

# Bioética

## Fundamentos y Dimensión Práctica

Editores

Ana Escribar W.

Manuel Pérez F.

Raúl Villarroel S.

MEDITERRANEO

SANTIAGO - BUENOS AIRES

Jonas H. El Principio de Responsabilidad. Ensayo de una Ética para la Civilización Tecnológica. Barcelona: Herder, 1995.

Jonas H. Técnica, Medicina y Ética. La Práctica del Principio de Responsabilidad. Barcelona: Paidós, 1997.

MacIntyre A. Tras la Virtud. Barcelona: Editorial Crítica, 1987.

## 2

---

## Surgimiento y desarrollo de la bioética

---

# Primeros hitos en el desarrollo de la bioética

Ana Escribar

## Surgimiento y evolución del término "bioética"<sup>1</sup>

El término fue creado en 1970 y podría decirse que tiene un doble nacimiento casi simultáneo; por un lado con el oncólogo americano, Rensselaer Potter que es quien lo acuña; por otro, con André Hellegers en la Universidad de Georgetown, quien en 1971 crea el *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, dando origen a la institucionalización de los estudios de bioética.

Desde el momento de su creación, el término goza de una aceptación generalizada que obedece, probablemente, a dos órdenes de motivos.

En primer lugar la palabra misma, mediante la combinación de los dos componentes que la integran *-bios* y *éthos*— parece hacer referencia a las exigencias planteadas a la ética por la nueva situación del hombre, por los nuevos alcances de su acción derivados de su poderío técnico, situación que nosotros analizáramos en la Introducción y, luego, en "Antecedentes filosóficos de la bioética", al exponer los planteamientos de Hans Jonas sobre la ética de la responsabilidad.

Por otra parte, podría decirse que esa misma combinación le otorga al término una riqueza semántica que se traduce en una especial ambigüedad, que permite visualizar a partir de él la posibilidad de desarrollar respuestas satisfactorias para las inquietudes y problemas de los grupos más diversos. Así, por ejemplo, desde el ámbito de las ciencias de la salud se lo ve como medio para renovar la ética médica y para buscar solución a las interrogantes morales derivadas de la moderna capacidad de manipulación técnica de la vida humana; desde los movimientos ecologistas se lo aprecia como oportu-

<sup>1</sup> Al respecto ver Estévez A. "Bioética: de la cuestión nominal a la caracterización de su concepto". Tesis para optar al Grado de Magíster en Bioética. Universidad de Chile. 2000: 1-42.

nidad para fundamentar la defensa del medio ambiente y la biodiversidad; desde una perspectiva política se lo interpreta como un aporte para la defensa de los derechos de ciertas minorías postergadas; para la filosofía, ofrece el punto de partida para un renacimiento de la reflexión ética y para la teología representa un valioso instrumento para reformular el concepto de sacralidad de la vida.

En todo caso, hay que reconocer que el surgimiento del término vino a cubrir una necesidad, ya que desde los años 60 empezó a hacerse presente la creciente urgencia de un debate público sobre temas tales como la muerte cerebral, la eutanasia, los transplantantes de órganos, la eugenesia, etcétera.

Hasta ese momento, los científicos y los médicos en su mayoría no parecían creer que las cuestiones morales derivadas de esos temas pudiesen ser objeto de especialidades ajenas a la suya. En consecuencia, este debate se daba casi exclusivamente al interior de las profesiones de la salud, pareciendo que al respecto lo único que el público podía esperar era una información veraz.

Algunos de los sucesos que más colaboraron al cambio de esta manera de ver las cosas fueron experimentos —objetables desde el punto de vista ético— que conmovieron profundamente a la opinión pública en los Estados Unidos de Norteamérica; entre ellos cabe citar la inoculación del virus de la hepatitis a niños deficientes mentales internados en una Institución de Willowbrook y el experimento de Tuskegee, en Alabama, donde se negó el tratamiento con antibióticos a pacientes de raza negra enfermos de sífilis, para estudiar la evolución de la enfermedad en ausencia de tratamiento.

Empezó, así, a hacerse evidente la necesidad de una colaboración entre médicos y humanistas y se inició la toma de conciencia del hecho de que con ello se preparaba el nacimiento de una nueva disciplina, aún innominada, de carácter necesariamente interdisciplinario.

Podría decirse que el doble lugar de nacimiento del término al que antes habíamos referido dio lugar ulteriormente a una también doble comprensión de su contenido.

Potter, por un lado, entiende la bioética como una disciplina que combina el conocimiento biológico de las ciencias de la vida con el conocimiento de los sistemas de valores humanos manejados por las humanidades; la percibe como un puente tendido entre ambos ámbitos y la visualiza como un instrumento indispensable al servicio de la supervivencia de la humanidad.

André Hellegers, por su parte, entiende la bioética desde la perspectiva de una ética médica renovada.

Se genera, así, un doble sentido del término. Por un lado, el que le dio Potter, global, evolucionista y ecológico, centrado en una preocupación por la preservación del medio ambiente y la supervivencia de la especie humana, para el que el concepto de responsabilidad juega un rol fundamental; Potter llama "global" a esta bioética y la define como un "programa secular para desarrollar una moralidad que exija decisiones en el cuidado de la salud y en la preservación del medio ambiente natural"<sup>2</sup>. Así entendida, la disciplina incluiría dos orientaciones: la de una bioética médica, centrada en las capacidades y fragilidades humanas y la de una bioética ecológica, centrada en el cuidado del medio ambiente, como una condición esencial para la supervivencia digna de la especie. Por otro, un sentido más restringido, proveniente de Hellegers y del Instituto fundado por él, que aplica las tradiciones éticas y religiosas a la biomedicina, se centra fundamentalmente en el concepto de sacralidad de la vida y, en consecuencia, en el cuidado y preservación de la vida del individuo.

Desde la concepción de Potter, como lo prueban las dos orientaciones que distingue en su bioética global, ambas perspectivas —lejos de ser excluyentes entre sí— podrían llegar a ser complementarias.

El ulterior desarrollo de la bioética, sin embargo, dejó prácticamente de lado la propuesta de Potter de una bioética global para desarrollar el modelo biomédico de Hellegers, más restringido, pero también más concreto y abordable, sin necesidad de inmiscuirse directamente en problemas de alta política y de macroeconomía.

### La National Comisión y el Informe Belmont

En gran medida como respuesta a la conmoción pública derivada de los experimentos antes mencionados, el año 1974 el Congreso Norteamericano creó la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* y le encargó iniciar un trabajo tendiente a definir los principios éticos básicos que deberían regir toda investigación con seres humanos.

Cuatro años más tarde, en 1978, el trabajo de la Comisión culmina con la aparición del Informe Belmont; en él se presentan tres principios éticos que los miembros de la Comisión consideran como fundamentales y que —afirman— deberían complementar códigos ya existentes, como el de Nüremberg, por ejemplo, dadas las dificultades que éste presentaba llegado el momento de su aplicación.

<sup>2</sup> Potter van R. *Global Bioethics*. Michigan State University Press, 1988: 152-53.

Los principios definidos, cuyo objetivo estaba circunscrito a regular las condiciones que enfrentarían los sujetos humanos de experimentación, fueron los de autonomía, beneficencia y justicia, a partir de los cuales se formularían otros tantos procedimientos tendientes a asegurar su adecuada aplicación.

### Los principios enunciados por el Informe Belmont

#### *Principio de autonomía*

Establece que el respeto por las personas exige que cada una de ellas sea tratada como un ente autónomo y que las personas en las que esa autonomía se encuentra disminuida son acreedoras de una especial protección.

En el contexto de la bioética la autonomía es entendida como la capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa; se trata, pues, de un concepto cuyo sentido es mucho más restringido que el correspondiente concepto filosófico, con el que Kant hace referencia al carácter autolegisador de la voluntad humana; dicho carácter se expresa en la capacidad de esa voluntad para dictar la ley a la que ella misma se somete y es lo que permite que todo hombre sea –a la vez– legislador y súbdito; esto es, representa un fin en sí, tenga la dignidad de persona y esté, por lo menos en principio, capacitado para vivir en democracia.

Como derivaciones de este principio surgen dos procedimientos prácticos que –a poco andar– adquieren gran notoriedad; el del consentimiento informado, por una parte, tendiente a que las personas puedan efectivamente decidir “con conocimiento de causa y sin coacción externa”; el segundo, complemento del anterior, que indica cómo tomar resoluciones de sustitución en el caso de quienes carecen de autonomía o que –por una u otra causa– la presentan temporal o definitivamente disminuida.

#### *Principio de beneficencia*

La beneficencia, que en este contexto no es entendida en el sentido de una acción caritativa cuyo cumplimiento es resorte de la voluntad de cada cual, sino que representa una obligación, incluye dos aspectos: maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. A partir de este principio se generan procedimientos tendientes a la evaluación de esos riesgos y beneficios.

#### *Principio de justicia*

Establece la obligación de que haya una distribución igualitaria de los riesgos y de los beneficios; a partir de él se define un procedimiento tendiente a una selección equitativa de los sujetos de experimentación.

### Beauchamp y Childress y el “Principlismo”

En el año 1979 se publica *Principles of Biomedical Ethics*, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress<sup>3</sup> que pretende extender la reflexión ética, que la *National Commission* centrara en los problemas derivados de la investigación con sujetos humanos, al ámbito completo de la práctica clínica y asistencial. Esta obra se constituye en el punto de partida de una ética biomédica, cuyo procedimiento –consistente en la aplicación de principios generales para resolver los problemas que se suscitan en la práctica médica– se conocerá de ahí en adelante como “principlismo”.

Dicho procedimiento, de gran presencia en la bioética hasta nuestros días, pretende sintetizar en los cuatro principios que formula un conjunto de valores irrenunciables e indiscutibles que –en su calidad de tales– aparecen como evidentes para el sentido común y no requieren, por lo tanto, de una fundamentación teórica.

Es así como Beauchamp y Childress sostienen que ambos –a pesar de provenir de tradiciones teóricas contrapuestas, pues el primero pertenecía al ámbito del utilitarismo, mientras que el segundo al de la deontología– podían aceptar sin problemas la validez de unos mismos principios y la posibilidad de aplicarlos para lograr soluciones coincidentes frente a problemas concretos. Así, el principlismo implicaría la superación práctica del enfrentamiento teórico, propio de la tradición ético filosófica occidental, entre deontología y teleología.

La principal novedad aportada por estos autores en relación al Informe Belmont, es la ampliación del número de principios, que pasan de tres a cuatro, mediante el desglose del principio de “no-maleficencia” antes implícito en el de “beneficencia”. La justificación para dicha distinción radicaría en el hecho de que la obligación de no hacer el mal a otros sería más exigente que la de hacerles el bien; esto es, existiría una diferencia moral entre actos puramente negativos, como podría ser en la práctica asistencial el dejar morir cuando en determinadas circunstancias, por ejemplo, se suspende el apoyo mecánico a una vida que termina, lo que sería legítimo, y actos positivos, como el matar directamente –que iría contra el principio de no maleficencia– y que, en consecuencia, tendría que ser prohibido.

<sup>3</sup> Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York. Oxford University Press, 1979.

### Carácter trágico de la vida moral y el problema del principialismo

Podría decirse que la vida moral de la humanidad está marcada por el rasgo de lo trágico en la medida en que el hombre es solicitado por valores, a menudo contrapuestos entre sí, que parecen plantear una misma exigencia de realización; se ve, pues, obligado a elegir entre ellos, a preferir unos y postergar otros y, en consecuencia –en alguna medida– se percibe siempre a sí mismo en una condición de culpabilidad.

Así, por ejemplo, Antígona, en la obra de Sófocles, enfrenta los mandatos contradictorios provenientes de las leyes no escritas de los dioses, que la obligan a la piedad filial frente al hermano, aún cuando éste haya muerto luchando contra Tebas, y de las leyes escritas de la ciudad, que ordenan el castigo inmisericorde de los traidores; ella acoge la exigencia de los dioses y paga con su vida esa elección.

En forma similar, los cuatro principios bioéticos nos enfrentan a obligaciones a menudo contradictorias; eso sucede, por ejemplo, en el caso de un enfermo cuyos sufrimientos y pronóstico pudieran inclinar al médico a escuchar su petición –hecha en función del principio de autonomía– de poner fin a su vida, mientras que el de no-maleficencia le exigiría respetarla.

Así, el inevitable preferir y postergar unos principios en relación a otros implica hacer una excepción en la aplicación de aquél que se posterga; ahora bien, Beauchamp y Childress, recurriendo a la distinción establecida por David Ross entre “deberes *prima facie*” y “deberes actuales o reales”, plantean que los cuatro principios tienen un mismo rango y, por lo tanto, obligan por igual mientras no entren en contradicción entre sí; sin embargo, cuando esa contradicción se produce, se debe priorizar uno de ellos, postergando el resto. En esta forma, los principios representarían deberes *prima facie* y sólo aquél que es priorizado llegaría a tener el carácter de un deber real.

Nos encontramos, así, ante el problema de cuál podría ser el criterio que guíe las necesarias excepciones. Si la pregunta se la planteamos a la deontología, ámbito en el que Childress reconoce su lugar de procedencia teórica, la respuesta es que la aplicación de los principios no admite excepciones; por lo tanto, el criterio solo puede provenir del utilitarismo en el que milita Beauchamp y es, entonces, un criterio fundamentalmente consecuencialista: la regla obliga cuando su aplicación desemboca en la mayor felicidad para el mayor número. Comprobamos, pues, que la propuesta de estos autores no implica una superación de la contraposición entre deontología y utilitarismo, sino más bien la imposición subrepticia de éste sobre la primera.

### Una propuesta para solucionar dicho problema

#### *Niveles de mínimos y máximos morales y jerarquización de los principios bioéticos*<sup>4</sup>

Apyándose en la distinción introducida por Habermas y Apel entre dos niveles, que el primero llama de “autonomía” y de “autorrealización” y el segundo partes A y B de la ética, y que en el primer capítulo de este libro analizáramos en la exposición que de ello hace Adela Cortina, Diego Gracia introduce en bioética esta distinción entre mínimos y máximos morales, relacionándola con una jerarquización de los principios.

El nivel de mínimos se expresaría en los principios bioéticos de no-maleficencia y de justicia, que prohibirían la discriminación en los ámbitos biológico y social. “El primero es la aplicación de la ley de que todos los hombres somos iguales y merecemos igual consideración y respeto al orden de la vida biológica, y el segundo, el de justicia, al de la vida social”<sup>5</sup>.

Los deberes de este nivel, definidos por los principios antes mencionados, coincidirían con lo que la ética tradicional ha considerado como “deberes perfectos” o “deberes de bien común”; constituirían el momento kantiano, formal, deontológico y, en consecuencia, universal de la moral; dichos deberes nos obligarían a todos por igual, incluso a los “extraños morales” que conviven en las sociedades pluralistas, esto es, a quienes no comparten los mismos valores y tienen distintos ideales de perfección y de felicidad. Representaría el nivel de lo “correcto” o “incorrecto” y correspondería al ámbito propio del Derecho, por lo que los deberes que lo constituyen podrían ser impuestos incluso coactivamente.

Pero junto al anterior existiría también un segundo nivel, el de máximos; en éste, cada persona, ejerciendo su autonomía, podría elaborar su proyecto de vida en función de sus propios ideales, siempre históricos, personales e intransferibles. Los principios que corresponderían a este nivel son los de autonomía, entendida en su sentido bioético de capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción, y el de beneficencia, íntimamente ligado a aquél, puesto que cada persona tiene su propia concepción de lo que es bueno para ella.

Los deberes de este nivel coincidirían con los que la ética tradicional consideró como deberes “imperfectos” o de “bien particular”; constituirían el momento aristotélico, de la ética de la virtud, o de la felicidad, basada en

<sup>4</sup> Al respecto, ver Gracia D. *Procedimientos de Decisión en Ética Clínica*. Madrid: Eudema, 1991: 97-137.

<sup>5</sup> Op. Cit. p. 107.

principios consuetudinarios que obligan sólo a aquéllos que los comparten y a cuyo cumplimiento se puede exhortar pero no obligar. Representaría el nivel de lo "bueno" y de lo "malo" y correspondería al ámbito específico de la moral.

Los principios de ambos niveles obligarían por igual mientras no aparecieran conflictos entre ellos, vale decir, serían *prima facie*; pero, en el caso de haberlos, los principios del nivel de mínimos tendrían prioridad sobre los del nivel de máximos.

Esta jerarquía se definiría, en último término, en función de lo que Diego Gracia llama el "sistema de referencia moral".

### Sistema de referencia y esbozos morales

Frente al largo debate de la ética-filosófica relativo al fundamento de la validez de las normas morales que dividió la tradición entre teleología y deontología, la bioética surge con una vocación procedimental; vale decir, intenta dejar de lado ese debate para centrarse en el diseño de procedimientos para la solución de los conflictos que representan un rasgo inevitable de la vida moral.

La bioética europea, sin embargo, a diferencia de la norteamericana más marcada por esa vocación procedimental, parece no resignarse a renunciar completamente a la consideración del fundamento. Es así como Diego Gracia nos habla de un "*a priori*", que para él representa "lo dado", y que en cuanto tal no sería racional como pretende ser el *a priori* kantiano, ni lo sería siquiera en el sentido morigerado que lo racional adquiere en la ética discursiva, sino pre-racional. Representaría aquello que la razón descubre como dado y a partir de lo cual construye sus sistemas.

A este *a priori* pre-racional Gracia lo llama "sistema de referencia moral" y lo presenta como lo único absoluto, en relación a lo cual no puede haber excepciones y que –por el contrario– ofrece el criterio que permite, llegado el momento, hacer esas excepciones correctamente.

Dicho sistema de referencia incluiría dos premisas, una ontológica y otra ética, formuladas en los siguientes términos. "Premisa ontológica: el hombre es persona y en tanto que tal tiene dignidad y no precio. Premisa ética: en tanto que persona, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto"<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Gracia D. *Ética y Vida*. Tomo I. Santa Fe de Bogotá: Ed. El Búho, 1998: 24-25.

Este *a priori* ontológico ético formaría parte de nuestra originaria aprehensión de realidad; sería en ese sentido para nosotros irrefutable y transhistórico y representaría un ideal o idea reguladora, de carácter formal y, gracias a ello, de validez universal; este ideal iría adquiriendo diversos y sucesivos contenidos a lo largo de la historia, mediante lo que Gracia llama los "esbozos morales", que serían elaboraciones racionales a partir de eso dado pre-racional, tendientes a encarnarlo en la realidad. Ejemplos de tales esbozos serían, entre otros, los diez mandamientos, la doctrina de los derechos humanos y los mismos contenidos de los principios de la bioética.

Los principios de no-maleficencia y de justicia, al prohibir la discriminación en los ámbitos biológico y social, se relacionarían directamente con el *a priori* ontológico-ético constitutivo del sistema de referencia moral, que exige igual consideración y respeto para todos los hombres puesto que –en tanto personas– éstos son fundamentalmente iguales. Por consiguiente, estos dos principios, tendientes al logro del bien común, plantearían una exigencia que trascendería la autonomía de las personas, generarían una obligación que queda por encima de las voluntades individuales y, debido a ello, podrían ser impuestos incluso coactivamente.

Los principios de autonomía y beneficencia, en cambio, cautelarían el logro del bien particular y si cada uno de nosotros tiene el derecho de buscar su propio bien, cada uno tiene también la obligación de postergarlo cuando interfiere con el logro del bien común.

En consecuencia, los principios de no-maleficencia y de justicia tendrían prioridad sobre los de autonomía y de beneficencia; vale decir, si bien todos obligan por igual mientras no entren en conflicto, cuando éste se produce, la excepción debe hacerse en referencia a los dos últimos.

Diego Gracia considera que esta distinción de niveles y el reconocimiento del sistema de referencia que la posibilita tiene gran importancia, no solo porque facilita las decisiones en lo que respecta a las necesarias excepciones en relación a la aplicación de los principios, sino también en cuanto permite evitar la caída en uno de dos "extremismos" contrapuestos. "El propio de todos los totalitarismos políticos, (que) ha sido el de negar el nivel 2, convirtiendo todo en deberes de nivel 1" y "El extremismo opuesto (que) es el de negar el nivel 1, convirtiendo todo en nivel 2. Ésta ha sido siempre la utopía liberal extrema y libertaria". En cambio, "la ética clásica distinguió siempre entre dos tipos de deberes, los llamados de obligación perfecta o de justicia, y los de obligación imperfecta o caridad"<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Op. Cit. p. 130.

### Los dos momentos del razonamiento moral y el nuevo intento de superar la contraposición entre teleología y deontología

Sin embargo, el reconocimiento del sistema de referencia, de los dos niveles constitutivos de la vida moral, de los principios que cada uno incluye y de las respectivas jerarquías con las prioridades que ellas definen no agotan todas las etapas involucradas en el procedimiento bioético, tendiente a la solución de conflictos.

Antes hacíamos referencia a la condición trágica de la vida moral que nos enfrenta a valores contrapuestos, y en apariencia igualmente exigentes, entre los que nos vemos obligados a elegir; ahora debemos revisar otro aspecto de esa trágica condición: la inevitable contradicción entre el carácter general de los principios y los conflictos morales, que son siempre concretos, particulares<sup>8</sup>.

Este segundo tipo de conflictos determina la necesidad de distinguir dos momentos en el razonamiento moral; el de los principios, racional y *a priori* y el de la particularidad, siempre experiencial y *a posteriori*. Este segundo momento, que Aristóteles caracterizó como el de la *phrónesis* (prudencia), que es propiamente el momento de la deliberación que correspondería ejercer a los Comités de Bioética, debe necesariamente considerar las consecuencias de la aplicación de los diversos principios para definir sus inevitables excepciones.

En esta forma, si antes distinguimos dos niveles en relación a las respectivas jerarquías de los principios, ahora debemos reconocer dos momentos en el desarrollo del procedimiento tendiente a la solución de los conflictos morales: "uno principialista, deontológico y *a priori*, y otro consecuencialista, teleológico y *a posteriori*. El primero sirve para establecer las 'normas', y el segundo las 'excepciones' a la norma"<sup>9</sup>. Esto es, sirve para definir cuándo las consecuencias de la aplicación determinan la necesidad de hacer una excepción en la aplicación del principio<sup>10</sup>.

El criterio que orienta estas excepciones está dado por la misma premisa ontológico-ética constitutiva del sistema de referencia moral: que todos los hombres merecen igual consideración y respeto; esa consideración y ese respeto son, precisamente, los que a menudo exigen hacer una excepción en

<sup>8</sup> Al respecto, ver Gracia D. *Ética y Vida*. Tomo 1. Fundamentación y Enseñanza de la Bioética. Santa Fe de Bogotá: Editorial El Búho, 1998: 24-27.

<sup>9</sup> Op. Cit. p. 24

<sup>10</sup> Al respecto ver la esquemática de los distintos momentos del razonamiento moral presentada por Diego Gracia. Op. Cit. pp. 24-25.

relación a la aplicación de los principios, tratando –sin embargo– de distanciarse lo menos posible de sus exigencias.

En esta forma, la propuesta de Diego Gracia combina los procedimientos principialista y consecuencialista, en un nuevo intento por superar efectivamente la contraposición entre deontología y teleología presente en la tradición ético-filosófica occidental, para presentar ambas herencias como dos momentos –igualmente necesarios– en el procedimiento tendiente a la solución de conflictos morales.

### Bibliografía

- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1979.
- Cortina A. *Ética Mínima*. Introducción a la Filosofía Práctica. Madrid: Tecnos, 2000.
- Escribá A. Antigona y las fuentes del conflicto moral según Hegel y Ricoeur. *Revista de Filosofía* 1996; Vol. XLVII - XLVIII.
- Estévez A. Bioética: de la cuestión nominal a la caracterización de su concepto. Tesis para optar al Grado de Magíster en Bioética. Universidad de Chile. 2000.
- Gafo J. 10 palabras claves en Bioética. 5<sup>a</sup> ed. Pamplona: Editorial Verbo Divino, 2000.
- Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema, 1989.
- Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991.
- Gracia D. *Ética y Vida*. Santa Fe de Bogotá: Editorial El Búho, 1998. 4 tomos.
- Potter, Van Rensselaer. *Global Bioethics*. Michigan State University Press, 1988.
- Ross D. *The Right and the Good*. Gifford Lectures, Clarendon Press, Oxford, 1930.
- Traducción española, *Fundamentos de ética*. 1972.

## Introducción al método deliberativo en bioética

Pamela Chávez

En este capítulo, reflexionamos brevemente sobre la importancia de la deliberación moral para el desarrollo de la Bioética y, por extensión, de las sociedades auténticamente democráticas. A partir del modelo de Diego Gracia, se realiza una sencilla sistematización del método deliberativo, que intenta ofrecer una síntesis clara de esta estrategia de resolución de conflictos morales, herramienta fundamental del bioeticista o del educador en Bioética.

### La bioética como discurso deliberativo interdisciplinario en los comités de ética

*¡Para, para!*

*Pues ha llegado el momento*

*en que tus dones*

*ya nos bastan.*

*¿Qué pasa? ¡Qué sufrimiento!*

*He olvidado la palabra.*

J.W. GOETHE, "El aprendiz de brujo"

Con estas dramáticas palabras el aprendiz de hechicero, en el poema de Goethe, intenta infructuosamente detener o controlar el poder que ha desatado voluntariamente. La seguridad y admiración inicial ante el conocimiento aprendido del viejo brujo y el dominio que de él se deriva, se transforma en desesperada conciencia de la propia falta de sabiduría para decir "la palabra" que logre reestablecer el orden y la armonía entre humanidad, poder técnico y naturaleza. Análoga es la situación de la humanidad contemporánea frente a sus propias creaciones técnicas.

En efecto, las aplicaciones del desarrollo científico-técnico han dado al ser humano un incremento significativo de su poder de transformación y dominio sobre la tierra, naturaleza y humanidad; mediante ellas puede

transformar la "naturaleza" genética humana, destruir la capa de ozono, hacer desaparecer especies, contaminar aguas y aire, desertificar los suelos, amenazar la vida humana mediante el desarrollo de potencial bélico. La verdadera carencia es la *sabiduría* humana para manejar este poder. Ocurre aquí lo que en el poema "El aprendiz de brujo" de Goethe: el ser humano tiene el poder del conocimiento y la técnica de transformación de la naturaleza para ocuparla en su favor, pero no tiene el *dominio de sí*, es decir, el control sobre su afán de dominio.

Ahora bien, ¿es la "palabra" exigida por la época actual asimilable a la sabiduría ofrecida por las tradiciones religiosas, espirituales y morales desde la antigüedad? Ciertamente, el ser humano necesita hoy más que nunca encontrar la armonía interna consigo mismo, con los demás, con la naturaleza, y con Dios. Pero, junto con ello, lo que exige esta época es una vida social plena de *deliberación moral*, en la cual los problemas generados por sus propia acción y creación sean analizados, tal como lo pide la ética discursiva, por todos los interesados, en condiciones de simetría y libertad; un diálogo social que considere la perspectiva ética y no sólo la perspectiva pragmática o técnica; una deliberación donde se analice no sólo los medios mejores, más eficaces y eficientes en torno a un fin, sino donde se analicen los mismos fines, su legitimidad, su referencia a lo humano, refiriendo los medios y fines a *valores*. Entendemos que "la palabra" o nueva "sabiduría" que esta situación exige es el ejercicio continuo y compartido de la deliberación.

Los "dones" o beneficios de la ciencia-técnica están a la vista; pero el verdadero acontecimiento, lo que nos mueve a la reflexión y nos interpela personal y socialmente es la aparente incapacidad de diálogo e interacción social para dar respuesta a los conflictos y preguntas éticas que ella plantea. Esto sólo puede resolverse con la fortaleza moral de la sociedad. Si ésta se capacita para resolver pacíficamente los conflictos y para proyectar su quehacer no sólo desde el punto de vista técnico-pragmático sino también desde lo moral, entonces podría dejar de sentir o al menos reducir la sensación de temor, amenaza y crisis característica de la modernidad. A este problema pretende contribuir nuestra reflexión en torno a la deliberación como procedimiento de la Bioética.

Entendemos por deliberación un método de reflexión y análisis colectivo orientado a tomar decisiones racionales en condiciones de incertidumbre. Es un proceso inacabado, que no se agota, abierto a la participación argumentativa de todos los interesados. La deliberación así entendida forma parte de la misma estructura de este nuevo conocimiento que llamamos "Bioética".

En efecto, la Bioética no es solamente una *ética aplicada*, esto es, la reflexión ética sobre principios dados en un campo especial del saber, sobre fundamentación, teorías, principios morales; tampoco debe ser entendida únicamente como *ética clínica*, consistente en la aplicación del conocimiento médico, científico y hospitalario sobre los casos que se presentan. La Bioética es también un *discurso interdisciplinario*, que no es médico, ni legal, ni filosófico, pero que no puede prescindir de ninguno de estos aportes: es un *discurso común* compartido y construido con la participación de todos, desarrollado principalmente en los Comités de Ética hospitalarios. La perspectiva integrada de los tres aspectos impide la caída en un reduccionismo filosófico, médico o decisionista<sup>1</sup>.

En este sentido, los Comités de Ética son lugares privilegiados para desarrollar el saber bioético; en éstos, el saber especializado previo de cada uno de los participantes debe ser precedido y presidido por la actitud de aprender de la perspectiva del otro, la capacidad de escuchar al otro y respetar las diferencias, sensibilidad ante ciertos problemas y disposición a atender y cuidar del sufrimiento humano.

El desarrollo de la bioética como deliberación moral es una cuestión que atañe también a la posibilidad de la democracia; como ha visto Diego Gracia, el paso de la democracia participativa a una democracia verdaderamente deliberativa requiere la incorporación de procedimientos y sobre todo actitudes democráticas. La primera de ellas, asumir como principio que la verdad no es privilegio de unos sino una tarea en la que hay que ir avanzando juntos, colaborativamente, con la participación de todos. Ello nos exige tomar posiciones reflexivas, dar razones de ellas y estar dispuestos a modificarlas si en la escucha e interacción con otros descubrimos que eran erradas o incompletas. La deliberación puede ayudarnos a tomar decisiones más correctas y matizadas, en el entendido de que "sin deliberación conjunta no habrá nunca auténtica democracia"<sup>2</sup>.

Gracia destaca el rol que en el desarrollo de la democracia tiene la deliberación social y, en particular, el procedimiento deliberativo de la bioética. Especialmente, tiene el poder de abrir el diálogo en el ámbito de lo privado, donde rigen los principios éticos de nivel 2, Autonomía y Beneficencia. Esto es una enorme posibilidad para la sociedad humana, en el entendido de que los problemas relativos a mínimos de No Maleficencia y Justicia deben ser

<sup>1</sup> Cfr. Estévez A. "Bioética y Comités Hospitalarios". *Cuadernos del Sur, Filosofía*, 28, octubre, 1998, Universidad Nacional del Sur, Argentina.

<sup>2</sup> Cfr. Gracia D. "Democracia y Bioética". *Acta Bioethica. Revista del Programa Regional de Bioética, O.P.S./O.M.S., 2001, año VII, Nº2: 343-54*. Cfr., además, Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. En: *Ética y Vida I. Santa Fe de Bogotá: Ed. El Búho*, 1998: p. 127ss.

regulados legalmente en toda sociedad democrática. Pero el diálogo en torno a las éticas de máximos puede ser fundamental para definir los contenidos propios de la ética de mínimos; al mismo tiempo, para permitir que las decisiones sean respetuosas con los valores de las personas<sup>3</sup>.

### La deliberación como objetivo de la bioética y de su enseñanza

El desarrollo de la bioética pasa obviamente por su enseñanza. Ésta debe atender a los tres tipos de objetivos que constituyen la finalidad u orientación de toda actividad pedagógica: objetivos de conocimiento, de habilidades y de actitudes.

Los objetivos de conocimiento se refieren a un grupo de saberes objetivos, disciplinarios, específicos, transmisibles, todos los cuales responden a una necesidad de "saber". En Bioética, los contenidos de conocimiento son, por ejemplo, los distintos tipos de valores, principios y normas; su jerarquización; la comprensión de las condiciones socioculturales del surgimiento e historia de la Bioética; la comprensión de fundamentos y teorías morales que la sustentan; la comprensión de los problemas bioéticos en diversos ámbitos, etcétera.

Los objetivos de habilidades se refieren a procedimientos, técnicas, habilidades, métodos que responden a la necesidad de "saber hacer". Aunque este nivel es más difícil de asimilar que los contenidos de conocimiento, a los cuales presupone, en Bioética es esencial; a este objetivo se refieren los procedimientos de análisis y decisión de casos de conflicto moral, la habilidad de identificación de valores, la propuesta de jerarquía, el emitir juicios de valor, evaluar las consecuencias, participar en la discusión crítica.

Los objetivos de actitudes se refieren al desarrollo de disposiciones, del carácter, valores y virtudes y responden a la necesidad de "ser" y "valorar". Éste es un nivel profundo, difícil de educar; en Bioética, podemos entenderlo como el desarrollar la sensibilidad hacia el carácter valórico y normativo del mundo humano, de las profesiones, de la techno-ciencia; actitudes de tolerancia y respeto activo, de valoración y aceptación de la diferencia en el ámbito moral, de comprensión y acogida del otro.

Los tres ámbitos están ligados entre sí; para el desarrollo de la Bioética es necesario aprender el "cómo" incorporar la reflexión moral en el quehacer profesional de cada cual y en la vida social común a todos. Podemos conocer la historia de la bioética, definirla, valorar su importancia; pero sólo podremos desarrollar la Bioética realmente si sabemos *cómo* analizar problemas

<sup>3</sup> Cfr. Gracia D. "Democracia y bioética". p.352.

morales desde la perspectiva interdisciplinaria bioética, teniendo en cuenta los principios, evaluando las circunstancias y consecuencias, es decir, *deliberando*.

### El método deliberativo como método de investigación ética

La vida moral supone el conflicto; éste como todo problema o pregunta nos exige una decisión, una resolución. En el decidir hay dificultad, pues toda decisión difícil es incierta e implica renunciar a importantes posibilidades y comprometerse con una opción determinada. El tener que renunciar es el sentido trágico de la vida moral; la incertidumbre deriva de la precariedad de la misma razón humana que no puede estar totalmente segura de que lo elegido es el mejor camino; es una seguridad probable, hipotética, tiene algo de "temor y temblor", de límite, de angustia; pero no podemos eximirnos de elegir.

La toma de decisión en caso de conflicto moral puede provenir de diversos ámbitos de la persona: podemos decidir emocional o impulsivamente, azarosa o pragmáticamente, intuitivamente, basándonos en autoridad, tradiciones o expectativas de otros, etc. Pero entendemos que es deliberación plenamente humana si incorpora la perspectiva racional y reflexiva. Esto no significa que ignore la consideración de aspectos tan importantes como las emociones, los afectos, el sentimiento moral; éstos siempre estarán presentes en una deliberación. Pero sí que debe integrar éstos en una comprensión u ordenación que no puede sino provenir del ejercicio racional, el cual nos permite, en definitiva, entendernos y tomar acuerdos con otros.

El método deliberativo de Gracia es un procedimiento racional colectivo de análisis y resolución de problemas éticos. Como los métodos casuísticos y clínicos<sup>4</sup>, tiene una fase de recopilación de datos y otra en que aplica normas de evaluación. Entiende que un buen método debe mantener la evaluación moral vinculada con los hechos, con el fin de evitar falsas generalizaciones y mantenerse arraigada en las situaciones de la vida real.

Se contraponen a los métodos decisionistas de tipo dilemático, como los basados en la teoría de la decisión racional, que entienden que todo tiene una solución y que hay un procedimiento para decidir lo correcto entre dos opciones. La deliberación es un método *problemático* que pone énfasis no en la decisión sino en la deliberación, en el análisis y discusión racional y colaborativo. La deliberación es más cercana a la *dóxa*, opinión probable, que a la *epistémé*, verdad cierta e indudable. Siguiendo a Aristóteles, Gracia considera que no se

<sup>4</sup> Para una completa descripción de estos métodos, Cfr. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991.

delibera sobre lo que es absolutamente cierto, sino sobre lo que puede ser de varias maneras, en lo cual el resultado siempre tiene una dosis de imprecisión, oscuridad o perplejidad<sup>5</sup>; esta incertidumbre nunca puede agotarse por completo en la decisión moral, pero puede reducirse al máximo mediante un buen procedimiento racional. La deliberación, entonces, es el método para tomar decisiones probables o decisiones racionales en condiciones de incertidumbre. Por esta razón, el proceso deliberativo tiende a ser colectivo, participativo y termina en una decisión prudente o juicio prudencial.

El método deliberativo como forma práctica de desarrollo de la bioética, responde a una fundamentación racional de la ética como discurso y como ética de la responsabilidad. En efecto, los presupuestos básicos de la deliberación corresponden a los de la argumentación racional en el sentido de la ética discursiva: debe darse cabida a todos los intereses, apoyarse con un buen manejo y desarrollo de la discusión grupal, una actitud no impositiva por parte de cada uno de los participantes, dar a todos la posibilidad de argumentar, considerar a todo ser capaz de comunicación como un interlocutor válido, favorecer las condiciones de simetría entre los interlocutores. Asimismo, la deliberación incorpora las exigencias de una genuina ética de la responsabilidad, en el sentido de Weber, en la medida que considera a la vez principios éticos y consecuencias de la acción<sup>6</sup>.

La deliberación como procedimiento racional de resolución de conflictos, integra etapas de comprensión de los hechos y los valores involucrados, análisis de los principios, ponderación de circunstancias y consecuencias y juicio moral, decisión o recomendación ética.

Así, en el método deliberativo de Gracia están presentes tres niveles:

- *Nivel comprensivo*, que nos permite darnos cuenta del problema, de los hechos y valores implicados, del contexto en que ocurre, los problemas de hábitos y carácter moral.
- *Nivel analítico*, o análisis de los principios bioéticos involucrados y ponderación de las circunstancias y consecuencias concretas, la determinación de los diversos cursos de acción posibles.
- *Nivel resolutorio*, etapa final, derivada de lo anterior, de toma de decisiones, juicio moral o recomendación ética<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Cfr. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Libro III, 3.

<sup>6</sup> Cfr. Weber, Max. *El político y el científico*. Madrid: Alianza, 1997.

<sup>7</sup> Es importante mencionar que la finalidad de este nivel es establecer una recomendación moral, mediante la reflexión colectiva, metódica e interdisciplinaria, que ayude a la persona en la toma de decisiones, sin reemplazarla; la deliberación que se da, por ejemplo, en los Comités Asistenciales de Ética, tiene carácter consultivo y no ejecutivo ni decisorio.

El procedimiento general de la deliberación tiene tres momentos: el primero, un marco referencial absoluto y abstracto que es el principio de respeto a todos los seres humanos, de carácter indiscutible y que constituye el "canon" de la moral. Un segundo momento lo constituye la consideración de los principios universales *prima facie*, en el sentido de Ross<sup>8</sup>: los principios de primer nivel que enuncian los deberes perfectos de "No ser maleficente" y "No ser injusto" y los de segundo nivel, que enuncian los deberes imperfectos de "Ser beneficiante" y "Respetar la autonomía". Finalmente, un tercer momento lo constituye la evaluación de las circunstancias y consecuencias previsibles, que es la instancia de ponderación de lo concreto y particular.

En este marco, el proceso deliberativo sobre casos concretos, considerado como un método de investigación ética, debería seguir los siguientes pasos básicos o fases<sup>9</sup>:

1. *Presentación del problema*: Es una narración sintética pero lo más completa posible de todos los hechos, acciones, omisiones, personas, opiniones y circunstancias que rodean el caso particular de conflicto moral que se pretende analizar. Esta presentación debe ser redactada de manera preferencial en forma escrita, en un lenguaje comprensible para todos los participantes, por la persona responsable de tomar la decisión, la cual debe tener un conocimiento suficientemente profundo del problema o caso a tratar.
2. *Aclaración de los hechos*: El proceso comprensivo se completa con esta instancia que, sin pasar aún al debate respecto a valores y principios involucrados, pretende aclarar las dudas de todo el grupo deliberante acerca de los hechos, precisándolos, profundizándolos, ampliando información sobre ellos, contextualizándolos; en la ética clínica, será fundamental la discusión y clarificación de los aspectos médicos del caso. Es una etapa fundamental, pues no puede haber una buena discusión sobre valores y normas éticas, si antes no hay una comprensión profunda de los hechos; en efecto, una buena percepción de los hechos nos permite descubrir los valores que siempre están presentes en ellos y a los cuales pretendemos proteger mediante normas morales, prescripciones y principios éticos<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> Cfr. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema, 1989: 455ss.

<sup>9</sup> Cfr. Gracia D. "La deliberación moral: el método de la ética clínica". Proyecto *Bioética para clínicos*. Instituto de Bioética, Fundación de Ciencias de la Salud. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 18-23.

<sup>10</sup> Los pasos 1 y 2 corresponden al nivel comprensivo de la deliberación; la capacidad de comprensión crítica de los problemas morales, siempre particulares y situacionales, puede

3. *Identificación de problemas éticos*: Es una etapa que puede desarrollarse mediante un método de "tormenta" o "lluvia de ideas", en el que todos los participantes colaboran intentando visualizar *todos* los problemas implicados en el caso, ya sean procedimentales, técnicos o de claro carácter moral, enunciándolos sintéticamente e incorporándolos a un listado lo más completo posible. Esta etapa permite reflejar la complejidad siempre presente en un caso de conflicto moral, en el que se dan cita diversos problemas simultáneamente.

4. *Selección del problema a deliberar*: La complejidad de un caso de conflicto moral exige tomar una decisión respecto a qué problema se deliberará, o cuál es la pregunta que se intenta responder. Es importante resolver cada problema en forma separada, secuencial y no simultáneamente; por ello, la persona responsable de presentar el caso debe elegir el problema moral que le preocupa y quiere discutir. La selección del conflicto ético fundamental permite ordenar la discusión, evitando la confusión y aumentando la posibilidad de entendimiento.

5. *Deliberación sobre el conflicto fundamental*: El análisis conjunto debe orientarse hacia los principios éticos en juego, intentando clarificar cuál es el conflicto ético fundamental, entre cuáles principios y de qué nivel; asimismo, el análisis debe atender necesariamente a las condiciones particulares del caso. Deben visualizarse y establecerse todas las salidas o *cursos de acción posibles*, ponderando en cada uno los principios éticos que involucra y sus consecuencias previsibles; a partir de ello, e intentando alejarse de los caminos extremos, puede proponerse un curso de acción que parezca óptimo y deliberar sobre él, dando razones en pro y en contra, rectificándolo, enriqueciéndolo.

6. *Toma de decisiones*: Como resultado de la deliberación, se espera llegar a un juicio prudencial, una resolución, una decisión o una recomendación moral. Como una forma de contrastación, el resultado puede evaluarse mediante un criterio de "seguridad", analizando su posibilidad de ser universalizable, ser defendido racionalmente en público y no ser contradictorio con el marco legal correspondiente. En el caso de que no exista un consenso total respecto a la resolución del grupo deliberante mayoritario, es conveniente hacer referencia en las conclusiones a las objeciones o argumentos en contra de la decisión

ser coadyuvada por métodos narrativos que, a largo plazo, eduquen el carácter y la sensibilidad moral ante ciertas situaciones y conflictos humanos.

tomada así como de los argumentos en contra de esos argumentos; de esta manera se abre un espacio para todas las perspectivas y para las reflexiones futuras.

Los pasos así descritos sólo pretenden ser una sistematización que oriente el proceso deliberativo, pudiendo sufrir variaciones según las características del grupo que en él participe. Ciertamente lo fundamental del método deliberativo de Gracia no puede ser descrito sino, como todo procedimiento, debe ser aprendido ejecutándolo, es decir, deliberando. La más bella lección que podemos aprender de este ejercicio es que, aunque dialogar con otros de cuestiones morales nunca es fácil, especialmente si involucra el ámbito humanamente tan preciado de nuestras éticas de máximos, dialogar y llegar a resoluciones compartidas *es posible*. Las diferencias de valores, de culturas, de disciplinas y saberes pueden pasar de ser un obstáculo a una ayuda para la *deliberación moral*, aquella "palabra olvidada" que la humanidad, la eterna aprendiz, debe procurar ejercitar y aprender.

## Introducción al enfoque narrativo en bioética

María José López

Ya Aristóteles presenta la relación entre ética y narratividad. En su poética el filósofo plantea que habría una cierta relación entre la racionalidad ética y aquélla que nos permite elaborar y comprender intrigas. Es decir, en cierto sentido, la inteligencia ética, aquélla que nos permite enfrentar, resolver y aprender de los conflictos éticos, tiene una *estructura narrativa*<sup>1</sup>.

Éste es un tema ampliamente explorado por el pensamiento filosófico contemporáneo, que de la mano del desarrollo de la teoría literaria y la semiótica, ha indagado en los campos de la narratividad, vinculando por ejemplo, narratividad, identidad humana y crisis de la filosofía del sujeto (Arendt)<sup>2</sup>. Como también, experiencia humana, fundamentalmente experiencia de la temporalidad e identidad, entendida como identidad narrativa (Ricoeur)<sup>3</sup>.

Por enfoque o método narrativo en bioética podemos entender el trabajo de una serie de autores, especialmente norteamericanos, que durante más de tres décadas han indagado en las relaciones que existen entre narrativa, ética y el conocimiento como la práctica médica.

Para Anne Hudson<sup>4</sup>, el desarrollo del enfoque narrativo en la formación médica y no sólo bioética presenta tres etapas históricas de desarrollo:

A. En una primera etapa durante los años setenta, el estudio de obras literarias en las escuelas de medicina tenía como fin el desarrollo de la empatía y las habilidades interpretativas. Las narraciones literarias ofrecían la posibilidad de un aprendizaje de la semiótica médica, necesaria para la labor clínica. Se buscaba desarrollar lo que pode-

<sup>1</sup> Aristóteles. La poética. México: Editores Mexicanos Unidos, 1996.

<sup>2</sup> Arendt H. La Condición Humana. Barcelona: Paidós, 1993.

<sup>3</sup> Ricoeur P. Tiempo y Narración. Madrid: SXXI, 1995.

<sup>4</sup> Hudson A. Literature and Medicine: Narrative ethics. Lancet (April) 1997; 349: 26.

mos entender como las capacidades hermenéuticas del alumno, de comprender e interpretar otras realidades, y sobre todo a otras personas. El supuesto presente en este objetivo es el de la existencia de una cierta superioridad hermenéutica de la narración en la comprensión-comprensión de lo propiamente humano. Cierta prioridad antropológica de lo narrativo como estructura comprensiva. Lo humano se revela de esta manera como algo que primariamente puede ser narrado<sup>5</sup>.

B. En una segunda etapa durante los años ochenta, se amplió y profundizó la relación entre medicina y narrativa, como en general entre medicina, literatura y arte. Comienza a vincularse el estudio y el trabajo de lo narrativo en medicina con la creciente preocupación por la ética. Entre otros tópicos, la narrativa y su teoría comienzan a ser utilizadas para explorar la adquisición y transmisión de conocimiento médico en general, para estudiar la naturaleza de la relación médico paciente, analizar las convenciones de varios géneros médicos (historias clínicas, informes médicos, casos clínicos, etcétera).

C. En una tercera etapa ya en los años noventa, hay un notable desarrollo del tema en el ámbito biomédico que además continúa en constante expansión. Se estudia la inherente estructura narrativa del conocimiento y la práctica médica, los hábitos de los médicos, con los aspectos y conflictos éticos que con el decisivo desarrollo de la bioética, ha conformado un campo central de estudio. También se incentiva el trabajo de la vinculación con la ética médica y su enseñanza. A continuación, revisaremos algunas de las principales posturas de esta última etapa, intentando dar con un panorama general del tema.

### Narrativa, conocimiento y práctica médica

Para Kathryn Montgomery<sup>6</sup> la medicina al igual que las leyes, la criminalística, la moral teológica, constituye un tipo de conocimiento basado en casos. Es decir, al menos una dimensión importante de su quehacer, tiene que ver con el conocer y analizar a fondo cada caso particular, ya que sólo el conocimiento de las singularidades del caso específico permitirían cumplir con el objetivo de darle cura<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Esta tesis es la que explora Paul Ricoeur, para quien la experiencia humana, que constantemente requiere ser examinada (siguiendo la idea socrática de que una vida que no es examinada no vale la pena de ser vivida), encuentra en la narración su forma privilegiada de expresión. Esto porque la narración como estructura mediadora recoge y expresa el carácter temporal de la experiencia. Ver Ricoeur P. Tiempo y Narración. Madrid: SXXI, 1995.

Esta necesidad de conocer la particularidad y su contexto podría ser satisfecha por la narración como estructura epistemológica privilegiada para el conocimiento de esa particularidad. El caso se convierte en narración bajo la forma de una historia clínica, la particular narración de la experiencia de la enfermedad concreta del paciente.

Evidentemente este tipo de conocimiento debido a su misma particularidad presenta grandes limitaciones. Para ampliar estos límites, la construcción narrativa de conocimiento sobre el caso particular, no puede ser creación exclusiva del médico y debe, en la medida de lo posible, involucrar la participación del paciente, del personal a cargo del cuidado del paciente, y también de los familiares involucrados en la enfermedad y cura del paciente.

La historia clínica es así el resultado del encuentro y el diálogo de distintas versiones sobre la enfermedad nacidas de los distintos involucrados. En este caso, la tarea de la narración consiste en la construcción de una historia particular de la enfermedad del paciente, con la cooperación de todos los involucrados en el caso.

### La labor hermenéutico-narrativa del médico

Según Montgomery<sup>8</sup>, lo propio de la experiencia clínica del médico es en cierto sentido una experiencia narrativa. Lo que el médico conoce de una paciente y su enfermedad son una serie de signos dispersos que requieren ser interpretados y formulados en una narración que permita hacer sentido.

La narrativa es un puente, una estructura mediadora que comunica y hace posible el encuentro del conocimiento teórico y técnico que los médicos traen y dominan al egresar de las escuelas de medicina y el caso particular del enfermo. De esta manera, la narrativa se convierte en un modo de aplicación de los conocimientos especializados, el soporte que hace posible un diálogo entre esos conocimientos y el tratamiento del paciente individual.

En un primer momento el médico atraviesa este puente, tomando la narración de la enfermedad que le da el paciente (*Cuéntame por qué vino a consultar, Qué le pasa, Qué le duele*) e intenta interpretarlos a la luz de los conocimientos médicos especializados que posee. Una vez hecha esta interpretación, considerando a veces datos empíricos otorgados por el apoyo de exámenes, vuelve al paciente con una nueva narración: *el diagnóstico*.

<sup>6</sup> Encyclopedia of bioethic the oxford. Oxford: Oxford University Press, 1997: 1791.

<sup>7</sup> Platón en el Banquete nos recuerda como el arte de la medicina no consiste en curar el cuerpo en general, sino el cuerpo concreto y particular del enfermo, quien es el que padece la enfermedad.

<sup>8</sup> Montgomery K., op. cit. p. 1791.

Montgomery compara este método con el método usado por Sherlock Holmes, que a partir de ciertas pistas y datos va reconstruyendo retrospectivamente la historia del crimen, en este caso de la enfermedad. En un movimiento que no es propiamente inductivo o deductivo sino que transita constantemente en ambos sentidos, en un diálogo constante entre experiencia concreta y conocimiento abstracto, asemejándose al recorrido propio de la interpretación: el círculo hermenéutico.

### **Narrativa, resolución de conflictos en ética, enseñanza de hábitos y virtudes**

Pero la narrativa no sólo puede relacionarse con ciertas formas de conocimiento y de práctica médica, al parecer también puede cumplir una tarea importante en la enseñanza, el análisis y la resolución de conflictos éticos en el ámbito biomédico.

La representación narrativa se ha convertido en una importante herramienta para la enseñanza de la ética médica en la medida en que permite un acceso a la experiencia subjetiva, da a los alumnos un acceso a la percepción y al juicio de otro ser humano, y ofrece sentidos para el pensamiento acerca del significado de la enfermedad en la vida del paciente, el rol del médico en la relación médico-paciente, etcétera.

También da oportunidad a la imaginación moral de reflexionar y de proveer de argumentos, que permiten a los estudiantes ensayar el análisis y la resolución de conflictos. Podemos decir que actualmente, la lectura, el análisis, e incluso la representación de narraciones que ilustran problemas éticos vinculados a la experiencia biomédica, ocupan un lugar importante en la enseñanza de la bioética.

Ya sea si se recurre a obras de la literatura universal, recreación de casos, historias clínicas, historietas o películas, la narrativa ofrece oportunidades pedagógicas para aprender sobre conflictos éticos y sus resoluciones, hábitos, actitudes y todo lo que tenga que ver con la experiencia ética concreta.

En relación con el ámbito de los conflictos éticos, la narrativa cumpliría un importante rol. Generalmente la resolución de conflictos éticos ha sido trabajada por los bioeticistas, especialmente norteamericanos desde la perspectiva de los principios bioéticos. Pero la aplicabilidad de los principios bioéticos está inevitablemente vinculada con el caso particular, y los casos particulares regularmente provocan un cuidadoso estudio de las normas.

Para David Burrell el enfoque narrativo es fundamental para el análisis de cualquier conflicto moral en bioética, ya que el funcionamiento de la razón práctica es siempre en un contexto que puede ser comprendido narra-

tivamente. La narración como estructura de sentido permitiría entender los problemas éticos en lo que tienen de concreto y circunstanciado. En este sentido, narratividad y conflicto se relacionan íntimamente, "narrativa y explicación están en íntima dependencia, razón por la cual los desacuerdos morales conllevan historias explicativas rivales"<sup>9</sup>.

Son las historias o las versiones diferentes sobre una misma historia lo que genera el conflicto ético. Estas historias o narraciones son las que se pueden transformar, corregir, fusionar, someter al diálogo y a la confrontación con otras historias.

En este sentido, la perspectiva narrativa se relaciona con la imputabilidad de las posturas morales de un conflicto. Las controversias éticas enfrentan a posturas a posiciones que vienen de comprensiones narrativas distintas y a veces incommensurables. Lo que caracteriza a estas posturas que entran al conflicto es, sin embargo, el hecho de que pueden ser imputadas, cuestionadas por el otro.

Diego Gracia interpretando a Burrell, nos dice que de esta postura "se sigue que los conflictos éticos no deben entenderse tanto como conflicto de principios, cuanto como historias rivales. Estas historias, por lo demás no difieren primaria ni principalmente por los actos de sus protagonistas, sino por sus hábitos (virtudes o vicios) y sus actitudes (carácter), razón por la cual los conflictos no se interpretan como un desacuerdo en los hechos o actos, sino en los hábitos y el carácter, es decir, en la trama básica de la historia. Analizar el conflicto sólo en el nivel más superficial de los actos, es trivializarlo. De ahí que el enfoque narrativo, según los narrativistas, sea mucho más profundo y comprensivo que el propio de la razón especulativa y abstracta"<sup>10</sup>.

Una perspectiva distinta es la de Howard Brody<sup>11</sup>, para quien hay dos tipos de ética médica: la ética relacional y la decisional. La ética relacional es la propia del nivel de atención primario o del trabajo en comunidad, donde la actividad médica está centrada en la prevención y los problemas éticos planteados tienen que ver con lo cotidiano, los hábitos y las costumbres de la población. Mientras que la ética decisional corresponde al nivel terciario o específico de la práctica hospitalaria, donde la actividad se centra principalmente en lo curativo, en estos casos los problemas éticos tienen que ver casi siempre con la toma rápida de decisiones diagnósticas o terapéuticas. Ambos

<sup>9</sup> Burrell D. From System to Story: An Alternative Pattern for rationality in Ethics, Truthfulness and Tragedy. Notre Dame (Indiana) University of Notre Dame Press, 1977: 15.

<sup>10</sup> Gracia D. Procedimientos de Ética Clínica. Madrid: Eudema, 1991: 51.

<sup>11</sup> Brody H. Story of sickness. New Haven: Yale University Press, 1987.

campos de la ética médica harían necesario enfoques y métodos éticos diferentes. Para el campo de lo decisional serían más oportunos métodos como el principialista, el análisis a partir de principios, mientras que para el ámbito relacional serían más eficientes los métodos narrativos.

De esta manera, parece ser que los recursos narrativos son especialmente eficientes para la enseñanza de todo aquel ámbito que podemos entender como propio de una ética que tiene que ver con virtudes y hábitos, concepciones antropológicas acerca del ser humano y la enfermedad, desarrollo de la capacidad moral, en sus ámbitos reflexivos e imaginativos.

Ésta es también la postura de Diego Gracia, para quien "la ética narrativa es particularmente útil en medicina familiar y comunitaria. (...) El enfoque narrativo ha de atender al contexto mucho más que el puramente decisional. No se puede hacer ética narrativa sin un profundo conocimiento del medio"<sup>12</sup>. Los métodos narrativos permiten una comprensión más integral de los problemas éticos, no sólo considerando sus aspectos intelectuales sino también contextuales del problema y centrándose más que en los actos mismos, en los agentes de esos actos, sus motivaciones, su carácter y hábitos.

Para Gracia, el enfoque narrativo surge como una alternativa al método principialista que él mismo toma de la bioética norteamericana y profundiza. Esto porque "es probable que el modelo de Beauchamp y Childress sirva para resolver conflictos, pero no es claro que pueda evitarlos, ya que esos conflictos suelen deberse a malos hábitos, es decir, a vicios, adquiridos a lo largo del tiempo"<sup>13</sup>. En este sentido se puede comprender el enfoque narrativo en oposición al principialismo: "El enfoque narrativo tiene en común con el casuístico (...) el rechazo de toda razón abstracta y especulativa, y por tanto, la negación de cualquier sistema de principios universales y abstractos"<sup>14</sup>.

Sin embargo, el hecho de que sea un enfoque opuesto no implica necesariamente que principialismo y narrativismo sean enfoques excluyentes. Ambos enfoques al ser aplicables a distintos momentos del quehacer médico, tal como plantea Brody, constituyen perspectivas complementarias. "Este [el método narrativo] es un procedimiento importante, pero que no convierte en inútil el propio del enfoque principialista. Hay situaciones en que es preciso echar mano de éste, y otras de aquél"<sup>15</sup>.

De esta manera, Gracia también adscribe a la complementariedad de los métodos, que cubren distintas necesidades y zonas éticas diferentes, por lo

<sup>12</sup> Gracia D. Procedimientos de Ética Clínica. Madrid: Eudema, 1991: 54.

<sup>13</sup> Gracia D. op. cit. p. 46.

<sup>14</sup> Gracia D. op. cit. p. 50.

<sup>15</sup> Gracia D. op. cit. p. 50.

que aplicados a los campos específicos de acción de cada uno, pueden ser efectivos tanto en la enseñanza con en el análisis y resolución de problemas éticos concretos. Para el autor, mientras el enfoque principialista es más oportuno para el análisis de problemas vinculados al nivel de ética de mínimos, los métodos narrativos presentan mayor efectividad para el análisis y la resolución de problemas de nivel de ética de máximos<sup>16</sup>.

### Narrativa y finalidad ética de la profesión médica

Por último, parece posible distinguir un último aporte del enfoque narrativo a la bioética especialmente clínica, aporte que parece básico y que aunque no coincide exactamente con ninguna de las posturas presentadas, incluye elementos de muchas de ellas.

Si pensamos que el rol del médico es, como ya veíamos, primariamente hermenéutico, en la medida en que a partir de un conjunto de datos y señas dispersas trabaja como el hacedor de una precaria narración-interpretación en colaboración con el paciente y los otros involucrados, trabajo que se resume en la historia clínica de la enfermedad. Podemos entender que la tarea del médico, en términos generales, como la de alguien que busca, o al menos ayuda en la búsqueda de sentido. En este caso esta búsqueda va al menos del sin sentido de los síntomas y muchas veces los malestares de los pacientes, al sentido que ya implica el diagnóstico de la enfermedad y luego el tratamiento.

Si por otro lado, consideramos que esa dispersión previa que es la enfermedad antes del diagnóstico y del tratamiento, es una situación no sólo médica o clínica, sino antes que nada una situación humana compleja: la situación de sinsentido, o de quiebre de sentido en la que el enfermo es el protagonista. De esta manera, el enfermo no es sólo un enfermo sino una persona con una propia vida, es decir, con una narración que de alguna manera, ha quedado puesta en entredicho por la irrupción de la enfermedad. En el caso de una enfermedad grave, por ejemplo, esta situación del sinsentido de síntomas y señas corporales, se vuelve el quiebre de significado de una vida que no sabe como continuará su narración vital.

En estos casos, lo que el paciente busca en el médico no es sólo la construcción de la enfermedad como narración, de una histórica clínica que le permita entender biomédicamente lo que pasa, sino también, una ayuda en la continuación de su propia narración vital. Tal como sugiere Brody<sup>17</sup>, la

<sup>16</sup> Gracia D. op. cit. p. 53.

<sup>17</sup> Brody H. "My story is broken; can you help me fix it? Medical ethic and the joint construction of narrative". Lit Med 1994; 13: 79-92.

enfermedad es antes que nada una situación existencial muchas veces extrema, que irrumpe en la vida del paciente y su entorno, e instaura un sinsentido en la vida del paciente, en el que inevitablemente el médico se ve en alguna medida involucrado. Quiéralo o no, el médico como también el equipo que lo acompaña, se ven requeridos en su condición no sólo técnica especializada, sino también, en la tarea de reconstitución del sentido vital que es enfrentada por el paciente.

Me parece que esta tarea se puede vincular con la perspectiva de la relación médico-paciente que viene de la antropología médica, específicamente de la visión de Laín-Entralgo<sup>18</sup>. Quien ensaya la comprensión de la relación médico-paciente del paradigma de la amistad. En un texto sobre los poderes curativos de la palabra en el mundo clásico, el autor nos habla de cómo la palabra en el mundo clásico, como palabra médica, pone orden y sentido, ahí donde todo era desorden y enfermedad, es esta labor hermenéutica la que le da parte importante y fundamental de su poder curativo al médico.

De esta manera, la función médica parecería no poder desentenderse, al menos no del todo, de la cooperación en la recomposición de un sentido que ha quedado roto en la experiencia del enfermo, con la irrupción de la enfermedad. El médico-hermeneuta tendría la función ética fundamental de estar abierto a la colaboración en la reconstrucción del sentido, no sólo de la narración que es la enfermedad misma, sino también, en la narración mayor y más importante: la de la vida del enfermo.

<sup>18</sup> Laín-Entralgo, P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Madrid: Revista Occidente, 1958.

## Condicionamientos sociales en bioética

Miguel Kottow

El tema de este texto se originó en un interés en cierta medida lúdico – una curiosidad en el sentido aristotélico – de entender los orígenes culturales de la bioética<sup>1</sup>, interés ahora convertido en una necesidad por esclarecer las interfaces entre bioética y sociedad de un modo más programado, ciertamente que no definitivo, en reconocimiento de que estas interacciones son esenciales y fundantes de una bioética que abandona su etapa de juvenil entusiasmo y debe impostergablemente encarar problemas que requieren un discurso maduro y sustantivo.

Una muy somera mirada a la historia de la ética occidental revela su decidida transformación desde un énfasis en el perfeccionamiento del individuo –el socrático “conócete a ti mismo”, la ética salvífica medieval–, hacia una ética que se entiende como inserta en lo interpersonal, vale decir, como una ética relacional y social (*homo homini homo*)<sup>2</sup>.

Todavía Nietzsche, dentro de su visión iconoclasta, arraiga en la idea del perfeccionamiento individual, del superhombre que se legitima en contra, y por encima, de todo. Pero poco después, en una certera visión de los cambios inducidos por el auge decimonónico de las ciencias naturales y de la expansión tecnocientífica que marcará el siglo XX, señalaba Max Weber que la tradicional ética de conciencia debía dar paso a la ética de responsabilidad<sup>3</sup>. Las decisiones humanas tienen invariablemente consecuencias para otros, frente a los cuales el mandato ético requiere justificación o, eventualmente, compensación. La reflexión moral de una persona en torno a sus actos y pensamientos se realiza por medio de normativas éticas interiorizadas –conciencia–, dando ahora paso a una ética de responsabilidad basada en la

<sup>1</sup> Kottow M. Raíces sociales de la bioética. Anales de la Universidad de Chile, 6ª Serie, Nº8: 79-84, 1998.

<sup>2</sup> Savater F. Invitación a la ética. Barcelona: Anagrama, 1995.

<sup>3</sup> Weber M. Wissenschaft als Beruf / Politik als Beruf. Tübingen: Mohr, 1994.

interlocución entre agentes y afectados. Desde entonces, la ética se viene entendiendo primordialmente como una reflexión moral sobre relaciones interpersonales o en torno a acciones mediante las cuales se influye sobre el entorno vivo; mas esta dimensión interindividual también se ve rebasada. Los grupos humanos son afectados cada vez más a través de actos tanto individuales como institucionales inspirados por programas industriales, energéticos, informáticos, la prosecución expansiva de intereses particulares, las estrategias de adaptación y sobrevivencia. Lo social emerge con fuerza propia y reclama una ética que trascienda el ámbito de las personas singulares.

Sin ser ésta la palestra adecuada para discutir el tema a fondo, es conveniente al menos reconocer que la pérdida de una ética basada en máximas o principios, y su reemplazo por una ética social de diálogos, consensos y tolerancias ha sido resistida por muchos, alimentando polémicas aún insolutas. También en otras áreas del saber se ha intentado rescatar una supuesta capacidad del ser humano de converger hacia verdades absolutas cuya existencia se da por cierta, en contraste con el pragmatismo que sólo reconoce por verdadero lo que se puede sustentar racionalmente con fundamento en las premisas aceptadas por la propia cultura. Tildar de relativas a las éticas ancladas en el contexto social es una soberbia intelectual que supone, infundadamente, que se está más cerca de la verdad que el otro. El anclaje social de la bioética, como de toda ética práctica, proscribía las posturas dogmáticas, que siempre tienen detractores, y recomendaba planteamientos éticos que sean racional y razonablemente sustentables, coherentemente arraigados en la tradición y en la realidad social donde se gestan<sup>4</sup>.

### Éticas prácticas

Las éticas aplicadas se entendieron desde sus comienzos a mediados del siglo pasado como enfocadas sobre prácticas sociales determinadas, que en el caso de la bioética son las prácticas biomédicas. El término prácticas sociales ha sido utilizado con especial énfasis por MacIntyre<sup>5</sup>. Su definición es algo compleja, pero está referida a acciones estructuradas, realizadas por personas especialmente formadas, cuyas competencias son requeridas y premiadas por la sociedad por cuanto cumplen tareas, y cultivan bienes, importantes. De esta definición deriva MacIntyre conclusiones éticas, al diferenciar en externos e internos los bienes generados por las prácticas sociales.

<sup>4</sup> Rorty R. *Solidarity or Objectivity?* In John Rajchman & Cornel West (eds.), *Post-Analytic Philosophy*. New York: Columbia Univ. Press, 1986: 3-19.

<sup>5</sup> MacIntyre A. *After Virtue*. Notre Dame: U. of Notre Dame, 1984.

Bienes externos, como bienes materiales o servicios, son los productos tangibles de las prácticas. La realización de estos bienes es recompensada a sus productores, por lo cual hay aquí un intercambio más que una generación de nuevos bienes. Estos intercambios se rigen por una moral contractual que exige honestidad y ecuanimidad. Más allá de este trueque de bienes, las prácticas sociales pueden ser ejercidas con excelencia y virtuosismo, de tal modo que se genera un bien interno —el buen trato médico, la eximia interpretación—, que no tiene precio pues es supererogatorio, vale decir, está más allá de lo contractual y florece en el ejercicio éticamente acabado de la práctica en cuestión. La reflexión sobre los bienes internos generados por prácticas sociales constituye la preocupación de las éticas aplicadas, y en ello se distinguen de la moral profesional y de la etiqueta institucional que velan por el probo cumplimiento de los bienes externos.

### Principlismo y bien común

La corriente conceptual más influyente desde la inauguración de la bioética como disciplina formal ha sido el principlismo de Georgetown, basado en cuatro principios que todos representan aspiraciones individuales y que sólo muy tardíamente han buscado insertarse en una visión más comunitaria, en parte como respuesta a las críticas que este principlismo ha desencadenado. Es en su versión más dura que los principios giran en torno al individuo: la autonomía se entiende en la tradición millesiana, ejercida por cada cual con la única limitante de no interferir con las libertades de otros, sin hacer referencia ni pagar tributo alguno a un bien común. La beneficencia es el bien que el individuo ha de recibir —por derecho o por retribución—, así como la no-maleficencia consiste en los resguardos que deben proteger al individuo contra efectos negativos. La justicia, que pasaría por ser un principio eminentemente social es, sin embargo, reformulada desde la perspectiva particularista, como ya se vislumbra en el antiguo “dar a cada uno lo suyo”, y se refleja asimismo en la doctrina del liberalismo contemporáneo de asegurar a toda persona la igualdad de oportunidades. En efecto, la bioética anglosajona ha operado con el concepto de que la justicia consiste en establecer la equidad en el acceso a las oportunidades sociales, vale decir, situar a cada individuo en condiciones de competir desde un punto de partida equitativo.

Dentro de estas normas contractualistas apenas si tienen cabida los bienes internos como compasión, simpatía o altruismo. Incluso la ética de cuidados tiene dificultades en incorporarse a este discurso bioético, pues opera más con la afectividad que con el razonamiento. La bioética también ha escamoteado su insoslayable inserción comunitaria al insistir en un discurso

liberal e individualista, y si en ocasión se habla en forma redundante de bioética social, ello sólo pretende identificar determinadas prácticas biomédicas desplegadas en el ámbito poblacional –medicina preventiva, salud pública, ecología–, para distinguirlas de prácticas que, si bien también son sociales, ejercen su acción a través de agentes singulares identificables –investigadores, profesionales sanitarios– que actúan con o sobre individuos afectados de un modo también precisable. Sería trivial enfatizar lo social de la bioética si el pensamiento bioético no hubiese nacido y recibido sus mejores impulsos creativos en una cultura liberal y contractualista con respeto irrestricto por la individualidad, que no trepida en postergar toda preocupación por lo comunitario, el bien común, la moral pública y la moral común, todos conceptos que atienden a la gregaredad del ser humano y le exigen sacrificios a su individualidad y a su autonomía.

Este aspecto originario de la bioética explica su fácil aceptación en medios académicos liberales, en tanto que culturas más tradicionalistas, como la europea o la latinoamericana, acusan reticencias en la medida que sus sociedades no comparten ni se prestan para una visión puramente contractualista. Para Latinoamérica, ello es especialmente evidente en vista de las disparidades sociales que persisten, haciendo utópico pensar que toda la población esté en situación paritaria de negociar sus contratos sociales. Es precisamente desde la óptica de los países con severas desigualdades socioeconómicas que se inicia un movimiento por reinsertar la bioética en sus raíces sociales y enfocarla sobre los problemas biomédicos y su impacto en las comunidades.

### Orígenes sociales de la bioética

Por cuanto la sociedad se encuentra en situaciones disyuntivas que requieren esclarecimiento, es que gesta instrumentos culturales que contribuyen a resolverlas. Se validan estos instrumentos en la medida que reconocen y permanecen fieles a las circunstancias que los gestaron, cumplen lo encomendado y se preocupan de sugerir soluciones a los conflictos sociales. La inscripción pública del quehacer bioético reconoce como indispensable el estudio de las circunstancias y fuerzas sociales que dieron origen a la disciplina bioética, pues su génesis obedece a necesidades sociales inatendidas que derivan de un mandato impostergable de satisfacerlas. Estos factores deben reaparecer e inspirar una bioética responsable de su misión pública.

Las circunstancias sociales invocadas para explicar el nacimiento de la bioética deben dar cuenta tanto del prefijo “bio” como del sufijo “ética”, es decir, han de recoger los antecedentes que en el seno de la vida estaban causando desazón pública, así como reseñar la evolución del pensamiento

ético tradicional que se viene mostrando como insuficiente y requirente de complementación para las nuevas dinámicas sociales. La sorpresiva emergencia de la disciplina bioética en un momento puntual de la historia es producto de una efervescencia social de la cual es preciso dar cuenta. En 1970-71 nace la propuesta bioética iniciada en forma simultánea por dos individuos que no se conocen –V.R. Potter y A. Hellegers–, y que independientemente generan un neologismo tan afortunado que logra insertarse de inmediato en la cultura y en la vida académica de las sociedades occidentales y en el quehacer intelectual de muchos países de diversos continentes. No existe en la historia cultural un parangón a esta generación disciplinar aparentemente espontánea, aunque lo inédito de este fenómeno no invalida que hubo una serie de propuestas precursoras para que ello ocurriera –la ética médica, la medicina antropológica, algunos comentarios incipientes en torno a la ética de la investigación, la naciente filosofía de la técnica–, antecedentes que fueron muy desigualmente incorporados al esqueleto conceptual de la bioética.

W. Reich, bioeticista de la primera hora, amigo y colaborador de A. Hellegers, así como historiador de los inicios de la bioética, caracteriza los años 1960 y comienzo de los 1970 como imbuídos de una “mentalidad de derechos cívicos”, preocupados de los “derechos de minorías, mujeres y discapacitados”<sup>6</sup> y empeñados en lograr que “a través de la bioética el médico recupere su cercanía al paciente”<sup>7</sup>. Relacionado con los orígenes sociales de la bioética más que con los conflictos de la práctica clínica, es posible descubrir que V. R. Potter concentró sus inquietudes en proponer una disciplina que “combinase la consideración por valores humanos con la ciencia”<sup>8</sup>.

Con este trasfondo, al cual la bioética ha sido fiel en muy diversa medida y en fluctuante consonancia con numerosas realidades sociales, es preciso elaborar el pasado, describir el presente y anticipar el futuro de la bioética en tanto disciplina social. La mirada retrospectiva consiste en reproducir aquellas fuerzas culturales que dieron origen a la bioética y dar cuenta de la ya mencionada emergencia ineditadamente puntual en 1971. Cuatro son los factores socioculturales que explican la necesidad que aparecieran las ética aplicadas en general, y la bioética en particular, y que conviene desarrollar brevemente para justificar su plausibilidad como gestores de éticas y propuestas éticas enfocadas sobre las complejas prácticas sociales de la actualidad.

6 Reich W. The word “Bioethics”. The struggle over its earliest meanings. Kennedy Institute of Ethics Journal 5:19-34, 1995: 22.

7 Reich W. The “wider view”. André Hellegers’ passionate integrating intellect and the creation of bioethics. Kennedy Institute of Ethics Journal 1999; 9:25-51; p. 37.

8 Potter V.R. Bioethics. Bioscience 21: 1688, 1971.

### Erosión de la ética filosófica

La ética filosófica sufre un ocaso en el siglo XX, iniciado tal vez con Nietzsche pero rubricado definitivamente por Wittgenstein. En su "Genealogía de la moral" (1887)<sup>9</sup> degradaba Nietzsche la ética a una doctrina consolatoria destinada a quienes deben someterse al orden social imperante y postergar sus deseos y anhelos para un supuesto mundo trascendente.<sup>10</sup> La voluntad de poder hace abstracción de la ética, pero las ideas de Nietzsche no fueron letales al pensamiento moral, como lo demuestra la posterior aparición de obras importantes aunque no presentan reflexiones sistemáticas sino enfoques muchas veces analíticos, de ambiciones limitadas y discutidas, entre las cuales fulguran ocasionales gemas propositivas. Más definitivo es el golpe de Wittgenstein, quien no desea destruir la ética, todo lo contrario, pues ella está en el centro de sus preocupaciones; se siente, no obstante, forzado a negarle a la competencia lingüística y racional del ser humano la capacidad de llegar a esclarecimientos y certezas en el ámbito de lo ético. De allí que "sobre lo que no se puede hablar hay que callar"<sup>11</sup>. La actitud de Wittgenstein cala hondo en sus discípulos y en la filosofía contemporánea. E. Anscombe propone desviarse de la filosofía moral y concentrarse en la psicología y, si bien la ética filosófica sigue siendo motivo de constante preocupación intelectual, no ha podido dar a luz una obra contemporánea de mayor influencia. En efecto, el espacio anglohablante atomizó sus intereses en este campo y comenzó a preocuparse de aspectos limitados, frecuentemente minucias, que de ningún modo podían configurar conceptos éticos más amplios. A mediados del siglo XX, escribe McIntyre, el "término tradicional de la filosofía moral, "ética", parecía haberse despojado de sus resonancias teóricas para pasar a ser un rubro de la sociología cultural o de la etnografía"<sup>12</sup>. No es de extrañar que al emerger la bioética algunos hayan visto en ella no más que el renacimiento de una ética periclitada.

En paralelo con esta progresiva esterilidad, emerge en las sociedades complejas de Occidente la necesidad de un ordenamiento valórico, de una orientación ética nacida precisamente de esta complejidad societal que naufraga en la carencia de fundamentos morales universalmente aceptables y aplicables. Nacen así, a partir de la segunda mitad del siglo XX, las éticas aplicadas a determinadas prácticas sociales y destinadas a realizar lo valórico,

<sup>9</sup> En el prólogo de esta obra, señala Nietzsche: "[R]equerimos un crítica de los valores morales, el valor en sí de estos valores debe primeramente ser cuestionado." (Cursiva en el original).

<sup>10</sup> Nietzsche F. Werke in zwei Bänden: Zur Genealogie der Moral. München: Hanser, 1967.

<sup>11</sup> Wittgenstein L. Tractatus logico-philosophicus. Frankfurt a.M., Suhrkamp (stw), 1984: 85.

<sup>12</sup> Guariglia O. Una ética para el siglo XXI. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica 2001: 60.

pero instrumentalizadas asimismo a fin de lubricar las relaciones entre los participantes de esas prácticas, clarificar contratos, reducir el riesgo de conflictos. También la bioética nace sin un sustrato filosófico definido y con el encargo inicial muy pragmático de por una parte atenuar la erosión que la medicina tecnocientífica ejerce sobre los derechos del paciente, por otro lado abogar por la conservación del medio ambiente en condiciones sustentables para la sobrevivencia de la humanidad.

### Fatiga de tradiciones y doctrinas

Dos guerras mundiales, el desmoronamiento de imperios coloniales, el desarrollo durante 70 años de dos modelos políticos que se enfrentaron en forma antagonica y bélica, han dislocado el papel de la tradición en la conformación cultural de nuestros tiempos, debilitando y cuestionando sus instituciones fundantes. Conceptos como patria y nación han perdido su vinculación valórica y su cohesión a medida que emergen fuerzas políticas y económicas de orden transnacional; la familia se ha desdibujado en tanto prevalecen convivencias atípicas, existencias solitarias o reestructuraciones que han provocado que, al menos en EE.UU., la mayoría de los niños no crecen en el tradicional y estable entorno de sus padres biológicos. El discurso valórico de la tradición, tan fundamental para la estabilidad cultural, se debilita al punto de desmoronar la matriz ética vigente sin poderla reemplazar, por propuestas adecuadas para enfrentar fenómenos sociales complejos y en permanente cambio. Las grandes religiones sufren desafiliaciones y distanciamientos y la fragmentación en sectas de corto alcance. El cuestionamiento de la modernidad, los intentos de desestructurar la racionalidad y el descrédito del sujeto en cuanto fuente de conocimiento, contribuyen a desestabilizar todo pensamiento humanista y a negarle validez a lo moral.

### La expansión tecnocientífica

El tercer gran factor que estimuló el desarrollo de la bioética fue la expansión del desarrollo tecnocientífico y la hegemonía incuestionada de la razón instrumental. El poderío de la razón pragmática le ha permitido colonizar a la razón comunicativa, en una expresión de J. Habermas, infectándola de valores materiales que se sustraen a la ponderación ética. Conviene, sin embargo, no otorgarle preeminencia indiscutida a esta evolución civilizatoria, por cuanto los problemas bioéticos también se dan en sociedades de escaso desarrollo tecnocientífico, y porque algunos conflictos que la bioética enfrenta son más antiguos e independientes de la técnica, como sucede con el aborto, la justicia sanitaria, la investigación en seres vivos,

el respeto por la confidencialidad y el cultivo de la veracidad frente al paciente, por nombrar unos pocos temas.

Con mayor o menor efectividad, ha de reconocerse que desde fines del siglo XIX se viene desarrollando una filosofía de la técnica que ha buscado clarificar y en ocasiones rectificar al *homo technicus*. Algunos hitos de esta reflexión han trascendido a la bioética y merecen ser recordados como precursores de una actitud crítica frente a la instrumentalidad. Meditaba Ortega sobre la técnica y le reconocía la capacidad de permitir al ser humano adaptar el medio para que sirviese a sus necesidades, pero con un encargo que va mucho más allá de una mera estrategia de sobrevivencia. El ser humano sólo está en el mundo si está bien, y en ese afán el filósofo registra "la casi ilimitación de posibilidades en la técnica material contemporánea"<sup>13</sup>. La función benéfica y hasta hedonista que Ortega le asigna a la técnica fue, amarga ironía, descrita en 1939, el año inaugural de un período fatídico en la aplicación de instrumentos y armas de destrucción. Heidegger se interesó menos en el impacto social de lo técnico que en sus repercusiones epistemológicas. El desarrollo de la técnica genera en el ser humano una errónea creencia de estar tratando con la realidad, de haber captado el ser, en circunstancias que está llenando el entorno con aparatos técnicos, "dispositivos", que le ocultan la visión hacia la realidad misma, desembocando en la imposibilidad del ser humano por encontrarse a sí mismo, es decir, se pierde el acceso cognitivo hacia la propia esencia. Lenguaje al mismo tiempo apocalíptico y críptico, pero que indica la desazón provocada por la técnica en la mente filosófica. L. Mummford ve con similar intranquilidad que la técnica, históricamente subalterna a los designios del *homo technicus*, se ha independizado del ser humano y ahora sólo se obedece a sí misma. Técnica hegemónica, técnica fusionada con la ciencia, técnica ensimismada y autorreferente, procesos todos registrados en los últimos decenios por sociólogos (Ellul) y filósofos (Anders, García Bacca, Habermas), cuyas disquisiciones sientan ciertos fundamentos para la insoslayable reflexión crítica de la bioética sobre la tecnociencia biomédica (Jonas).

El antropólogo médico A. Kleinmann ha hecho notar que tanto la biomedicina –nombre que sería más preciso que el de medicina alopatía–, como la bioética se desarrollan desde la sacralización del individuo entendido como unidad orgánica, pero cuya inserción familiar y social permanece ignorada al momento de enfermar y de ingresar en los cuidados terapéuticos. Se gesta así una práctica médica basada en, y limitada por, la exploración objetiva y cuantificable del individuo, la actualmente venerada medicina

<sup>13</sup> Ortega y Gasset J. Meditaciones de la técnica y otros ensayos sobre ciencia y filosofía. Madrid: Revista de Occidente, 1982.

basada en evidencia cuya inscripción valórica genera una ética pragmática que se despliega en los grandes escenarios clínicos: la UCI-UTI, el quirófano, la unidad de neonatología y el hospital oncológico. La perspectiva antropológica incluye una crítica a este modo de practicar la medicina y a aquella reflexión bioética tendiente al dogmatismo, pero también al rechazo de otras culturas que son tildadas de relativas, provincianas, no esclarecidas.

Corresponde a la bioética de los países que son periféricos al gran acontecer tecnocientífico tomar conciencia que están recibiendo en forma crítica un modo de practicar la medicina y de reflexionar sobre ella, que no se adapta a idiosincrasias culturales locales sino más bien menosprecia una serie de constantes antropológicas que operan al interior de prácticas médicas que a su vez son muy diversas. Mientras más importancia se conceda al origen tecnocientífico de la bioética, tanto mayor será la distorsión de su discurso en relación a sociedades y culturas locales.

### *Reivindicaciones de grupos sociales postergados*

El menos recordado de los momentos sociales que iniciaron la disciplina bioética es, ante todo desde la perspectiva del Tercer Mundo, el más trascendente. En 1968, B. Friedmann y otras autoras publican sus primeros escritos feministas, teniendo por *leitmotiv* la igualdad de las personas en independencia de su filiación biológica –sexo– y de los roles culturales –género– que se les asigna socialmente en forma arbitraria y discriminatoria. Ese mismo año se producen las revueltas estudiantiles en París y otros centros, a objeto de lograr mayor participación de los universitarios en la estructuración de la educación superior. También en 1968, culminando las movilizaciones afroamericanas contra el racismo y la opresiva hegemonía de los blancos en EE.UU., es asesinado Martin Luther King; fue igualmente en 1968 que se produjo la "Primavera de Praga" como movimiento de liberación ciudadana del dictatorial imperialismo soviético. Coinciden estas fechas con la fundación del movimiento ecológico Greenpeace, que inicia campañas de protección a seres desvalidos frente a la explotación por intereses comerciales y a la polución del medio ambiente por acciones industriales. También por esos años se intensifican las corrientes migratorias de grandes grupos humanos escapados de penurias económicas o de persecuciones políticas de su país, pero cuya acogida en los países huésped se condiciona a otorgarles estatus de ciudadanos de segunda clase, con reducción de derechos cívicos y de opciones sociales.

Es éste un apretado lustro en que minorías postergadas y mayorías discriminadas emprenden movimientos de reivindicación de sus derechos. Nada extraño, por ende, que también las personas enfermas viesan llegado

el momento de requerir sus derechos desmedrados frente a una sofisticada medicina instrumental e impersonal. Sólo que, por su condición de fragilidad y dependencia, los pacientes no poseían la cohesión ni el poder para emprender estas reivindicaciones, las cuales vicariamente fueron planteadas por personas sensibles a estos requerimientos y disponibles en un mercado laboral saturado de académicos: teólogos, filósofos, algunos médicos, sociólogos, antropólogos.

Mucho más notorio aún que en el caso de la tecnociencia, es lo contextual del discurso de derechos en dependencia de características culturales locales. También la medicina así llamada científica se ve expuesta a matices y modificaciones culturales de importancia, que erróneamente han sido descuidados. Diversos estudiosos han contribuido a ilustrar este punto que aparece resumido con precisión en la siguiente cita:

"Pocos miembros de sociedades no Occidentales –tales como China, India, Japón, la mayor parte del Sudeste asiático, sociedades africanas–, sostienen la postura que el individuo aislado es el centro de responsabilidad de decisiones terapéuticas, o que la terapia debe fomentar el máximo de individuación de la persona enferma, o que la autenticidad personal es fundamental para la salud y el bienestar"<sup>14</sup>.

Concedido que Latinoamérica no es una sociedad no Occidental y que por ende tal vez sea coherente nuestra perspectiva más individualista, no deriva de ello que la biomedicina pragmática y la bioética de corte liberal-principalista sean adoptadas sin cuestionamientos ni modificaciones alternativas, so pena de desertar de la raíz social propia de nuestras tradiciones. Si la bioética nace como reivindicadora de derechos de pacientes, ello debe suceder en el seno de la cultura de cada sociedad, considerando las idiosincrasias locales a nivel individual, familiar, grupal y comunal. Por ejemplo, la tan prevalente discusión en torno a la distribución de recursos se da en países industriales como resultado de la crisis financiera de los sistemas de atención médica, en tanto que naciones tercermundistas inspiran este tema en búsqueda de justicia sanitaria.

### Influencias económicas en la biomedicina

Esta última observación deja entrever una quinta raíz del poderoso avance académico de la bioética: la imprevista transformación económica ocurrida al interior del mundo biomédico, cuya expansión lo consigna como el más poderoso y lucrativo entre las magnoempresas. Aun cuando este factor operaba en forma incipiente y poco visible en los años 1960-70, comenzó a

adquirir fuerza durante la etapa de crecimiento de la bioética y no faltan quienes recuerdan que la disciplina se inició con un análisis de asignación de recursos escasos, el conocido Comité de Seattle y la polémica discusión de los años 1960 en torno a los criterios de selección elaborados para requirentes de diálisis renal. El modo de hacer medicina, así como las metas y estrategias de la investigación biomédica, el pensamiento mercantil de la industria farmacéutica, la aparición de la medicina administrada, las finanzas sanitarias de clínicas, hospitales y gobiernos, todo ello ha generado la primacía del *homo economicus* al interior del enfermar y del quehacer terapéutico. La bioética se encuentra seriamente exigida para ayudar a esclarecer la gran diversidad de realidades biomédicas que se generan y, lamentablemente, debe desplegar importantes esfuerzos, no siempre logrados, por no caer en una defensa de intereses particulares apoyados en éticas contradictorias<sup>15</sup>. No obstante, este tema no será tratado aquí, en consideración a la sociología funcional-sistémica de Luhman, quien describe los sub-sistemas de la sociedad, el económico entre ellos, como cerrados a toda influencia ajena a sus propios códigos epistémicos y semánticos. Esta teoría confirma la observación cotidiana en torno a la indiferencia de lo económico frente a consideraciones éticas, que obliga a mirar con escepticismo la influencia de la bioética sobre las propuestas pragmáticas de políticas presupuestarias y de intereses pecuniarios. A lo más podrá jugar un papel modulador sobre el modo cómo se distribuyen las disponibilidades de recursos, materia fundamental que aquí queda sólo insinuada. A pesar de estas limitaciones, la literatura contiene una proporción progresivamente creciente de reflexiones dedicadas a los aspectos económicos que están determinando el quehacer biomédico contemporáneo.

Desbrozadas las fuerzas sociales que impulsaron el nacimiento y rápido crecimiento de la bioética, corresponde a continuación dilucidar la interacción producida entre bioética y realidad social. En la ética filosófica se entiende como áreas de competencia diversa a la ética –reflexión sobre– y la moral –conjunto de normas éticas socialmente vigentes–, a las que se agregan la moralidad –la *Sittlichkeit* hegeliana– y la metaética. El discurso bioético frecuentemente omite la rigurosa distinción entre lo que es y lo que debe ser, cayendo en la falacia naturalista de describir fenómenos sociales y validarlos éticamente por su sola existencia. La bioética no siempre reconoce estas filigranas, por lo que no es de extrañar que considere lo dado, por el hecho de darse, como meritorio, siéndole difícil aceptar valores no tradicionales y tolerar visiones morales atípicas. A la inversa, el discurso prescriptivo se infecta con lo descriptivo en la medida que la perspectiva sociológica diagnóstica el estado actual de lo social y deriva, sin legitimarlo, el deseado estado

<sup>14</sup> Kleinman A. Writing at the margin. Berkeley: U. of California Press, 1997: 47.

<sup>15</sup> Kottow M. Who is my brother's keeper? J Med Ethics 2002; 28: 24-27.

futuro. Es pertinente destacar estas dificultades en el presente contexto, por cuanto no es infrecuente que una descripción sociológica o una presunta, y con frecuencia errónea, percepción del sentir comunitario sean trasladados sin más al terreno de la bioética prescriptiva, produciendo enormes brechas entre el discurso académico y el sentir popular.

### Sociología y bioética

Las éticas aplicadas se definen precisamente como disposiciones morales relevantes a prácticas sociales, vale decir, una ética aplicada no podrá hacer abstracción de la realidad social para la cual está siendo elaborada y de la cual provienen los problemas, los dilemas y las inquietudes que solicitan análisis moral. Como posiblemente la más destacada de las éticas prácticas, la bioética se ocupa de valores de ineludible presencia y urgente validación para todos los sujetos morales, con lo cual está aún más expuesta a conflictos y a la búsqueda de adecuadas resoluciones. La interacción entre bioética y sociología es, pues, insoslayable, por lo que no deja de sorprender la tan larga hegemonía de una bioética individualista como lo es el principialismo. Igualmente preocupante es la tendencia marcadamente kantiana de derivar perspectivas y normas bioéticas desde una subjetividad humana que sólo en segunda instancia recuerda la necesidad de hacerse cargo de su validación social.

El positivismo con el cual A. Comte inaugura la disciplina sociológica tendió a neutralizar toda filosofía moral y a establecer, en palabras de otro sociólogo de la primera hora, Emile Durkheim, la determinación social del hecho moral, consecuencia de lo cual los principios morales serían reactivos a las realidades sociales que los determinan. Una tal depuración por parte de la sociología de toda perspectiva primariamente ética tuvo importantes seguidores en las escuelas estructural-funcionalistas (Parsons, Merton), entre los etnometodólogos (Garfinkel) y en algunas escuelas marxistas. Lento fue el reconocimiento de lo contrario, de que "no se puede estudiar la vida de seres morales sin tener en cuenta los anhelos que determinan sus conciencias éticas, ni sin dejar de proyectar los nuestros sobre los suyos"<sup>16</sup>. Favorablemente para la ética, y probablemente para la sociología, ha renacido el cultivo de las ciencias sociales desde la óptica que reconoce la centralidad de los problemas filosófico-morales, notablemente en la Escuela de Frankfurt, cuyo más prominente representante actual, J. Habermas, ha incursionado recientemente en la bioética<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> Giner S. Sociología y filosofía moral. En: Camps V. (ed). Historia de la ética. Tomo 3. Barcelona: Ed. Crítica, 1989: 118-162; p.155.

La importancia de entender la sociología como explicando –pero no dando origen a– valores morales trascendentalmente presentes y a éstos como proveniente de y recursivamente influyendo sobre procesos sociales, se refuerza con el relativamente reciente concepto de la sociedad como un centro de conflictos. La multiplicidad de intereses, de creencias y de perspectivas valóricas genera conflictos cuya resolución, o al menos su debilitamiento, se desarrolla a través del ejercicio de la racionalidad y confiando en la gestión de instituciones inspiradas en la justicia<sup>18</sup>. En la investigación de los conflictos inherentes a toda sociedad, y que han sido acuciosamente disecados por Maliandi<sup>19</sup>, se confunden las plumas de sociólogos (G. Simmel) y de filósofos como Nowell-Smith, Aranguren, Hampshire.

### Bioética y sociedad

Los temas de la bioética permean todo orden social y las más diversas culturas. Los problemas biomédicos que requieren reflexión ética afectan necesariamente toda biografía humana, reconociendo que el individuo es influido desde el nacimiento por otras vidas, convive gregariamente, sabe de su enfermabilidad y dependencia, así como tiene conciencia de la muerte propia pero también registra la finitud de los otros. Si la bioética no es ajena a persona alguna, resulta sorprendente que haya desarrollado un discurso donde el sentido común –el *common sense* de los filósofos escoceses–, la intuición –si es que se la valora como fuente cognitiva–, la moral común y la moral pública, alcanzan todos sólo escasa figuración. Si la bioética olvida su anclaje en lo social, arriesga reducirse a un pensamiento enraizado y divorciado del sentir y del decir de los afectados. Allí donde la disquisición teórica ha pretendido basarse en opiniones públicas supuestamente prevalentes, ha sido criticada como acertada en su intención pero errónea en su percepción, mas esta crítica merece a su vez reparos, de tal modo que la muy necesaria polinización de la reflexión bioética por la investigación sociológica continúa siendo deficitaria.

Sintomática, asimismo, es la paucidad de investigaciones empíricas acerca de la validez extraacadémica y cotidiana del discurso bioético. Todo lo que se escribe, lo que se enseña y se discute, tiene repercusiones en las prácticas biomédicas? ¿Están olvidando los amantes y cultores de la bioética, que el fin último de una ética aplicada es su traducción a la praxis? ¿Y eso con especial urgencia en la medicina como la más inmediata de las praxiologías?

<sup>17</sup> Habermas J. Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik? Frankfurt aM., Suhrkamp 2001.

<sup>18</sup> Hampshire S. Justice is conflict. Princeton, N.J.: Princeton U.P., 2000.

<sup>19</sup> Maliandi R. Cultura y conflicto. Buenos Aires: Biblos, 1984.

Si el discurso de la bioética tiene por tarea social el ordenar moralmente las prácticas biomédicas, será difícil desoir el sentir social al respecto, y eso requiere una observación acuciosa y empíricamente fundada de cuál sea el sentido común –como moral pública y moral común<sup>20</sup>– prevalente. La función de la bioética ha sido precisamente “importar a la medicina un conjunto de requerimientos éticos que no son intrínsecos a las culturas ocupacionales y organizadoras de la medicina en sí”<sup>21</sup>, mas incluso esta observación y el llamado a incrementar este tipo de estudios adolece de premisas conceptuales cuestionables<sup>22</sup>.

### La bioética del futuro

La desinserción de la bioética de su campo de aplicación social entrega signos poco auspiciosos sobre su futuro y amenaza convertirla en una disciplina académica marginal por haber traicionado su misión práctica. Diversas causas están en juego para insinuar este destino, pero el presente texto tiene la menos ardua tarea de referirse a la bioética del futuro, no al futuro de la bioética.

Viene transitando la bioética por un carril individualista que se ha plasmado en una posición filosófica particularista o casuista, desdeñando toda pretensión de universalismo. Desde allí se han nutrido las exaltaciones de la autonomía –postulada pero no realizada, según la distinción de Guariglia<sup>23</sup>– que sólo respeta a otras autonomías pero no se siente en deuda con un bien común. Presenciamos las presentaciones de valores singulares y derechos espurios –como el derecho de no haber nacido– y que se escabullen de toda justificación racional; así como se dan los comunitarismos locales que se aíslan de la red social más amplia que los alberga. Particularismos todos éstos que claman por la presencia de instancias de arbitraje moral –Comités, por ejemplo– que deben dirimir las discordias a falta de doctrina, de jurisprudencia y de la utilización ecuaníme de procedimientos de deliberación ética. La medicina social o salud pública se desarrolla de espaldas a la bioética, al punto que algunos bioeticistas han preguntado por qué esta práctica biomédica poblacional se siente eximida de todo análisis ético<sup>24</sup>.

<sup>20</sup> La moral pública se ocupa del resguardo de los intereses comunes a todos. La moral común es la representación de los valores éticos prevalentes en la sociedad.

<sup>21</sup> Russmann R. The contributions of sociology to medical ethics. Hastings Center Report 30:7-11, 2000.

<sup>22</sup> Emanuel EJ. The relevance of empirical research for bioethics. En: Lolas F, Agar L (eds). Interfaces between bioethics and the empirical social sciences. Santiago: Publications Series OPS/OMS, 2002: 99-110.

<sup>23</sup> Guariglia O. Una ética para el siglo XXI. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2001.

<sup>24</sup> Skrabanek P. Why is preventive medicine exempted from ethical constraints? J Med Ethics 1990; 16:187-90.

La rendición del pensamiento bioético a la óptica individualista tiene repercusiones insospechadas sobre la influencia social de las tecnociencias y prácticas biomédicas, pues habría una paucidad de herramientas conceptuales para enfrentar las repercusiones públicas de lo que erróneamente se cree afectará sólo a los individuos. Al igual que los acápites anteriores, la mirada proléptica de la bioética futura está marcada por un sesgo individualista indiferente a los impactos sociales de enorme trascendencia que cabe esperar del futuro. Dadas las incertidumbres de toda anticipación, lo que sigue no puede ir más allá de un escorzo en gran medida intuitivo.

La tecnociencia tiende efectivamente a satisfacer expectativas individuales sin tomar conciencia de las repercusiones sociales que se producen. En el área biomédica se investiga en forma promisoría para alcanzar una prolongación de la vida, excediendo en 20-30 años los promedios actuales pero sin descartar logros substancialmente mayores. En la mira está la existencia individual, pero es evidente que las consecuencias sociales de una proliferación de personas más que octogenarias serán de incalculable envergadura, para lo cual basta reconocer el panorama sociológico actual donde las personas envejecen y ven debilitados sus lazos laborales, económicos, sociales, familiares. Son las diversas muertes que las personas sufren en la senescencia, la última de las cuales es la muerte biológica<sup>25</sup>. Las sociedades no están preparadas para que las personas vivan varios decenios más que ahora sin desmedrar su calidad de vida y manteniendo una activa y satisfactoria relación con el entorno material y social. Desde la bioética ha de venir la preocupación por la naciente discrepancia entre un ciclo social limitado e invariable, y un ciclo médico enormemente expandido. El futuro próximo enfrenta una gerontología feble y carente de inspiración, con una geriatría dinámica y ambiciosa, un desencuentro que augura rispideces sociales severas.

La genética entrega otro ejemplo de un pensamiento bioético individual sólo marginalmente analizando los efectos sociales producidos. La intervención genética tiene el expreso propósito de curar, mejorar o perfeccionar la dotación génica de los individuos. Es más, cualquier insinuación de alterar genéticamente a una población es rechazada como discriminatoria y abusiva, reminiscente de políticas eugenéticas repelentes; no obstante, pasa inadvertido que técnicas de intervención genética que supuestamente sólo afectan al individuo, impunemente generan impactos sociales evidentes, desde los tamizajes que tienen objetivos diagnósticos pero están infectados de discriminaciones laborales y económicas, hasta los recambios genéticos terapéuticos

<sup>25</sup> Kottow M. Bioética: ¿Cómo morimos? El Mercurio, 5 Nov. 2000. pp E5-E6.

que generan en todos los actualmente afectados por el gen imperfecto una resistencia a ser catalogados de minusválidos e indeseables. Indeseables, señalan ellos, porque su gen está siendo eliminado en futuros individuos. Válido o no, el argumento muestra cómo un programa genético influye sobre segmentos poblacionales que se sienten afectados y marginados<sup>26</sup>.

La tendencia de la medicina a entender enfermedad como una interacción multifactorial con el entorno, donde incluso las predisposiciones genéticas se expresan en virtud de factores externos, traslada gran parte del quehacer biomédico al terreno social. La etiopatogenia parece reducirse en el futuro a dos fuerzas: la dotación genética y el estilo de vida, éste último englobando impactos sociales y del entorno, así como modos de comportamiento; la inculpación del *modus vivendi* como factor patogénico abre las puertas para hablar de autogestión sanitaria y volver a conceptos pericitados de culpa y castigo, y a la consecuente reducción o negación de coberturas. El concepto griego de enfermedad por necesidad natural y forzosa *-katanaraken-*, en distinción del enfermar por necesidad azarosa *-katastychen-* según lo presentara Laín Entralgo en un Curso de Antropología Médica dictado en la Universidad de Chile en 1965, se está desplazando contemporáneamente a favor de la primera. Pero en tanto el enfermar por azar invita al cuidado terapéutico<sup>27</sup>, el enfermar por determinismo natural tiende a generar medidas públicas de prevención y regulación. Es en este sentido que el aspecto público de la medicina tiende a reforzarse en tanto la bioética continúa enfrascada en el caso singular del encuentro clínico. Ciertamente, la tarea principal de la bioética ha sido y continúa siendo el resguardo ético de la relación médico-paciente, pero en ese legítimo afán no debe perder de vista que una parte creciente de la práctica médica se está alejando de esta atmósfera interpersonal y anidando en lo público y en sus instituciones, posición en la cual se requiere una deliberación ético-social que aún es muy anémica.

Un rasgo emergente adicional que debe hacer meditar a la bioética es la tendencia originada en la genética pero no limitada sólo a ella, de erosionar los límites entre salud y enfermedad. A los problemas ya esbozados, agrega la genética una oferta de intervención que puede ser terapéutica –neutralizar o eliminar genes defectuosos– o de carácter meliorista y aun perfecta que promete mejorar la dotación genética según deseos idiosincrásicos. Esta

<sup>26</sup> Kottow M. Salud pública, genética y ética. Revista de Saúde Pública 2002; 36:537-44.

<sup>27</sup> Aunque hay quienes, como T.H. Engelhardt Jr., distinguen el infortunio de la injusticia y consideran sólo ésta como causa de preocupación social. El desafortunado tendrá que resguardarse por sí solo y estará sujeto a la sanción de la autorresponsabilidad.

tendencia, que ya opera en ciertos mercados biológicos y ha inspirado en algunos pensadores la sugerencia de eliminar el término “medicina” por cuanto la tradicional práctica terapéutica está siendo reemplazada por “tratamientos de cuidados de salud” que responden a los deseos de personas sanas pero empujadas en arbitrariamente determinar y rediseñar su sino biológico<sup>28</sup>. Se genera así la medicina desiderativa, en la cual decisiones e intervenciones aparentemente individuales afectan importantemente los aspectos sociales de las prácticas biomédicas y su análisis bioético.

El impacto público de esta reasignación de esfuerzos y recursos sanitarios es otra área donde la bioética particularista será testigo mudo e impotente a menos que se reoriente hacia la búsqueda de validaciones generales y reflexione críticamente sobre la actual proliferación de preferencias sólo a primera vista moralmente indiferentes, como decían los estoicos, y que se escabullen del esclarecimiento moral. En países del Tercer Mundo, donde segmentos importantes y no rara vez mayoritarios viven en pobreza y privación, es en extremo grave si la medicina olvida la distinción entre necesidades y preferencias, y se concentra en otorgar servicios postergables y superfluos en olvido de los carenciados. Sólo una bioética con sensibilidad social podrá llamar la atención sobre las tareas insolutas y prioritarias de las prácticas biomédicas, tanto en lo clínico como en lo sanitario público y en la investigación.

### Conclusión

Una ética aplicada que arraiga históricamente en lo social pero que ausculta cada vez menos sus fundamentos públicos, se viene divorciando de su sustrato de reflexión, produciendo un hiato entre las prácticas biomédicas de repercusiones sociales innegables y la reflexión particularista que se solaza con analizar casos y busca resolver únicamente problemas contingentes. Así tensionada, la bioética requiere reinsertarse en lo social, ejercer la comunicación participativa y buscar procedimientos que hagan real la comunidad de comunicación, a tiempo que ha de eludir a los dos cancerberos que la amenazan: la filosofía teorizante que desprecia lo práctico, por un lado, y el pragmatismo algorítmico que rehuye toda generalización en la errónea impresión que lo particular no anda, trascendentalmente, en validaciones más amplias. Con todo lo importante que es el énfasis en la bioética clínica, es preciso enriquecerla con un instrumento que realmente pulse el sentir de las

<sup>28</sup> Mori M. The Twilight of “Medicine” and the Dawn of “Health Care”. J Med Philosophy 2000; 25:723-744; p. 731.

comunidades, esclarezca los valores en juego y depure los mecanismos decisionales que faciliten su realización.

La bioética tiene un rol fundamental e indelegable en el escenario futuro pero que ya se esboza, donde los problemas biomédicos toman un cariz progresivamente colectivo en tanto los afanes de las prácticas respectivas se deslumbra con los incentivos de atender deseos y preferencias individuales, con la consiguiente redistribución de recursos en olvido de la diferencia moral entre conceder caprichos idiosincrásicos y cubrir necesidades sociales impostergables.

# 3

---

## Bioética clínica