

Fracapani de Cuitiño, Marta

En las distintas corrientes de la bioética clínica actual : ¿podemos encontrar puntos en común?

Vida y Ética. Año 12 N° 2, Diciembre 2011

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Fracapani de Cuitiño, Marta. “En las distintas corrientes de la bioética clínica actual : ¿podemos encontrar puntos en común?”[en línea]. Vida y Ética. 12.2 (2011). Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/distintas-corrientes-bioetica-clinica-actual.pdf> [Fecha de consulta:.....]

(Se recomienda indicar fecha de consulta al final de la cita. Ej: [Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010]).

EN LAS DISTINTAS CORRIENTES DE LA BIOÉTICA CLÍNICA ACTUAL: ¿PODEMOS ENCONTRAR PUNTOS EN COMÚN?

Prof. Dra. Marta Fracapani de Cuitiño

- Médico (Facultad de Ciencias Médicas, 1973)
- Especialidad en Terapia Intensiva Pediátrica (1976)
- Doctor en Medicina (Universidad Nacional de Cuyo, 1995)
- Especialista en Bioética clínica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Chile (1999)
- Magíster en Bioética, Universidad Nacional de Chile (2001)
- Miembro fundador y presidente del Comité de Ética del Hospital Notti y del Comité de Ética de Investigación
- Asociado fundador y ex presidente de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética de América Latina y el Caribe (FELAIBE)
- Directora de la Maestría Internacional de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo y la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud
- Jefe del Departamento de Internación del Hospital de Niños Dr. Humberto Notti

Palabras clave

- Bioética
- Decisiones
- Perspectivas

Key words

- Bioethics
- Decisions
- Perspectives

RESUMEN

En este corto tiempo de desarrollo de la Bioética se han ido proponiendo nuevas metas.

El avance ha ido muy rápido y los procedimientos esquemáticos de los primeros años han sido ampliamente superados y complejizados. Pero, cada uno de ellos, nos ofrece una perspectiva distinta a tener en cuenta, que, si tenemos la apertura necesaria, contribuyen a descubrirnos algo más la realidad.

El objetivo de la deliberación no es la toma de decisiones ciertas o exclusivas, sino prudentes. Distintas personas pueden tomar distintas decisiones ante un mismo hecho y todas ser prudentes. Esto plantea un desafío a futuro: el asumir un tipo de racionalidad que permita la participación de todos los implicados en el proceso de deliberación de los problemas prácticos, en nuestro caso los morales.

Los argumentos que se esgrimen pueden no anular completamente otras perspectivas y, por tanto, otros argumentos sobre el mismo asunto o problema. De ahí que necesitamos las perspectivas y razones de los demás. Con esto, resulta que los otros se convierten en condición de posibilidad de mi propio desarrollo como ser racional.

ABSTRACT

During this short period of development, Bioethics has set new goals.

The advance has been fast and the first years 'schematic procedures have been widely surpassed and more complex. Nevertheless, each of them offers a new perspective to be considered, which will contribute to uncover reality if we keep our mind opened.

The objective of the debate is not making right and exclusive decisions, but prudent ones.

Different people can make different decision in the face of the same fact and all of them can be prudent. This sets forth a future challenge: to assume a kind of rationality allowing the participation of all individuals involved in the process of debating practical problems, in our case the moral ones.

The arguments set forward may not annul other perspectives completely, so they may not invalidate other arguments on the same subject or problem either. That is why we need others' perspectives and reasons. In this way, the others become a possibility for my own growth as a rational being.

INTRODUCCIÓN

En el desarrollo del tema propuesto corresponde hacer algunas consideraciones previas. Como afirma Ortega y Gasset, se hace necesaria una reflexión sobre el marco: las cosas son inteligibles por referencia a un marco, a un horizonte, dentro del cual adquieren sentido.

La Bioética constituye un fenómeno complejo que abarca distintos factores y diferentes concepciones, incluso acerca de lo que ella misma es. Para algunos es Ética aplicada, para otros es Ética práctica. Algunos la consideran disciplina, para otros es saber de los intersticios. También puede ser un fenómeno o una revolución cultural.

Además, es importante señalar que frente a ella no se puede estar indiferente ya que moviliza una fuerte dimensión emocional frente a la discusión racional de los problemas o dilemas que le competen.

Cuando nos referimos a Bioética clínica, estamos haciendo alusión a las prácticas sanitarias en el devenir humano de las personas. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta el marco profesional, el institucional, el contextual: económico y político, y el del propio ciudadano. El marco profesional que durante milenios diferenció a los profesionales, con un rol superior, con un estatus de excepción, "más allá del bien y del mal" ha cambiado.

En las últimas décadas se han reducido las diferencias entre oficios y profesiones, apareciendo la consideración de igual moralidad para ambos, surgiendo para la Medicina, entre otros problemas, una crisis de identidad ante las nuevas demandas de los pacientes y los aportes de otras disciplinas como la Sociología, la Filosofía y el Derecho, entre otras.

Max Weber, a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, reconoce la importante diferencia entre profesiones y oficios, ya señaladas. Sostiene que las primeras están positivamente privilegiadas porque suelen funcionar como monopolios donde no funcionan las leyes del mercado. Por eso, infiere que por esta causa muchas veces disminuye la calidad y aumenta el precio.

En la década del '30, Talcott Parsons se refiere a las profesiones como actividades sociales que debían tratar a todos por igual, con especificidad funcional, con neutralidad afectiva (no aprovechan en beneficio personal su poder y rol superior) y con la obligación de cumplir su práctica con orientación hacia la comunidad, vale decir con determinadas obligaciones hacia ella.

También cabe destacar el rol de la vocación que compromete, desde el punto de vista teológico, de un particular modo.

Hasta los '70 los profesionales eran generalmente impunes jurídicamente porque se consideraban excelentes. Para este tiempo, los ciudadanos comienzan a pensar distinto y la tradición jurídica aporta en el mismo sentido. Ya ha cambiado el marco jurídico y político de la actividad sanitaria. También cambia el marco económico, al llegar el capital privado y a ejercerse la Medicina con ánimo de lucro. La gestión clínica hace que los profesionales sanitarios también deban ocuparse de los recursos. Este ocuparse de los costos ha sumado conflictos a la relación terapéutica que ha dado origen a una reacción ante la crisis desencadenada, y la aparición del llamado profesionalismo.

El profesionalismo identifica una serie de principios básicos para que los profesionales sanitarios tiendan a la excelencia y a la defensa de los pacientes en las instituciones. Aparece así en los profesionales el compromiso explícito con la competencia profesional; honestidad con los pacientes, la confidencialidad, la necesidad de una relación sanitaria adecuada, la búsqueda de la mayor calidad, los mejores mecanismos de distribución de recursos, saber científico, confianza-conflicto de interés y responsabilidades profesionales distintas.

Cada vez se advierte, con mayor claridad, que para crear y mantener la confianza en la profesión, los profesionales tienen que asegurar que su práctica refleje el comportamiento que la sociedad espera de ellos.

Otro punto de interés lo marca el explorar qué es la Bioética para quiénes la propusieron originariamente.

Fritz Jahr, filósofo y educador alemán, publicó una serie de artículos en los cuales introdujo por primera vez el término Bioética.

En consonancia con la Ciencia, la Filosofía y el Arte de su tiempo, publica en 1927: *Bio-ética: una perspectiva de la relación ética de los seres humanos, con los animales y las plantas*. En el "imperativo bioético" extiende el imperativo moral kantiano a todas las formas de vida. [1] [2] [3]

En el análisis del artículo de Jahr se identifican tres ejes: 1º el planteo de premisas éticas para la experimentación con animales, 2º la inclusión de la agenda ecológica en las preocupaciones bioéticas, 3º el nacimiento de la Bioética ligada a las grandes transformaciones científicas, fi-

1] LOLAS STEPKE, F., (2008), "Fritz Jahr, el imperativo bioético y el origen de la palabra bioética", *Boletín Bioética Informa*, (45), 3.

[2] LOLAS STEPKE, F., (2008), "El 'imperativo bioético' de Fritz Jahr y la neobioética estadounidense", *JANO*, (1719), 10-16.

[3] LOLAS STEPKE, F., (2009), "Quo vadis bioética", *ACTA Bioetica*, 15 (1), 7-9.

losóficas, estéticas y políticas de fines del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX. [4]

Hans Martín Sass resume los aportes de Jahr en diez capítulos: 1º una nueva disciplina académica; 2º una nueva virtud fundamental de la Ética; 3º el principio de una nueva regla: el imperativo bioético; 4º la Ética y una nueva regla de cuidado de la salud personal; 6º la Ética y una nueva regla de administración global; 7º Ética corporativa: una nueva regla para la empresa; 8º Ética terminológica: una nueva regla para el uso terminológico en Bioética; 9º Ética de la diferenciación: una nueva regla; 10º Ética integrativa: una nueva regla de interacción. [5]

El oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter utilizó, en un artículo publicado en 1970, el término Bioética, y un año después publicó su libro *Bioethics Bridge to the future*. [6] [7] [8]

En ellos describe a la Bioética como una ciencia capaz de aunar conociemien-

tos biológicos y éticos para garantizar el desarrollo y supervivencia del hombre en el futuro.

El mérito de Potter es integrar en la propuesta de la Bioética Global, los hechos biológicos de la especie con un imperativo ético; al hacerlo amplía el horizonte relacional del ser humano desde el yo hacia la biosfera. [9]

En 1974 nace en Estados Unidos la Comisión Nacional para el estudio de los problemas éticos ligados a la investigación biomédica. Un antecedente importante de su formación lo constituyó la difusión por la prensa de importantes atropellos a las personas como sujetos de investigación. Un ejemplo paradigmático de este tipo es el Caso Tuskegee. La información periodística reveló a la opinión pública que desde hacía más de treinta años se estaba estudiando la evolución natural de la sífilis, en pacientes morenos, pobres, de una institución pública, a los que no se les había informado que ya

[4] LIMA, N., "Fritz Jahr y el Zeitgeist de la bioética", *Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte*, v.5, (1), septiembre 2009, 4-11.

[5] SAAS, H., "El pensamiento bioético de Fritz Jahr 1927-1934", *Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte*, v. 6, (2), abril 2011, 20-33.

[6] POTTER, Van R., "Bioethics the Science of Survival", *Perspectives to the future in Biology and Medicine*, 14 (1970), 127-153.

[7] POTTER, Van R., "Bioethics", *Biosciencie*, 1971; 21, 1088.

[8] POTTER, Van R. *Bridge to the Future*, New Jersey, Prentice Hall Inc., 1971, 1-2.

[9] MAFLA MANTILLA, A., *Bioética global desde una perspectiva evolucionista-Estudio comparado del Neodarwinismo y la Bioética Potteriana*, Quito, Pontificia Universidad Católica de Ecuador, 2010.

había un tratamiento efectivo para dicha patología. También se difundieron otros muchos casos en los que los pacientes no eran respetados. Hay ejemplos semejantes en la mayoría de los países.

Otro de los temas de dicha comisión fue el referido a la legitimidad de la experimentación en fetos abortados. También trabajaron con niños, prisioneros y con enfermos mentales y con temas referidos a sicocirugía y neurocirugía. Se consideraron las implicaciones éticas, sociales y legales de la investigación científica. El trabajo más importante se plasmó en el *Informe Belmont*, aprobado el 10 de junio de 1978. En él se describieron los tres principios básicos a aplicar en investigación científica y conductual referidos a seres humanos para determinar líneas de acción políticas: 1º el principio de respeto a las personas con su referencia a lo que luego sería el consentimiento informado para participar en investigaciones; 2º el principio de beneficencia referido a la consideración de la relación entre beneficios y riesgos para participar en investigaciones y 3º el principio de justicia por el cual se procede a la selección equitativa de la muestra. Posteriormente, al año siguiente, aparece el libro de Tom Beauchamp y James Childress

donde se agrega el principio de no maleficencia. También, estos autores sostienen que la teoría ética puede ayudar a resolver problemas de asistencia sanitaria, así como limitar algunas de las fórmulas referidas a responsabilidad profesional ante casos judiciales. [10] [11] [12]

Tanto James Childress como Tom Beauchamp, dos filósofos de concepción distinta –el primero un utilitarista de la regla, el segundo un deontólogo–, tuvieron influencia en la comisión. La comisión había alcanzado un objetivo que al inicio parecía difícil de encontrar, sobre todo si se partía desde la fundamentación de cada una de las teorías: dirimir unos criterios éticos para la evaluación de las investigaciones biomédicas. Lo que parecía un obstáculo, en un primer momento (la diferencia de posición, tanto entre los participantes como entre sus colaboradores), se transformó en un elemento facilitador, en factor positivo, como recuerda el mismo Albert Jonsen, uno de los miembros de la comisión. [13]

André Hellegers, director del The Joseph and Rose Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and

[10] *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Washington D.C., Government Printing Office, 1979.

[11] BEAUCHAMP, T. y CHILDRESS J., *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press, 1979.

[12] BEAUCHAMP, T. y CHILDRESS J., *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press, 1994.

[13] JONSEN, Albert, *The Birth of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1998.

Bioethics (el futuro Kennedy Institute of Ethics), utiliza el término "Bioética" para designar la investigación que se realizaba en dicho instituto. Aparecía así una nueva disciplina. [14]

En 1978, Warren Reich, en su enciclopedia, definía a la Bioética como: "el estudio de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, en tanto que esa conducta está examinada a la luz de principios y valores morales". El campo que se abarca es muy amplio: las ciencias de la vida y las médicas. [15]

En la segunda edición de la enciclopedia, en 1992, Reich aclara que la expresión "principio" había sido usada como "fuente, origen". En estos años, el debate bioético se centró en los principios morales, en particular: **beneficencia, autonomía, justicia** y luego **no-maleficencia**, como ya hemos referido.

Aparece, en esta segunda edición, una nueva definición: "Bioética es un término compuesto por las expresiones griegas *bios* (vida) y *ethiké* (ética). Se puede definir como el estudio sistemático de las di-

mensiones morales -incluyendo también las instituciones decisiones, conductas y reglamentaciones morales-, de las ciencias de la vida y la salud, gracias a la utilización de una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario". [16]

Tal como afirma Fernando Lolas Stepke, consideramos que podemos definir a la Bioética como el uso creativo del diálogo para formular, articular y, en lo posible, resolver los problemas o dilemas que plantean la investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el medio ambiente. Es Ética práctica, como tal rama de la Filosofía, no porque indique lo que hay que hacer en cada momento, sino porque hace madurar la capacidad práctica del hombre, ayudándolo a tomar conciencia de su responsabilidad. [17]

Además de la variedad de metodologías utilizadas y de la inter y transdisciplinariedad, se puede señalar otra característica importante de la Bioética que es la aparición de un lenguaje común. También, es evidente en el principalismo la influencia de la autonomía moral de la ética kantiana, así como la obligación

[14] CALAHAN, D., "Bioethics as Discipline", *Hasting Center Studies*, 1.1; 1973, 66-73

[15] REICH, Warren T., *Encyclopedia of Bioethics*, Introduction, Free Press, New York, 1978.

[16] REICH, Warren, *Encyclopedia of Bioethics*, Introduction, 2da. ed., 1992.

[17] LOLAS STEPKE, F., *Investigación en salud. Dimensión Ética*, Santiago de Chile, CIEB-Universidad de Chile, 2006.

moral en función de las consecuencias de Stuart Mill y la propuesta de equidad de Jhon Rawls.

Jonsen y Toulmina han manifestado que a partir de su trabajo en la National Comision for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavior Research descubrieron el valor de la casuística. [18]

En 1982, en su libro: *Toma de decisiones éticas en la Medicina Clínica*, Albert R. Jonsen, Mark Siegler y William J. Winslade ofrecen un método para pensar, deliberar y decidir sobre los innumerables y complejos problemas éticos que deben resolver a diario. Se plantean dos objetivos:

1. Aportar un enfoque que facilite la reflexión sobre complejidades subyacentes a los problemas que enfrentan los clínicos.

2. Reunir, en forma concisa, las opiniones más representativas en torno a los problemas éticos paradigmáticos de la Medicina.

Más que proporcionar soluciones, se pretende ayudar a comprender y ordenar los casos clínicos, a desarrollar habilidades para la identificación y análisis de problemas éticos en Medicina.

En esta obra se reconoce que en la práctica, si se parte de los principios, no se logra resolver los conflictos éticos.

Otra idea importante que se señala es que la "Ética es un aspecto inherente a la medicina clínica de calidad". La Ética no se considera un añadido que pueda no considerarse en práctica clínica, es intrínseca a ella.

Cuando el clínico se pregunta: ¿qué debo hacer?, está ante un problema ético, surge la obligación de analizarlo específicamente y se pone en cuestión la legitimidad de los tratamientos habituales.

La otra cuestión importante que surge del libro es la desconfianza con respecto a las abstracciones filosóficas como herramientas útiles para abordar situaciones concretas.

No es que los principios no deban existir, sino que no es posible deducir, a partir únicamente de los principios, decisiones prácticas.

Los problemas éticos están en los casos concretos, no en la teoría. Por eso, el método que se propone es el análisis a partir de cuatro puntos de vista, que a juicio de

[18] Fuente JONSEN, A.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W., *Clinical Ethics*, Nueva York, Mcmillan, 1982 y *Ética clínica*, Barcelona, Ariel, 2005, 31.

sus autores, sintetizan todos los aspectos que hay que tener en cuenta. El clínico debe plantearse todas las posibles preguntas que puedan surgir a partir de los siguientes tópicos:

1. Indicaciones médicas: diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas, estrategia clínica basada en los riesgos y beneficios de los distintos tratamientos y características particulares del paciente.

2. Calidad de vida del paciente: cuando un paciente no puede tomar decisiones de vida sobre sí mismo, otra persona debe decidir en su lugar si un tratamiento será beneficioso o creará una carga adicional. Se asigna un valor a las características de la experiencia humana (conciencia, de relación, dolor, función). La calidad de vida se evalúa únicamente cuando el paciente no puede hacer sus propios juicios, no se conocen sus preferencias y las metas médicas son limitadas.

3. Preferencias del paciente: decisión del paciente, en base a las indicaciones médicas: cómo manejar conflictos entre

indicaciones médicas y las preferencias del paciente, negativa del paciente, paciente incompetente y moribundos.

4. Elementos del contexto (cuando las decisiones afectan a terceros): las decisiones clínicas tienen repercusiones que no se limitan a la triada médico-paciente-representante, sino que abarcan también a la familia, la escasez de recursos, los fondos disponibles, las necesidades de la enseñanza de la medicina, la seguridad y el bienestar de la sociedad.

En realidad estos cuatro objetivos son un modo menos abstracto de mencionar los cuatro principios clásicos de la Bioética. El 1º equivale a no maleficencia, o sea, hacer un diagnóstico y proponer un tratamiento; el 2º equivale a beneficencia; el 3º al de autonomía; y el 4º al de justicia, o sea, implica pensar en el contexto económico, social y cultural que rodea al paciente.

Los cuatro temas generales son relativamente sencillos, pero cada categoría incluye muchos elementos y diferentes niveles de reflexión ética.

Tabla 1. Fuente JONSEN, A.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W., *Clinical Ethics*, Nueva York, Mcmillan, 1982 y *Ética clínica*, Barcelona, Ariel, 2005, 31.

<p style="text-align: center;">LAS INDICACIONES MÉDICAS</p> <p>Los principios beneficencia y no maleficencia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué problema médico tiene el paciente? ¿cuál es su historial diagnóstico y pronóstico? 2. ¿Es un problema agudo o crónico crítico; o no crítico, reversible o irreversible? 3. ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento? 4. ¿Cuáles son las probabilidades de éxito? 5. ¿Qué alternativas barajan en caso de fracaso terapéutico? 6. En suma ¿cómo se puede beneficiar al paciente de la atención médica y de enfermería sin causarle daño? 	<p style="text-align: center;">LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE</p> <p>El principio de respeto a la autonomía</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Tiene el paciente intactas sus facultades mentales y es legalmente competente? ¿Hay signos de incapacidad? 2. Si el paciente es competente ¿ha manifestado sus preferencias en cuanto a su tratamiento? 3. ¿Se le ha informado de los riesgos y beneficios? ¿Ha comprendido dicha información? ¿Ha dado su consentimiento? 4. Si está incapacitado ¿quién es su representante legítimo? ¿Basa éste sus decisiones en principios adecuados? 5. ¿Ha expresado el enfermo previamente sus preferencias, p. ej.: en directrices médicas anticipadas? 6. ¿Se resiste o colabora en el tratamiento médico? Justifique la respuesta. 7. ¿Se está respetando, en lo posible, el derecho de elección del paciente de acuerdo con la ética y la ley?
<p style="text-align: center;">LA CALIDAD DE VIDA</p> <p>Los principios de beneficencia y no maleficencia y de respeto a la autonomía personal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles son las perspectivas del paciente de retornar a su vida normal, si sigue el tratamiento o si lo obvia? 2. ¿Qué carencias de índole físico, mental y social son previsibles incluso con un resultado positivo del tratamiento? 3. ¿Existen prejuicios susceptibles de influir en la evaluación que el profesional sanitario haga respecto de la calidad de vida del paciente? 4. ¿Es la situación actual (o previsible) del paciente de tal naturaleza que no valdría la pena seguir viviendo? 5. ¿Existen planes o razones que justifiquen la renuncia al tratamiento? 6. ¿Se han previsto alivios y cuidados paliativos? 	<p style="text-align: center;">LOS RASGOS CONTEXTUALES</p> <p>Los principios de lealtad y de justicia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Hay factores familiares susceptibles de influir en las decisiones relativas al tratamiento? 2. ¿Hay factores vinculados a los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) que afecten a las decisiones en torno al tratamiento? 3. ¿Median factores económicos o financieros? 4. ¿Y factores religiosos o culturales? 5. ¿Existen límites a la confidencialidad? 6. ¿Hay problemas en la asignación de los recursos sanitarios? 7. ¿En qué medida afecta el Derecho a las decisiones sobre el tratamiento? 8. ¿Media la investigación o la docencia clínica? 9. ¿Se da algún conflicto de intereses en los profesionales sanitarios o en el centro hospitalario?

Podemos afirmar que desde la casuística, a diferencia del principialismo que busca identificar a la norma éticamente correcta, se busca la decisión prudente. En lugar de los principios y normas, se aplican máximas de acción, con predominio de una ética deductiva, cuyo método encuentra respuestas que no son certezas, sino probabilidades para un obrar prudencial.

La Ética Narrativa abarca un grupo de métodos muy distintos. Desde esta perspectiva no se parte de conflictos de normas o valores, sino a partir de historias y narraciones.

Las narraciones (historietas, canciones, romances, relatos de viajes, cuentos, fábulas, novelas, películas) históricamente han tenido una función moralizante y han contribuido a la adquisición de conocimientos, así como al logro de habilidades y actitudes.

La descripción de diferentes experiencias a través de palabras o de imágenes permite al lector o espectador confrontar lo observado con su propia experiencia vital y desde su particular mirada, lo que favorece una mejor comprensión de la realidad, además de su identificación o rechazo.

Al incluirse afectos, sentimientos, valores y creencias, se logra un análisis de la realidad más completo y se aprende el sentido de lo narrado teniendo en cuenta

el contexto, las circunstancias y las consecuencias.

Esta pluralidad de posibilidades de la realidad vivida por otros en las que, a pesar de las diferencias, somos capaces de reconocernos, nos invitan a encontrar nuevas soluciones a los problemas que nos presentan.

También facilitan el aprendizaje de la deliberación, la comprensión e interpretación por parte de los profesionales, de los significados cognitivos, simbólicos y afectivos de las historias de enfermedad y las diferentes respuestas que la sociedad ofrece.

La Hermenéutica es la búsqueda del sentido de los hechos, de los textos y de las narrativas.

Es la ciencia y el arte de la comprensión. La comprensión es diferente de la explicación. Los hechos naturales se explican; los sucesos o acontecimientos culturales e históricos se comprenden. La comprensión es un fenómeno complejo, basado en la interpretación de los datos en sus conexiones de sentido. Vale decir, la explicación es un método apropiado para el estudio de la naturaleza, pero la comprensión es el método de análisis para los sucesos de la vida.

La vida es la categoría fundamental. Además, es un fenómeno originario y

complejo principio y término de todo sentido.

El sentido es siempre sentido de la vida y dentro de la vida. De ahí que la hermenéutica tenga por objeto interpretar un suceso en el conjunto de la vida, como parte de ella.

Un aporte interesante lo constituye la teoría de la bipersonalidad de Cristian, referida por F. Lolas. Propone una concepción de la naturaleza humana e ideas para estudiar el lenguaje, las prácticas sociales (como la medicina y el trabajo), la constitución y la dinámica de grupos, la psicoterapia y las artes (como la escritura, la pintura y la música). La constitución dialógica de la realidad y los constructivismos, radicales o mesurados, ya no son originales. Lo original es fundar en la bipersonalidad, la "dialogicidad" y la acción humana.

Esta teoría refuerza el teorema central de la antropología médica de Heidegger: se está constituido por los otros. En la tarea, en la constitución en común de significantes, en el diálogo auténtico, emerge la persona.

En lo referido a la Medicina como práctica social, es muy iluminador considerar que cuando el médico diagnostica (conoce a través de medios confiables y llega a certidumbres y predicciones) ésto nunca es sólo tarea del médico, sino labor

compartida entre quien ofrece informaciones y datos (llamado informante, cliente o paciente) y quien organiza y denomina lo que se le ofrece (llamado diagnosticador), más la presencia de la sociedad bajo la forma de palabras, usos idiomáticos, prácticas aceptadas de confirmación, etc. La acción de ayudar, llamada terapia, tiene al terapeuta como protagonista pero exige la participación del ayudado, implícitamente aceptando indicaciones y normas, o explícitamente colaborando a la acción terapéutica. La acción anticipatoria o pronóstico, supone la participación de los involucrados no solamente en la clásica díada de la relación médico-paciente, sino la multitud de las relaciones sociales de los participantes intrínsecamente constituidos por otros, no presentes pero sí presentes en expectativas, influencias, creencias, prohibiciones y permisos.

La Medicina no es ciencia de objeto (poiesis), sino que es ciencia de acciones (praxis) y sus valores. La enfermedad reside en acciones "bien hechas", aglutina la relación y da sentido al trabajo conjunto. Adquiere el carácter de un signifi- cante epistemológico y axiológico con significados teóricos, prácticos y morales.

Los valores implícitos tienen la función de dar sentido a las acciones humanas. Esta reflexión, que supera la comprobación o acatamiento de normas explícitas o implícitas, es la ética. El valor ético de la

práctica médica reside en la rectitud con que se generan, transmiten y usan los "productos" relacionales creados en el diálogo que la conforma, pues toda acción humana es, como indica la teoría de la bipersonalidad, un hacer algo "con", "para", "desde", "por" otros. [19]

La Ética de la virtud es otra alternativa de procedimiento. Se plantean los fines de cada práctica. A través de la promoción de actitudes, se tiende al entrenamiento y disposición de la voluntad, para lograr en el ejercicio de la libertad, lo correcto y lo bueno. Particularmente útil desde el punto de vista pedagógico para la formación profesional, ya que se intenta, no sólo cumplir con el deber, sino alcanzar la perfección y la excelencia. Se subordinan los fines secundarios de las profesiones a los primarios a través del ejercicio de las virtudes. Uno de los ejemplos es el personalismo ontológico.

Ser personalista es, ante todo, ejercitar un método de pensar: "Que el pensamiento no es nunca constituido, sino simplemente constituyente. Sólo existe en acto, apuntando al conocimiento para transformarlo en experiencia, al otro para construir con él un **nosotros** que los hace ser a ambos, siempre dialogando. El pen-

samiento no se encierra en ninguna de las construcciones, sino que las sobrepasa a todas, pues es, a la par, una aspiración y una presencia, más allá de todo cuanto construye. El pensamiento auténtico debe, pues, desprenderse constantemente de sus resultados para llegar a coincidir con su esfuerzo e identificar con su acto, reconocer siempre de sus muertes sucesivas, a permanecer con, contemporáneo de su eterna juventud. La reflexión, en este sentido, es el acto mismo del espíritu, puesto que filosofar es aprender a no morir". [20]

Esta tarea se está llamando a realizarla desde el paradigma de la comunicación o del lenguaje, en el sentido de un discurso que marca la realidad personal constitutiva y operativamente pensada. Realidad que puede ser inteligida en su universalidad desde el paradigma del lenguaje. Un paradigma que no es alternativo al paradigma del ser o al paradigma de la conciencia, sino superador de ambos.

En el diálogo, la persona se abre, se hace entender, manifiesta su propio punto de vista, comunica la propia intimidad. Pero también acoge, espera, respeta al otro en su diversidad y está preparado para el enriquecimiento; y

[19] CHRISTIAN, P. y HASS, R., "Esencia y formas de la Bipersonalidad", Trad. y comentarios: LOLAS STEPKE, F., *Monografías de Acta Bioética*, n. 1, 2009.

[20] LACROIX, J., *El sentido del diálogo*, Barcelona, Fontanella, 1966, 17.

cuando sea necesario, también a reconocer sus propios errores. [21]

El diálogo es un camino hecho juntos, pero no consiste en decir lo que le agrada al otro. Requiere respeto del otro en su integridad, no busca sólo tolerancia, sino también interés y preocupación. Dialogar no significa sólo escuchar, respetar, sino también considerar que me interesa lo que el otro me dice. Sus argumentos incluso pueden hacer cambiar los míos.

El ejemplo histórico de quien ha enseñado a dialogar con respeto a todos, a través de la escucha interesada y atenta, ha sido Sócrates.

Otro desafío para el personalismo, como ética de la responsabilidad en Latinoamérica (el lugar donde hay mayores inequidades), es su concepción de la justicia.

Este valor es uno de los que configuran el sistema cívico político y es uno de los que más deben promoverse en la reflexión simbólico-cultural humanizadora. Por ser un valor central en el vivir, obrar y convivir, es tarea de todos.

CONCLUSIÓN

En este corto tiempo de desarrollo de la Bioética se han ido proponiendo metas

nuevas. El avance ha ido muy rápido y los procedimientos esquemáticos de los primeros años han sido ampliamente superados y complejizados. Pero cada uno de ellos nos ofrece una perspectiva distinta a tener en cuenta, que, si tenemos la apertura necesaria, contribuye a descubrir algo más de la realidad.

El objetivo de la deliberación no es la toma de decisiones ciertas o exclusivas, sino prudentes. Distintas personas pueden tomar distintas decisiones ante un mismo hecho y todas ser prudentes. Esto plantea un desafío a futuro: el asumir un tipo de racionalidad que permita la participación de todos los implicados en el proceso de deliberación de los problemas prácticos, en nuestro caso los morales. Los argumentos que se esgrimen, pueden no anular completamente otras perspectivas y, por tanto, otros argumentos sobre el mismo asunto o problema. De ahí que necesitamos las perspectivas y razones de los demás. Con esto resulta que los otros se convierten en condición de posibilidad de mi propio desarrollo como ser racional.

La inclusión de los otros en mi razonamiento se me impone como un verdadero imperativo moral. De la razón monolítica se pasa a la razón dialógica. A lo mejor sea ésta otra forma de decir que el amor es potencia unitiva.

[21] PASCUAL, F., *Educación y Comunicación en Platón*, Barcelona, PPU, 1996, 249-266.