

Fernando Lolas

Bioética

Este libro es una introducción a la bioética, disciplina que introduce la consideración moral en la medicina y las ciencias biológicas. Mediante ejemplos clásicos de avances científicos y técnicos que han modificado la vida humana generando nuevos dilemas, el libro destaca el valor del diálogo como instrumento de análisis.

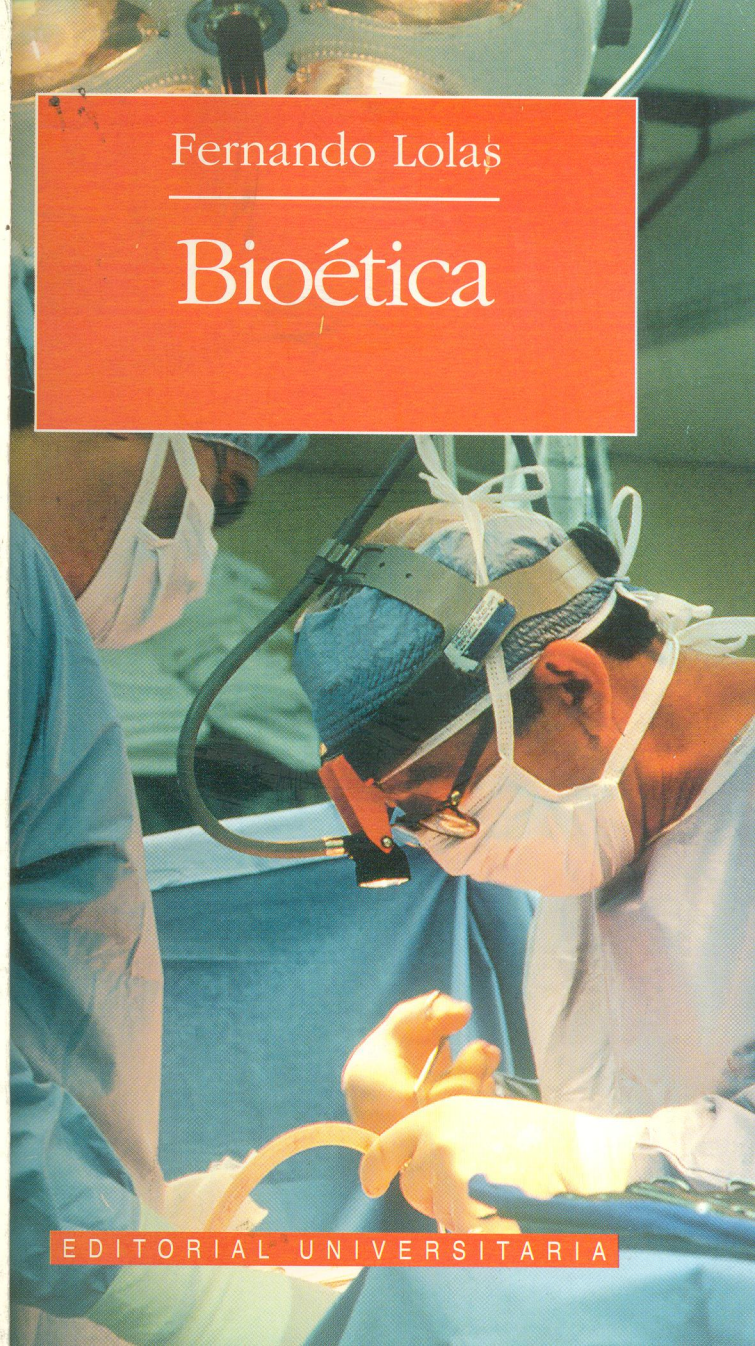


9 789561 113763 >

Fernando Lolas

Bioética

EDITORIAL UNIVERSITARIA



Bioética



Colección

ORIENTACIONES EN
CIENCIA, TECNOLOGÍA Y CULTURA

©1998, FERNANDO LOLAS S.
Inscripción N° 103.026, Santiago de Chile.

Derechos exclusivos reservados para todos los países por
© Editorial Universitaria, S.A.
María Luisa Santander 0447, Santiago de Chile.

e mail: edituniv@reuna.cl

Ninguna parte de este libro, incluido el diseño de la portada,
puede ser reproducida, transmitida o almacenada, sea por
procedimientos mecánicos, ópticos, químicos o
electrónicos, incluidas las fotocopias,
sin permiso escrito del editor.

ISBN 956-11-1376-7

Texto compuesto en tipografía *Palatino 10/13*

Se terminó de imprimir esta
PRIMERA EDICIÓN
de 3.000 ejemplares,
en los talleres de Impresos Universitaria,
San Francisco 454, Santiago de Chile,
en noviembre de 1998.

Fernando Lolas Bioética

El diálogo moral
en las ciencias de la vida



EDITORIAL UNIVERSITARIA

IMPRESO EN CHILE / PRINTED IN CHILE

ÍNDICE

<i>Introducción</i>	9
CAPÍTULO 1	
El término bioética	13
CAPÍTULO 2	
Antecedentes	16
El comité de Seattle	16
El artículo de Beecher	17
El caso Barnard	20
El caso Tuskegee	22
La reflexión teológica	23
La medicina antropológica y psicosomática	24
Otros antecedentes	26
CAPÍTULO 3	
La evolución de la medicina científica	29
CAPÍTULO 4	
El diálogo como método fundante	33
El manejo de las discrepancias: Asunto de contenidos o de reglas	37
El problema del pluralismo es también de conocimiento	39
CAPÍTULO 5	
La globalización informativa y el sentido de las profesiones	43

CAPÍTULO 6	
El problema del consenso y su legitimidad	47
Observaciones sobre el principialismo (o principismo)	49
CAPÍTULO 7	
Los principios fundamentales	51
Autonomía	51
No maleficencia	53
Beneficencia	54
Justicia	56
Otros principios	58
CAPÍTULO 8	
Algunas áreas de trabajo de la bioética actual	61
Salud reproductiva	61
Intervención genética y clonación	64
El tema de la muerte	65
Desigualdades debidas al género, la raza y la edad. Distribución de recursos	68
Salud mental	69
Calidad de vida	72
Medio ambiente	73
Derechos animales y bienestar animal	74
Regulación de la tecnociencia	75
CAPÍTULO 9	
Métodos en bioética. El comité como instancia dialógica	77
Observaciones finales	81
<i>Lecturas y fuentes recomendadas</i>	83

INTRODUCCIÓN

Lo que ofrezco en este breve libro es *un repertorio de ideas*, no una introducción a la bioética. Mi objetivo es que al terminarlo tenga el lector una apreciación global de lo que esta palabra significa y de los ámbitos en que su empleo se ha impuesto. No reclamo más originalidad que la de ordenar los temas que juzgo importantes y vincular algunas nociones familiares a todo el mundo con otras que no lo son tanto. Compete a los lectores y lectoras completar el escenario con los personajes y aditamentos que su propia experiencia indique.

Por no ser este trabajo de tesis ni polémica, me abstengo de indicar mis propias preferencias y argumentos. Cuesta considerable esfuerzo, en esta época de tolerancia cosmética y superficial, ser en realidad tolerante. Algunos piensan que la bioética les servirá para reforzar sus creencias. Otros tal vez piensen en usar el discurso de esta disciplina para obtener ganancias políticas, económicas o ideológicas. Muchos confían en que la introducción de un espacio de reflexión y contrastación es necesario para la recta convivencia. Para mí, la bioética es un intento de lograr procedimientos seculares consensuados para formular, analizar y ojalá atenuar los dilemas que plantea la moderna investigación médica y biológica.

Deliberadamente digo “atenuar los dilemas”, no resolverlos. Enseña la experiencia que dilemas son aquellos problemas cuyas soluciones plantean nuevos problemas. En vez de resolverlos, tengo la esperanza de que el *diálogo* —instrumento social fundante del discurso bioético— podrá “disolverlos” en la superior síntesis “simpática” del consenso deseado y buscado por investigadores, médicos, expertos y gente de toda condición. Intencionadamente hablo de procedimiento secular para indicar que el marco de referencia deseable debe superar creencia, intuición, dogma o doctrina. Solamente el ciego fundamentalismo puede significar hoy peligro para la humanidad: sean de orden económico, ideológico o religioso, los fundamentalismos y las intolerancias son la negación de todo lo que significa ser humano, ser abierto a los otros, al diálogo, a la amistad y a la tolerancia. Quiero creer que la negación de lo humano entraña reales peligros y que la negación de lo humano conlleva la negación del razonamiento moral.

Como todo esto es más fácil de decir que de ejercer, una finalidad ulterior que me propongo es que de la lectura de este libro se desprenda la convicción de que todos compartimos responsabilidades en lo que acontece y acontecerá. Por más que las mayorías silenciosas se obstinen en el silencio de su abstención electoral o en la negativa a intervenir en los debates perennes, tiempo y lugar de importantes decisiones llegan para todos: para los preparados y los ignorantes, para los fuertes y los débiles, para hombres y para mujeres. Este principio de común y comunitaria responsabilidad preside el esfuerzo teórico de muchos autores que he convertido en mentores.

Muchas de las afirmaciones de este texto no están desarrolladas y pueden sugerir, por su concisión, dogma-

tismo o afán didáctico. Al descartar ambos propósitos, deseo solamente reiterar que el trabajo en conjunto con numerosos interlocutores y con diversas audiencias refuerza la necesidad de tomarlas como puntos de partida para exploraciones y tesis personales. Algo de ello se ha tratado de hacer en nuestros proyectos de investigación y en otras actividades que alberga el Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile. El apoyo para sus trabajos proviene, además del esfuerzo personal de sus afiliados y miembros, de la Fundación Ford y de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). Su acción docente se expresa en el curso de bioética que forma parte del Programa de Estudios Generales de la Vicerrectoría de Asuntos Académicos y Estudiantiles y en las contribuciones al Programa de Magister en Bioética, desarrollado por las Facultades de Medicina y de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile. Sin duda, al agradecer a aquellos innominados interlocutores que fuera de rigor citar, debo precisar que son tantos, que su sola mención acarrea el peligro de la inexactitud. Lo que ellos han aportado de palabra y por escrito, en la charla y en la polémica, en los diálogos y en los silencios, es entraña y fruto del trabajo cotidiano, acicate para nuevas tareas y, por cierto, agradecida réplica. La Villa Serbelloni, privilegiado oasis de reflexión de la Fundación Rockefeller en Bellagio, Italia, brindó el marco apropiado para la síntesis y la concisión que este trabajo demandaba.

En honor al espíritu de la colección “Orientaciones”, en que este libro aparece, debe destacarse su carácter de propuesta e insinuación y la necesidad de un diálogo con sus lectores.

CAPÍTULO 1

El término bioética

El Diccionario de la Real Academia Española, en su vigésima primera edición, define bioética como la “disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos”.

La tradición más aceptada atribuye al oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter la introducción del término en la literatura científica, debido a que lo empleó en el título de un libro publicado en 1971: *Bioethics: Bridge to the future*. Alrededor del mismo año, se fundó en la Universidad de Georgetown, Washington, Estados Unidos, un instituto que llevó por nombre The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics, que luego se transformaría en el Kennedy Institute of Ethics. También en 1971, Warren T. Reich convocó a unos 285 autores a escribir lo que aparecería en 1978 como la *Encyclopedia of Bioethics*. Antes, en 1969, se había fundado el Hastings Center, institución pionera en el examen de la ética y los valores en relación con la medicina y los avances científicos.

Ciertamente, la preocupación por el impacto de las ciencias y las tecnologías no es nueva. De modo especial en la medicina, el registro histórico contiene numerosas alusiones a preocupaciones éticas acerca de su ejercicio. No solamente los escritos hipocráticos y otros documen-

tos fueron decisivos en tal sentido. La misma fundación del Royal College of Physicians en 1518 estuvo acompañada del deseo de proteger la vida y el bienestar de los enfermos bajo un control ético de los miembros de la profesión médica. Bajo el término *ética médica*, sin embargo, básicamente se ha entendido un conjunto de normas de comportamiento para los miembros de la profesión en sus relaciones con quienes demandan sus servicios y en las que mantienen entre sí. Como tendremos ocasión de examinar, el movimiento bioético ha ampliado considerablemente el número de interlocutores válidos en materias de ética y, sobre todo, la posición de los profesionales y expertos en su trato con quienes no lo son. Por eso, cabe considerar la aparición de la bioética como un fenómeno propio de las últimas décadas.

El término fue empleado por primera vez en Estados Unidos. Pronto se extendió a otros países, adquiriendo a veces connotaciones especiales debido a algunos de sus cultores. En 1974 se aborda en el Instituto Karolinska de Estocolmo, Suecia, una temática bioética relacionada con la medicina. En muchos centros europeos las antiguas cátedras o institutos de historia de la medicina y de las ciencias reorientan su actividad hacia la bioética, la que así se convierte en la disciplina fundamental de las llamadas "humanidades médicas". En América Latina, el trabajo pionero de José Alberto Mainetti en La Plata, Argentina, Alfonso Llano, en Bogotá, Colombia, Armando Roa, en Santiago de Chile, además de muchos otros, conduce a diversas formas de institucionalización dentro y fuera de las universidades tradicionales. Los colegios y asociaciones profesionales, si bien confundiendo la bioética con una extensión de la ética convencional (en medicina, por ejem-

plo), contribuyeron a acrecentar el interés público por los temas bioéticos. La extensión a todos los países del continente americano ha sido veloz, encontrando diversas formas de expresión e inserción en las instituciones de investigación y enseñanza. Puede hoy considerarse la bioética tanto un movimiento o proceso social como una disciplina que busca su reconocimiento académico. Es necesario reiterar que algunos de los atributos más comúnmente asociados con esta disciplina son producto de su nacimiento en una cultura determinada en un momento específico de su evolución. Esta precisión es conveniente de mantener, ya que una acrítica extrapolación al contexto latinoamericano podría ser inadecuada, si es que no dañina.

CAPÍTULO 2

Antecedentes

El comité de Seattle

La preocupación que traduce el término existía naturalmente antes de 1971. Un artículo de la revista *Life* de noviembre de 1962 narraba la historia del primer comité que tuvo la responsabilidad de decidir quién podía acceder a un tratamiento entonces novedoso: la hemodiálisis.

Cuando se produce una falla irreparable del riñón, éste no puede depurar la sangre de sustancias residuales. El estado final se conoce como insuficiencia renal crónica y es irreversible. La única forma de mantener con vida a las personas afectadas por esta condición, que reconoce muchas causas, es suplir la función renal o injertar un nuevo órgano. Para lo primero puede emplearse diversos métodos. Hacia 1961, el doctor Scribner había logrado un importante avance técnico al inventar una cánula que permitía la conexión de las personas a una máquina que reemplaza al riñón en su función depuradora. El procedimiento que realiza el riñón artificial es la hemodiálisis.

Como ocurre con todo avance técnico que promete salvar vidas, la demanda pronto superó la capacidad de atenderla. Los médicos se veían ante la delicada responsabilidad de decidir quién se salvaba y quién moría. Es una decisión difícil, especialmente cuando existe la certidumbre de un tratamiento eficaz. Cuando éste no existe, los

médicos de todas las épocas han entendido su oficio como el de consoladores y resignados acompañantes. Mas, la sola existencia de un logro técnico de probada eficacia plantea la dura pregunta: ¿cómo decidir? y la no menos compleja: ¿quién debe decidir?

En la ciudad de Seattle, en el Estado de Washington, se realizó en 1962 un verdadero experimento social: se entregó a un comité de personas, muchas de las cuales ignoraban la medicina, la tarea de tomar las decisiones sobre quién accedía al tratamiento salvador. El trabajo de ese comité fue el motivo del artículo de la periodista Shana Alexander en la revista *Life*. Se tituló, naturalmente, "Ellos deciden quién vive y quién muere". Esas personas, con su actuación, fundaron un procedimiento para la toma de decisiones en el campo médico que trascendía a la profesión médica. Constituyeron un verdadero *comité de ética*, en cuyas deliberaciones se tomó en cuenta no sólo la historia clínica sino también la historia vital de los enfermos.

El artículo de Beecher

El profesor de anestesia de Harvard, Henry Beecher, no debe haber recibido sólo felicitaciones por un artículo que publicó en 1966 en la prestigiosa revista médica *New England Journal of Medicine*. Con el título, relativamente neutral, de "Ética e investigación clínica", el profesor indicaba que más o menos un doce por ciento de los artículos médicos publicados en 1964 en una importante revista empleaba procedimientos reñidos con la ética.

Los médicos de todas las épocas han sido no sólo técnicos en el oficio de sanar sino también personas a cuyo cuidado se confían las vidas y las almas. Personas que, se

supone, han estudiado guiadas por una poderosa vocación de servicio y que juran defender la vida. Es verdad que en períodos tortuosos de la historia ha habido médicos que se sometieron a formas variadas de poder económico o político y con eso defraudaron a los que confiaron en ellos. Pero la profesión no puede ser enjuiciada por algunos miembros.

Parte importante del prestigio de la medicina moderna se fundamenta en las ciencias exactas y naturales. Sus métodos son herramientas para producir evidencias y certidumbres de mayor valor que cualquier intuición o certeza no demostrable. Esos métodos encuentran su expresión más acabada en la investigación, especialmente en la investigación en las fronteras de lo molecular, pero también en la llamada investigación clínica. Ésta consiste en reunir informaciones sobre enfermedades en personas aquejadas por ellas, ensayar procedimientos diagnósticos o curativos y estudiar las formas de evolución y contagio. En realidad, casi cualquier tratamiento involucra una dosis de incertidumbre, incluso en las manos más experimentadas. Pero hay etapas cruciales en la investigación médica que sólo pueden ser realizadas en personas. Piénsese, por ejemplo, en la delicada decisión que tomó Louis Pasteur (que no era médico sino químico, por lo cual el trabajo concreto debió ser hecho por otro) de inocular su vacuna antirrábica a aquel muchacho alsaciano que, afortunadamente, sobrevivió. O las dudas que habrán tenido los que administraron las primeras dosis de penicilina en graves infecciones. En la investigación clínica confían todos, médicos y no médicos, para proporcionar fundamento sólido a la práctica.

Y he aquí que el Dr. Beecher afirmaba que al menos doce de cien trabajos publicados —lo que hacía pensar que

eran muchos más— contenían graves transgresiones a la ética. La pregunta que formuló siguió siendo válida durante muchos años y hoy lo es más que nunca. Toda una compleja maquinaria de control social se dirige a indagar por las condiciones bajo las cuales se realiza la investigación en sujetos humanos, con controles éticos “internos”, esto es, realizados por los profesionales mismos, y “externos”, verificados por la “opinión pública”. Más o menos en la misma época, en 1967, M.H. Papworth, escribiendo en Inglaterra, hacía observaciones importantes en un libro titulado *Human Guinea Pigs (Cobayos humanos)*, aludiendo al más típico de los animales usados en experimentación biológica). El propio Beecher publicó en 1970 un libro titulado *Research and the Individual (Investigación e individuo)*, planteando dilemas que persisten hasta hoy.

El tema del valor y los límites de la investigación en y con sujetos humanos es uno de los que más trascendencia cobró en el establecimiento de la bioética, concebida como ética aplicada. No fueron ajenas a las primeras reflexiones la experiencia de la Alemania nacionalsocialista y sus paradojas. Una sofisticada tecnología médica, una profesión respetada y una masiva aplicación de métodos de destrucción humana coexistieron. Con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial un tribunal estadounidense juzgó a algunos médicos que participaron en experimentos considerados inhumanos. De allí deriva una tradición que hoy se conoce como “consentimiento informado” en relación a participación de personas en experimentos biomédicos. Sin embargo, es también paradójico que las primeras normas sobre la materia hayan sido las promulgadas en la misma Alemania nacionalsocialista en 1931. En 1967 una

prestigiosa institución de investigación estadounidense, el National Institute of Health (NIH), estableció comisiones de evaluación de los procedimientos empleados en los estudios con sujetos humanos financiados con recursos del gobierno. Puede decirse que en la actualidad existen regulaciones en casi todos los centros de investigación acreditados. Sin embargo, ellas distan de resolver definitivamente los problemas que plantea la necesidad, por una parte, de investigar en individuos humanos con el control riguroso que exige la metódica científica, por otra. Una de las exigencias de los métodos de inferencia empleados en la estadística es la libre intervención del azar y la no contaminación de los resultados con expectativas o preconceptos individuales. Naturalmente hay contradictorias exigencias de difícil armonización práctica que exigen una permanente reflexión.

El caso Barnard

El primer trasplante cardíaco se realizó, como es sabido, en Sudáfrica, y el cirujano Christian Barnard se convirtió en estrella de la televisión y del mundo glamoroso de los privilegiados por la fama y la fortuna. Había ya tradición en trasplantes de riñones, pero el corazón era, decididamente, algo más espectacular.

También más problemático. Un riñón puede extraerse de un cadáver, es decir, de alguien que bajo cualquier concepto está muerto. Mas un corazón, para ser trasplantado, debe removerse de un cuerpo que está en un paradójico estado de muerto-vivo. Debe haber muerto civilmente, cerebralmente ser irrecuperable para la vida propiamente humana, mas el cuerpo —incluido el corazón— debe es-

tar "vivo", esto es, activo. Es evidente que esta técnica, curativa y salvadora de vidas, arrojaba preguntas de difícil respuesta: ¿cuándo ha muerto alguien?, ¿es la muerte un *proceso*, del cual pueden describirse etapas?, ¿hay un momento en que este proceso pueda considerarse irreversible?, ¿es este momento determinable por la ciencia, por la práctica o por la ley?, ¿es la vida consciente la única forma de vida digna?, ¿si muere el cerebro, muere también la persona?

En algunos países, tales preguntas —o, más bien, las respuestas— dificultaron la práctica de los trasplantes de órganos y aún hoy algunas legislaciones recogen prohibiciones de diverso origen, religiosas o sociales. El caso Barnard pareció la culminación de la técnica a algunos que sugirieron que tales materias se estudiaran con mayor profundidad y fueran objeto de reflexión jurídica y filosófica. En casi todo el mundo los trasplantes de órganos han movido profundos debates sobre el concepto de muerte, sobre los signos de la muerte y sobre la pertinencia de una legislación que distinga distintos "tipos" de muerte. Así, por ejemplo, el concepto de muerte cerebral —activamente discutido por algunos grupos— ha permitido proseguir con la práctica de los trasplantes en la legalidad de la norma vigente. Ello no significa que las polémicas se hayan zanjado, sino solamente que las definiciones aceptadas amplían el ámbito en el cual las decisiones individuales dejan de ser punibles. El tema no es trivial, toda vez que la práctica de los trasplantes, puede decirse, asegura la sobrevivencia de personas que de otro modo estarían condenadas a una invalidez parcial o total, a una vida plena de sufrimiento y limitaciones o, en algunos casos, a la muerte.

El caso Tuskegee

Tuskegee es una localidad del Estado de Alabama, en Estados Unidos, en la cual se inició en 1932 un estudio sobre la "historia natural" de la sífilis no tratada. Por historia natural se entiende la evolución de la enfermedad sin tratamiento alguno. Los "voluntarios", gente de color, nunca fueron informados de lo que se perseguía con las observaciones, tampoco sobre los riesgos que corrían. Recibieron a cambio de su participación transporte, almuerzos y funeral gratis. Aunque la penicilina estuvo disponible en 1946, nunca fueron tratados y el caso apareció estrepitosamente en la conciencia pública cuando un funcionario del Servicio de Salud Pública comentó a la prensa que le parecía algo extraño esta ausencia de intervención sobre la enfermedad. El caso, publicitado en 1972, influyó en la decisión del Congreso de los Estados Unidos de crear una Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y Conductual en 1974, la que luego fue seguida por la Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina y en la Investigación Biomédica y Conductual, en 1979.

El caso advierte que la "ética de la investigación médica" no es sólo asunto de "consentimiento informado" por parte de los sujetos que participan (aunque éste es hoy requisito indispensable para cualquier estudio), sino también, y de modo irrenunciable, asunto de compasión por los semejantes. Al fin de cuentas, la "autoridad social" que la comunidad delega en sus profesionales no puede ser defraudada con una planificación defectuosa, con engaño deliberado sobre los riesgos y con impropiedades en la conducción de los estudios, aunque se realizaren éstos con

el fin de incrementar el conocimiento útil para la humanidad.

El caso Tuskegee debe considerarse un ejemplo. Ha habido muchos otros semejantes. Se trata, por una parte, de la necesidad de saber en beneficio de la humanidad. Por otra, del respeto a las decisiones de las personas sobre sus cuerpos. En tercer lugar, se trata de los límites que pueden imponerse a los estudios que suponen riesgos para los sujetos.

La reflexión teológica

Menos espectacular que los "casos" mencionados, pero no menos importante para el nacimiento de la bioética, fue un movimiento de reflexión que en muchas partes del mundo se abocó a estudiar la medicina y sus prácticas. Especialmente valiosos en el contexto estadounidense fueron Joseph Fletcher y Paul Ramsey, quienes escribieron libros de persistente influencia. Los temas eran perennes, pero los planteamientos llevaban el signo de los tiempos. Era necesario refrescar la tradición filosófica con un adecuado conocimiento de las potencialidades técnicas de la medicina contemporánea.

Fueron teólogos morales los que llamaron la atención hacia tres hechos, especialmente evidentes en la medicina estadounidense pero no limitados a ella. Primero, la influencia de la educación científica sobre los estudiantes de medicina (datable, en ese país, desde la publicación del famoso *Informe Flexner*, antes de la Primera Guerra Mundial), que incrementó la capacidad técnica de los médicos más que su preocupación por las dimensiones morales de la tarea clínica. En segundo término, el "lugar" privilegia-

do del encuentro entre los pacientes y sus médicos, la relación interpersonal cara a cara, cedía rápidamente su lugar al ambiente burocrático del hospital y de la empresa de salud, con consideraciones hasta entonces escasamente representadas en las reflexiones médicas. Temas como el del pago por servicios, sistemas de seguridad social, ideas de equidad y accesibilidad a la atención médica, entre muchos otros, obligaron a replantear temas permanentes en el ejercicio de la medicina. Finalmente, era evidente para estos autores que la medicina y las tecnociencias experimentaban cambios tan sustantivos que no sólo tenían un impacto cuantitativo sobre los recursos disponibles sino, además, imponían un cambio cualitativo en el ejercicio de la medicina.

La medicina antropológica y psicosomática

Muchos de los temas que luego constituirían parte nuclear de la bioética fueron examinados en un movimiento de la medicina europea continental al cual se ha dado el nombre de movimiento psicosomático. Con hondas raíces históricas, datables a cualquier período previo que se quiera (según el énfasis), pero especialmente a la medicina del Romanticismo, a principios del siglo XIX, y a la influencia del psicoanálisis de Sigmund Freud y sus seguidores, el movimiento psicosomático se presentó como una renovación de la medicina que buscaba integrar sus saberes específicos dispersos. Especialmente relevante, si bien no siempre influyente, fue la convicción de algunos de sus cultores de que la medicina del siglo XX se encontraba afectada por una profunda crisis en su carácter de arte humano y humanitario.

En Heidelberg, Alemania, la obra de grandes pioneros culminó en el trabajo de Viktor von Weizsäcker, cuya meta era lograr una *antropología médica*, una integración global de saber y hacer de la que no estuvieran ausentes la vida espiritual, la religión, la política y la vida social en general. Los temas que esa antropología debía abordar anticiparon muchos de los que más tarde constituirían el discurso bioético. El momento histórico fue especialmente significativo por la emergencia del totalitarismo nacionalsocialista, el colapso de las instituciones, la derrota en la guerra y el enjuiciamiento de los transgresores. Muchos de los escritos de la época, especialmente reveladores del espíritu de la profesión médica y la reflexión filosófica bajo circunstancias políticas especiales, esperan aún una relectura matizada por los desarrollos ulteriores.

Es poco frecuente encontrar asociada la historia del movimiento bioético estadounidense a la del movimiento psicosomático. En realidad, en sus versiones europeas, éste se orientó siempre en dirección a una "antropología", entendida como concepción integral de lo humano. Para el estudioso actual, sin embargo, aun cuando una tradición no aludiera explícitamente a lo humano, es posible poner en evidencia un "modelo de hombre" (y de mujer) que le sustenta y da razón de sus orientaciones. Ésta podría ser llamada la "antropología implícita" de una disciplina, de una época, de una tradición. Su estudio y descubrimiento es posible y necesario. Aclaran, en realidad, muchos aspectos que podrían ser motivo de apresurado prejuicio, descalificación e ignorancia de parte de personas formadas en otros contextos. Hay que observar que el "modelo antropológico" se aplica tanto a quienes juegan el papel de "pacientes" o "clientes" de un sistema de salud, a los

que intervienen como “sujetos” de una investigación, a los que son “terapeutas” o “investigadores” y a los que simplemente observan. La noción de un “ser humano” universal ha sido severamente objetada por quienes piensan que todas las historias se escriben con un punto de vista. Éste condena a ciertos saberes a la marginalidad de lo prohibido y, cuando se impone, toma el carácter de doctrina hegemónica.

En esta perspectiva, cualquier sistema de cuidado de la salud y todas las disciplinas, así parezcan remotas o abstractas, se rige por una idea modélica de sus “sujetos de discurso”, es decir, de quienes desempeñan papeles sociales. Por ello, y a modo de sencillo ejemplo, hay que destacar la psicósomática alemana. A diferencia de otras tradiciones en que primó la “neutralidad” de la ciencia empírica, en las versiones de la llamada Escuela de Heidelberg hubo expresa mención de los “radicales antropológicos” de la práctica, entre los cuales los valores, las creencias y las metas últimas siempre tienen lugar. La simple yuxtaposición de los discursos —el “técnico” junto al “personal” y al “social”— no basta para generar la integridad de lo humano, que en rigor precede a todo discurso.

Otros antecedentes

Datar con precisión los orígenes de una disciplina es a menudo imposible. Los cultores suelen reconocer algún “pionero” o alguna “anticipación” con el fin de destacar sus propias contribuciones e insertarse en la dignidad de una tradición. Podría indicarse como un antecedente adicional, menos público que los “casos” detonantes, la incapacidad

de la ética tradicional, de raigambre filosófica, para responder a los desafíos de la ciencia contemporánea y la experiencia de la utilización de la medicina y las ciencias en empresas totalitarias, de las cuales la más conspicua fue probablemente el Tercer Reich. Existen evidencias documentales que señalan que los famosos juicios con que terminó el proceso de derrota de la Alemania nacionalsocialista, además de influir sobre las normas éticas a seguir en el futuro, tuvieron algún impacto en la forma cómo fueron conducidos algunos estudios indispensables de la época de postguerra por parte de los militares y científicos en muchas partes del mundo. El “ejemplo moral” de los juicios contra los médicos alemanes, si bien no imitado por las potencias vencedoras en el caso de los japoneses y sus intervenciones en Manchuria, influyó probablemente en una reorientación de la conciencia moral general y la hizo más permeable a la influencia de un nuevo modo de pensar.

Debe también atribuirse a las transformaciones ecológicas generales y a los cambios en los sistemas de salud en el mundo algún papel, ya sea en la emergencia del discurso bioético en cuanto tal o bien a su rápida aceptación en distintos círculos. No debe olvidarse que el sentido originario del término, cuando fue empleado por el Dr. Potter, se refería más a una ética global o del medio ambiente que a una ética sanitaria. De hecho, sus reflexiones la ligaban a una fusión de discursos, el biológico-evolucionista y el valórico, en un intento interdisciplinario que encuentra paralelos y semejanzas en otros campos del saber.

No debe dejar de mencionarse el cambio en el espíritu general de la época que incubó el movimiento bioético. Una situación que se ha calificado como “huida de la au-

toridad", cuando no su franco rechazo, impregnó toda la década de los años sesenta. Algunas de sus manifestaciones fueron tan inofensivas como letreros para los automóviles diciendo "Objete la autoridad". Otras, más violentas, incluyeron los movimientos estudiantiles de Francia, Europa en general y muchos otros países. La aparición de una literatura abiertamente contradictora del tradicional paternalismo médico, como los libros de Iván Illich y Thomas Szasz, o la avalancha de libros de "autoayuda" para combatir males del cuerpo y del alma pueden también considerarse parte del "clima" que hizo germinar a la bioética.

CAPÍTULO 3

La evolución de la medicina científica

Bajo el término bioética puede entenderse hoy una amalgama de prácticas, métodos y contenidos relacionados con el impacto de la tecnociencia en la vida y la salud humanas.

Su formulador, Van Rensselaer Potter, aspiraba a generar una disciplina que combinara el conocimiento biológico (*bio*) con el conocimiento de los sistemas de valores humanos (*ética*). Era, en realidad, el intento de crear una nueva matriz cultural, un modelo de pensamiento integrador.

Como ya indicamos, no era el primer intento de este tipo ni será, sin duda, el último. El intelectual inglés C.P. Snow había popularizado el concepto de las "dos culturas", la científica y la humanística, como inevitable desarrollo del saber moderno y confiaba en su integración. Todo el movimiento de la medicina psicosomática puede entenderse como la imbricación entre métodos y contenidos específicos, segmentados a partir de una concepción global de la naturaleza por motivos eminentemente prácticos y operativos (lo "psicológico" y lo "somático").

El propio Potter, que tenía esta perspectiva globalizadora, no quería que su disciplina fuera solamente la vieja ética médica en otro registro, ni tampoco pretendía reactivar la ética filosófica en un nuevo marco de aplicaciones, pues ella se había demostrado ineficiente para prever, anticipar o remediar los problemas aparentemente insolu-

bles del progreso técnico y científico. Por ello la rebautizaría más tarde como *ética global*, denominación indudablemente más elocuente y más amplia.

La naturaleza, lo global, lo que nace y se desarrolla por sí sometido a leyes cognoscibles mas no imponibles por la mente humana, ha estado siempre presente en el desarrollo de las disciplinas científicas. La historia de la palabra *fisiología* constituye un ejemplo. Originariamente, el conocimiento de la *physis* (traducida por los latinos como *natura*) aludía al conocimiento de la totalidad perceptible. Un "fisiólogo", en tiempos de Aristóteles, ha de haber sido quien pensaba la naturaleza en su permanencia, en sus desarrollos y en sus cambios. Ya para el siglo xvi, y especialmente en la obra del erudito Jean Fernel, la palabra designa sólo el estudio de la naturaleza del hombre. Esta fisiología, como antesala de la medicina propiamente tal, se convertirá progresivamente en su basamento científico. En el siglo xix, Claude Bernard podrá indicar que la medicina científica se apoya y fundamenta en la fisiología, y dirá que las mismas leyes que imperan en la naturaleza inanimada se encuentran vigentes en la animada y que la enfermedad no es sino la fisiología humana en un contexto diferente. La inmutabilidad de la ley natural será un tema capital en el progreso de las ciencias llamadas positivas, que tratan con "cosas" existentes y con atributos inequívocamente perceptibles. Para las generaciones de científicos del siglo xix, que albergaron esperanzas en el futuro de la ciencia y creyeron firmemente que "conocimiento es poder" (famosa frase con que Francis Bacon inauguró la *edad de la ciencia*), la exactitud y la objetividad, propias de la química, la física y la naciente biología eran lo esencial. La mensuración o medición (cuyo vínculo con la palabra *mens*, mente, es innega-

ble) se convirtió en el fundamento del pensar sistemático. Ya hacia mediados del siglo xix, por una institucionalización que se verificó especialmente en Europa, la fisiología se restringió al estudio de las funciones de las "partes" de los organismos, órganos, tejidos, células. Y más tarde, en el siglo xx, la evolución del pensamiento tecnocientífico se caracterizó por instrumentos cada vez más perfeccionados y más exactos, cuyos resultados creaban realidades cada vez más precisas. De allí que nuevamente la fisiología ya no identificó una disciplina única, de objeto propio, sino que la palabra empezó a ser usada con aditamentos especificadores: *fisiología celular*, *fisiología molecular*, *fisiología cardíaca*.

La voz fisiología, de significar estudio de la naturaleza global pasó pues a indicar el estudio de la totalidad del hombre, luego el de sus órganos, tejidos y células y, finalmente, el de las fracciones más pequeñas de sus mismos constituyentes. Este proceso, conocido en su dimensión práctica como "especialización", tiene ciertamente caracteres propios en cada disciplina y en cada ámbito del saber, pero sin duda ha tenido importancia en desligar el estudio de su contexto global y se ha caracterizado por una inquisición cada vez más específica en segmentos de realidad, desvinculados del todo. El especialista, se ha dicho, sabe todo de nada.

Entre las muchas formas de considerar la necesidad del discurso bioético, ésta es de especial interés. Pues no lo concibe como una simple "aplicación" de la ética filosófica a un nuevo campo de problemas, ni tampoco obliga a recorrer la historia de las diferentes posturas éticas en busca de una explicación para la avalancha de informaciones de la época contemporánea. Más bien, lo interpreta como la necesaria emergencia histórica de una "contracorriente"

cultural nunca enteramente reprimida del pensamiento humano y a veces difícilmente institucionalizada.

Los fenómenos a que aquí se alude han sido formulados en dos formas complementarias. Por una parte, se trata de la "tecnificación" de la medicina. Por otra, de la "medicalización" de la vida. Si la primera expresión indica la influencia de las ciencias positivas en el arte de curar, la segunda refleja la presencia ubicua de la medicina en todas las esferas de la vida, incluso en aquéllas reservadas anteriormente para el consejo amistoso, la guía espiritual del confesor o la indicación del líder carismático. La contracorriente se caracterizó por intentar comprender, y luego dominar, la tecnificación y por limitar, y luego moderar, la medicalización.

La tecnificación y la medicalización (que podría considerarse una expresión particular de la primera) podían considerarse triunfos de la razón instrumental. Conjuntamente con ellos, sin embargo, persistió no sólo la huida de la autoridad sino la fragmentación del lenguaje moral y la existencia tenaz de dilemas sin solución razonable. Especialmente en las prácticas sociales, el acuerdo no parecía garantizado. Así como los marineros que acompañaban al capitán Cook en su viaje alrededor del mundo se escandalizaron ante las prácticas sexuales de los habitantes de Hawaii, éstos se sintieron sorprendidos por el hecho de que los hombres y mujeres occidentales comieran juntos. Los tabúes de unos y otros parecían, a primera vista, irracionales e incomprensibles. Involucraban, como en aspectos más complejos, diferentes valoraciones que afectan el hábito, la costumbre y el carácter, términos todos relacionados con el significado de la voz "ética". También aquí se hizo evidente la necesidad de establecer alguna forma razonable y razonada de afianzar la autoridad moral.

CAPÍTULO 4

El diálogo como método fundante

En tal sentido hay que entender el impacto de ciertas prácticas que la bioética ha facilitado o promovido. Si se estudian los "casos" a que hemos aludido en el recuento de los antecedentes inmediatos —al menos en Estados Unidos— se observará en todos una peculiar situación: un logro técnico importante genera problemas que la propia técnica es incapaz de resolver. Tales problemas, que cabría llamar *dilemas*, pues no parecen tener solución única, se convierten en desafíos no solamente para los que laboran profesionalmente en su planteo y solución, sino para otras personas. Se hacen problemas humanos.

Al comprenderse de este modo, se toca un estrato de humanidad que los especialistas, aún compartiéndolo y sabiéndolo importante, parecían y parecen haber olvidado. La motivación de la ciencia, la tecnología, la medicina y otras prácticas sociales que producen "usos" y "cosas" es, ciertamente, la satisfacción y el bienestar de la humanidad. Dicho con Aristóteles, la felicidad. Y la felicidad es una virtud que, como todas las virtudes, consiste en ser justamente lo que se está predestinado a ser, llevar a plenitud las potencias inherentes a un ser algo. Y ser hombre o mujer significa muchas formas de felicidad plena, cuyo recuento desafía toda unilateralidad y toda especialización. Si se estudia por qué causó estupor el artículo de Henry Beecher y el experimento de Tuskegee se observará que es

porque desafía lo que siempre se pensó evidente: que quienes dicen defender lo humano, a veces, embelesados en sus trabajos específicos, parecen hacer algo que a otros —no especialistas— parece indigno, aberrante, antihumano.

Sin duda alguna, un efecto social importante de esta óptica bioética ha sido “horizontalizar” los discursos técnicos. El especialista o experto pasa por lo más refinado que ha producido la civilización occidental y su representante más característico. Es el que realmente “sabe” y su lenguaje es un lenguaje de “juris-dicción” específica y mientras más específica, mejor, pues aleja del fantasma del *amateur*, del *dilettante*, del que no se ha especializado. Las sociedades industriales han premiado al especialista —o experto— con prestigio, con dinero y con poder. De allí procede el fenómeno social de la “verticalidad del discurso técnico”. El experto habla “desde” un saber inaccesible a otros. El experto “mira hacia abajo” a los que no lo son, su discurso es vertical. Está amparado y apoyado por sus pares, otros expertos, que defienden celosamente el poder que les confiere el conocimiento especializado y lo transforman en legítima autoridad a través de la norma legal.

Sin embargo, en términos de prestigio, dinero y poder, el efecto de “halo” es inevitable. Así, el cirujano famoso es consultado sobre los más escabrosos temas de la intimidad personal, el físico nuclear opina sobre economía, el biólogo pontifica sobre las relaciones matrimoniales. Hay una difuminación del papel de experto hacia áreas fuera de su competencia en tanto que experto. Ello no ocurre solamente en los países de menor educación general, si bien en ellos es de particular intensidad. Ocurre también en los centros industrializados y de elevada alfabetización

científica. Como fenómeno social es interesante. Pero más interesante aún es como probable explicación para la rápida expansión y aceptación del movimiento de ética global —o bioética— que tiene el *diálogo* entre expertos y profanos como característica central. Este diálogo expandido puede ilustrarse con el caso del comité de Seattle que hemos mencionado antes. Lo sorprendente de ese caso es que se permitiera a personas sin versación médica intervenir en una decisión que involucraba el empleo de tecnologías médicas. Evidentemente, sus juicios no se basaban en datos o antecedentes clínicos, sino justamente en aquellos que no lo eran: en la situación familiar de cada persona, en su edad, en el número de allegados, en la posición social en la comunidad, y multitud de otros factores que operan, explícita o implícitamente, en el uso social de las tecnologías. Ni siquiera en aquellos regímenes que invocan el **igualitarismo**, dejan las elites políticas, económicas o sociales de pesar sobre la toma de decisiones.

El diálogo ha encontrado expresiones institucionales de diverso tipo. Tal vez las más familiares puedan describirse en términos de grupos de personas que forman **comités o comisiones**. El comité o comisión de ética en un hospital moderno es un conjunto de personas, no solamente médicos, que consideran caso a caso el tipo de medidas adoptadas en relación a un determinado enfermo, su **pertinencia** en términos de equidad y justicia, su adecuación al estado del arte, los daños y beneficios que derivaron o podrían derivar de una intervención diagnóstica o curativa, el respeto a los derechos y la dignidad de las personas. El comité de investigación en una institución dedicada a la ciencia y la tecnología supervisa que se empleen procedimientos adecuados para que las personas adopten el

carácter de "voluntarios" sabiendo de qué se trata, asumiendo los riesgos y los beneficios eventuales, velando por el respeto a la confidencialidad y la dignidad humana. Además de esos dos tipos de comité pueden formarse otros, con finalidades más o menos específicas y modalidades de trabajo apropiadas.

Lo que está detrás de la formación de comisiones o comités es un principio de necesaria explicitación. Normalmente, en cosas substantivas, suelen las personas compartir creencias y convicciones básicas. Especialmente, las comunidades de creyentes encuentran su fuerza y hasta su razón de ser en normar las actividades y las actitudes de sus miembros, de modo que éstos tienen, ante cada eventual decisión o fuente de conflicto, una respuesta preparada o apropiada. Los contenidos pueden ser diversos, pero en general los adherentes a un credo religioso determinado saben cómo proceder apropiadamente frente a la sexualidad, a las relaciones interpersonales, a la vida y a la muerte. A menudo, una narrativa fundante les sirve de apoyo, sustento e inspiración y la aplican a los más variados problemas y asuntos de la vida. Compartir contenidos e historias es un modo de adquirir identidad y separarse de otros grupos. Es la base del conocido fenómeno del prejuicio, que fundamenta el conflicto moral en diversos ámbitos de la vida contemporánea. Numerosas son las dificultades para arribar a consensos, al punto que, sostienen algunos, tales consensos o preexisten o forman simplemente equilibrios de frágil textura, que se romperán ante la menor presión.

Las sociedades semejan así, como ya advertíamos, mosaicos de grupos humanos que al perfilar sus identidades, necesariamente enfrentan a otros grupos, en la conse-

cución de bienes y beneficios. El papel de los comités es restablecer, por vía de la representatividad y la representación, la posibilidad del encuentro "cara a cara" que caracteriza a las comunidades pequeñas que parecen compartir motivos y fundamentos para la vida en común. El comité equivale a una reproducción metafórica de la sociedad mayor. Es, si se quiere, una imagen, una suerte de acuario que replica el mar.

El manejo de las discrepancias: Asunto de contenidos o de reglas

H. Tristram Engelhardt es un polémico autor de la bioética estadounidense que representa de modo característico una postura "formalista" o "procedimental" para el manejo del conflicto.

Sostiene que la bioética secular no puede ocuparse de las narrativas fundantes que dan sentido y vitalidad al mito y la creencia. Ellas siempre crearán cofradías de "amigos morales", que justamente basan su amistad en compartir estas historias y sus corolarios, moralejas y sentencias. Mas siempre confrontarán otras cofradías, esta vez de "extraños morales", que no compartiendo esas historias y sentencias, tendrán distintas perspectivas sobre casi todo tema o asunto relevante. La bioética secular no puede aspirar nada más que a ser una suerte de conjunto de "reglas" para zanjar discrepancias de modo que, respetando las divergencias, se asegure expresión satisfactoria y justa a las distintas comunidades del mosaico social. De allí el carácter "procedimental", no substantivo, de sus "principios", no equiparables a los llamados principios morales de algunas religiones o credos laicos.

La teoría de la decisión ética, incorporando aspectos de la teoría de decisiones y dando una respuesta científica a la vieja pregunta que se formulaba Emanuel Kant sobre "qué debemos hacer", se convierte en una teoría general de la conducta social humana. La concordia universal y la paz perpetua son probablemente bienes humanos de muy difícil obtención, pero los intentos por conseguirlos no cesan. Al respecto, debe hacerse notar una distinción útil entre *maximizar* y *optimizar* las relaciones sociales. En el primer caso, un individuo o un grupo trata de obtener lo mejor sin considerar a los demás. Optimizar, por contraste, se refiere a lo mejor posible considerando los derechos de otros individuos o grupos y las incertidumbres propias de los ambientes cambiantes.

Corrientes filosóficas diversas han postulado principios de *utilidad* para dirimir las contiendas morales. El principio de la máxima utilidad para la máxima cantidad de personas está implícitamente presente en muchas discusiones. Sin embargo, no es el único que puede servir de base a la contrastación de perspectivas morales, y de hecho el papel de la ética —como reflexión fundamentadora de la costumbre y la práctica moral— se encuentra siempre con la dificultad que tienen las personas, no tanto para hacer lo correcto cuanto para decir *por qué* lo que hacen es correcto. En otras palabras, casi todos los habitantes de una cierta comunidad pueden convenir en un curso aceptable y hasta correcto de acción en un caso particular, mas no siempre por los mismos motivos. Y en punto a juzgar, muchas veces se confunde el análisis de las motivaciones (por qué) con el de las intenciones (qué), dificultando la toma de decisiones.

Como explica Stephen Toulmin, es casi inevitable el desarrollo de una "ética de extraños" en las sociedades

culturalmente plurales. En ellas, la desconfianza mutua, especialmente hacia quienes detentan poder, obliga a confiar en las reglas y las normas, dejando espacio reducido a la discrecionalidad. John Ladd ha llamado a esta confianza en la seguridad de la norma "legalismo".

El problema del pluralismo es también de conocimiento

Pocas veces se destaca que el pluralismo de las sociedades contemporáneas no es sólo de convicciones morales. También es evidente un pluralismo epistémico e informativo. Con ello se indica que no todos los miembros de una comunidad "saben" lo mismo ni tienen acceso a las mismas informaciones. O, si lo tuvieran, no las interpretarían de forma pareja.

La especialización y la tecnificación antes aludidas son causa y consecuencia de este *pluralismo epistémico*. Las disciplinas científicas contemporáneas se caracterizan por elaborar discursos específicos, cada vez más exactos, cuyos términos solamente tienen sentido para quienes están familiarizados con ellos y con la teoría que les sustenta. En realidad, la "significación" de un término cualquiera en una ciencia es la posición que él ocupa en la totalidad de sus enunciados y es incomprendible sin conocer o al menos barruntar esta totalidad. Por otra parte, algunos términos de la lengua natural, al ser adoptados por las disciplinas científicas, suelen revestirse de significaciones especiales, que nada de común guardan con el uso corriente, excepto tal vez sus connotaciones afectivas. Singular dificultad tienen las ciencias llamadas humanas o sociales, pues empleando una terminología técnica usan para

comunicarla el lenguaje corriente, lo que hace a otros pensar que entienden de qué se trata. Esta situación es inimaginable en aquellas disciplinas que recurren a formalizaciones matemáticas o a simbologías especiales, lo que explica que muchas ciencias humanas, en un intento por mostrarse en una apariencia de "alta tecnología", adopten formas expresivas innecesariamente complejas. Piénsese sólo en los alardes tecnomórficos del movimiento conductista y en las notaciones introducidas para dar cuenta de procesos de adquisición de respuestas. Los "ingenieros de la conducta" de los años sesenta matematizaban lo obvio y escribían fórmulas para describir lo mismo que el lenguaje común.

El pluralismo epistémico tiene cierto paralelismo con el pluralismo moral, pero no es idéntico ni equivalente. Si en éste las fundamentaciones pueden provenir de narrativas trascendentes, palabras de hombres y mujeres inspirados o tradición familiar, en aquél se debe a menudo a la posibilidad de acceder al conocimiento y compartir formas de socialización. Saber es participar de un conjunto de creencias no solamente sobre el mundo, sino también sobre el modo cómo el mundo puede ser objeto de conocimiento. Cabe distinguir, por ende, niveles de pertenencia a comunidades basadas en el saber, desde las disciplinas a las especialidades. Estas comunidades no son solamente intelectuales sino también de prácticas sociales. Los que cultivan las disciplinas humanísticas tienen una forma de relacionarse diferente de la que exhiben los químicos, los físicos o los médicos. No solamente por el lenguaje especializado. También por los modos preferidos de argumentar, por la forma de establecer jerarquías y por el tipo de exigencias para ser admitido en el grupo. Al escoger una

profesión no se adquiere solamente un conjunto de informaciones. Se adquiere un *corpus* de *conocimiento* constituido por *información organizada* en torno a algún interés social, que puede ser teórico, estético, altruista o guerrero y puede referirse a la propia persona o a un grupo. Los "pares" se reconocen entre sí, delimitan su grupo de los de "fuera" y, en el caso de las profesiones, buscan convertir el *poder* que les da su conocimiento experto en *autoridad legítima avalada por la ley y el Estado*.

Las formas de diálogo que explícita o implícitamente ha corporizado el movimiento bioético deben contemplarse también desde esta perspectiva. Los códigos de ética profesional, especialmente en el caso de la medicina, siempre han reglamentado las relaciones entre los expertos y los profanos, pero además las relaciones de los expertos entre sí y con otros expertos. Se trata de relaciones humanas y de poder que deben ser estudiadas y reguladas, pues inciden de manera significativa en los asuntos prácticos. La concepción económica, cuando prevalece y llega a ser excluyente puede desvirtuar una concepción médica del mismo conjunto de temas o problemas. Una exclusiva atención a los aspectos tecnológicos puede obstruir una correcta comprensión de las implicaciones psicológicas que tienen, por ejemplo, tratamientos en unidades de cuidado intensivo o intervenciones quirúrgicas. El contraste y confrontación de "racionalidades" se ha convertido en un necesario tema de reflexión, que extiende la metódica del diálogo a una zona de mayor complejidad. Si simplícidamente se podía defender un cierto paternalismo benéfico de los médicos para ciertas personas en algunas partes del mundo, hoy tal proceder debe ser examinado con cautela. No solamente por obligaciones y derechos, forma habi-

tual de plantear los dilemas éticos. También, y de modo creciente, por el "tono informativo" de una sociedad. Las personas, en promedio, saben o creen saber más de lo que antes sabían. Están expuestas a informaciones y pseudoinformaciones a través de la prensa, la televisión o la red Internet. En algunas condiciones, como las enfermedades crónicas, los pacientes se informan acuciosamente de sus dolencias, forman grupos de autoayuda, intercambian experiencias y terminan "sabiendo" casi tanto como los médicos que los atienden. El papel de "socio" es un buen modo de describir lo que ocurre —o debiera, idealmente, ocurrir— y plantea desafíos que hacen necesaria una forma diferente de abordar el comportamiento profesional.

CAPÍTULO 5

La globalización informativa y el sentido de las profesiones

Basta examinar la historia de lo que después se ha llamado bioética para percatarse de que debe mucho de su explosivo desarrollo a dos hechos. Primero, que hubo casos impresionantes de transgresión de límites y de posibilidades fácticas de "aplicar" ciencia a asuntos humanos. Y segundo, que tales casos fueron conocidos por la comunidad general.

No debe olvidarse que siempre la práctica del conocimiento ha sido peligrosa. Los casos de Galileo, Darwin y Freud, tres "deconstructores" de la imagen del Hombre son prueba de ello. El primero, por quitar a la Tierra su preeminencia sideral, el segundo por quitar a la especie humana el hálito divino exclusivo y el tercero por demostrar que la conciencia no es rectora de todas las acciones humanas, trabajaron bajo anatema, condenación y repulsa. Otros como ellos han tenido experiencias semejantes y otros, de los que quizá no quedó rastro, habrán dejado de hacer aportes por temor. Es singular que la exclusividad del saber lleve a la formación de "cofradías" excluyentes en aras de la perpetuación de ese mismo saber. La incompreensión es ya tema del pasado y hoy día la rápida difusión y la anticipación del logro es lo esencial. Con los riesgos que eso entraña. Por ejemplo, la fabricación o adulteración de resultados y datos, la presentación engañosa de destrezas y conocimientos, el plagio y otras prác-

ticas deshonestas. No puede hablarse de un problema de magnitud ni suponer que todo el sistema de las ciencias y profesiones sea susceptible de corrupción. La observación tiene que ver solamente con el hecho de que la publicación y su forma degradada, la publicidad, son constitutivas de la ciencia contemporánea, a tal punto que podría describírsele como un perfectísimo sistema de comunicación, que critica antes de la publicación (el sistema de revisión por pares de las revistas acreditadas), castiga la falsía, premia la prioridad y la cantidad (*"publish or perish"* reza el conocido aforismo de las universidades estadounidenses) y cautela la difusión.

Estas consideraciones son relevantes al considerar el lugar que podría ocupar la práctica del diálogo en comisiones para el planteamiento y resolución de cuestiones éticas que afecten decisiones técnicas. Las personas que allí participan no solamente aportan divergencias morales o modos de sentir dictados por sus papeles sociales (por ejemplo, ser "paciente", "pariente de enfermo", "padre", "madre", "profesional experto" y otros). También traen consigo las percepciones inducidas por las formas públicas del conocimiento, desde el dato hasta la noticia y la información, tamizadas por el "medio" y dotadas de grados variables de confiabilidad. La pura discusión en abstracto de "posturas éticas" hace olvidar que a veces las personas, incluso las personas ilustradas, basan sus juicios en datos que no pueden verificar, en apreciaciones impuestas o heredadas y en infundados prejuicios. Bacon hablaba de los "ídolos" que enturbian el recto uso de la razón para referirse a la influencia de los preconceptos, las ideas recibidas sin crítica y las creencias por intuición.

Las profesiones contemporáneas, en tanto instituciones que responden a necesidades y demandas sociales, no solamente manejan informaciones. Ante todo, manejan una forma particular de articular informaciones que llamamos *conocimiento*. Como hemos indicado más arriba, es información organizada en vistas de algún interés que, en el caso de las profesiones de ayuda, es práctico, se traduce en un hacer. Se dice que las profesiones tienen acceso a un "saber-hacer", esto es una praxis, un modo de acción cualificado por un agente responsable e informado por una teoría. Así, este saber-hacer es más que pura contemplación y está alejado de un ciego empirismo. Es una acción fundada en concepciones amplias, respaldada por una teoría, incuestionablemente apreciada por la sociedad, que está dispuesta a premiar su ejercicio correcto con dinero, prestigio o poder.

Difícil resulta mantener el poder o la autoridad profesional en tiempos en que la rápida conversión de algunos datos en noticias los hace de público dominio antes de conocerse sus alcances e implicaciones. Piénsese solamente en las discusiones sobre la clonación o sobre la muerte cerebral, que pronto alcanzaron titulares de periódicos y "análisis" periodísticos, o en los problemas que trae comunicar apresuradamente un nuevo avance terapéutico a la prensa. El factor "información pública" debe ser tenido en cuenta al momento de organizar un comité de deliberaciones éticas, que no es un tribunal para enjuiciar prácticas ni un órgano de defensa de desamparados sino un sitio de encuentro de racionalidades, sensibilidades y proyectos vitales. No obstante, es menester recordar que la heterogeneidad de la sociedad mayor no se elimina con ello y que es necesario diseñar no solamente modos de

operación, sino también formas de adecuar la información a los participantes, construyendo un conocimiento especial, distinto del que usan los especialistas pero distinto también del disponible en los medios masivos. Tal vez lo substantivo de este argumento sea destacar que el conocimiento, en tanto que "construcción", puede tener semejantes elementos — las informaciones — pero cumplir distintas funciones según el contexto y el "usuario". Un comité, aunque sea "de ética" no es sólo "de ética". Es un conjunto de personas que, además de visiones diferentes sobre la vida y los valores, tienen diversas informaciones y, ante todo, distinto conocimiento. Es necesaria esta reflexión porque al descuidar los aspectos de "ingeniería del conocimiento" o "ingeniería epistémica" que todo grupo desarrolla o improvisa, se cae en rudimentarias polémicas, se vocean consignas y se toman decisiones no racionales.

Las profesiones modernas deben también parte de su privilegiado estatuto al hecho de que no solamente regulan un "saber-hacer" sino también un "saber-estar". Ser depositario de un saber, de su correlativo prestigio y poder, obliga a un "saber estar" en ese papel social, tener una identidad acorde con la dignidad del oficio, saberse comportar conforme a ella. Este saber-estar pertenece a aquellos aspectos de la vida al servicio de las personas que más importa desarrollar como grupo e inculcar el espíritu de una vocación. Es fundante de las relaciones con otros expertos, de la identidad en tanto que autorizado exponente de un oficio y del respeto que los no expertos otorgan a éste.

CAPÍTULO 6

El problema del consenso y su legitimidad

Aparentemente, el consenso debido a una forma unitaria de existencia, tal como se observa en sociedades pequeñas o en comunidades unidas por una forma de vida totalitaria, puede basarse en reglas o principios *a priori*. Las megasociedades contemporáneas, conformadas por grupos diferenciados y heterogéneos, solamente pueden aspirar a formas de consenso logradas *a posteriori*, tras deliberaciones. La *heteronomía* de las normas morales impuestas por la tradición y la creencia, ha cedido su lugar a la *autonomía* de los agentes morales identificados con formaciones intermedias de la comunidad, los grupos de opinión y de presión. El consenso espontáneo de las sociedades pequeñas, basado en el contacto cara a cara, debe ser remplazado por alguna forma de construcción, que cambia la unidad por la unanimidad o el imperio de la razón por el imperio del número. Si bien es verdad que en la tradición filosófica, supongamos la aristotélica, la mayoría estará de acuerdo en lo bueno, y este identificar a la mayoría será prueba de bondad, en la contemporaneidad democrática, lo justo y lo bueno lo son porque la mayoría así lo quiere. El principio de mayoría se convierte en *justificación* causal de bondad y justicia, no en su *indicio*.

La legitimidad buscada y aceptada, que las tecnociencias y sus aplicaciones hacen necesaria, debe basarse no solamente en lo que es factible sino también en lo que es

bueno y justo. Especialmente en el campo de la medicina y la biología, central en la bioética contemporánea, se ha hecho necesario rephrasear la tradición filosófica en un registro que permita emplearla considerando la acumulación de informaciones y las transformaciones del conocimiento. Como se ha indicado, el movimiento bioético se inició con la discusión pública de "casos" relativamente espectaculares y solamente después se extendió a las prácticas más regulares y cotidianas de los oficios de ayuda, sin que pueda decirse que su desarrollo sea universalmente uniforme.

La Comisión primeramente establecida en el Congreso estadounidense y luego en la Presidencia, concluyó sus deliberaciones con proposiciones de orden práctico que debían regular el tratamiento de las personas que intervienen como sujetos en las investigaciones biomédicas y conductuales. Uno de sus más concluyentes aportes, tal vez no el más substantivo pero sí el más difundido, fue sistematizar principios "de nivel intermedio" que codifican los modos de proceder en la toma de decisiones éticas. Estos principios, que reeditan trabajos de muchos autores, pero especialmente de W.D. Ross, son esencialmente cuatro: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

A estos principios de la bioética estadounidense, conocidos también como el "mantra de Georgetown" por la popularidad que luego adquirieron y la rápida divulgación de que han gozado, deben por cierto agregarse muchos otros que en uno u otro momento han sido erigidos en directrices de las decisiones éticas en medicina y biología. La discusión debe considerar, asimismo, que la cultura en la cual aparece por primera vez el discurso bioético inspirado por estos principios tiene algunos rasgos pecu-

liares, no iguales a los de otras, lo que debe considerarse al momento de hacer extrapolaciones y comparaciones. Podría argumentarse que en todas las culturas son identificables tales principios, con prioridades y en proporciones diversas según el lugar y la época, de modo que cabe hablar de variantes culturales en su aplicación y connotaciones.

Observaciones sobre el principialismo (o principismo)

Con el acento práctico que supone contar con un conjunto de principios reducibles a reglas prácticas y éstas a casos y situaciones, no debe olvidarse que *los principios, en cuanto tales, no pueden indicar cuándo se aplican ni cómo se aplican*. Son de un nivel intermedio, es decir, se encuentran entre las grandes generalizaciones filosóficas y las reglas de conducta, de modo que su interpretación y aplicabilidad dependen de factores que no se encuentran en ellos mismos.

La ventaja que ofrecen es *uniformar las bases* desde las cuales partir en el análisis de casos concretos. Nunca los "casos" son tan inequívocos como para adaptarse exactamente a lo que se supone cubre cada principio. Siempre puede debatirse sobre la exacta significación de uno determinado. No obstante, es conveniente su análisis por constituir un considerable avance en aproximar la discusión filosófica a las situaciones concretas, lo que no aconteció con la ética filosófica tradicional, en la que pareció operar el "principio del interés inverso": lo que preocupaba a los filósofos no interesaba a la gente común y viceversa. Lejanos están los tiempos en que un cómputo simple pueda desembocar en un "algoritmo moral" de infalible eficacia en la resolución de conflictos, aunque algunos con-

fían en que los cuatro principios, como el alfabeto elemental de la molécula de ADN¹, adecuadamente combinados, puedan reflejar la miríada de situaciones y complejidades de la vida social. Es improbable que eso ocurra. Si ocurriera, tampoco significaría un avance, toda vez que la decisión ética debe tomar en consideración el aporte de las ciencias sociales empíricas, el impacto de las emociones, la influencia de la cultura y el cambiante escenario del conocimiento científico. En nuestra discusión todo esto ha de tenerse presente.

Conexo con lo anterior está el problema de determinar exactamente qué significa un principio determinado. Bajo el término *autonomía*, un utilitarista entendería la libertad de darse a sí mismo normas y acceder a ciertos bienes. Para alguien inspirado por la deontología clásica (doctrina de los deberes), autónomo es el acto que se realiza en concordancia con las demandas de la razón impuesta por la inmutable ley moral. El mismo acto, y aun semejante intención, podría por ende valorarse diferentemente según el concepto de autonomía que se escoja.

¹ ADN, ácido desoxirribonucleico, material fundamental de los cromosomas y con ello de la herencia genética. La comparación se basa en que la codificación de las proteínas orgánicas se realiza, en el ADN, mediante cuatro bases: adenina, timina, guanina y citosina. Este código permite expresar toda la diversidad de las estructuras biológicas heredables.

CAPÍTULO 7

Los principios fundamentales

Es difícil imaginar principios no basados en una teoría particular de la recta acción. En sus aspiraciones de neutralidad, un principialismo extremo podría semejar al derecho. En realidad, el "legalismo" es una de las tentaciones del discurso bioético. En la imaginación colectiva, cuando existe una ley o norma legal que regula algo se supone que lo regulado deja de demandar ulteriores reflexiones. Pierde su carácter problemático. No obstante, es de experiencia corriente que las leyes no apoyadas por un uso constante y aceptado son leyes de legitimidad dudosa y de azarosa aplicación.

Subyace al énfasis en principios intermedios la esperanza de que tengan suficiente flexibilidad para constituir una suerte de *lingua franca* que permita la comunicación entre miembros de distintas comunidades morales. H. Tristram Engelhardt ha sido un fuerte defensor de la necesidad de una ética libre de contenidos o narrativas, que pueda ser empleada por "extraños morales" en calidad de herramienta de consensos. Su postura, aunque criticada, responde a las exigencias de una bioética secular.

Autonomía

Se dice que una persona actúa con autonomía cuando tiene *independencia* respecto de controles externos y *capacidad*

para obrar de acuerdo a una elección propia. La autonomía se prueba en las opciones escogidas y por ello la potencialidad de tenerla, si bien importante, se limita o restringe en numerosos casos. Por ejemplo, una información insuficiente o inadecuada impide una elección autónoma, por más que se reconozca la autonomía del individuo en general. Una transitoria incapacidad, por ejemplo un trastorno depresivo, puede comprometer la autonomía decisional de una persona sin modificar el respeto debido a ella. Normalmente, lo que se juzga al considerar la autonomía es el grado de *intencionalidad* de los actos, la *comprensión* que de ellos tiene el agente y la *ausencia de coerciones* o limitaciones.

La autonomía no se opone al respeto a la autoridad ni a la obediencia a la norma social. Si alguien decide seguir las directrices de una iglesia o de un partido político está optando por ejercer su autonomía acotándola en aras de una creencia, una causa u otras personas. Es inapropiado confundir la autonomía con el individualismo.

El respeto por la autonomía de las personas en tanto agentes morales capaces de decisiones informadas es central en el diálogo bioético. Sólo el permiso otorgado por alguien puede legitimar una acción que le involucre. El valor de las personas es incondicional y ello obliga a considerarlas fines, no medios, con la libertad de vivir y decidir libres de interferencias. Immanuel Kant y John Stuart Mill se cuentan entre los filósofos más influyentes en relación al principio de respeto de la autonomía. Beauchamp y Childress formulan el principio en forma negativa: "Las acciones autónomas no deben estar sometidas a limitaciones contraloras por otros".

El principio encuentra aplicación en reglas de conducta, como "respetar la privacidad de otros", "decir la ver-

dad", "aportar información fidedigna", "pedir permiso para intervenir sobre el cuerpo de las personas", entre muchas otras.

No maleficencia

Esencialmente, la obligación corporizada en este principio es la de no dañar intencionalmente. Algunos autores lo consideran el más básico y fundamental de la ética médica. Una de sus más antiguas versiones se encontraría en el precepto hipocrático *Primum non nocere*, "primero no hacer daño".

No hacer daño parece estar próximo a hacer el bien. Por lo tanto, la no maleficencia sería un aspecto de la beneficencia, como sugiere William Frankena, para quien no infligir daño o mal es la primera de cuatro obligaciones beneficentes. Es evidente que el peso de la argumentación reside en un concepto apropiado de daño o mal, que ciertamente cubre muchas esferas de la vida y alude a diversos cuerpos de creencia y doctrina. Por ejemplo, para la medicina griega era malo todo lo que fuera contra el orden de la naturaleza. En tradiciones impregnadas de juridicidad, como la romana antigua, malo era lo que contraría la ley. Por último, en un contexto religioso, malo es lo que contraviene el orden divino. De allí que evitar hacer daño o mal sea expresión amplia e imprecisa, que adquiere consistencia sólo ante casos concretos, en los que deben explicitarse las reglas prácticas que corporizan el principio de no-maleficencia. Algunas pueden ser, por ejemplo, "no matar", "no causar sufrimiento a otros", "no ofender". Se trata, obviamente, de preceptos no absolutos, cuya exacta especificación debe tomar en cuenta el contexto.

Beneficencia

Existe una forma de beneficencia, llamada positiva, que consiste en proporcionar beneficios, lo que parece casi trivial. A ella debe sumarse la *utilidad*, que consiste en un balance positivo entre lo negativo y lo positivo. También se beneficia alguien si, al recibir algo, debe dar algo en retribución. La utilidad es la diferencia en "plus" que recibe.

El concepto alude a actos, no a actitudes. Para éstas, cuando son positivas, se reserva el término *benevolencia*. El principio de beneficencia impone la obligación moral de actuar en beneficio de otros. El ejemplo clásico se encuentra en la parábola del buen samaritano y en la noción de "prójimo" que sustenta. Hay que distinguir, por otra parte, entre una beneficencia *específica*, dirigida a grupos específicos, de una beneficencia *general*, que teóricamente abarcaría a todos los seres humanos y el mundo animado en general. Obsérvese, en todo caso, que una tesis *normativa* sobre la obligación de la beneficencia no debe entenderse prejuzgando sobre la naturaleza humana como inclinada al "bien".

Entre las reglas de conducta derivables de un principio de beneficencia general (o de sus versiones utilitaristas) puede haber algunas como "proteger y defender los derechos de otros", "ayudar a quienes están discapacitados", "colaborar en alejar peligros que amenazan a otros". A diferencia de las reglas derivadas de la no-maleficencia, todas las cuales son prohibiciones negativas siempre obligatorias y materia de normas jurídicas ("no matar", "no robar", por ejemplo), las relacionadas con beneficencia son positivas incitaciones a modos de obrar o a acciones con-

cretas. No siempre precisan ser obedecidas imparcialmente y no constituyen, al quedar incumplidas, motivo de castigo o sanción legal. Se trata de un "máximo" moral deseable.

La tradición médica occidental, especialmente desde la introducción del cristianismo, ha asignado a ciertos papeles sociales, como el del médico, la obligación de la beneficencia. De hecho, algunos oficios, que exigen especial "vocación", son oficios "éticos" por involucrar una forma de ejercicio particularmente vinculada al bien público. En el caso de la medicina, ella se traduce en buscar el bien del que sufre, sea quien fuere y en cualquier circunstancia. Esta beneficencia, en el ejercicio de la medicina, se ha acompañado históricamente de una restricción de la autonomía de las personas cuando caen enfermas. Uno de los caracteres del "estar enfermo" como papel (*rol*) social² es la dependencia y la necesidad de buscar ayuda competente. El enfermo queda relevado transitoriamente de sus obligaciones sociales, mas se espera que haga todo lo posible por sanar. Entre otras acciones, se espera que se confíe a profesionales competentes. Se llama *paternalismo* a la *beneficencia sin autonomía*, y ha caracterizado a la medicina occidental desde los escritos hipocráticos. Obsérvese que si bien se asocia esta palabra a intervenciones médicas autoritarias, existe una forma de "paternalismo pasivo" que consiste en no hacer lo que desea un enfermo para "protegerlo de sí mismo". A veces, los principios de autonomía y beneficencia entran en conflicto. La forma de resolver los dilemas, como indicamos antes, no procede de los princi-

² El concepto de "papel de enfermo" (*sick role*) se debe al sociólogo estadounidense Talcott Parsons. En su formulación práctica estaba constituido por "obligaciones" y "derechos".

pios mismos y es por ello materia de interminable examen. La aplicabilidad de los principios y la jerarquía relativa según el caso son materia del diálogo que funda el trabajo de los comités.

Justicia

Puede imaginarse, como ha hecho Jorge Luis Borges en "La lotería en Babilonia", una sociedad en la cual los beneficios y las cargas sociales se distribuyeran sólo por azar. No habría influencia de la clase social (o más bien ésta sería un azar más), el talento, la riqueza o la experiencia. Tras un velo de ciega determinación, la suerte decidiría quiénes tienen más y quiénes menos.

Una reflexión ligada a la justicia señala que los iguales deben ser tratados igual y los desiguales desigualmente. Éste es un *principio formal*, porque no define en qué consiste la igualdad ni bajo qué presupuestos debe ser aplicado. Esta asignación de lo igual a lo igual y de lo desigual a lo desigual es la *equidad*. Lo que está en juego no es que todos deben recibir lo mismo sino que cada uno debe recibir lo proporcionado a lo que es, a lo que merece, a lo que tiene "derecho". Decimos de un trato que es justo cuando es *equitativo y merecido*. Si ampliamos la reflexión a toda la sociedad, se encuentra el concepto de *justicia distributiva*, que alude a la distribución ponderada, equilibrada y apropiada de los bienes y cargas sociales basada en normas que detallan el sentido y fin de la cooperación social. Bastaría agregar que estas normas han de ser legítimas para que el problema recaiga en la fuente u origen de la legitimidad. Otras formas de justicia, como la criminal, orientada al castigo de las faltas graves, o la rectificatoria, relacio-

nada con la compensación por alteraciones en la vida civil, si bien relevantes al concepto global, lo son algo menos en el campo bioético.

Interesante resulta precisar los aspectos concretos de aplicación del principio de justicia. En lo formal, casi nadie duda de ellos. En lo material, existen discrepancias, como se observa al estudiar las siguientes reglas prácticas: "dar a cada persona según su necesidad", "dar a cada uno según mérito", "tratar a cada uno de la misma forma". Otros ejemplos ilustran la dificultad de privilegiar alguna de las teorías de justicia existentes: las *utilitaristas*, que destacan criterios para maximizar la utilidad pública, las *liberales*, que destacan los derechos a la libertad social y económica y los procedimientos para garantizarlos, las *comunitaristas*, que descansan sobre una apropiación del pasado común en una sociedad, y las *igualitaristas*, que aspiran a fundamentar una distribución uniforme de aquellos bienes y beneficios que "toda persona racional" valoraría. El esfuerzo teórico se dirige a brindar coherencia y significación a las reglas de conducta y a anticipar instancias de dilema. Así, por ejemplo, es evidente que sería bueno y justo que nadie pagara por el acceso al cuidado de su salud, mas ello desafía los principios del mercado que imperan hoy día. Sobre la racionalidad económica, decía Edmund Burke que era una forma de aplicar formas de virtud distributiva basada en el mérito.

El principio de justicia, en su concreción bioética, es de singular trascendencia para el continente iberoamericano. Muchas veces, la planificación de los servicios de salud opera sobre una idea preconcebida de las necesidades de sus usuarios y trata de satisfacerlas en un marco político de toma de decisiones. La noción de "derecho a la

salud" y al cuidado médico debe ser siempre críticamente examinada, sobre todo cuando se considera la diversidad de las sociedades contemporáneas, mosaicos de grupos, de intereses, de expectativas. Bajo cualquier definición del estado de salud plena, es menester matizar la tesis de un "derecho" a él, toda vez que los medios para "construir" la salud propia son en parte sociales y en parte individuales. Existe fundamento para sostener que el "derecho" pudiera ser a "medios y recursos", no a la "salud", la cual siempre depende de la agencia personal de los individuos además de los recursos que brindan el Estado y el mercado.

Las formas compensatorias de las desigualdades humanas suelen conducir a otros dilemas. La llamada "acción afirmativa" es en realidad una forma de "discriminación inversa", según la cual una sociedad cree compensar las desigualdades debidas a la raza, el género o el origen socioeconómico dando a quienes las padecen mejores opciones en determinados casos (por ejemplo, acceso a la universidad). Como apunta Peter Singer, esto sólo consolida aún más las desigualdades y no contribuye a cimentar la concordia. En su opinión, la única igualdad posible debiera proceder del respeto a los intereses de cada uno, más que de una arbitraria compensación de las diferencias iniciales.

Otros principios

Ingenuo sería pensar que los cuatro principios reseñados y sus derivaciones podrían dar cuenta de las múltiples situaciones y casos que plantea la vida social. Un principio es nada más que una formulación cohesionadora de normas que opera sólo cuando es "desconstruido" para dejar

a éstas, por así decir, manifestarse en su factibilidad, su racionalidad o su legitimidad. Así, podrían agregarse a la lista precedente principios tales como el de *sacralidad de la vida humana*, que obliga a respetarla donde y como quiera que se la identifique, el de *dignidad*, que retiene el carácter de mérito aun para el ser humano indigente o desclasado, el de *permiso*, que permite hacer con alguien sólo lo que él o ella expresamente autorice, entre muchos otros.

El mérito de los cuatro principios de la bioética estadounidense, debe reiterarse, radica en la simplificación que otorgan al proceso de discernimiento bioético, convirtiéndolo en procedimiento. De la acción y para la acción han derivado las normas que estos principios a la vez corporizan y anticipan. En su aparente precisión ayudan a formular los problemas, diseñar estrategias de resolución y permitir el ordenado debate en cuanto a las discrepancias. Son medios para el diálogo, no fines para la teorización. Su "producto" más visible sería el consenso frente a ciertas decisiones que involucran a las personas en relación con las transiciones entre la vida y la muerte, la distribución de los beneficios derivados de la ciencia y la medicina y la relación con el ambiente humano y animado en general.

Otro principio que ilustra la diversidad de la reflexión es el llamado por Peter Singer "principio de *igualdad de intereses*". Tratando el tema de la igualdad, observa este autor que no hay fundamento lógico o racional para afirmar que los seres humanos son iguales. Existen desigualdades étnicas, de género, de talento. La diversidad, sin embargo, no impide reconocer que hay ciertos intereses inherentes al hecho de ser persona moral, como el de desarrollar los propios talentos, acceder a la felicidad y evi-

tar el dolor. Es sobre la base de respetar estos intereses o tendencias universales que podría afirmarse que los seres humanos, si bien no son iguales, poseen igual valor.

Muchos de los principios no cubiertos por los cuatro anteriormente explicados poseen un grado distinto de utilidad y a menudo se formulan a propósito de temáticas circunscritas. Ello no los hace menos importantes. Al final, son las reglas prácticas y la destreza casuística lo que realmente importa.

CAPÍTULO 8

Algunas áreas de trabajo de la bioética actual

Las disciplinas biomédicas evolucionan hacia una mayor imbricación con las humanidades y las ciencias psicológicas y sociales. Parece como si a la tendencia disgregadora del pasado, que hizo cundir la especialización y el reduccionismo como la forma progresista del saber, se sumara ahora una corriente integradora, débil aún pero perceptible en el panorama global. Algo de ello se traspa a la formación avanzada en las ciencias y las profesiones y, precisamente, la aparición del discurso bioético ha causado un reordenamiento de conocimientos tradicionales en nuevas síntesis. Se caracterizan éstas por centrarse en dilemas humanos y no en rígidas fronteras de especialidades. El progreso produce lo que en inglés se conoce como *no technical solution problems*, esto es, problemas, aparentemente técnicos, que no tienen solución técnica. Son problemas humanos, probablemente eternos, que adquieren una nueva faz debido al progreso. Algunos de ellos serán presentados en esta sección.

Salud reproductiva

Bajo el concepto de salud reproductiva se engloban aquí temas vinculados a la sexualidad y la reproducción. Podría argumentarse que la vinculación entre ambas esferas es arbitraria, toda vez que una de las conquistas aparentes

de la contemporaneidad parece haber sido desligar el sexo de la reproducción y vindicar el placer erótico en una autonomía que consagran viejas tradiciones. Precisamente allí radica una de las causas de controversia y debate. Para cierto tipo de creyentes, el sexo es un atributo humano con un sentido en la perpetuación de la especie bajo el signo de la unidad familiar, representada por progenitores de distinto sexo que se dan mutuo placer con el solo fin de propagar su stirpe. De allí que cualquiera intervención deliberada sobre el proceso reproductivo, por no natural, deba ser condenada. Igualmente, en el caso de parejas infértiles, la ayuda científica debiera confinarse a aquello expresamente aprobado por el magisterio religioso.

Ciertamente, el gran tema de la reproducción es el tema de la continuidad de la vida. El momento cuando se empieza realmente a ser un individuo humano pareciera ser materia técnica y sin embargo no es una pregunta respondible sólo con argumentos técnicos. Es más. Los argumentos llamados técnicos tienden a ser petrificados en dogmas o cumplir la función de apoyar doctrinas. El campo bioético es transdisciplinar precisamente por acopiar argumentaciones e ideas de muchas disciplinas y fundirlas en una síntesis no sólo conceptual sino también práctica. Pues se trata de lo que las personas hacen, no solamente de lo que las personas piensan.

El tema de la salud reproductiva tiene relaciones, además, con los "derechos" de individuos humanos aún no nacidos. Cuando se discute sobre el aborto, es importante señalar que la vida que se troncha contiene potencialidades cuyo desarrollo y perfección bien pudieran ser un derecho. Sólo que el sujeto de tal derecho no está con nosotros para defenderlo. Es un caso de lo que podría-

mos llamar "imaginación moral", pues se precisa imaginación para representarse a seres que no vemos ni oímos, que estarán en unas circunstancias distintas de las nuestras y que probablemente no entenderán lo nuestro. La imaginación moral, que es casi una forma de inteligencia, es la base de la simpatía y la empatía y el fundamento de la conciencia solidaria que ampara lo legítimo por ser dialógico.

Especiales problemas plantea el tema de la fertilización asistida, que desde el nacimiento del primer "bebé de probeta" en 1978 hasta hoy agrega nuevos dilemas a la medicina. Por la naturaleza de las técnicas empleadas actualmente, la certidumbre de un embarazo para una pareja estéril que recurre a métodos de asistencia depende de implantar más de un embrión. Un tema que así aparece tiene que ver con la preservación de éstos y, eventualmente, con la forma de disponer de ellos en caso de que los "progenitores" ya no los deseen, o hayan muerto, o estén satisfechos después de un intento. No menos interesantes son los casos de "arriendo de úteros", así llamados por la prensa, en los que una mujer gesta embriones que no le pertenecen y entrega el bebé después del parto a los "mandantes". Casos ha habido en los cuales la "madre substituta" se niega a entregar el producto de la concepción por el lazo afectivo que contrae con él durante la gestación.

Como otros temas relacionados con la dignidad y la individualidad humanas, los que plantea el complejo escenario de la salud reproductiva son, además de desafíos morales, desafíos emocionales. Brindan una excelente ocasión para plantear el eterno problema de las relaciones entre moral y sentimiento.

El llamado "proyecto genoma" está orientado a conocer con detalle la ubicación y caracteres de los tres millones de pares de bases que constituyen el ADN de la especie humana. Es concebible que sea éste un saber muy aplicable, y de hecho en ello se cifran las esperanzas de la medicina y la industria. Conocidos los genes anómalos de un individuo podrían establecerse precozmente medidas correctivas y terapéuticas ("terapia génica") o recomendar a una pareja abstenerse de procrear. Sin embargo, tal conocimiento podría ser también motivo de exclusiones y discriminaciones y plantea el problema de la confidencialidad de la información sobre las personas.

En otro plano se desenvuelve la polémica creada por experimentos de clonación, en los cuales, gracias a refinamientos técnicos que inciden sobre el ciclo celular, puede recuperarse la capacidad de las células germinales, y también de las somáticas, de generar un individuo completo. Esta capacidad existe en las células embrionarias antes de que empiece la diferenciación celular y se constituyan las líneas que darán origen a los distintos tejidos del cuerpo. La clonación de una célula en un individuo adulto permite suponer que se podrá crear animales a voluntad con un patrimonio genético deseable o conocido, vieja aspiración de los criadores de caballos, perros y aves de corral. La selección artificial que las técnicas de ganaderos y especialistas han impuesto sobre la selección natural se vería así enormemente favorecida. Entre las muchas aplicaciones, se menciona la muy obvia de disponer de células escogidas que producen determinadas sustancias esenciales para la vida o replicar organismos de singulares

características de adaptación. La obvia extensión a la especie humana, que técnicamente no es inconcebible, ha despertado admiración y temor. La respuesta oficial ha sido solicitar una moratoria en los experimentos que podrían conducir a ello y limitar los fondos para tales investigaciones, pero ciertamente la verdadera respuesta social debiera consistir en un aumento de la conciencia general del problema. La primera pregunta, aparentemente trivial, es saber en qué consiste realmente el problema.

El tema de la muerte

No sólo el comienzo de la vida plantea dilemas bioéticos. También su término. Típicamente, al examinar los orígenes —siempre graduales y siempre imprecisos— de cualquier discurso científico se observan las discrepancias que le originan. Y en el caso de la muerte humana, la reflexión de todas las épocas se ha detenido en ella como en la constante antropológica de mayor trascendencia. Historiar sus inflexiones y sus énfasis es la mejor introducción a graves dilemas bioéticos.

Uno de los más conspicuos de tales dilemas, desde el punto de vista del avance técnico, se debió a la posibilidad de trasplantar órganos vitales como el corazón o el hígado y a la perspectiva de que otros, como el cerebro, pudieran ser objeto de exploración. Una técnica salvadora de vidas —la cirugía del trasplante cardíaco— contiene una peculiar ambigüedad: el órgano a trasplantar debe estar "vivo" pero su poseedor "muerto". En otras palabras, ha de existir un cadáver, pero no totalmente cadavérico. La pregunta clave es, entre otras también fundamentales, "cuándo" ha muerto alguien. Si al cesar la respiración, si acaso al detenerse el

corazón o, tal vez, cuando el cerebro deja de estar activo. Obsérvese la "precisión tecnomórfica" de las definiciones. El corazón que no late es criterio suficiente en una cultura que desconoce otras técnicas, como el electroencefalograma, que traduce la actividad eléctrica del cerebro aun si una persona está inconsciente o no responde. De allí que la pregunta por el momento de la muerte dependa de los medios técnicos para responderla y que el concepto de "muerte cerebral" refleje, por una parte, una realidad biológica y, por otra, una transacción con los presupuestos de la cultura técnica. Sin tal concepto, la posibilidad misma de efectuar trasplantes de órganos vitales desaparecería, como ha sido el caso de Japón durante muchos años.

En el tema de la muerte confluyen, como es habitual en el discurso bioético, muchas racionalidades. Por un lado, la racionalidad instrumental, que pugna por la hegemonía: lo factible ha de realizarse. Por otro, la racionalidad científica, que indica aquellos aspectos cognoscitivos que atraen al sabio y fundamentan la *libido sciendi*, el deseo de saber que toda actividad humana trae consigo. Mas también la racionalidad comprensiva o, como diría Habermas, "emancipatoria", pues libera a la humanidad de las servidumbres de la ignorancia y la injusticia. Así, un mismo proceso técnico correcto en sus fundamentos puede ser inexacto en sus fundamentaciones o incluso injusto en sus aplicaciones. Cada racionalidad se acompaña de un interés, de una finalidad, de una forma de realización de potencias humanas. Así, el debate sobre la muerte como un proceso y no como una cisura en la línea de la vida encubre una lucha de intereses que es menester no sólo discutir (en el sentido de poner de manifiesto), sino también examinar racionalmente.

Mas la muerte se impone en el discurso bioético también en otros ámbitos. Bajo el epígrafe de "bioética paliativa" puede englobarse todo lo relativo al cuidado de los moribundos, desde los derechos que les asisten hasta las complejas decisiones sobre eutanasia, activa y pasiva, suicidio asistido, medidas extraordinarias para salvar y conservar la vida, entre muchas otras. En años recientes ha cobrado difusión amplia la tesis de la disponibilidad de la propia muerte. Disponer de la propia muerte significa darle una apariencia acorde con lo que uno cree ser o una dignidad correlativa a su valor. Hay quienes aseguran que el derecho a la muerte (propia) es constitutivo del ser persona humana y que preferir morir a vivir mal puede ser elección justa en muchos casos. Lamentablemente, el término eutanasia, que significa bien morir, nos llega contaminado por lastres racistas y crueles, pero en esencia traduce un estado de plenitud y acuerdo consigo mismo que permite considerar a la muerte como un pasaje obligado de la condición humana. Francis Bacon distinguía entre la eutanasia interior —la disposición al bien morir— y una exterior —las circunstancias de la muerte biológica. Hoy día suele reconocerse que los médicos no están siempre preparados para ver morir a sus pacientes y que experimentan como derrota —suya y de sus técnicas— toda muerte, aun la inevitable. Los hipocráticos pensaban que cuando había hablado la "necesidad" (*anankhé*) el médico debía abstenerse de actuar, postura que contrasta con el *furor therapeuticus* o el ensañamiento desesperado con que se intenta salvar vidas a toda costa y a cualquier costo. En algunos casos, pacientes terminales solicitan de sus médicos que les alivien de sus padecimientos mediante la muerte, y en algunas legislaciones existen descargos para aquellos profesionales que en alguna forma ayu-

den al suicidio. El "suicidio asistido" no es igual a la eutanasia activa o pasiva porque incluye la voluntad y la acción de quien lo pide, mas debe considerarse dentro del plexo de problemas de la muerte en consideración bioética.

Un caso especialmente acuciante lo representa la "muerte social" de quienes, padeciendo grave e incurable enfermedad, quedan excluidos de la vida grupal y están privados de todo futuro. Pertenecen a una categoría de literales "excluidos" cuyos derechos y deberes precisan renovado examen.

Desigualdades debidas al género, la raza y la edad. Distribución de recursos

Tal vez dentro del catálogo de temas propiamente bioéticos, la desigualdad debiera tratarse dentro de un acápite dedicado a la equidad y la justicia. Sin embargo, nada ilustra mejor la naturaleza transdiscursiva de lo bioético que las discrepancias insolubles a que conduce la polémica sobre el sexismo y el ancianismo (o juvenismo).

Entre el feminismo combativo, que remplacea una ortodoxia por otra, y el renaciente machismo, que reivindica una suerte de comportamiento tradicional, existen complejas relaciones dialécticas y sorprendentes similitudes. Légame a pensar en una sola estructura autoritaria para los cultores de ambas posturas. Interesa en bioética especialmente el hecho de que la vinculación con las ciencias biológicas y sociales plantea el eterno problema de lo "natural" versus lo "artificial" y la reiteradamente superada polémica entre lo "innato" versus lo "adquirido". Finalmente, la diversidad de las culturas y los imaginarios sociales agrega, complejidad a los planteamientos.

Algo no diferente ocurre en relación con la edad como diferencia perceptible entre sujetos humanos o la raza como obvia variación grupal. Todas las formas de una tendencia conocida como "acción afirmativa" (*affirmative action*) coincidieron, cuando estuvo en sazón, en privilegiar a los menos privilegiados. El extremo es, por supuesto, la "discriminación inversa", que termina negando todo apoyo a la supuesta mayoría (o minoría) privilegiada según cualquier criterio. Es concebible que los dilemas se extiendan a todas las esferas sociales. En el campo educacional, en la atención de la salud, en el acceso a comodidades hay decisiones, a veces penosas, que contradicen las nociones vulgares de igualdad y equidad y que plantean dilemas. Así, por ejemplo, si a los ancianos debe darse atención preferente en todo o si, ante la escasez de los recursos, debe limitarse su acceso a ciertos bienes, es asunto polémico. Daniel Callahan, al argumentar por imponer límites o racionar los recursos para los ancianos, lo hace sobre el fundamento de la "humanidad" y "propiedad" de la vida vivida y encuentra franca oposición por parte de quienes sostienen ciegos igualitarismos.

Salud mental

Una de las formas más simples de obstaculizar cualquier debate moral es pedir definiciones. En el caso de la salud mental, ello ha significado interminables disputas, litros de tinta y kilos de papel. Las definiciones suelen traducir tanto procesos cognoscitivos como convicciones valóricas, con predominio de uno u otro componente según el caso. Tal vez la definición de "átomo" pueda ser por completo "operacional" y desprovista de valoración en manos de

algún experto, pero la definición de "salud mental" no será nunca exclusivamente operacional. Parece razonable concluir que ambos tipos de "objeto científico" (esto es, construido por un "discurso científico"), aunque parecen tener semejantes funciones (entre otras, permitir la formulación de preguntas e hipótesis), tienen una composición diferente y admiten formas distintas de evidencia sensorial y valórica.

La psiquiatría, como disciplina médica abocada al estudio del trastorno de la conducta, la vivencia y la cognición, al hacerse social y tomar en consideración las relaciones entre personas, amplía el ámbito de sus preocupaciones hasta abarcar toda forma de bienestar y sus trastornos. La salud mental desborda a la psiquiatría en multitud de frentes, especialmente porque —al igual que la salud sin adjetivos— es sensación subjetiva, ritual social y silencio orgánico en forma simultánea. Algunos indican que es absurdo segregarla del bienestar general.

A la bioética llega el tema de la salud mental desde muchos ángulos: como derecho a tener los medios y recursos para adquirirla y preservarla, como asunto de capacidad individual de juicio, como formas de menoscabo reversible, discapacidad rehabilitable o minusvalía compensable, como necesidad de contrastar los deseos del individuo con las exigencias de la comunidad. Las relaciones con la ley son estrechas, pues el tema de la imputabilidad y la capacidad de juicio es uno de los más centrales en las relaciones de la medicina con el derecho.

A lo largo de los muchos años de construcción y desconstrucción de disciplinas abocadas a lo psicológico, siempre se asiste al carácter único de sus trastornos, que privan a las personas de lo más esencial de su condición

humana, el sentimiento, la voluntad y la razón. La *demen-
cia*, como decaimiento global de las capacidades intelectuales, destruye precisamente aquello que parece constituir la nobleza de lo humano —el raciocinio— y degrada a quienes padecen a la total dependencia de otros. Las *adicciones* químicas y sociales parecen privar del albedrío, a quienes son sus víctimas. Los *trastornos del ánimo* enajenan a quienes los padecen de sus metas y propósitos vitales y les convierten en esclavos de una alterada constelación de ciclos sociales y vitales.

En la mayoría de estas condiciones las personas se vuelven incapaces de cumplir sus metas biográficas a pesar de ellas mismas y sin quererlo así. Tentación grande es la sujeción a las decisiones de otros y el consiguiente empobrecimiento de la calidad de ser humano que ella impone. Típicamente, un dilema se refiere a la legitimidad de privar a alguien de su libertad en forma no voluntaria, internándole en un hospital para proteger a otros o para protegerle de sí mismo. Otro tiene que ver con la posibilidad de ensayar nuevos medicamentos o técnicas curativas en personas cuyo consentimiento nunca será verdaderamente voluntario y, mucho menos, informado. En tales casos, se recurre a las figuras del "*mejor interés*" (del afectado, se entiende) y del "*juicio substituto*". Según este principio, una persona que se supone representa al individuo afectado toma las decisiones que éste hubiera tomado de estar en condiciones de hacerlo. Según el primero, alguien "que sabe" (usualmente el profesional) señala cuál es la acción que mejor preserva los intereses del afectado. Ambas figuras discursivas se aplican también en otras formas de impedimento o discapacidad, como las derivadas de la inconsciencia, la muerte apa-

rente o la condición de no nacido. Obsérvese que el derecho, en cada uno de estos casos, está ligado a la capacidad de cada uno de los representados a tener necesidades y deseos, los cuales legítimamente debieran ser satisfechos.

Calidad de vida

Si bien el complejo temático “calidad de vida” —que goza actualmente de extraordinaria popularidad— pudiera tratarse junto con los dilemas en el campo de la salud, su relevancia bioética procede de las múltiples disciplinas que interpela. Ha de distinguirse entre *precondiciones* de la calidad de la vida, como pueden ser el estado económico de la nación, el avance de las tecnociencias y la infraestructura material, de la calidad de vida como *fenómeno subjetivo* y bienestar individual. Se habla, a veces, de calidad de vida objetiva versus subjetiva.

La discusión se centra a veces en el significado real de las precondiciones objetivas. Aunque en un país existieran excelentes recursos de salud es probable que ellos no sean igualmente accesibles a todos sus ciudadanos. Es pertinente distinguir entre la *disponibilidad potencial* y la *disponibilidad real*. Esa tensión es ya una tensión ética, pues pueden colisionar las nociones sobre lo “debido” y lo “posible”. La justa distribución de los recursos y medios incide sobre la calidad subjetiva de la propia vida. Es fácil suponer que una persona desclasada o marginal esté más expuesta a sufrir más en su estado de salud y por ende tenga peor calidad de vida que otra con mucho prestigio social. Esta evidencia está disponible también para sociedades animales, en las cuales la pérdida de *status* lle-

va incluso a la declinación y la muerte. El “apoyo social” (*social support*) es importante para la salud, como lo es el saberse protegido y con posibilidad de acceso a ciertos bienes.

Central en esta argumentación es la fuerte imbricación entre lo social, lo económico y lo personal, de modo que la “calidad de la vida”, siendo en último análisis una sensación subjetiva, es *compleja y multidimensional* pues admite muchas facetas, y *relativa y dinámica*, pues puede cambiar con la circunstancia de vida. Un anciano no valora lo mismo que un niño y un esquimal difiere de un neoyorquino en lo que desea. Por tener este carácter integrador, la temática de la calidad de la vida parece absorber los discursos parciales sobre la salud, la salud mental, la equidad, la distribución justa de los recursos y otros temas que frecuentemente se debaten. Desde este complejo se puede abordar en forma sistemática y ordenada una multitud de otros, como los relativos a la agencia privada o pública de los sistemas de salud, la previsión social o los servicios comunitarios.

Medio ambiente

Una “ética del ambiente” o “ecoética” debe encontrarse en la agenda de todo planificador de la ciencia y la técnica futuras. Los controles adecuados, la necesaria limitación a la depredación excesiva e inútil del planeta, el riesgo a la salud de las poblaciones presentes y futuras constituyen aspectos substantivos de una ética ambiental. Precisamente la emergencia de poderosos intereses económicos hace de esta área de razonamiento moral un imperativo de desarrollo.

Derechos animales y bienestar animal

La relación con otras especies biológicas ocupa un lugar en la reflexión moral desde antiguo. Es probable que deba pasar aún algún tiempo para que la solidaridad de todos los seres vivos sea materia de reflexión y conciencia, mas el debate no sólo debe plantearse sino también enfocarse desde la amplia perspectiva de una *ética global*. No debe olvidarse que este concepto captura mejor el espíritu con que la bioética ingresó al escenario intelectual contemporáneo.

El problema puede centrarse en varios puntos. Está el primero y más obvio de la muerte que se infiere a muchos animales con el fin de que sirvan de alimento a los individuos humanos. Ha habido, al respecto, la convicción religiosa de que muchos animales, si es que no todos, fueron creados para servir a la humanidad. Está, por otra parte, la cuestión de si, a pesar de servir de alimento y ofender su vida, es necesario o conveniente que mientras viven los animales sean tratados en conformidad a su condición de seres conscientes, si bien no autoconscientes. De allí la necesidad de reflexionar evitando lo que Peter Singer llama "especieísmo", esto es, la no fundamentada predilección por la vida y la condición humanas. Existen muchos individuos humanos, agrega este autor, que bajo cualquier definición razonable de persona no serían tales al carecer de autoconsciencia y de un sentido de continuidad biográfica. En cambio, de muchos animales casi puede afirmarse la condición de persona. De allí que sus tesis, aunque naturalmente contraintuitivas y generadoras de agresión, sirvan para estimular la discusión sobre temas específicamente humanos.

El tema de las relaciones con los animales es evidente en la investigación científica y fue causa de arduos debates en una época en que los viviseccionistas se oponían a los antiviviseccionistas. La ética del buen experimentar siempre ha estado implícita en el trabajo investigador y existen normas y regulaciones internacionales al respecto, las que no son siempre perentoriamente aplicadas ni respetadas. La docencia de las profesiones en biología y medicina descansa en buena medida en la experimentación animal y ha habido voces no sólo orientadas a controlarla, sino en ocasiones a remplazar el sacrificio y el dolor infligidos innecesariamente a otros seres vivos. La casuística relativa al "mal menor" es claramente relevante en muchos de los dilemas planteados en esta esfera.

Regulación de la tecnociencia

Es probable que el tema global de la regulación del conocimiento científico, su legitimidad, factibilidad y ámbitos de aplicación requiera tanto intuición como crítica, dogma y herejía, anticipación y replanteo. Es tradicional el control que ejercen sobre la ciencia los pares en una disciplina, que velan por la legalidad de los métodos empleados, la propiedad de las preguntas que se formulan y lo adecuado de su desarrollo disciplinario. También suelen ejercer control sobre las investigaciones científicas las agencias que contribuyen a su financiamiento, directamente, estimulando determinadas áreas y especialidades, o indirectamente, no proveyendo recursos para otras. Finalmente, los organismos del poder político y los grupos informados de la comunidad contribuyen a velar por la legitimidad del trabajo tecnocientífico. Legalidad metódi-

ca, factibilidad instrumental y legitimidad social son aspectos regulatorios del trabajo de investigación.

La bioética es aquel marco reflexivo en el cual pueden confluir intereses de diversos grupos sociales para arribar a consensos necesarios y deseables sobre lo que se puede hacer, lo que se debe evitar y lo que asegure la máxima satisfacción en el seno del cuerpo social.

CAPÍTULO 9

Métodos en bioética.

El comité como instancia dialógica

Es posible suponer que no existe un buen razonamiento moral sin un previo sentimiento de que es necesario y útil. Las intuiciones de la mayor parte de las personas son moldeadas por un proceso dialógico, con la propia conciencia, con la tradición, con los otros relevantes en la sociedad, en fin, con una "otredad", con lo otro, lo distinto del aquí, del mí y del ahora. Rara vez puede observarse una disensión franca que ponga en entredicho la idea misma de tener normas. Implícitas o explícitas éstas se evidencian siempre en la conducta humana, lo que da lugar a ortodoxias, herejías, apostasías y heterodoxias.

La necesidad de regular el procedimiento para arribar a normas y para examinarlas surge del simple hecho de que si bien todo el mundo tiene convicciones, la naturaleza de éstas es muy variable. En muchas partes del mundo se saluda la gente con un apretón de manos, pero no es obvio que ésa sea la única ni la mejor forma de saludo o de que un apretón de manos siempre signifique lo mismo. Del mismo modo, es posible anticipar que todos tenemos alguna idea de la justicia, la equidad, la beneficencia o la no-maleficencia, y que obscura o claramente presentimos la importancia e inviolabilidad de la vida humana. Sin embargo, los modos en que concretamos esas vagas concepciones, las reglas prácticas que privilegiamos y las jerarquías que establecemos son materia de debate, dilema y diálogo.

Es evidente, como hemos señalado, que el diálogo diferirá según la circunstancia. El correcto discernimiento se fundamenta, en realidad, en una justa apreciación del *contexto* institucional, profesional e individual. De hecho, surge un diálogo útil solamente cuando la cultura es tomada en serio, esto es, los usos y prácticas que la experiencia ha moldeado.

En todos los procedimientos existe una fase de *recopilación de datos*, los hechos o los antecedentes que permiten formular el problema. Esto suele ser seguido por una *elección del marco de referencia* (podría casi decirse, "el registro") en el cual se expresará la problemática moral. Una adecuada selección de los valores o temáticas relevantes, como asimismo su prudente aplicación a las circunstancias, caracterizan al bioeticista. No obstante, es menester señalar que si bien la casuística es un método ennoblecido por la tradición y aunque todos los casos son en realidad únicos e irrepetibles, formular un caso en forma neutral es punto menos que imposible. Ya la relación de los "hechos" es una selección efectuada por alguien con algún fin. El *planteamiento del dilema* y la *proposición de soluciones* deben verse como tareas de mediación y no como dictámenes³.

³ Diversos autores han presentado esquemas de trabajo. Entre los intuitivamente más acertados pueden mencionarse los de Thomasma, Siegler, Drane y Sass. Revisiones en Gracia (1991) y Drane (1994). Debe observarse que la mayoría de las veces el trabajo de un comité de ética dependerá del tipo de personas que lo componen y de sus preferencias argumentativas, de modo que un esquematismo en esta materia, si bien auxilia al estudioso individual, no siempre es apropiado en el trabajo grupal. Es útil tener esquemas a la vista por la posibilidad de usarlos como "listas" de exigencias (*checklists*) que aseguran completitud del análisis y comparabilidad entre casos.

Es necesario considerar que para una teoría de la decisión ética no es irrelevante la atmósfera del grupo de trabajo y lo que se conoce como su dinámica, esto es, el conjunto de fuerzas sociales y personales que se movilizan en la exposición y la confrontación. Todo lo que se sabe del pequeño grupo, del fenómeno del liderazgo, de las tensiones entre sus miembros es, *mutatis mutandis*, lo que puede encontrarse en un comité de ética clínica o en una comisión de evaluación de la investigación científica. Asimismo, la versación diferente de sus miembros es, en el comité, una fuente de diversidad que puede tornarse debilidad o fortaleza según la experiencia de quienes conducen o la naturaleza del entorno institucional. El papel del sentimiento, de la razón, del argumento, son en sí problemas a debatir en todas las fases del encuentro y justifican una amplia flexibilidad en cometidos y organización. La práctica bioética exige especiales habilidades interpersonales, que se ponen a prueba en la mediación que supone el trabajo mancomunado. Mediación entre personas, entre profesiones, entre instituciones, entre intereses.

Entre las funciones de un comité dedicado a la ética clínica o de la investigación, cabe señalar en primer término la *educación*, que debe partir por la autoeducación. Ésta es primordial, especialmente porque los miembros del comité deben encontrar un campo de expresión consensual que se logra mediante lenguaje común y conocimientos compartidos. La conciencia de pertenecer a una institución deseada e importante en el hospital o el instituto debiera estimular el convencimiento de que es necesario explorar los confines del propio trabajo en forma permanente y crítica. La educación del resto de los miembros puede seguirse naturalmente de ello.

Segunda función de un comité de ética es formular *indicaciones y normas*. Las primeras, para sugerir alternativas viables en casos frecuentes. Las segundas, para obligar a cumplir las metas institucionales.

Una tercera función de un comité consiste en examinar y evaluar *casos* presentados a su consideración, especialmente aquéllos que no puedan ser resueltos mediante las indicaciones y normas ya elaboradas⁴. Puede concluir esta tarea con recomendaciones específicas o con ampliación de las informaciones disponibles. Es procedente examinar retrospectivamente algunos casos ya resueltos, cuando sirven para iluminar nuevas situaciones, pero lo más usual es enfrentarse al examen prospectivo de situaciones conflictivas. En muchos casos éstas se resolverán mediante una adecuada reevaluación de los fundamentos técnicos; en otros demandarán apoyo emocional para quienes toman decisiones. Al respecto, es obvio advertir que no compete a ningún comité reemplazar a los profesionales responsables ni tampoco asumir su enjuiciamiento o defensa. Tampoco debieran tener la misión de incidir sobre materias administrativas o económicas, para lo cual existen organismos competentes, excepto en aquellos aspectos que involucren decisiones éticas.

⁴ Puede considerarse como "caso" un conjunto particular de circunstancias expresado en términos de personas, acciones, situación y relaciones. En la casuística clásica se hablaba de máximas, elementos nucleares que describen, y circunstancias, lo que rodea a éstos. La ponderación prudente de unos y otras es fruto de destreza, a menudo auxiliada por ejemplos o paradigmas que ayudan a la reflexión. Como metódica que disciplina la inteligencia de los problemas, la casuística ofrece riqueza descriptiva y pragmatismo. Tiene, sin embargo, detractores.

Indirectamente, los comités de ética de la investigación o la práctica clínica ejercen un efecto benéfico sobre las instituciones al brindar a sus miembros y usuarios la certidumbre de que los conflictos pueden expresarse, estudiarse, resolverse o disolverse. En algunos casos, su sola presencia ha sido publicitada como un "servicio" adicional, en el mismo plano que la garantía de calidad (*quality assurance*). Aunque hay un núcleo de verdad en ello, la tarea de los comités de ética es servir de instancia de diálogo y, en cierta forma, de conciencia reflexiva para la institución que les alberga, permitiendo sus naturales ambivalencias, sus discrepancias internas, su pluralidad de intereses y reforzando sus metas y objetivos.

Observaciones finales

Como estudio sistemático de la conducta moral en el contexto de las ciencias biológicas y médicas, puede decirse que la bioética representa una *fase en el desarrollo de la tradición ética*. Ésta puede entenderse como la permanente búsqueda, discusión y revisión de la fundamentación racional del uso, la costumbre y el carácter en las sociedades humanas. Tomando como núcleo la relación entre los que sufren y quienes cuidan de ellos, ejemplificada en la medicina como práctica social, la bioética ha significado un discurso emancipador que se ha expandido a tenor del crecimiento de las ciencias de la vida, ciencias axiales de la contemporaneidad, tan cruciales como las disciplinas de la divinidad, del mundo físico y del cosmos. La proximidad de la reflexión bioética a apremiantes dilemas que atañen a la condición misma de los hombres y mujeres, hace prever una creciente relevancia y la necesidad per-

manente de su aporte. Puede sostenerse, al menos en forma provisoria, que la confianza que caracterizó a los oficios de ayuda en sus comienzos, ha sido remplazada por una radical desconfianza entre los individuos humanos y entre las instituciones. Ello obliga a restablecer el respeto por la independencia, la autonomía y el diálogo, a profundizar los fundamentos reflexivos de la acción y a modelar ésta sobre principios que apelen a una heterogeneidad de interlocutores que no comparten los mismos sistemas de creencias. Estudiando el ejemplo estadounidense se llega a la conclusión de que el Estado, la iniciativa individual y los medios de comunicación tuvieron, en conjunto, un papel en la instalación de la bioética. En otros países fue distinto. Como fase de un desarrollo, puede decirse que este producto cultural, acotado en sus orígenes pero ilimitado en sus aplicaciones y desarrollos, tiene aún no sólo porvenir sino también futuro.

LECTURAS Y FUENTES RECOMENDADAS

No puede hacerse justicia a la enorme masa de literatura bioética que sería relevante para ampliar las perspectivas insinuadas en este volumen. Los títulos escogidos lo han sido en virtud de su carácter básico o de su accesibilidad, mencionando aquellos efectivamente consultados en la redacción de este texto. No se ha hecho ningún esfuerzo por evitar la parcialidad, toda vez que cada una de las referencias listadas permite una perspectiva sobre alguno de los puntos expuestos previamente y amplía a su vez el universo de citas.

Es importante señalar que además de libros hay revistas muy importantes e ineludibles para quien desee adentrarse en este campo. Entre las más conspicuas cabe mencionar el *Journal of Medicine and Philosophy*, *Hastings Center Report*, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, *Journal of Medical Ethics*, *Ethik in der Medizin*, *Journal International de Bioethique*, *Journal of Clinical Ethics*, *Perspectivas bioéticas en las Américas*, *Cuadernos del Programa Regional de Bioética de OPS* y numerosas otras. Entre los boletines cabe mencionar el boletín *Diálogo* del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile y publicaciones similares de la Universidad de Santiago de Chile y de la Fundación Mainetti, que también edita la revista *Quirón*. Existen también numerosas series, que sin ser publicaciones estrictamente periódicas mantienen una continuidad de tema y propósito digna de ser considerada. Entre las más útiles se cuentan *Clinical Medical Ethics Series* (Kluwer Academic Publishers), *Studies*

in *Bioethics* (Oxford University Press), *Philosophy of Medicine Series* (Prentice-Hall), por sólo mencionar aquéllas de más amplio espectro de temas.

Fuentes de permanente revisión se encuentran en diversos "sitios" de la red Internet. A partir del servidor de la Universidad de Chile y del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (<http://www.uchile.cl/bioetica>) se puede acceder a los sitios que la experiencia local ha demostrado más útiles para el estudio. Cabe mencionar en forma especial *Bioethicsline*, producida por el Kennedy Institute of Ethics para la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos.

BEAUCHAMP, T.L & CHILDRESS, J.F., *Principles of biomedical ethics*, 4th edition, Oxford University Press, New York, 1994.

CALLAHAN, D., *Setting Limits*, Simon and Schuster, New York, 1988.

CALLAHAN, D. & DUNSTAN, G.R., *Biomedical ethics: An Anglo-American dialogue*, Annals of the New York Academy of Sciences, volume 530, New York, 1988.

DRANE, J., *Clinical Bioethics*, Sheed and Ward, Kansas City, 1994.

ENGELHARDT, H.T., *Los fundamentos de la bioética*, Paidós, Barcelona, 1995.

FUENZALIDA, H. & SCHOLLE-CONNOR, S.(editores) *Bioética. Temas y perspectivas*, Organización Panamericana de la Salud, OPS, Publicación Científica N° 527, Washington, D.C., 1990.

GRACIA, D., *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid, 1991.

KOTTOW, M., *Introducción a la bioética*, Editorial Universitaria, Santiago, 1995.

LAVADOS, M. & SERANI, A., *Ética clínica*, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, 1993.

LOLAS, F., *La perspectiva psicósomática en medicina*, Editorial Universitaria, Santiago, 1984 (segunda edición, 1995).

LOLAS, F., *Proposiciones para una teoría de la medicina*, Editorial Universitaria, Santiago, 1992.

LOLAS, F., "Tanatoterapéutica", en *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina* (Buenos Aires) 40: 282-292, 1994.

LOLAS, F., *Ensayos sobre ciencia y sociedad*, Estudio Sigma, Buenos Aires, 1995.

LOLAS, F., MARINOVIC, M. *La dimensión humana del ambiente*, Universidad de Chile, Vicerrectoría Académica, Santiago, 1995.

LOLAS, F., *Más allá del cuerpo*, Editorial Andrés Bello, Santiago, 1997.

MAINETTI, J.A., *Ética médica*, Editorial Quirón, La Plata, 1989.

MIFSUD, T., *El respeto por la vida humana (bioética)*, Ediciones Paulinas-CIDE, Santiago de Chile, 1987.

RAMSEY, P., *The patient as person: Explorations in medical ethics*, Yale University Press, New Haven, CT, 1970.

REICH, W.T., (Editor) *Encyclopedia of Bioethics, Revised Edition*, Simon & Schuster MacMillan, New York, 1995.

REISER, S.J., DYCK, A.J., CURRAN, W.J., *Ethics in Medicine. Historical Perspectives and Contemporary Concerns*, MIT Press, Cambridge, Mass., 1977.

SINGER, P., *Ética práctica, segunda edición*, Cambridge University Press, Cambridge, 1995.