alrededor del discurso ético normal en Medicina, que versa sobre las acciones concretas, evidentes a todos, no sobre principios.

Así hace el Dr. Gonzalo Herranz. En su obra principal de ética médica, en que comenta detenidamente el Código de Ética y Deontología médica español de 1990²⁰, y escrito en época de plena vigencia de los principios estadounidenses, dos de los principios no se mencionan como tales (el de autonomía y el de justicia)²¹,

19 Id., pp. 183 y ss.

20 Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Pamplona: Eunsa, 1992; 260.

21 Por lo que respecta a la autonomía, sólo menciona de pasada dicha palabra en el comentario al artículo 26 («Hay un modo deontológico de respetar las conciencias y la autonomía moral de las personas, ...») y en el artículo 31 («... un bien que ha de prevalecer sobre el respeto de la autonomía.»). En todas las demás ocasiones en que aparece dicha palabra (como una media docena), se refiere a la autonomía del profesional sanitario, a su libertad de criterio profesional. Así comenta en el artículo 36.1: «... autonomía moral de los profesionales sanitarios». Cuando habla de justicia, nunca se refiere a ella como un principio, sino que simplemente habla del deber de ser justo y practicar la justicia en las diversas circunstancias. Así, por ejemplo, en el comentario al artículo 5.1 dice: «El médico ha de amar y practicar la justicia: ha de cuidar las instalaciones y recursos ajenos como si fueran propios.»

18 Cf. Sgreccia E. *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed Etica Biomedica*. Milan: Vita e Pensiero, 2^a ed., 1994; pp. 171 y ss.

y únicamente se habla una vez de principio de beneficencia y de no maleficencia, sólo para enunciar la expresión, dándole a continuación un contenido plenamente ético²². Y, en un artículo reciente²³, habla de «no dañar» o del «principio de no dañar»²⁴, pero no emplea la expresión «principio de no maleficencia»²⁵.

Junto con los principios de la bioética se han introducido terminologías que resultan de su aplicación a campos concretos. Así, la expresión «consentimiento informado» participa también de la ambigüedad que estamos tratando: puede significar el entendimiento entre médico y

22 La palabra beneficencia aparece sólo un par de veces, en el comentario al artículo 4.3 («... uno de los principios de la Ética médica: el principio de beneficencia») y en el comentario general al capítulo II («... beneficencia y de no-maleficencia»), y se describe a continuación lo que significa: el deber de hacer el bien y evitar el mal. Con la no maleficencia sucede otro tanto: además de en la frase que acabamos de citar, aparece en el comentario al artículo 4.4, con una descripción también inequívoca: «... el principio ético de la no-maleficencia, que es presentado en dos formas complementarias: como precepto positivo de no causar daño malévolamente y como condena de la conducta negligente».

23 Herranz G. Algunos aspectos del no dañar en el hospital de hoy. Rev Med Univ Navarra 2006; 50(1):38-40.

24 Vid. p. 38.

25 La traducción inglesa del título que aparece en el índice de la revista («Some aspects about the principle of non-maleficence in the hospital today») ha sido hecha por los editores, no por el autor: Dr. Herranz, comunicación oral 5 de abril de 2006. Esto se sospecha ya al ver el artículo, pues carece de abstract en inglés, y éste, de existir, debería haber sido hecho por el autor, junto con el título en dicho idioma. Esta traducción de los editores es una muestra más de la amplia difusión que tienen los principios de Beauchamp y Childress entre la clase médica.

paciente para su acción conjunta en busca de la salud (visión hipocrático-cristiana) o bien la oferta de un menú de opciones por parte del médico, entre las que el paciente elegirá de modo autónomo (visión principalista). Aunque la obra de Herranz que acabamos de mencionar restringe mucho el uso de esta frase²⁶, lo consagrado de la expresión en ética de la investigación²⁷ hace que sea inevitable su empleo en este contexto²⁸.

Algo parecido sucede con la expresión «derechos del paciente»: en el contexto de la bioética de los principios, la autonomía es un derecho que hay que respetar²⁹ y, por tanto, hablar de «derechos del paciente» oscila entre el autonomismo y una versión realista. El Dr. Herranz no puede esquivar tam-

26 En Herranz G. Comentarios ... (op. cit.), sólo aparece cuatro veces en el contexto de la atención clínica normal, en los comentarios a los artículos 11.2 a 11.4 y 25.2.

27 Véase, por ejemplo, el texto de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (cit. nota 2), ya clásico en la fecha de edición de esta obra.

28 Véanse los comentarios a los artículos 32.2 a 32.6 en Herranz G. Comentarios ... (op. cit.).

29 «To respect an autonomous agent is, at a minimum, to acknowledge that person's right to hold views, to make choices, and to take actions based on person values and beliefs». Beauchamp TL, Childress J.F. Principles ..., op. cit., p. 125. Otro tanto sucede en la versión más radical de los principios dada por Engelhard. Cf. Engelhardt HT Jr. The Foundations ..., op. cit., p. 82 y ss., donde habla de su peculiar concepto del «error moral», es decir, de la decisión que no aporta nada a la comunidad y, por tanto, no obtendrá nada a cambio; se refiere a este tipo de elecciones diciendo que «A tiene derecho a hacer X, pero está equivocado»; la decisión autónoma es un derecho en sociedad.

co esta expresión, consagrada por ley³⁰. Sin embargo, cuando la emplea, es casi siempre para referirse al correspondiente deber y buena práctica del médico³¹; en muy pocas ocasiones se refiere a derechos del paciente en un contexto de organización de la sanidad³², contexto en el que pueden parecer con más facilidad derechos autónomos.

Otras expresiones que no han sido forzadas por las circunstancias, como pueden ser «dilemas éticos» o «conflictos de intereses», y que están más directamente ligadas a una visión autonomista y relativista de la ética, sencillamente no aparecen en la obra que estamos comentando³³.

30 Concretamente, la Ley 14/1986 General de Sanidad; posteriormente, esta expresión se ha visto más subrayada por la Ley básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

31 Como el derecho a conocer qué médico del equipo le atiende, a decidir, a la intimidad, etc. Cf. el apartado «Derechos del paciente» en el índice analítico de Herranz G. Comentarios ..., op. cit.

32 Como puede ser la libre elección de facultativo: Herranz G. Comentarios ... op. cit., artículo 7.

33 Así sucede con «dilemas éticos», expresión que no aparece en la obra: como vimos, es una cuestión que, propiamente hablando, no existe. Igualmente, la expresión «conflictos de intereses», refiriéndose a problemas de choque entre lo que desea el médico y lo que desea el paciente, tampoco aparece como tal; se habla de un concepto ligeramente parecido en el comentario al artículo 4.3, sólo para indicar la lealtad que debe el médico a su paciente, con sus peculiaridades personales. Esto no quiere decir que algunas de estas cuestiones no existan en el mundo real: los conflictos de intereses son algo común, pero no son objeto de la ética, sino de un debate que podríamos denominar «político»; y, si se desarrollan dentro de la rectitud ética por todas las partes implicadas, nunca son insolubles.

7. Conclusiones

La ética médica contemporánea se ha visto muy influenciada por la aparición, en Estados Unidos, de los llamados «principios de la bioética»: respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Sin embargo, dichos principios son ambiguos.

Muestran, por una parte, una ambigüedad interna, pues conceptualmente tienen que estar a caballo entre un autonomismo relativista y un realismo que les haría herederos de la doctrina clásica de la ley natural.

Cuando los nombres de dichos principios son asumidos por autores cultivadores de la ética médica hipocrática, aparece otra ambigüedad, que hemos denominado externa, que termina influyendo en su contenido conceptual y provocando un deslizamiento hacia un relativismo más o menos abierto.

Para evitar este problema, se han dado dos soluciones: establecer unos principios alternativos que carezcan de dichas ambigüedades y deban ser interpretados de modo no relativista; o bien no emplear esa terminología excepto cuando sea estrictamente necesario. Esta última postura, al evitar a la vez la necesidad del aprendizaje del tecnicismo ético de los principios, nos parece la más adecuada para enseñar y mantener un discurso ético en Medicina que no se aparte de la ley natural.

Recibido: 06-07-2009

Aceptado: 19-08-2009