

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
ESCUELA DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA

**“EL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD
EN HANS JONAS Y LOS PRINCIPIOS Y
COMPROMISOS DEL PROFESIONALISMO
MÉDICO”**

Tesis para optar al grado de Magíster en Filosofía Mención en Axiología y Filosofía Política

FÉLIX EDUARDO MUÑOZ CANTÓ

Profesora Patrocinante: Sandra Baquedano

Santiago de Chile, 2008

Dedicatoria . .	4
RESUMEN . .	5
INTRODUCCIÓN . .	6
DESARROLLO . .	9
1. AMENAZAS A LA VOCACIÓN MÉDICA. . .	9
1.1 FACTORES CAUSALES DE CRISIS . .	9
1.2 INESTABILIDAD EPOCAL O ETAPAS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. . .	12
2. EN TORNO AL PROFESIONALISMO MÉDICO . .	14
2.1 EL ESTATUTO DEL PROFESIONALISMO MÉDICO (EFIM-ACP-ASIM-ABIM). . .	14
2.2 OBSERVACIONES AL ESTATUTO DEL PROFESIONALISMO MÉDICO. . .	17
3. EL APORTE DE HANS JONAS ²⁸ . .	18
3.1 BIOGRAFÍA BREVE. . .	18
3.2 EL PRINCIPIO DE LA RESPONSABILIDAD . .	20
3.3 LA FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA DE LA RESPONSABILIDAD. UNA ÉTICA DE CARA AL FUTURO . .	23
3.4 ARTE MÉDICO Y RESPONSABILIDAD EN HANS JONAS ⁴⁴ . .	28
4. ANÁLISIS Y REFLEXIONES. . .	31
4.1 LAS PROFESIONES, EN ESPECIAL LA MEDICINA Y SUS VALORES. . .	31
4.2 LA CRISIS DE LA PROFESIÓN MÉDICA . .	35
4.3 EL PROFESIONALISMO MÉDICO . .	37
4.4 EL ESTATUTO DEL PROFESIONALISMO MÉDICO PROPUESTO POR EFIM-ACP-ASIM-ABIM. . .	39
4.5 ¿ES POSIBLE ONTOLOGIZAR EL PROFESIONALISMO? . .	41
4.6 ¿NOSTALGIA DE UNA ÉTICA ONTOLÓGICA? . .	42
4.7 ÉTICAS DE MÍNIMOS Y MÁXIMOS MORALES EN SOCIEDADES PLURALISTAS . .	45
CONCLUSIONES . .	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS . .	51
ANEXOS . .	56
1. Profesionalismo médico. American College of Physicians. Capítulo chileno . .	56
2. Obras principales de Hans Jonas . .	56
3. Traducciones en castellano . .	57

Dedicatoria

Dedicado a Félix y Raquel, mis padres, que me iniciaron en la reflexión, en el respeto por el otro, y me dieron la confianza para creer en mis ideales sin importar edad, tiempo o lugar.

RESUMEN

La medicina y en especial la relación médico-paciente se ha manifestado particularmente sensible a los cambios socio-culturales propios del postmodernismo, la economía de mercado, la tecnología, la reducción de la autonomía y control sobre la profesión. Situación que se advierte continua y progresivamente desde el último tercio del siglo XX.

Se habla de crisis y de acosos como motivos de insatisfacción, de baja en la autoestima, deterioro de la credibilidad social, estrés laboral, y menor compromiso ético de estos profesionales. Como respuesta a lo comentado y en la necesidad de asentar una ética para el nuevo milenio, el año 2002 se publicó la Carta del Profesionalismo Médico, difundido ampliamente y destinado a constituirse en un verdadero Estatuto (Anexo 1). En él se recogen principios y compromisos del Informe Belmont y de la bioética principialista, de carácter fáctico, carente de fundamentos ónticos y proyecciones futuras.

Por otra parte, en el presente coexisten una pluralidad de teorías éticas, destacando por su estructura ontológica y su sensibilidad en el área biomédica el “Principio de responsabilidad”, de Hans Jonas, presentado como una ética para la civilización tecnológica, en la cual la responsabilidad del hombre es primaria y la existencia de la humanidad es el primer mandamiento, antes de ningún consenso. Es por ello que el motivo central de la Tesis es razonar en torno a la posibilidad de dotar al Profesionalismo y por ende a la bioética principialista con el fundamento óntico de la propuesta jonasiana, cambiando los compromisos por el sentimiento de responsabilidad. No se trata de refundir dos posturas éticas, sino respetar lo valioso de cada una de ellas. Sin lugar a dudas, el momento presente requiere de una ética universal de la responsabilidad por las consecuencias del progreso técnico, siendo tarea para la ética contemporánea coordinar dos aspiraciones aparentemente contradictorias, la de descubrir un fundamento para normas de validez universal y la del respeto a las diferencias valóricas. La conciliación de todas las miradas hacia el mundo de la vida y en particular del profesionalismo debe darse en una apertura a una pluralidad de discursos e interactuar en mutua tolerancia.

Consciente de que el fundamento último de la universalidad de una norma moral en la sociedad postmoderna radicaría en el hecho de haber sido legitimado a través del consenso entre los afectados, me he propuesto avanzar en el propósito inicial atraído por la estimable obra de Hans Jonas.

La tesis presentada abordará en capítulos progresivos los factores de crisis que amenazan la vocación médica, lo relativo al profesionalismo médico, el principio de responsabilidad en Jonas, su fundamentación y su concepción del arte médico, siguiendo de la discusión respectiva y conclusiones.

INTRODUCCIÓN

Las profesiones, y entre ellas la medicina, se pueden concebir como una respuesta a necesidades sociales, cognoscitivas, estéticas, solidarias o prácticas. No pueden escapar de las creencias, éticas o desarrollos culturales de sus respectivos pueblos y de sus momentos históricos.

La pregunta que interroga por la medicina, sus fines y funciones es por consiguiente indisoluble de quien la formula y de su contexto, pues éste orienta las necesidades y su expresión. Momentos socio-culturales de confusión y de tensión entre paradigmas, condicionan la crisis de metas o fines, sus valores morales y prácticas.

Sin lugar a dudas el ejercicio de la medicina ha cambiado ostensiblemente en los últimos cuarenta años, viéndose sometida a tensiones de diversa índole, en un contexto técnico y social caracterizado por el cambio incesante.

Son innumerables los artículos nacionales e internacionales que recientemente han informado sentimientos de frustración, desencanto, pérdida de estatus y síndrome de Burnout¹ en los profesionales médicos². En los países donde se ha estudiado esta situación se describen variadas fuentes de acoso, con algunos matices locales, llegando a emitirse las expresiones de “crisis” o “profesionalismo acechado”³.

Los acosos comentados, sean por la causa que sean, han sido motivo de insatisfacción, y amenazas a la vocación del profesional médico, observándose variadas señales de desprofesionalización, tales como: limitación de la autonomía, deterioro de la credibilidad social, baja autoestima, primacía por los intereses económicos, estrés laboral y menor compromiso ético.

La situación señalada condujo a que importantes sociedades médicas mundiales analizaran lo anteriormente expuesto y publicaran en conjunto, el “Medical professionalism in the new millennium: a physicians charter”, simultáneamente en dos de las revistas de gran difusión e impacto internacional, como son *Annals of Internal Medicine* y *Lancet* en el año

¹ El síndrome de Burnout corresponde a la intensificación de sintomatología propia del estrés laboral, que se manifiesta como un fenómeno psicosocial caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro personal, generando síntomas físicos, conductuales y problemas de relación interpersonal, afectando negativamente el rendimiento y la calidad del servicio del profesional.

² Desencanto y frustración profesional se investigan y comentan en los siguientes textos y artículos: Gómez J. A. (2002): “Ética en medicina crítica”. Ed. Triacastela. Madrid, España. Gyarmati G.: “La medicina en la encrucijada”. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 706-709. Gracia D. (1998): “Profesión médica, investigación y justicia sanitaria”. Ed. El Buho Ltda., Santa Fe de Bogotá, Colombia. Smith R.: “Why are doctors so unhappy?” *BMJ* 2001; 322: 1073-1074. Rojas R.: “Enfoque del presentismo en empresas de salud”. *Ciencia & Trabajo* 2007; 9 (N° 24): 61-63.

³ Crisis o profesionalismo acechado en: Román O. (2001): “La crisis de la profesión médica, causas y perspectivas de cambio” Edición 2001, Santiago de Chile. Pardell H.: “¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy?”. *Educación Médica* 2003; 6 (2): 63-80. Sabah D.: “La crisis de la medicina interna”. *Rev Méd Chile* 1996; 124:1524-1527. Muñoz F.: “Factores causales de crisis y que amenazan la vocación médica”, www.cartamedica.cl, (mayo, 2008).

2002⁴. Su propósito era aportar un conjunto de principios a los que los médicos pudieran y debieran aspirar⁵, destinado a constituirse en un legítimo estatuto de ética médica para ser aceptado universalmente, aplicable a diferentes culturas y sistemas políticos. Sin lugar a dudas este profesionalismo médico por su estructura y contenido es un documento con enfoque esencialmente práctico, basado en el informe Belmontt⁶.

El *estatuto del profesionalismo* comentado, posee una base bioética, remitiéndose a principios y responsabilidades. Empleando responsabilidades en plural, de modo similar que compromisos. Interesa en consecuencia precisar los términos, ya que compromiso se refiere a obligaciones contraídas o convenios y responsabilidad se refiere más bien a responder moralmente.

Por otra parte parece interesante revisar en profundidad el concepto de responsabilidad para dotar este profesionalismo de una fundamentación ontológica, de la cual carece.

“El principio de la responsabilidad”, es un ensayo de una ética para la civilización tecnológica actual, que ha dotado al hombre de un poder de transformación y destrucción. El propio hombre se ha convertido a través de la medicina, genética y biología en objeto de la ciencia. La ética que propone es en consecuencia oportuna. Su pretensión no es prescindir de los preceptos de la ética tradicional, sino la necesidad de introducir un concepto nuevo de responsabilidad y una dimensión de futuro compatible con los códigos éticos preexistentes. En este sentido, el principio de responsabilidad de Hans Jonas puede dar sustento al profesionalismo ya comentado⁷, o adquirir importancia en el contexto de otros enfoques, como pudiera ser la bioética personalista⁸ u otra.

La Tesis que se presenta, basada en los documentos expuestos, intenta cumplir con los siguientes objetivos:

1° Esclarecer los factores de cambio observados en la sociedad actual y que afectan al desempeño de la medicina, generando la denominada crisis, analizar sus determinantes aclarando las posibles falacias, y formas de enfrentamiento.

2° Revisar el Estatuto del profesionalismo médico, que emerge como solución para recuperar el ideario profesional, revisar sus aciertos y sus carencias, muy particularmente el concepto de responsabilidad que es tratado como compromiso, sin asentarlo en el ser.

⁴ Project of ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine: “Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter”. Ann Intern Med 2002; 136: 243-246. Medical Professional Project: “Medical professionalism in the new millenium. A physicians´ charter”. Lancet 2002; 359: 520-522.

⁵ Documento: “Profesionalismo médico en el Nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio de la medicina”. Rev. Méd. Chile: 2003; 131: 457-460. Cita en p. 460

⁶ Publicado en 1979 por la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, documento que contiene principios éticos básicos y guías de ayuda en la resolución de problemas éticos relacionados con conductas de la investigación con seres humanos, ajeno en consecuencia a los variados problemas éticos que plantea la medicina habitual y en especial la clínica.

⁷ Textos de Hans Jonas, centrales en esta tesis, donde trata con diversa profundidad su principio de la responsabilidad. Jonas, H.: “El principio de responsabilidad”. Herder, 2° Ed 2004, España. Jonas H.: “Poder o impotencia de la subjetividad”. Ed. Paidós, 2005. Barcelona, España. Jonas H.: “Técnica, medicina y ética”. Ed. Paidós, 1997. Barcelona, España. Jonas H.: “Pensar sobre Dios y otros ensayos” . Herder, 1998. Barcelona; España.

⁸ Palazzani, L. Sgreccia, E.: “Il dibattito sull fondazione ética in bioética”, Medicina e Morale 1992: 5: 847-870. Palazzani, L.: La fundamentación personalista en bioética. Cuadernos de Bioética 14, 2° 93: 48-54.

3° Examinar el principio de responsabilidad de Hans Jonas, como una ética para la civilización tecnológica, desde sus fundamentos a sus alcances médicos y técnicos sobre el hombre y la naturaleza.

4° Discutir o dar razón, a la luz de diferentes antecedentes actuales, de la eventualidad de que el principio de responsabilidad jonasiano complemente los criterios del profesionalismo, o bien se dé paso a una ética médica diferente, adecuada para una sociedad globalizada, con presencia de extraños morales.

DESARROLLO

1. AMENAZAS A LA VOCACIÓN MÉDICA.

Los valores tanto sociales como médicos no son estáticos, siendo de toda conveniencia reexaminar los principios éticos del ejercicio de la medicina y su aplicación en circunstancias nuevas, tanto para aceptar o para enfrentar los cambios, reafirmando todo aquello considerado como fundamental. La ciencia médica, como ciencia general, tiene su finalidad en proveer conocimientos, ayudando al médico en su capacidad curativa. Sin embargo, el arte médico no es sencillamente la aplicación de esa base teórica, es decir, una aplicación inequívoca de un conocimiento inequívoco sobre un material inequívoco con un fin inequívoco. Tiene que tratar con el caso concreto del individuo en toda su unicidad y complejidad, sometiéndose diariamente a prueba en su capacidad de juicio. Tal es su trabajo y su virtud, ya sea en la condición de consulta privada o institucionalizada.

En el presente la elemental relación entre personas, de hombre enfermo a hombre médico, se ve afectada por diversos factores institucionales, recursos, gestores, etc. que de algún modo participan en la toma de decisiones, transformándose la relación anteriormente señalada entre usuario demandante a prestador.

En un entorno caracterizado por el incremento en la demanda de atención médica, la menor autonomía profesional, la restricción de recursos, tensionan la relación entre pacientes, médicos, administradores sanitarios, instituciones, gobiernos, e industria de la salud. Sin embargo, todos estos agentes tienen la obligación de interactuar con honestidad, abierta e imparcialmente⁹. Los antecedentes vertidos ponen en evidencia un cambio de paradigma, que perturba el ejercicio de la profesión y que amenazan la vocación del médico, expresada fundamentalmente en su papel de sanador. Estos desafíos se centran en disparidades en aumento, entre las legítimas necesidades de los pacientes, los recursos disponibles, la dependencia creciente de las fuerzas del mercado para transformar los sistemas de atención de salud y la tentación de los médicos de claudicar en su tradicional compromiso con la primacía del enfermo.

La situación actual de “crisis” o “profesionalismo acechado”, ha adquirido una dimensión panorámica sin precedentes, que afecta con matices a todas las sociedades y culturas, y cuyo determinismo se relaciona con factores causales definidos y con la inestabilidad de las tendencias para resolver los problemas en salud, llegando a hablarse de etapas o eras de la relación médico-enfermo.

1.1 FACTORES CAUSALES DE CRISIS

Estos factores causales son de variada índole e importancia, los que pueden, con propósitos de identificación y comentarios, clasificarse de acuerdo a su origen, en factores

⁹ Snyder, L., Leffler, C, por el Comité de Ética y Derechos Humanos, American College of physicians: “Manual de Ética”. Ann Intern Med 2005; 142: 560-582. Extractado de p. 572

provenientes de fuentes generales exteriores e interiores, y además locales, referidas estas últimas a condiciones laborales propias de cada lugar o país¹⁰.

1.1.1 Factores provenientes de fuentes generales exteriores

Estason de diferente índole, incluyendo:

1° Factores modificadores del contexto socio-cultural, tales como el postmodernismo¹¹, que ha puesto en jaque los metarrelatos que la modernidad se ha forjado para interpretar y normar la realidad, produciendo cambios en el paradigma científico que sustenta el cuerpo del conocimiento profesional y el concepto de legitimidad-autoridad, dando paso a indeterminismo, complejidad, incertidumbre, superficialidad, ambivalencia, socavando los cimientos del profesionalismo tradicional.

La globalización, por su parte, que desafía toda ética y que designa un proceso que concierne primordialmente a una expansión internacional de la economía o, más precisamente, a un entrecruzamiento sistémico del capitalismo financiero y tecnología de la comunicación, que parece exceder todo control de los Estados y, en esa medida las políticas sociales y sanitarias.

A su vez el modelo neoliberal, que observa con desconfianza al ideario profesional, en cuya autonomía encuentra un obstáculo a la introducción de reformas sanitarias y el manejo económico.

El desarrollo tecnológico, que eleva los costos y lleva a la creciente automatización en espera de que los individuos se conviertan en funcionarios técnicos, alejándolos de los problemas generales más acuciantes.

La revolución informática por otra parte cuya gran difusión y facilidad de acceso determina que el público se encuentre más informado y sea más demandante.

Los megacentros sanitarios también han influido, y que prácticamente han acabado con la actividad médica privada, transformando los pacientes en clientes o usuarios, imponiendo criterios de atención y de registros.

2° Acusaciones contra la profesión, apreciándose una progresiva judicialización que cuestiona su prestigio, aduciendo falta de compromiso social, énfasis en la tecnología y primacía de intereses económicos.

3° Acoso de agentes exteriores que ejercen presión indebida, y entre los cuales deben destacarse los propios gobiernos, que tiñen monocromáticamente los cargos de poder al margen de las capacidades formativas.

4° Otras fuentes exteriores son los proveedores de equipamiento, insumos y medicamentos que intentan por diversos medios imponer sus productos, así como los consumidores que exigen prestaciones al margen de costes y de la disponibilidad de profesionales sanitarios. Por otra parte se constata la emergencia de otros grupos de profesionales como las enfermeras universitarias, nutricionistas, matronas y fisioterapeutas

¹⁰ Muñoz, F.: “Precisando alcances del profesionalismo médico”. www.cartamedica.cl, Diciembre, 2008. Pardell, H.: “¿Qué significa ser médico, hoy?” *Med Clin (Barc)* 2007, 129 (1): 17-22. Román, O. (2007): “La Profesión médica. Su evolución y cambio en el nuevo milenio”, Santiago de Chile.

¹¹ Aspectos destacados en: Lyotard J-F. (1986): “La posmodernidad”. Ed. Gedisa, S A. Barcelona, España. Hopenhayn M.: “Ni apocalípticos, ni integrados”. Ed. Fondo de Cultura Económica, 1994, Santiago de Chile. Roa A. (1995): “Modernidad posmodernidad”. Ed. Andrés Bello. Santiago, Chile. Vattimo G.: “El fin de la modernidad”. Ed. Gedisa 2000. Barcelona, España. Rivera J.: “Filosofía y globalización”. Fondo Ed Pedagógico San Martín 2004. Lima, Perú.

que suelen ocupar cargos jerárquicos en la administración de los hospitales públicos, desplazando a los médicos, habituales jefes del equipo de salud, como sucede en nuestro medio y cuyos nombramientos no obedecen necesariamente a una más completa capacitación técnica¹².

1.1.2 Factores provenientes de fuentes generales interiores

Son aquellos que generan de preferencia actitudes inadecuadas. Deben considerarse:

1° La propia división que admite el cuerpo en órganos, aparatos y sistemas, que ha evolucionado hacia una progresiva subespecialización tanto propiamente médica como quirúrgica, y que lleva a una suerte de cosificación, ya que encargándose de las partes puede olvidar la totalidad del individuo¹³.

2° Las técnicas extra médicas sean del final de la vida (prolongación artificial, o acortamiento), o del inicio de la vida (contracepción, esterilización, interrupción del embarazo), las cuales se realizan en amplias zonas del mundo ofreciendo diferentes fundamentaciones axiológicas¹⁴.

3° La condición de comisionado de la sociedad y servidor de la salud pública, que involucra gestión, manejo de recursos escasos, sobrecarga laboral, bajos salarios, incremento de los gastos autoformativos, en evidente contradicción con sus propias expectativas¹⁵.

4° Organización de la salud y políticas sanitarias adoptadas por los gobiernos de diversos países, sin la participación del colectivo sanitario, generadas por intereses del mercado o por tendencias partidistas destinadas, con distintos pretextos, a contener costos en el mejor de los casos.

5° El posicionamiento de los diversos grupos de la profesión, como son las sociedades científicas, gremiales, los de reconocimiento de las competencias, de concesión de licencias y sindicales, cuyos intereses y desplazamientos suelen ser de carácter científicista, de organización, económicos o políticos¹⁶.

6° Disputas de áreas jurisdiccionales entre no especialistas, especialistas y sub-especialistas, relacionadas con la organización sanitaria, eficiencia, reconocimiento social y económico, cambios demográficos, posibilidades de estudios y de empleo de tecnología.

7° Relaciones entre médicos convencionales y los que se adhieren a prácticas no convencionales, alternativas o complementarias no científicas o basadas en pruebas de verificación estadística.

¹² Román O.: "La crisis de la profesión médica, sus causas y perspectivas cambio". Op. cit. p. 35. Pardell H.: ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy? Op. Cit. p. 68.

¹³ Referencia en Jonas H.(1997): "Técnica, medicina y ética". Op. Cit. p. 101.

¹⁴ Jonas H.(1997): "Técnica, medicina y ética". Op. Cit. p. 103.

¹⁵ Jonas H.(1997): "Técnica, medicina y ética". Op. Cit. p. 104. Muñoz F.: "Factores causales de crisis y que amenazan la vocación médica", www.cartamedica.cl, (mayo, 2008). Gervas, J.: "Gestión y clínica, algo más que gestión clínica". Gac Med Bilbao 2005; 102:67-68.

¹⁶ Tópico comentado y desarrollado en: Pardell H. "¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy?". Op. cit. p. 69. Muñoz, F.: "Médicos y gestores: una relación aporreada", www.cartamedica.cl, (marzo, 2007).

8° Desarrollo de nuevos esquemas de organización-gestión de las organizaciones sanitarias, generando diferentes intereses, como sucede entre médicos gestores y clínicos, empleadores y empleados.

9° La introducción de guías clínicas y protocolos de actuación, que usados como herramienta son de gran utilidad, pero mal empleadas por los administradores amenazan la autonomía y la experiencia¹⁷.

1.1.3 Factores provenientes de fuentes locales

Se refieren a las condiciones propias de cada país, ciudad o lugar asistencial donde se lleva a cabo el acto médico. De cómo se realiza, de otras obligaciones asistenciales, del apoyo de recursos, del propio retorno económico, la carga administrativa y disposiciones reglamentarias. De esta manera entre médicos y pacientes se interponen diversas organizaciones, hospitales, clínicas, mutuales, megacentros, laboratorios, etc., poderes según los cuales deben regirse.

La vocación se encuentra amenazada, en tanto el enfermo es diagnosticado y tratado de manera superficial. Por otra parte las reformas sanitarias desarrolladas sin un estudio acabado y generalmente satisfaciendo modelos políticos no consensuados y aceptados globalmente, actúan aumentando la insatisfacción de médicos y pacientes. Importante es la consideración de que las reformas sanitarias sólo pueden tener éxito cuando hay detrás de ellas una ética eficaz¹⁸.

En suma, la inestabilidad de la relación médico-paciente dada por los acosos exteriores, interiores y locales son causa de insatisfacción, que amenazan la vocación del profesional médico, observándose variados indicios de desprofesionalización tales como: limitación de la autonomía, deterioro de la credibilidad social, baja autoestima, primacía por los intereses económicos, estrés laboral y menor compromiso ético.

1.2 INESTABILIDAD EPOCAL O ETAPAS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

Una muestra de la inestabilidad epocal, con sus necesarias adaptaciones secuenciales, se puede advertir en los cambios de la relación médico-paciente, la cual, según las consideraciones de Mark Siegler¹⁹, ha transitado desde los años setenta a la fecha actual por una sucesión de etapas, imbricadas unas en otras de forma diferente según el modelo de sociedad, produciendo con ello confusión y desaliento. Aunque Siegler inicialmente definió tres edades, Juan Gómez²⁰ las ha ampliado a cuatro:

1°. Era del paternalismo, que se inicia hace veinticinco siglos y llega hasta la década de los setenta, en la cual el médico en razón de sus conocimientos y prudencia moral poseía la autoridad para decidir lo mejor para el enfermo. Este último por su ignorancia sobre el arte de curar y su estado transitorio de minusvalía, dado por la enfermedad, se consideraba incapacitado para adoptar decisiones importantes sobre su salud.

¹⁷ Pardell H.: ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy? Op. cit. p. 13..

¹⁸ Jaspers K.: La práctica médica en la era tecnológica. Ed. Gedisa 1998. Barcelona, España. Cita en p. 65.

¹⁹ Siegler, M.: “La relación médico-paciente en la era de la medicina gestionada”. En, Limitación de prestaciones sanitarias. Debates de la Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid, Doce Calles, 1997: 46-77.

²⁰ Gómez J. A.: “Las eras de la medicina clínica”, en Ética en medicina crítica”. Op. cit. pp. 51-65.

2°. Era de la autonomía, que surge con la primera carta de Derechos de los Pacientes en 1969 y más tarde refrendada como principio de la bioética principialista, la cual establece que el enfermo es un ser autónomo, que tiene derecho a decidir sobre sí mismo y por lo tanto ha de ser informado adecuadamente como paso previo a consentir cualquiera actuación médica. Es necesario aclarar que esta autonomía ha sido planteada reemplazando el paternalismo “impositivo” o “no solicitado”²¹, sin considerar la motivación o el sentimiento de responsabilidad del médico, sustentada en su fortaleza sobre la debilidad del enfermo. Con el consentimiento informado médico y enfermo quedan en situación de simetría, y en consecuencia esta relación se sustenta en una ética del deber, y en ningún caso en una responsabilidad ligada al ser.

3°. Era de los recursos limitados, que se pone de manifiesto a fines de los setenta, tras un progresivo aumento del gasto público en salud. El crecimiento exponencial de los costes sanitarios derivado de las nuevas tecnologías obliga a reconocer que los recursos son siempre limitados, incluso en las economías más poderosas. Por otro lado, los economistas de la salud asumen que las decisiones en el campo de la medicina llevan implícito un coste de oportunidad, es decir, la resolución de dedicar recursos a un determinado enfermo o a un proyecto sanitario supone negárselos a otro. Por vez primera, el médico se ve obligado a aceptar el papel de administrador de recursos ajenos, a pesar de que su tradición le había mantenido por encima de las consideraciones económicas, debiendo en consecuencia reconocer la eficiencia como una norma ética. 4°. Era de la gestión o la medicina gestionada, iniciada en los Estados Unidos de Norteamérica, donde los expertos en salud pública han llegado a la conclusión de que es imprescindible intervenir en el acto médico aplicando criterios empresariales, necesitando controlar la “productividad”, con el propósito de contener el gasto. Sistema que puede conducir a lealtades contrapuestas en los prestadores, orientándose ya sea entre la obligación de procurar el mayor bien para el enfermo o el compromiso con la empresa sanitaria. Al respecto es interesante señalar que los expertos en gestión clínica proponen restringir la cartera de prestaciones, argumentando que el modelo sanitario actual no se puede sostener si no se promueve la gestión clínica y los procedimientos no se limitan a aquellos con eficacia comprobada. Si ambos argumentos resultan insuficientes promueven el racionamiento en salud, el cual deberá gravitar para todos, de acuerdo al principio de equidad.

Tanto los factores que hemos considerado causantes de crisis, como los condicionantes y advertidos en la inestabilidad de la actividad sanitaria clínica (médico-paciente) o institucionalizada han resquebrajado el ancestral deber hipocrático de actuar en el mejor interés del paciente, con el evidente peligro de deshumanización. Las principales críticas han sido desigualdad de las prestaciones de los servicios sanitarios, indiferencia ante las necesidades emocionales de los pacientes, despersonalización en el trato, insuficiente respeto ante la autonomía y capacidad de decisión de los enfermos, que deberían ser los principales protagonistas de un proceso que a nadie afecta tanto como a ellos mismos. Se hacía necesaria en consecuencia una ética particular, *profesional*, destinada a conservar las tradiciones ocupacionales, promover nuevos hábitos acordes a los cambios advertidos, capaz de estimular la autovaloración profesional y de demostrar el significado social de la profesión; condiciones que pretendió satisfacer la carta del profesionalismo.

²¹ Wulff, H., Pedersen S. A., Rosenberg, R., (2002): La dimensión ética de las decisiones médicas, pp. 243-261. En. Introducción a la filosofía de la medicina. Tricastella, Madrid, 2002.

2. EN TORNO AL PROFESIONALISMO MÉDICO

En el capítulo precedente se comentaron los factores causales de la denominada crisis de la medicina actual. Se consideraron los acosos generales exteriores, interiores y locales como causas de insatisfacción, amenazantes de la vocación del profesional médico. La literatura reciente ha comunicado además, como consecuencia de dichos hostigamientos, variados indicios de desprofesionalización tales como: limitación de la autonomía, deterioro de la credibilidad social, baja autoestima, primacía por los intereses económicos, estrés laboral y menor compromiso ético.

El contexto de crisis señalado fue el hecho que condujo a que importantes sociedades médicas agrupadas en la European Federation of Internal Medicine, el American College of Physicians, la American Society of Internal Medicine y el American Board of Internal Medicine (EFIM-ACP-ASIM-ABIM) analizaran la situación en conjunto y publicaran el artículo “Medical professionalism in the new millennium: a physicians charter” simultáneamente en las revistas de mayor difusión mundial como son *Annals of Internal Medicine* y *Lancet*²². Constituyéndose en un genuino estatuto para ser aceptado por todos los países, con independencia de su cultura o de la estructura de su sistema sanitario. En el preámbulo afirma que el profesionalismo es la base del contrato de la medicina con la sociedad, exigiendo colocar el interés del paciente por encima de los médicos, estableciendo y manteniendo estándares de competencia e integridad y proveyendo de asesoría experta a la sociedad en materia de salud. Tal profesionalismo se constituye en un ideario en el que se inspira la actuación del buen profesional, es decir, la de quien actúa con profesionalidad en su práctica cotidiana por encima de intereses meramente mercantilistas o de lucro, se atiene a los códigos de conducta de la profesión y exhibe sus virtudes y valores propios.

2.1 EL ESTATUTO DEL PROFESIONALISMO MÉDICO (EFIM-ACP-ASIM-ABIM).

Afirma que la profesión médica se ve enfrentada a una explosión tecnológica, a fuerzas del mercado cambiantes, a problemas en el otorgamiento de los cuidados de salud, al bioterrorismo y globalización. Presenta principios y responsabilidades que se expresan como profesionalismo médico y que deben ser entendidos y respetados por los propios profesionales como por la sociedad. (En Anexo 1 se expone esquema del Profesionalismo difundido por el Capítulo Chileno del American College of Physicians)

La profesión médica, globalmente, se encuentra inmersa en diversas culturas y tradiciones, pero sus miembros comparten el papel de sanadores, lo que tiene raíces que se remontan a Hipócrates. Sin lugar a dudas ella ha debido enfrentarse y se enfrenta de hecho, a complicadas fuerzas, ya sean políticas, legales y de mercado. Sin embargo pesar de las diferencias que se pueden advertir en diversas regiones, emergen temas comunes que forman la base de esta declaración o Estatuto, en la forma de tres principios fundamentales y de un conjunto de compromisos profesionales definidos.

²² Textos ya citados: Project of ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine: Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-246. Medical Professional Project: Medical professionalism in the new millenium. A physicians' charter. *Lancet* 2002; 359: 520-522. Documento: Profesionalismo médico en el Nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio de la medicina. *Rev. Méd. Chile*: 2003; 131: 457-460.

2.1.1 Principios fundamentales del profesionalismo médico

1°. Principio de primacía del bienestar del paciente, que integra los de maleficencia y beneficencia. Este se basa en una dedicación a servir los intereses del enfermo. El altruismo contribuye a la confianza que es fundamental en la relación médico-paciente. Las fuerzas del mercado, las presiones sociales y las exigencias administrativas no pueden afectar este principio.

2°. Principio de autonomía del paciente. Los médicos deben ser honestos y tener respeto por la autonomía del paciente. A su vez deben aportarles la información suficiente para capacitarlos en la toma de decisiones informadas sobre sus tratamientos. Las decisiones de los pacientes respecto a sus cuidados deben ser soberanas, en tanto esas decisiones se atengan a las prácticas éticas y no den lugar a demandas de cuidados inapropiados.

3°. Principio de justicia social. Proclama que la profesión médica debe promover justicia en el sistema de atención de salud, incluyendo la distribución de los recursos asistenciales. Los médicos deberán trabajar activamente para eliminar la discriminación en los cuidados de salud, sea que esté basada en cuestiones de raza, género, estado socio- económico, religión o cualquier otra categoría social.

2.1.2 Conjunto de responsabilidades o compromisos.

1°. Compromiso por la competencia profesional, enunciada en un sentido doble: por una parte obligación individual de mantener la formación continua necesaria para garantizar unos cuidados de calidad y por otra la participación en el esfuerzo colectivo de la profesión para que todos sus miembros tengan acceso a este objetivo

2°. Compromiso por la honestidad con los pacientes: proporcionar una información completa y honesta, que afecte incluso a los errores a los que la práctica médica está expuesta, ya que ello es la base de la confianza de la sociedad en la medicina y el mejor camino para la prevención y apropiada reparación de las lesiones. Informar y analizar las equivocaciones médicas proporciona la base para establecer estrategias apropiadas de prevención y mejoría, y para compensar adecuadamente a los pacientes afectados.

3°. Compromiso de confidencialidad. Satisfacer el compromiso de confidencialidad es importante hoy, más que nunca antes, dado el amplio uso de sistemas de información electrónica para recopilar datos de los pacientes. Sin embargo, este compromiso puede quedar eximido cuando predominen consideraciones de interés público o de perjuicio a terceros.

4°. Compromiso de mantener relaciones apropiadas con los pacientes, dada su situación obvia de vulnerabilidad y dependencia, que evite aprovecharse de ella para recibir cualquier ventaja de tipo sexual, personal o económica.

5°. Compromiso para la mejora continua de la calidad, que además de su carácter individual, se vincula también con el trabajo en colaboración con otros profesionales, con objeto de limitar los errores médicos, aumentar la seguridad de los pacientes, reducir el uso exagerado de recursos y mejorar los resultados.

6°. Compromiso por mejorar el acceso a una asistencia equitativa. El profesionalismo médico exige que el objetivo de todo sistema de atención sea disponer de un adecuado y uniforme estándar de cuidados. Los pacientes deben ser individual y colectivamente estimulados a reducir las barreras hacia una equitativa atención de salud. En cada sistema, el médico debiera trabajar para eliminar los obstáculos al acceso, sean basados en

discriminaciones por motivos de educación, legales, financieros, geográficos y sociales. Un compromiso con la equidad supone la promoción de la salud pública y de la medicina preventiva, así como la preocupación social sin que prevalezca el interés propio de los médicos o de la profesión.

7°. Compromiso por una justa distribución de los recursos limitados, ya que el despilfarro de medios disminuye su disponibilidad existente para los demás. Esto implica evitar pruebas y procedimientos superfluos y el desarrollo de guías y protocolos para mejorar la relación costo-efectividad. La responsabilidad profesional de los médicos, por una distribución apropiada de los recursos, requiere evitar escrupulosamente los exámenes y procedimientos inútiles. Proveer servicios innecesarios, no sólo expone a nuestros pacientes a daños y gastos evitables sino que disminuye los recursos disponibles para otros.

8°. Compromiso por el conocimiento científico. Gran parte del contrato de la medicina con la sociedad se basa en la integridad y el uso apropiado del conocimiento científico y de la tecnología. Los médicos tienen el deber de preservar los estándares científicos, promover la investigación y crear nuevo conocimiento, asegurando su apropiada utilización. La profesión es responsable por la integridad de ese conocimiento, basado en la evidencia científica y en la experiencia médica.

9°. Compromiso por mantener la confianza a través de una actitud adecuada en los conflictos de intereses. Este compromiso puede verse amenazado en las relaciones con instituciones, tales como las empresas de seguros, los proveedores de servicios con ánimo de lucro, los fabricantes de equipos médicos o la industria farmacéutica. Mantener el compromiso implica una relación transparente, en especial en los ensayos clínicos, las publicaciones y la elaboración de guías terapéuticas. Las relaciones entre las industrias y los líderes de opinión deben ser divulgadas, especialmente cuando los últimos determinan los criterios para conducir e informar de ensayos clínicos, escribir editoriales o guías terapéuticas, o actuar de editores de revistas científicas.

10°. Compromiso con las responsabilidades profesionales. Los médicos como miembros de una profesión, se espera que trabajen colaborativamente en equipo para proporcionar el mejor cuidado posible al paciente, ser respetuosos con los colegas, participar incluso en los procesos de autorregulación, incluyendo la restauración y la disciplina de los miembros que no han alcanzado los patrones profesionales. La profesión deberá también definir y organizar los procesos de educación para los miembros actuales y futuros. Los médicos tienen obligaciones tanto individuales y colectivas de participar en estos procesos. Estas obligaciones incluyen incorporarse en evaluaciones internas y aceptar escrutinios externos en todos los aspectos de su comportamiento..

El impacto internacional de esta *carta o estatuto de la profesión médica* ha sido enorme, dando origen a numerosas publicaciones²³. Sin embargo, a pesar de haber transcurrido cinco años de su publicación, su análisis no se encuentra cerrado. Aunque gran parte de

²³ Publicaciones relevantes seleccionadas sobre el tema: Thomas S.: “A flag in the wind: Educating for professionalism in medicine”. AAMC February 2003. Association of American Medical College. 2450 N Street, NW. Washington, DC 20037-1134 Figueroa G.: “Responsabilidad profesional: máximos, mínimos, excelencia y veracidad”. Rev Méd Chile 2006; 134: 251-257. Sotomayor H y Muñoz F.: “¿Qué médicos necesita Chile?” BMI 2006; 4: 1. Rodríguez J A.: “Profesionalismo médico: aspectos históricos y religiosos”. Rev. Méd. Chile 2006, 134:381-384. Horwitz N.: “El sentido social del profesionalismo médico”. Rev Méd Chile 2006. 134: 520-524. Rosselot E.: “Dimensiones del profesionalismo médico. Proyecciones para el siglo XXI”. Rev Méd Chile 2006; 134: 657-664. Muñoz, F.: “Carta constitucional de la profesión médica: ¿nuevo juramento hipocrático?” BMI 2004; 1:13. Lynch DC, Surdyk PM, Eiser AR.: “Assessing professionalism: a review of the literature”. Med Teacher 2004; 26: 366-373.

sus reflexiones provienen del informe Belmont y de los principios tradicionales de la ética médica, ofrece algunos matices que deben ser señalados:

1°. Representa una voz de alarma frente a las amenazas que se ciernen sobre el ejercicio profesional.

2°. Hace patente que el contrato entre la sociedad y la profesión médica se encuentra tensionado y es necesario hacer esfuerzos para recuperar la confianza; paradójico cuando actualmente la tecnología permite disponer de mejores medios diagnósticos y terapéuticos.

3°. Compromete al médico con una mejor justicia social y propende a una relación clínica no contaminada por intereses del mercado.

4°. Contiene alusiones al protagonismo del equipo de salud garantizando la calidad y la auditoría externa.

5°. Consolida como deber del médico contribuir a la investigación y alude como fuente del conocimiento a la medicina basada en la evidencia y a la experiencia.

2.2 OBSERVACIONES AL ESTATUTO DEL PROFESIONALISMO MÉDICO.

En su estructura hace referencia a principios y compromisos, tratando a estos últimos en forma similar que responsabilidades.

Tal denominación de “principios” les da un carácter esencial, pero se requiere de mayor discusión antes de su validación irrestricta, existiendo una tendencia para hablar más bien de normas generales que de principios normativos.

No está del todo claro que los principios cumplan su tarea en situaciones complejas, cuando el bienestar de un paciente signifique violar el principio de justicia o que el respeto por la autonomía lleve a situaciones que atenten con la justicia o los criterios éticos de su tratante, de modo que pierden pureza al momento de su aplicación práctica. Consecuentemente estos principios no corresponden a regularidades invariables, sino a ciertas regularidades en la experiencia médica, pero sin adquirir jamás la jerarquía de máximas²⁴.

Sin lugar a dudas este profesionalismo médico es un documento con un enfoque esencialmente práctico, que emplea de base la bioética principialista, es decir, adolece del defecto de no sustentar su propia justificación porque carece de una ontología que los justifique. Si toda opción ética requiere de una imagen del mundo y del ser humano, la bioética también. No fundamenta en consecuencia una respuesta sobre el bien propio del ser humano, sino que busca normas que permiten convivir en una sociedad pluralista.

En su contexto global se constituye en una moral de tercera persona al establecer normas que no dejan lugar al *ethos* personal del profesional, lo que significa no involucrar su interioridad. Es decir, no sería el médico como ser humano, como realidad moral, personal e individual el que lleva a cabo las decisiones sino las leyes de la razón instrumental resueltas en principios y compromisos.

Los compromisos establecidos son diez y son considerados de igual manera que responsabilidades. Están dirigidos preferencialmente a médicos tratantes y en menor grado a gestores, sistemas y organizaciones sanitarias, industria farmacéutica y de equipos

²⁴ Thomas S.: “A flag in the wind: Educating for professionalism in medicine”. Op. cit. p. 29, 30. Kottow M H.: “Introducción a la bioética”. Ed. Mediterráneo, 2005. Santiago, Chile. Cita en p. 97.

médicos y también a las universidades. No menciona la investigación actual, ni sus efectos eventuales futuros.

Sin duda que el término compromiso es ambiguo, refleja deber, obligación, empeño, promesa, pero también riesgo, exponerse a una situación delicada, difícil, conflictiva²⁵.

Emplea responsabilidades en plural de modo similar que compromisos. Interesa en consecuencia precisar los términos, ya que compromiso se refiere a obligaciones contraídas o convenidas y responsabilidad se refiere más bien a responder moralmente.

Responsabilidad hace referencia en cambio a ser garante, solidario, a involucrarse sentimentalmente, como es la responsabilidad que le cabe al padre con el hijo, ejemplo que emplea Hans Jonas para explicar el principio de responsabilidad²⁶.

La responsabilidad ética se deriva para nosotros de manera no intencionada del poder que ejercemos, que dejamos repercutir, sin desearlo, aún sobre tiempos venideros. Es necesario que nuestra responsabilidad sea tan grande como nuestro poder y que abarque todo el futuro de la humanidad. El deber requiere sentimientos para ser cumplido de buen grado, pero también existe sin sentimientos, por lo que ha de tener su justificación propia e independiente.

Es por consiguiente de interés revisar la obra de Hans Jonas, particularmente su principio de responsabilidad, destinado a la sociedad tecnológica, y muy especialmente a la medicina²⁷.

3. EL APOORTE DE HANS JONAS²⁸

3.1 BIOGRAFÍA BREVE.

Hans Jonas nació en Mönchengladbach, Alemania, en 1903, iniciando sus estudios de filosofía en 1921²⁹. En esa década tiene como profesores a Martin Heidegger y al teólogo protestante Rudolf Bultmann en la Universidad de Marburgo. Con este último redacta una brillante tesis doctoral sobre la religión gnóstica, publicando el primer tomo de su estudio sobre gnosticismo en el año 1934.

²⁵ Real Academia Española.: Diccionario de la lengua española. Décimo novena edición, 1970.

²⁶ Jonas H.: “El principio de responsabilidad”. Op.cit. pp. 83,84.

²⁷ Jonas H.: “El principio de responsabilidad”. Herder, 2º Ed 2004, España. Jonas H.: “Poder o impotencia de la subjetividad”. Ed. Paidós, 2005. Barcelona, España. Jonas H.: “Técnica, medicina y ética”. Ed. Paidós, 1997. Barcelona, España. Jonas H.: “Pensar sobre Dios y otros ensayos” . Herder, 1998. Barcelona; España.

²⁸

Para mayor ampliación de su biografía véase Boehler, D. (comp.), Ethic fur die Zukunft. Im Diskurs mit Hans Jonas, Munich, Verlag C.H. Beck, 1994, pp., 459. Las “Memorias” de H. Jonas, han sido publicadas en castellano el año 2005 por editorial Losada, Madrid.

²⁹ Giner I.: “Introducción a edición española”. En: “Poder o impotencia de la subjetividad”, Paidós, 2005. Barcelona, España, p 13. Wolin, R.: Capítulo 5, Hans Jonas: el filósofo de la vida. En “Los hijos de Heidegger”. Cátedra (Grupo Anaya S.A.) 2003, Madrid, España. Jonas Hans: Memorias, trad. de Illana Giner, Madrid, Losada, 2005.

Abandona la Alemania nazi en 1933. Participa en la II guerra mundial incorporándose a una brigada judía de la armada británica entre 1940 y 1945.

En 1948 vistió de nuevo un uniforme, siendo asignado a una unidad de artillería durante la guerra de independencia israelí.

Emigró luego a Canadá en 1950, donde pasó cinco años dando clases en las Universidades McGill y Carleton. Se instala en 1955 definitivamente en Nueva York, ocupando cargos sucesivos en el departamento de filosofía de la New School of Social Research hasta el momento de su jubilación en 1976.

En 1969 se incorpora al Hastings Center, donde es nombrado *fellow*, participando en problemas de ética médica.

En 1987 recibe el Premio de la Paz de la Asociación de librerías Alemanas y la Cruz por Servicios distinguido de la República Federal de Alemania. Fallece en febrero de 1993 en Nueva York.

Sus obras publicadas en alemán e inglés, como las traducidas al castellano se señalan en Anexos. Para el desarrollo de nuestro tema, son de especial interés "*El principio vida. Hacia una biología filosófica*", que publica en inglés en 1963 y donde establece el hecho que la vida orgánica, estando gobernada por propósitos y fines, posee significado y que el lugar de la humanidad en el plan cosmológico de las cosas, visto en el contexto de la naturaleza intencional, está repleto de finalidad.

Sin embargo su legado intelectual más valorado, "*El principio de responsabilidad*", es publicado en alemán en 1979, siendo traducido al inglés cinco años después, donde trata de enfrentar las repercusiones morales de la inaudita capacidad tecnológica de la era actual, tal es la obra que lo consagró internacionalmente y que complementa en 1987 con "*Poder o impotencia de la subjetividad*", en las que centraremos nuestra atención.

"*Técnica, medicina y ética*", publicada en inglés en 1987, viene a ser una continuidad de su pensamiento al constituirse en una verdadera práctica del principio de responsabilidad y donde trata aspectos tan variados como la dinámica formal de la tecnología, la novedad de la técnica biológica, la salud como bien público, el problema del consentimiento, control genético, clonación, eugenesia y el paciente en coma, entre otros.

En sus "Memorias" señala, que su trabajo en el Hastings Center le permitió convertirse en miembro de una entidad pública que por primera vez introdujo una conexión entre la reflexión sobre la ética de la investigación y las decisiones extremadamente prácticas, llegando incluso a la política y la legislación³⁰. El centro Hastings, como Instituto de Bioética, se había impuesto la misión de clarificar los problemas derivados de los avances en medicina y biología; situación que suponía formular las consecuencias éticas de la práctica médica, la organización de la sanidad y su legislación. Gracias a esta actividad del Hastings Center se hizo consciente de que la medicina es una forma del progreso técnico que encajaba en su reflexión tanto temática como ética. Muchos de sus ensayos sobre ética médica nacieron en ese centro y se publicaron en los *Hastings Center-Reports*. Allí también, se convence de que la doctrina del ser conlleva asimismo una doctrina del deber, planteándose: ¿existe el paso del ser al deber? Confrontando desde ese momento, de muy diversas maneras, su fundamentación ontológica. "Que esta cuestión haya adquirido dimensiones globales y planetarias se debe a la expansión de nuestro poder, con el hecho de que nos hemos convertido en los agentes de ese poder y que la responsabilidad sobre decisiones de enorme alcance, de consecuencias imprevisibles, ha recaído en nosotros".

³⁰ Jonas H. (2005): "Memorias". Op. cit. pp. 346, 347.

Era necesaria entonces una nueva ética para la civilización tecnológica, que estuviera a la altura de las exigencias del momento. Nace de este modo *El principio de responsabilidad*, el cual le toma siete años en publicarlo en lengua alemana. La decisión de escribirlo en alemán tuvo que ver con el hecho de que formular una idea en una lengua aprendida, como el inglés, le habría significado dos o tres veces más tiempo que en su propia lengua, y la consideración de que ya tenía setenta años, razones suficientes para estimar que el texto brotaría más rápido y sin problemas en alemán.

3.2 EL PRINCIPIO DE LA RESPONSABILIDAD

Su principio de la responsabilidad es el ensayo de una ética para la civilización tecnológica, acorde con los avances de la ciencia moderna y de la técnica asociada, así como de sus efectos colaterales sobre las personas y el medio ambiente en el que vive³¹. El propio hombre se ha convertido en objeto de la ciencia y la técnica, en el campo de la biología, reproducción y genética entre otros.

Para Jonas, la sociedad necesita con urgencia regular su poderío técnico, mediante normas de validez universal, centradas en la responsabilidad. Considera que la moderna tecnología es un proceso, con un impulso dinámico progresivo, que no se detiene y que cambia la relación entre medios y fines de modo circular. De esta forma objetivos satisfechos por las nuevas tecnologías quedan atrás, y estas últimas suscitan nuevos objetivos antes impensados. La tecnología como factor de progreso adquiere tal prestigio que de medio se convierte en fin llegando a percibirse como el auténtico destino de la humanidad. Sin embargo, este mismo hecho, condiciona que tanto el técnico como el especialista, con una visión tubular, descuiden el todo por las partes. En medicina esto significa preocuparse de órganos separados y descuidar a la persona enferma.

El desarrollo de la técnica sobre la vida y la naturaleza nos ha vuelto vulnerables, hecho que exige la responsabilidad del hombre hasta donde alcanzan los efectos de su acción, recayendo además la responsabilidad sobre instancias de actuación propias del edificio político social, observando que los grandes problemas éticos que plantea la moderna civilización técnica recaen sobre la política colectiva³², particularmente evidente en el área sanitaria.

Sin prescindir de los preceptos de la ética tradicional, su propuesta se dirige a introducir una dimensión de futuro y un concepto nuevo de responsabilidad, aportando un nuevo criterio de juicio moral: la temporalidad, es decir, los efectos futuros de actuaciones. Impone la necesidad de proteger la vida y la dignidad del hombre futuro, en un contexto que también incluye el respeto por la Naturaleza. El sujeto moral debe en consecuencia considerar objeto de su responsabilidad tanto a seres humanos actuales como futuros, que todavía no son y que tradicionalmente no tienen derechos ni ejercen sus deberes, así como también a la naturaleza.

La relación padre-hijo se convierte para él en el paradigma de toda forma de responsabilidad. Establece que la gran diferencia entre el deber, para con algo o alguien, y la responsabilidad, para con algo o alguien, es que el deber requiere igualdad entre el sujeto y el objeto, mientras que la responsabilidad se sustenta en la desigualdad, en la fortaleza del sujeto sobre la debilidad del objeto, requerido de protección. Los padres no se

³¹ Jonas H.: “El principio de responsabilidad”. Op. cit. pp.14-16. Giner I. (1987): “Introducción a la edición española” p. 23. En Jonas H. “Poder o impotencia de la subjetividad”. Ed. Paidós, 2005. Barcelona, España.

³² Jonas H.: “Técnica, medicina y ética”. Op. cit. p. 178.

responsabilizan de sus hijos porque estos posean derecho a la vida, sino lo hacen de modo espontáneo, movidos por el sentimiento, por el amor, y ante la fragilidad de esa vida.

La Naturaleza por otra parte se ha convertido en responsabilidad humana, ya que tenemos poder de alteración y destrucción sobre ella. La vulnerabilidad de la Naturaleza se traslada también al ser humano, cuya supervivencia puede encontrarse ya amenazada.

Jonas defiende una imagen del hombre como ser imperfecto, pero esencialmente libre, y en tanto que libre, sujeto moral. Sin embargo al ser objeto de su propio poder tecnológico, su propia imagen se encuentra amenazada, situación que se advierte en los variados problemas éticos derivados de las técnicas de prolongación de la vida, tales como eutanasia, muerte digna, y otros, así como las implicancias provenientes de la investigación en embriones humanos, manejo genético o clonación.

Se impone en consecuencia la necesidad de crear nuevos principios, haciendo uso de una metodología nueva que denomina la "heurística del temor", que los inventa o halla a partir de "aquello que hay que evitar". La filosofía moral "tiene que consultar antes a nuestros temores que a nuestros deseos". El saber del "malum", aunque sea un saber probabilístico, se impone como el primer deber de la ética, y es suficiente para los fines de la casuística heurística al servicio de la doctrina de los principios éticos.

El principio de la responsabilidad exige en cierto modo una especie de "política científica" que va más allá de los valores propiamente científicos, como el respeto al procedimiento, neutralidad ante los resultados, el honor a la verdad. Advierte que el progreso científico y tecnológico debe ser responsable, rompiendo con los tópicos de la neutralidad, inocencia y la independencia de la práctica científica.

La propuesta jonasiana viene a llenar un vacío en la forma de una ética de la renuncia, de la humildad, y del respeto frente a la Naturaleza toda y hacia la naturaleza del hombre en particular.

La ética de la responsabilidad propone respuestas a preguntas que la nueva civilización tecnológica nos obliga a formular. El primer paso de la reflexión ha sido demostrar que existe la posibilidad de poner en peligro la imagen del hombre; desde aquí formula un imperativo de cuya aplicación debe derivarse la preservación de esa imagen y garantizarse la continuidad en el futuro de una vida humana digna sobre la tierra. Pone el acento en la necesidad de frenar o regular la experimentación sobre el ser humano y por otra parte en el supuesto que la vida humana digna sólo es posible en un hábitat natural, hoy seriamente amenazado. Con ello se ve forzado a demostrar que la Naturaleza es un bien en sí misma y que no está exenta de valores, por lo que el trato amable con el entorno puede tornarse imperativo moral.

Dado que la influencia de la acción humana mediante la técnica, alcanza el conjunto de la biosfera del planeta, esa totalidad puede convertirse en objeto de su responsabilidad, de índole similar a la que el hombre siente para con sus congéneres. Este biocentrismo es el paradigma que nutre de fundamento al principio de responsabilidad: lo biológico debe dotarse de un nuevo estatuto, y generar un "discurso sobre la dignidad del organismo", "*sobre la dignidad de la vida*", algo que Jonas intenta ya en su texto "El principio vida". La nueva relación del hombre con la naturaleza, conduce a una necesaria ética del medio ambiente, exigiendo en razón de su necesidad de existencia una correspondencia entre el bien del hombre con el bien de la naturaleza y de la vida extrahumana. Al respecto, "Jonas plantea la necesidad de extender el concepto de fin en sí, no sólo al resto de las especies vivas, sino también a la naturaleza en su conjunto, dejando atrás el especieísmo de las

éticas tradicionales y el abismo abierto por la filosofía moderna entre sujeto y objeto”³³. Frente a la acusación de incurrir en una falacia naturalista, es decir, de partir del ser en general para fundamentar un deber, y de pensar que la naturaleza confiere autoridad, Hans Jonas afirmará que los que hablan de falacia naturalista mantienen otra metafísica, una metafísica dualista mediante la cual pueden disentir legítimamente de la naturaleza al invocar una instancia externa a ella³⁴.

Podemos entender que, en tanto Jonas reconoce valor y fin en cada organismo y en la naturaleza en su conjunto, se impone la necesidad de que se respeten por su propia dignidad y por su autonomía. Esto unido a la preocupación humanista por el ser humano, da como resultado el principio de responsabilidad, que aúna en un sólo imperativo la obligación de preservar la dignidad de la vida humana y la vida misma en el contexto de la Naturaleza. La ética de la responsabilidad se formula como si fuera un nuevo imperativo³⁵:

“Obra de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica en la Tierra”;

o, expresado negativamente:

“Obra de tal modo que los efectos de tu acción no sean destructivos para la futura posibilidad de esa vida”;

o, expresado simplemente:

“No pongas en peligro las condiciones de la continuidad indefinida de la humanidad en la Tierra”;

o, formulado una vez más positivamente:

“Incluye en tu elección presente, como objeto también de tu querer, la futura integridad del hombre”.

Si bien el imperativo de Jonas se presenta de aspecto kantiano, donde la acción coincide con el propio deber (actúa de tal modo que), en una dimensión de futuro; sin embargo el fin o el objeto de la acción no es la propia adecuación de ese deber con la ley universal, sino algo externa a ella (la posibilidad futura de una vida humana auténtica), de manera que podría considerarse hipotético dado que lo que expresa no es más que una mera posibilidad, siendo un principio problemático y nunca indubitable. La ética de la responsabilidad según Jonas no sería deontológica, sino más bien ontológica.

Para Jonas la ética tiene dos vertientes: una objetiva que estructura su fundamento racional, y otra subjetiva, el sentimiento que impulsa a la acción de acuerdo al imperativo racional; “es la llamada del bien-en-sí en el mundo, que se instala frente a mi voluntad y exige ser oído, de acuerdo con la ley moral”. Lo que es excitado no es un sentimiento de deber para con algo o alguien, sino el sentimiento de responsabilidad. La responsabilidad es, en primer término “imputación causal de actos cometidos”. Actuar es siempre un ejercicio de poder y conlleva consecuencias de las que el actuante, el ser moral, ha de responder. La responsabilidad, por consiguiente, es directamente proporcional al poder causal o al alcance de la acción humana. El desmesurado poder actual alcanzado por la civilización tecnológica, con su potencial de transformación y destrucción que pone

³³ Baquedano Sandra: Apuntes de Seminario “Lecturas de la subjetividad. Reflexiones en torno a Jonas y Foucault”. Facultad de Filosofía, Universidad de Chile. Segundo Semestre, 2007.

³⁴ Corominas J.: “La marcha de los Nibelungos y la ética de la responsabilidad de F. Hinkelammert”. Artículos Filosóficos. Universidad Centroamericana. www.uca.edu.sv/facultad/chn/c1170/articulo.html. 10 de Octubre, 2008.

³⁵ Jonas H. “El principio de la responsabilidad”. Op cit., p. 40.

en peligro una futura vida humana digna, convierte a esta última en objeto de nuestra responsabilidad, y la preservación de esas condiciones en imperativo de nuestra acción. “Sólo se puede ser responsable de lo mudable, de lo que se ve amenazado...frágil”; y ahora la Naturaleza, la civilización y la esencia de la humanidad futura se encuentran seriamente amenazadas, situación que debe despertar nuestro sentimiento de responsabilidad.

El concepto de responsabilidad implica el de deber, primero el deber-ser de algo, luego, el de deber-hacer de alguien en respuesta a ese deber-ser. Es prioritario por tanto, el derecho intrínseco del objeto. “Solo una exigencia inmanente al ser puede fundar el deber”.

La responsabilidad no sólo deriva del poder saber, o poder ejercer, es una condición ética, basada en la capacitación ontológica del ser humano de elegir a partir de su conocimiento y voluntad entre alternativas de actuación.

La ética de la responsabilidad de Jonas, busca sobre todo el buen deliberar y la prudencia tendientes a preservar un mundo apto, lo que tiene de suyo un medio ambiente y una biodiversidad comparables a la actual y que la identidad genética de la especie humana no sea alterada.

La ética de la responsabilidad obliga al hombre a responder por el futuro de su especie y por el mundo, hay en consecuencia un deber que responde a principios y por otro lado la responsabilidad que reconoce validez moral a la consideración de las consecuencias.

3.3 LA FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA DE LA RESPONSABILIDAD. UNA ÉTICA DE CARA AL FUTURO

Nota de título ³⁶ .

Sólo la idea de hombre, por cuanto nos dice qué debe haber hombres, nos dice también cómo deben ser

La responsabilidad se deriva para nosotros de manera no intencionada del poder que ejercemos, que dejamos repercutir, sin desearlo, sobre tiempos venideros. Es necesario que nuestra responsabilidad sea tan grande como nuestro poder y que abarque todo el futuro de la humanidad.

En ningún tiempo tuvimos tanto poder constante en acción y tanta responsabilidad como hoy. Sólo por nuestros conocimientos podemos hacernos cargo de ella. Necesitamos conocer dos cosas:

1° objetivamente las causas físicas y 2° subjetivamente los fines humanos. La ética del futuro necesita para ello de la futurología. Debemos aprender la futurología de la advertencia para dominar nuestros potenciales desenfrenos. Pero esta futurología sólo puede advertir a aquellos que, además de conocer la ciencia de las causas y efectos, tengan también una imagen del ser humano que implique un deber y que la experimenten como su propia protección.

El deber requiere sentimientos para ser cumplido de buen grado, pero también existe sin sentimientos, por lo que ha de tener su justificación propia e independiente. A ello se refiere la expresión ontológica. La fundamentación ontológica la ejemplifica con dos enunciados con una lógica diferente, y de grados diferentes de verdad: a) “Tenemos que comer”, b) “Debemos trabajar para tener comida”. El que tengamos que comer tiene

³⁶ Tema desarrollado en el capítulo 6 de su libro “Pensar sobre Dios y otros ensayos”, (*Philosophische Untersuchungen und metaphysische Vermutungen*, 1992), publicado en castellano el año 1998.

su razón ontológica en nuestra disposición existencial como seres metabolizantes, pues existimos por el intercambio de materia con el mundo exterior. Que debemos trabajar para poder comer tiene razones externas y variables, según condiciones del mundo externo para disponer de los alimentos (naturaleza y sociedad). La necesidad ontológica del tener que comer es incondicional y no admite excepción. La necesidad condicionada por circunstancias del deber trabajar admite excepciones (privilegios, riqueza). Una fundamentación ontológica es el recurso a una propiedad que pertenece inseparablemente al ser de la cosa, como el metabolismo al organismo. La afirmación “todos los organismos son metabolizantes” tiene la misma validez que “todos los seres metabolizantes son organismos”. Vemos así que hay estados de hecho ontológicamente fundados, y por tanto, fundamentaciones ontológicas para la enunciación de tales estados de hecho. Pero ¿es un deber también un estado de hecho?, ¿podemos derivar un deber de hacer eso de un así es?, ¿podemos derivar la validez de un precepto de la verdad de un saber?, ¿tiene sentido hablar de un valor en sí mismo y de su carácter vinculante? En resumen,

*¿Existe una fundamentación ontológica para el concepto de responsabilidad y para el derecho de exigirla a nosotros?*³⁷

En estas preguntas se trata, en último término, del problema de si hay un puente lógico del ser al deber ser y, por tanto, si hay una objetividad de la moral. La respuesta será siempre motivo de polémica. Dispuesto a encontrarse con la metafísica H. Jonas aborda el tema.

El ser, por testimonio de sí mismo, no sólo manifiesta lo que es, sino lo que le debemos. “El ser humano es el único ser conocido por nosotros que puede asumir responsabilidad. Al poder tenerla la tiene”³⁸. La capacidad para la responsabilidad significa ya el estar sujeto a su precepto: “el poder mismo conlleva el deber”. “La capacidad para la responsabilidad, que es una capacidad ética, se basa en la capacitación ontológica del ser humano de elegir a partir de su conocimiento y su voluntad entre alternativas de actuación” (complementaria a la libertad). Soy responsable de mi acto como tal (u omisión), con independencia de si alguien me pueda hacer responsable de él. La responsabilidad existe con o sin Dios, con o sin tribunales. Además de ser responsables de algo, somos responsables ante algo, una instancia, la conciencia moral, que nos obliga a justificarnos. Pero, ¿de dónde la conciencia moral toma sus criterios, por medio de qué fuente se autorizan sus veredictos? (de qué, y ante qué)³⁹. Soy responsable de las consecuencias de mis actos, en la medida en que afectan a un ser, de modo que el objeto real de mi responsabilidad es este ser mismo afectado por mí. Pero esto tiene sentido ético si este ser tiene algún valor. Frente a un ser indiferente en su valor no tengo responsabilidad alguna. Si se da la condición (ontológica) de que algún ente tiene valor, entonces su ser está dotado de una pretensión que se dirige a mí, me veo apelado por el valor del ser en su totalidad. Ese todo aparece no sólo como aquello de lo que me hago responsable con mi actuar en cada caso, sino como aquello ante lo cual soy responsable desde siempre con mi poder actuar, porque el valor de ese todo tiene derecho sobre mí. Con esto queda expresado que desde el ser de las cosas mismas puede emanar un precepto que se refiere a mí.

En primer lugar y de manera general, el referirse a mí, o el derecho sobre mí es una exigencia dirigida a mi percepción y además a mi respeto. “Por medio de nuestra

³⁷ Honas H. “Pensar sobre Dios y otros ensayos”. Op. cit. p.137.

³⁸ Jonas H. “Pensar sobre Dios y otros ensayos”. Op. cit. p. 138.

³⁹ Jonas H. “Pensar sobre Dios y otros ensayos”. Op. cit. p. 138.

percepción todos estamos comprometidos con todo lo que se define como valor”⁴⁰, mas el concepto de valor implica que tiene un derecho inmanente a realizarse (su existencia es preferible a su ausencia). Esto es inherente al bien en sí mismo, y lo primero que me exige al percibirlo es el reconocimiento abstracto de su privilegio de ser. La exigencia de un ser de valor se vuelve concreta al dirigirse a mí en tanto sujeto práctico, cuando; a) este ser es vulnerable, como siempre es lo viviente en su caducidad esencial; y b) cuando está en el ámbito de mi actuación, expuesto a mi poder, sea por casualidad o por mi propia elección. Entonces resulta que la llamada de todo ser valioso y perecedero se refiere de manera muy actual a mí y se convierte en un precepto. Expuesto a mi poder, el ser está al mismo tiempo confiado a él. Vemos así que la responsabilidad tiene que vérselas siempre y en cada caso con el ser que apela a mí y me recuerda mi deber. El acto singular se hace responsable del ser de una u otra cosa. Mas el acto mismo presupone libertad, de modo que la responsabilidad se encuentra como mediación ética entre dos polos ontológicos, el de la libertad y el del valor del ser. La magnitud de nuestro poder determina la medida en que podemos afectar a la realidad con nuestra actuación, de ahí que la responsabilidad crece con el poder. La extensión del poder es también la extensión de sus efectos hacia el futuro. Idealmente el alcance de nuestra previsión debería ser igual a la extensión de la cadena de las consecuencias, cuyo completo conocimiento futuro no es posible en el ámbito humano. El mayor conocimiento no va a igual paso que los efectos del poder, quedando siempre un excedente de consecuencias con respecto a lo que se puede saber y prever. En la situación actual, el aumento del poder, se refiere evidentemente a la técnica moderna.

Para la fundamentación de una ética de cara al futuro, responsable del futuro de la humanidad interesan dos puntos de partida: 1°. Maximizar el conocimiento de las consecuencias de nuestra acción y como ellas amenazan el destino de la humanidad futura; y 2°. A la luz de este conocimiento, elaborar un nuevo saber de lo que debe ser y lo que no debe ser, de lo que se puede admitir y lo que se debe evitar; y positivamente en último término un saber sobre el bien, sobre lo que el ser humano debe ser. Lo primero es el conocimiento práctico, lo segundo un conocimiento de los valores. El precepto de la máxima información sobre las consecuencias previsibles a largo plazo de nuestra actuación colectiva debe tratar de superar la distancia que lo separa de nuestro poder, que se ha adelantado y escapado, para que podamos ejercer una crítica. De esta manera una futurología seria, se convierte en una rama específica de la investigación científica, que hay que cultivar y que requiere la colaboración de numerosos especialistas de diversas disciplinas. El confrontar nuestro poder, con sus efectos futuros ayuda a protegerlo de sí mismo. Convertir lo constatado en razón determinante de actuación requiere como puente el “sentimiento” que evoca en nosotros la representación de lo venidero. La visión del futuro, al servicio de la ética del futuro, tiene por tanto una función intelectual y otra emocional, con las que debe instruir el entendimiento y mover la voluntad para promover su evitación.

La otra tarea anticipatoria coincide con el planteamiento de la cuestión ontológica: “una doctrina del ser humano que nos dice que es lo bueno en sentido humano, lo que el ser humano debe ser, lo que es importante en su caso y lo que le conviene; pero que junto con ello nos dice lo que no debe ser, lo que lo degrada y desfigura”. Necesitamos este saber para que el hombre no se convierta en víctima del desarrollo tecnológico. Tenemos que extraer el saber de lo bueno humano de la esencia de lo humano. Para éste conocimiento necesitamos dos fuentes: la historia y la metafísica.

La historia nos enseña lo que el ser humano puede ser, la amplitud de sus posibilidades. En su historia ha mostrado sus momentos más altos y más bajos, sus grandezas y

⁴⁰ Jonas H. “Pensar sobre Dios y otros ensayos”. Op. cit. p. 139.

mezquindades, lo sublime y lo ridículo. Hay que objetar todos los sueños utópicos referentes a un ser humano auténtico y verdadero. De ella aprendemos lo valioso en el ser humano, lo que de hecho vale la pena y que nuestra especie es digna de futuro.

Pero sólo la metafísica, con su saber no fenomenológico sino ontológico nos instruye sobre la razón, sobre lo verdaderamente humano y del deber ser del ser humano. Ella puede decirnos por qué el ser humano realmente debe ser, es decir por qué no se puede provocar o permitir su desaparición, y como debe ser para honrar y validar su deber ser. La razón del por qué obliga a la humanidad a la existencia (prohíbe el suicidio de la especie), y el cómo a una calidad de vida, amenazadas ambas por el progreso de la técnica. La afirmación inicial decía: “el ser humano es el único ente conocido por nosotros que puede asumir responsabilidad”⁴¹. Este “puede” lo entendemos como una característica distintiva y decisiva de la esencia del ser humano y de su equipamiento existencial. Con este enunciado de la antropología filosófica, es decir de la ontología del ente ser humano, tenemos ya un enunciado de la metafísica (metafísica del ser humano). No sólo reconocemos el carácter esencial de esta especificidad humana de ser capaz de asumir responsabilidad, sino también reconocemos intuitivamente en ella un valor. Esto representa un aumento cualitativo del contenido de valor del ser en general, con respecto del cual hemos afirmado que en último término éste es la instancia ante la que somos responsables. La capacidad de responsabilidad, además de obligarnos a ejercerla se convierte así en su propio objeto, porque el hecho de tenerla obliga a garantizar la continuidad de su presencia en el mundo. Esta presencia está vinculada a la existencia de creaturas capacitadas de esta manera. Por ello la capacidad de responsabilidad obliga a sus portadores a hacer posible la existencia de portadores futuros. De esta forma, detrás de sus objetos contingentes y siempre cambiantes, la responsabilidad aparece siempre como su propio objeto ontológico. Si bien no se puede perder la capacidad ontológica de responsabilidad, la disposición psicológica para ella es una posesión insegura y sólo históricamente adquirida, que puede perderse colectivamente. Por eso el ser responsable de la capacidad de responsabilidad, en función de ella misma y de su supervivencia en el mundo, no sólo incluye el ser-aquí, sino también el ser-así de los seres humanos futuros, de manera tal que el estado de esta existencia no haga que la capacidad de responsabilidad, vinculada a la libertad acabe por desconocerse a sí misma. Aparentemente se trata de un argumento ontológico circular, que se propone afirmar algo como existente extrayéndolo de una característica formal; deducción (a partir de la capacidad de responsabilidad), de la responsabilidad obligatoria para conservar la capacidad de responsabilidad en general, donde esta última es lo originariamente dado en la experiencia. Argumento no vacío, pero tampoco es una prueba, puesto que está sujeto a presupuestos axiomáticos no demostrados, a saber⁴²,

“que la capacidad de responsabilidad es un bien” (cuya presencia es superior a su ausencia),

“que existen valores en sí mismos anclados en el ser”,

de modo que éste es portador de un valor. Para el primer presupuesto nos hemos remitido a la intuición inmediata, mas su validez puede ser cuestionada o negada a nivel personal. Y cada cual es libre en considerar los valores en general como preferencias subjetivas, condicionadas biológicamente o por las circunstancias. Especialmente *“el sentimiento de responsabilidad se lo puede entender como una disposición para fines”*⁴³,

⁴¹ Jonas H. (1998) “Pensar sobre Dios y otros ensayos”. Op. cit. p. 144.

⁴² Jonas H. (1998) “Pensar sobre Dios y otros ensayos”. Op. cit. p. 146.

⁴³ Jonas H. (1998) “Pensar sobre Dios y otros ensayos”. Op. cit. p. 147.

favorecida por la evolución, que beneficia la supervivencia de la especie. No cabe duda de que el individuo particular no tiene que obedecer al imperativo de tal programación biológica (u otras como el impulso sexual o el agresivo). No es más que una determinación entre otras, sin que se les pueda atribuir el carácter de un deber.

Referente al tema de las amenazas ya mencionadas, la de aniquilación física y la del atrofiamiento existencial; la primera por el potencial catastrófico de una guerra atómica. La segunda por la potencial manipulación, implícita en la moderna macrotécnica, que incluyen desde la automatización de los trabajos, el control de la conducta psicológica y biológica e incluso el reacondicionamiento genético de nuestra naturaleza, que nos puede llevar a la incapacidad ética. Respecto a la destrucción del medio ambiente con técnicas pacíficas y en principio útiles a la humanidad (apocalipsis lenta), la amenaza física se convierte en amenaza existencial si al final nos encontramos con una miseria global, que ya sólo deja en pie el imperativo de la pura supervivencia dispensado de toda responsabilidad.

Otro factor para la fundamentación de una ética cara al futuro bajo el signo de la técnica, se refiere al conocimiento de los contenidos objetivos de la futurología, ya comentada anteriormente. Este conocimiento debe despertar el sentimiento adecuado para motivarnos a actuar con responsabilidad. El mal destino del planeta, condicionado por el hombre, deberá generar un sentimiento de miedo y culpa: miedo porque se nos muestra algo nefasto, y culpa porque somos nosotros su causa, que si bien no nos afecta a nosotros, afectará a las generaciones venideras. Nos sobrecoge el miedo altruista por los que vendrán y la vergüenza como puro reflejo de la decencia y del sentimiento comunitario como especie. Por eso mismo es preciso que los resultados sombríos de la futurología científica se divulguen lo más ampliamente posible.

La función del poder en todo este contexto es complicada y paradójica. Por un lado es la causa de la desgracia temida y a su vez el único medio de su posible evitación. Donde antes había un sentimiento de triunfo, ahora ha aparecido el miedo. Lo que nos angustia ya no es la naturaleza sino precisamente nuestro poder sobre ella y sobre nosotros mismos. *“Nuestro poder fue nuestro servidor y se ha convertido en nuestro amo. Debemos ponerlo bajo control, a pesar de que ese poder es obra de nuestros conocimientos y de nuestra voluntad”*. Los conocimientos, la voluntad y el poder son colectivos, y también lo deben ser el control sobre ellos. Función que sólo pueden ejercerla los poderes públicos (control político), y eso requiere de un amplio consenso de la sociedad a largo plazo.

Pero ¿cuál sería el contenido de este consenso? y ¿cómo se podría llegar a él? Se trataría de la aprobación de severas renunciaciones dentro de costumbres consumistas extravagantes, con disminución del nivel de vida, culpables de la amenaza medioambiental global y sobre los efectos de precariedad económica que conllevaría. Iniciativas que serán ineludibles y que se volverán tanto o más duras cuanto más tarde se emprendan, por la simple verdad de que una Tierra limitada es incompatible con un crecimiento ilimitado. La fundamentación, con la formación de conciencia y la educación de la sensibilidad, a partir de la futurología significan un primer paso hacia el control de las amenazas comentadas.

En cuanto al peligro que constituye el poder tecnológico para el futuro planetario se ha considerado en primer lugar sus efectos sobre el medio ambiente, sobre las condiciones exteriores de la vida futura, efectos que de manera indirecta afectan al ser humano mismo, aunque pueden llegar a ser catastróficos a nivel global. Este poder tiene que ver con objetos no humanos, necesitándose la estimación de cómo se podría modificar el estado de estos a nivel global, cuáles serían los límites críticos soportables, y hasta qué extremos podemos ir aún en uno u otro ámbito. Recientemente, han surgido tecnologías que tienen por objeto directamente el propio ser humano y que afectan al ser de las personas. Situación sobre la

que hay que decidir, sin esperar que tengamos algo así como una ciencia medioambiental integral, para resolver de manera competente las cuestiones de la ecología. Referente a la biología humana y la medicina, las factibilidades que actualmente ofrecen, afectan al comienzo y final de la vida, nuestro nacimiento, prolongación de la vida e incluso nuestra constitución hereditaria. Por ello tocan cuestiones de nuestro ser en tanto seres humanos: el concepto del “bonum humanum”, el sentido de vida y muerte, la dignidad de la persona, y la integridad de la imagen del ser humano. A preguntas de esta índole se debe responder a la luz de una concepción válida del ser humano, para lo cual necesitamos nuevamente la metafísica, especialmente una metafísica material, que además de decirnos por qué el ser humano debe ser y de nuestra responsabilidad por su existencia, nos aporta contenidos que preservan el ser de desfiguraciones muy concretas. En esta misma perspectiva podemos plantear cuestiones de tecnología aplicada al ser humano de manera anticipatoria, con independencia de juegos de acertijo, o cifras hipotéticas y de complejas causalidades globales. Así se sustentará una ética cara al futuro en su necesaria confrontación con la técnica, y donde la “heurística del miedo”, que significa hacer caso, ante pronósticos oscilantes, quedará sustituida por el juicio seguro de la magnitud de las consecuencias.

44

3.4 ARTE MÉDICO Y RESPONSABILIDAD EN HANS JONAS

Hans Jonas en su libro “Técnica, medicina y ética”, se refiere al ejercicio de la medicina, como un terreno en el cual tanto en sus aspectos generales, relación médico- paciente, o en su aspecto de comisionado por la comunidad, presenta problemas morales y por consiguiente un territorio para la aplicación de la responsabilidad.

Para Jonas, la medicina es una ciencia. La profesión médica es el ejercicio de un arte basado en ella. La ciencia quiere encontrar, de modo general, la verdad sobre algo. Todo arte en cambio tiene una finalidad, quiere llevar a cabo algo, una habilidad, una *téchne*, en el mundo de los objetos a los que modifica. El arte médico asume una posición especial, el *arte curativo*, porque la curación no es la fabricación de una cosa, sino *el restablecimiento de un estado*, que no es un estado artificial, sino precisamente un estado natural o uno tan próximo a él como sea posible, donde la relación del arte médico con su objeto es única entre las artes.

Hay que observar que para el médico la materia en que ejerce su arte, es en sí misma el fin último: el organismo humano vivo como objetivo de sí mismo. En las artes en general, reina la extrañeza entre la materia indiferente y la finalidad para la que es elaborada. El homo faber trata con la materia a su antojo y su material, carece de objetivos. Al médico en cambio “el objetivo le viene dado por el auto-objetivo de su objeto”; la materia prima es el paciente, y el médico tiene que identificarse con su objetivo propio. Éste es en cada caso la salud, y viene definido por la naturaleza. No hay nada que inventar, excepto los métodos para alcanzar este objetivo.

Pero la salud sólo se convierte en fin por intermedio de la enfermedad. Ella no llama la atención cuando se posee; sólo su trastorno alarma y obliga a tenerla en cuenta, fundamentalmente por el sujeto que lo experimenta en forma de dolencia, pérdida o impedimento, acudiendo al médico en busca de ayuda. Es la enfermedad y no la salud la que originariamente ha puesto en marcha la investigación del cuerpo humano con fines de recuperarla o también prevenirla.

⁴⁴ Tema desarrollado en el capítulo 7 del texto de Hans Jonas “Técnica, medicina y ética”, 1º Ed. Castellana. Traducción de Carlos Fortea Gil. Paidós, 1997. Barcelona, España..

La ciencia médica, investiga y aporta conocimientos tanto sobre el cuerpo sano o enfermo, su finalidad es el conocimiento y el aporte de técnicas para ayudar al médico en su capacidad curativa. Sin embargo, el arte práctico no es exclusivamente la aplicación de una base teórica, o de aparente evidencia, requiere a su vez de un plus dado por la experiencia debidamente razonada. El médico tiene que tratar a diario, con el caso individual en toda su unicidad y complejidad; y ya en el paso del diagnóstico, como subsunción de lo particular en lo general, es precisa una forma de conocimiento totalmente distinta de la teórica. Kant llamaba a esta forma de conocimiento capacidad de juicio, que no se aprende con el saber general, sino que lo une con la visión de lo único y la totalidad que lo contiene y sólo así permite la aplicación de lo abstracto a lo concreto. *Este juicio que conduce a decisiones se ejerce por medio de la experiencia e intuición personal*, que es una posesión originaria e individualmente diferenciada (no aportable por herramientas externas como la medicina basada en pruebas). Este añadido es lo que convierte la habilidad aprendible del médico en arte y lo eleva por sobre la mera técnica. *Ya en lo puramente cognitivo, el individuo se enfrenta aquí al individuo* (en lo subjetivo el hombre médico al hombre enfermo). Con abstracción de la psiquiatría, el arte médico se dedica al cuerpo del otro, que ha de ser ayudado para hacer posible su vida. El cuerpo es lo objetivo, pero se trata del sujeto. El cuerpo (a diferencia de la persona indivisible), consta de partes aislables, que enferman preferencialmente por separado (exceptuando las enfermedades sistémicas), y se las puede tratar separadamente. Esto se pone de manifiesto especialmente en la cirugía, con su forma de operar directa y localmente (base de la subespecialización médica). *Esta división que admite el cuerpo, lleva consigo una suerte de cosificación*, que es la que convierte el arte médico en técnica, artesanía, restricción que no sobrecarga metafísicamente el arte médico, ni su responsabilidad sobre la persona indivisible (situación diferente en el arte médico integrador propio de la medicina interna o pediatría).

Imágenes diferentes, añadidas recientemente *como consecuencia de desarrollos técnicos, sociales (y de mercado)*, que desvían al médico de su papel de sanador, corresponden a la cirugía estética con fines de embellecimiento o de ocultación de huellas propias del envejecimiento u otras que se contraponen de forma premeditada a la norma natural, entre ellas las técnicas de prolongación o acortamiento de la vida, de contracepción, esterilización, interrupción del embarazo, llevadas a cabo oficialmente en amplias zonas del mundo, con fundamentaciones axiológicas enteramente extra médicas y que abren horizontes de responsabilidad completamente nuevos.

El médico es un comisionado del paciente que quiere ser curado, de lo que deriva la inequívoca y problemática responsabilidad profesional de tratarlo lo mejor posible, conforme a las reglas del arte. El óptimo es la norma, de la que el sacrificio de partes sólo se lleva a cabo para mantener el todo. *Pero los deseos del paciente (y del médico), incluso de la colectividad, pueden entrar en conflicto con este criterio de lo mejor* (limitaciones de recursos, criterios de eficiencia versus eficacia, con ofertas socio-políticas y no médicas). Ya se ha mencionado el terreno ambiguo del control de nacimientos, fertilidad, embarazo y reproducción que no son verdaderamente enfermedades, las que pueden convertirse en una desgracia tanto privada como pública, con *corresponsabilidades difusas en las comunidades*. Está claro que en ello entran en juego puntos de vista extra médicos, responsabilidades más generales de tipo humano, social y religiosa. Incluso la esterilización quirúrgica, con mutilación permanente, infringe el principio hipocrático de no dañar (*nil nocere*). Sin embargo, hay tantos intereses en juego, a menudo desesperados, que el médico se siente impulsado a actuar más allá del *ethos* puramente médico, como en la tragedia de embarazos infantiles o de fetos con malformaciones entre otras. ¿Qué se

opone aquí desde el punto de vista ético a la voz de la compasión, del querer ayudar, de la tolerancia humana? Puede ser, una convicción religiosa, o lo jurídico, situación que no exime al médico de su responsabilidad humana. Por ejemplo, en el caso del feticidio, moralmente objetable, o en el atentado a la vida humana germinal, *la responsabilidad contrapuesta debe tener un peso moral importante*, percibiéndose una contradicción en la que toda decisión significa un sacrificio de una u otra parte. Incluso la “píldora”, de la que el médico sólo tiene que velar porque no sea nociva, pero que su uso es un asunto privado, se puede objetar la responsabilidad humana de que su administración indistinta en una sociedad hedonista impulsa el libertinaje sexual, el alejamiento de la sexualidad de la reproducción y del amor.

Hasta aquí la referencia a la relación singular entre médico y paciente, como si estuvieran solos en el mundo, una ficción que expresa la obligación primaria del médico, pero no toda su obligación. Porque *el médico siempre es también comisionado de la sociedad y servidor de la salud pública*, como queda de manifiesto frente al enfermo contagioso que debe ser aislado para proteger a la colectividad. Particularmente la medicina preventiva tiene una orientación colectiva en la prevención de plagas, vacunación, higiene pública, etc. Las preocupaciones de *esta* responsabilidad pueden llegar ahora, más allá de la salud a otras dimensiones y alcanzar, más allá de los vivos, a otras generaciones futuras. La sobrepoblación del planeta, es junto a la guerra atómica, un potencial peligro para la humanidad, ambas deben ser contenidas por contramedidas. Aquí la ciencia y el arte médico tienen una responsabilidad especial para idear y aplicar métodos éticamente defendibles, de limitación de nacimientos que se adelanten a los inmisericordes infanticidios y genocidios de una situación de catástrofe. El arte médico es incluso corresponsable del surgimiento de este peligro, porque sin sus triunfos en la lucha contra plagas y el descenso de la mortalidad infantil, etc., no se hubiera producido una explosión demográfica de tan enormes dimensiones, particularmente en zonas de miseria. *“La intervención del interés de la población eleva pues toda la cuestión de la ética individual y de la específicamente médica a otra dimensión de responsabilidad que puede exigir cosas distintas”*. El médico que entra en conflicto con sus convicciones religiosas o morales, puede tener presente que los sacrificios de conciencia que se le exigen son realmente menores frente a lo que se convertiría en forzoso en la fase de crisis aguda no prevenida. Entonces se vería enfrentado a la esterilización ordenada por el Estado, convirtiéndose en médico de obediencia sumaria, servidor de una política colectiva de emergencia. Un caso extremo lo podría constituir la “situación del bote salvavidas”, donde se derrumba todo el edificio de valores de la solidaridad humana, en la que se abre paso un estado pre-moral del “yo o tu” y el dictado brutal de la supervivencia deja sin vigencia casi todas las normas de la ética humana trabajosamente adquirida. El trabajo consistirá en evitar que nuestro planeta se convierta en un bote salvavidas, responsabilidad a largo plazo que le surge a todo *el síndrome tecnológico*. En él, se entrelazan y refuerzan las más variadas amenazas, tales como la progresiva destrucción del medio ambiente, la sobrecarga poblacional vista como problema metabólico planetario, el crecimiento de consumidores que impulsa la degradación de la biosfera y el saqueo desconsiderado, quitándole las riendas al bienestar y forzando a la humanidad empobrecida, en aras de la supervivencia desnuda.

Volviendo al tema del médico, incluso sin el apocalipsis evocado, basta la expectativa de miseria de una humanidad hambrienta, para tomar esta responsabilidad a largo plazo. En cualquier caso *“la ciencia y el arte médico forman parte de lo tecnológico por su contribución a la situación global y soportan por tanto una responsabilidad planetaria”*, que lleva más allá del *ethos* médico, a cierta contradicción con sus criterios originarios pero que no es ajeno

al sentido de la profesión médica. *Una ética de la emergencia, que siempre es distinta de la normal*, puede volverse actual también para el médico.

Retrotrayéndonos ahora al final de la vida, aquí no siempre se da el caso de la prolongación máxima de la vida, la propia voluntad del paciente puede oponerse a ella; por otra parte en el caso límite del comatoso irreversible, en el que no interviene la voluntad del paciente, transforman el papel del médico, desde mantenedor de la vida al de ayudante de la muerte.

Los recursos médicos de la sociedad en cuanto a personal, instalaciones, espacios hospitalarios y otros en general no son ilimitados, y el médico tiene que preguntarse si el gasto desproporcionado de ciertas medidas heroicas, como por ejemplo el trasplante cardíaco, no va demasiado a costa de la atención médica general. Horizonte de responsabilidad nuevo, que se abre a partir del progreso de la técnica y de su equipamiento cada vez más exigente. Lo que se concede a uno como máxima oferta de medios puede servir a muchos en servicios más modestos, pero de mayores expectativas. El punto de vista de la justicia distributiva, se inserta aquí en la utilización, incluso en el seguimiento del progreso tecnológico.

El avance en los estudios biológicos de envejecimiento, sustitución de órganos y prolongación de la vida hacen necesario revisar todo el sentimiento de nuestra mortalidad, que quizás no sea en absoluto la maldición, como es percibida en general. Está claro que a escala poblacional el precio de una edad dilatada es una demora proporcional en su sustitución y el resultado sería una proporción descendente de juventud en una población mayor.

La muerte está ligada al nacimiento, y la mortalidad no es más que el reverso de la continua fuente de la natalidad. La reproducción es la respuesta de la vida a la muerte. Continuo recomenzar, que sólo se puede obtener al precio del continuo terminar. Así, lo que por su intención sería un regalo de la ciencia al hombre para un deseo inmemorial, escapar a la maldición de la muerte, o al menos arrancarle plazos cada vez más largos a la vida, terminaría en perjuicio del mismo hombre.

4. ANÁLISIS Y REFLEXIONES.

4.1 LAS PROFESIONES, EN ESPECIAL LA MEDICINA Y SUS VALORES.

4.1.1 Consideraciones generales y evolutivas de las profesiones.

Los traumatismos y las enfermedades han sido propios del hombre, generando dolor y muerte. Ello ha significado, desde siempre, la necesidad de asistir al afectado curando sus heridas, intentando corregir sus fracturas y enfermedades, así como la necesidad de prevenirlas, promoviendo la salud. Surge así de modo natural el acto médico que evoluciona hacia la complejidad con sus diversos tipos históricos: mágicos, sacerdotal, hipocrático, medieval y luego el médico científico. No es de extrañar, en consecuencia, que expresiones, referencias y actos conserven vigencia en el presente, vuelvan a ser eficaces, lógicos o

insensato⁴⁵. O como dice Ortega: “cada generación humana lleva en sí todas las anteriores y es como un escorzo de la historia universal. Y en el mismo sentido es preciso reconocer que el pasado es presente, somos su resumen, que nuestro presente está hecho con la materia de ese pasado, el cual pasado por tanto es actual”⁴⁶.

No debe sorprender en consecuencia que, como señala Diego Gracia⁴⁷, desde el punto de vista etimológico el término profesión tenga un origen claramente religioso, donde profesar es similar a confesar, lo que exige un acto de entrega. Toda profesión consiste en una entrega confesada o ratificada públicamente, debiendo aspirar a la excelencia. Ha sido y habría que entenderla como una dedicación y consagración a una actividad que se siente como un llamado interior o exterior (religioso o íntimo), al que se responde con la entrega y el compromiso total de la persona, en virtud de una responsabilidad inembargable. Se alude por consiguiente a persona y a un sentimiento de responsabilidad. Aspectos estos últimos que apelan a lo ontológico.

Pero, ¿desde cuándo se puede hablar propiamente de profesión? Este concepto ha estado ligado a la evolución y desarrollo de las sociedades, siendo difícil una definición única, ya que existe una frontera difusa entre lo que es una ocupación y una profesión. No obstante, es posible identificar algunos elementos como la formación educativa de alto nivel, la estructura organizativa, la vinculación con las estructuras de poder, el estatus, la actualización continua, la existencia de un código ético y la búsqueda de autonomía.

Dado el estrecho vínculo entre los conceptos de profesión y el de formación profesional, un paso importante hacia la profesionalización ocurrió en el siglo XII, con el advenimiento de las universidades medievales, tales como las de Salerno, Bolonia, París, Padua y Oxford. En todas ellas se enseñaba propedéutica de artes, teología, derecho civil, derecho canónico y medicina. Entendiendo que la formación del sujeto era un conjunto de procesos de preparación referidos a fines precisos para un posterior desempeño en el ámbito laboral, siendo importante obtener la *licentia ubique docendi* como reconocimiento de los grados alcanzados y así poder ejercerlos.

Hay consenso que sólo en el siglo XIX surge una sociedad de profesionistas, como consecuencia de los movimientos sociales que llevaron al nacimiento de las principales profesiones⁴⁸. Esto corresponde al período donde se fundan y establecen los monopolios modernos. Situación que podría analizarse como un proceso de construcción de instituciones, cuando los problemas del libre mercado se volvieron aparentes y las sociedades buscaron una solución para el problema de confianza. En el caso de la salud, a finales del siglo XVIII, tanto en Inglaterra como en Estados Unidos, coexistía una amplia variedad de proveedores, como hierberos, curanderos, boticarios, cirujanos y médicos. Para el siglo XIX, en ambos países el mercado asigna roles a ciertos grupos, legitimándose así oficialmente la medicina. Aparte del conocimiento en un campo específico, es de asumir, que el proceso fue esencialmente de control. Aquellas profesiones que estaban mejor organizadas fueron capaces de controlar y cerrar los mercados para crear condiciones reguladoras favorables o protectoras. Se puede visualizar de este modo que el nacimiento

⁴⁵ Jaspers K.: “La práctica médica en la era tecnológica”. Gedisa, S.A., Barcelona, 2003. Capítulo: “La idea del médico”, p. 9

⁴⁶ Ortega y Gasset J.: “En torno a Galileo”. Revista de Occidente S.A., Madrid, 1959. Capítulo IV. “El método de las generaciones”, p. 53.

⁴⁷ Gracia D.: “Profesión médica, investigación y justicia sanitaria”. Op. cit. p. 32.

⁴⁸ Dingwald R. (2004): “Las profesiones y el orden social en una sociedad global”. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 6 (1), pp. 1-38. Consultado el 30 de diciembre 2008 en: <http://redie.uabc.mx/vol6no1/contenido-dingwall.html>

de las profesiones modernas se relaciona con la unión de intereses e ideologías propias de la modernización. En consecuencia una sociedad en vías de industrialización es una sociedad en fase de profesionalización.

Posteriormente el siglo XX, se caracterizará por ser una sociedad con gran desarrollo de profesiones. La sociedad postindustrial actual, en la que se destaca el enorme peso del sector servicios frente al sector industrial, se puede definir ya como una sociedad de profesiones, observándose que un número creciente de ocupaciones intentan adquirir los símbolos de estatus logrado por ellas. El desarrollo de las profesiones pone de manifiesto los cambios tanto en la estructura de clases como en el mercado de trabajo, reduciéndose la clase trabajadora y aumentando las ocupaciones de servicios. De todos modos el hecho de que estas hayan alcanzado un alto nivel de desarrollo en la sociedad, que también está caracterizada por una economía de negocios, sugiere que el contraste entre los negocios y las profesiones, no es aún una historia terminada. De este modo, lo que las profesiones han ganado pueden perderlo o les puede ser quitado.

Los teóricos de la sociología han observado con interés y diferentes miradas, el impacto de las profesiones sobre las organizaciones, el Estado y sobre el conjunto de la sociedad en general, advirtiendo como ellas aportan conocimiento al poder y son centrales en el proceso de racionalización al facilitar formas de organización y dominación a través del conocimiento. Antes de la segunda guerra mundial, la obra de Carr-Saunders y Wilson en 1934 (*The professions*), es el primer intento de estudiar las características centrales de las profesiones⁴⁹, convirtiéndose en el centro de la llamada Escuela Definidora, que luego se completa con el trabajo de Marshall. La Escuela Definidora viene a destacar la importancia del cuerpo de conocimientos al que el público no puede acceder, la autonomía de las profesiones y su potencial para contribuir socialmente.

Después de la segunda guerra mundial, la Escuela Evolutiva de Wilensky (1964), Parson y Goode, entiende a las profesiones como un proceso natural, en etapas, hacia la profesionalización, destacando a la Medicina y al Derecho como modelos. Las profesiones pasan a ser definidas y medidas en términos de características estructurales y de actitud. Entre las características estructurales destacan la creación de una ocupación a tiempo completo, la creación de asociaciones profesionales, la elaboración de códigos de ética y la conquista de la autonomía para asegurarse el derecho exclusivo a la práctica profesional y a la evaluación de su trabajo. Las actitudes características comprenden la utilización de la organización profesional como referencia principal, las creencias en el servicio a la comunidad, en la autorregulación y en la autonomía, así como el sentimiento de que el profesional debería asumir sus propias decisiones sin presiones externas.

Entre 1970 y 1980, aparece en Estados Unidos de Norteamérica la denominada Escuela Revisionista, cuyos primeros autores son Ben-David, Hughes, Freidson y Johnson. Los atributos profesionales ya no son interpretados como componentes de un tipo ideal, sino como instrumentos utilizados por diversas ocupaciones para aumentar su poder con respecto a otros grupos sociales. Se analiza desde esta perspectiva sus actividades en términos políticos y se destaca la autonomía como el centro del profesionalismo. Johnson llega a sostener que ellas no servían las necesidades sociales, sino más bien imponían las definiciones de necesidad y las formas de servir las en consumidores atomizados⁵⁰.

⁴⁹ Citado por Rodríguez J. y Guillén M. en "Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea". Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1992; N° 59, Julio-septiembre: 9-18.

⁵⁰ En Rodríguez J y Guillén M.: Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1992; N° 59, Julio-septiembre, p. 12.

Freidson por su parte asevera que el conocimiento abstracto es la pieza fundamental para el mantenimiento de la autonomía profesional y el posicionamiento en un nicho excluyente en el mercado⁵¹. Las profesiones consisten así para esta escuela, en organizaciones que intentan el dominio intelectual y organizativo en áreas de sociales específicas. Si es necesario recurrirán a la ideología del profesionalismo y al apoyo del Estado para conseguir un refugio en el mercado y protección ante la competencia. Su tema central es el poder y la posición de privilegio en la sociedad. Si bien el conocimiento abstracto es un ingrediente necesario, la articulación de proyectos políticos que utilizan ese conocimiento abstracto para la definición de los problemas sociales y sus soluciones es el elemento imprescindible para la ampliación de sus jurisdicciones y el mantenimiento de sus posiciones de poder y privilegio.

Tendencias recientes, en el análisis y teorización sobre las profesiones, se centran en la relación de las profesiones con la estructura social, las organizaciones y la política. Los trabajos más novedosos analizan los procesos y mecanismos políticos por los cuales las profesiones conquistan y mantienen posiciones de poder y privilegio en la sociedad, en el mercado y en las organizaciones.

4.1.2 Aspectos valóricos en las profesiones

En el presente podríamos decir, que la profesionalización se adquiere a través de un proceso social, debidamente acreditado, por el cual individuos previamente calificados adquieren un conjunto de recursos conceptuales y prácticos que les permite acceder a ciertas recompensas en forma exclusiva y excluyente. Implica una educación específica y códigos de ética apropiados a su ejercicio. El concepto de excelencia se encuentra, por otra parte, muy estrechamente ligado a las profesiones clásicas, no sólo como acervo de conocimientos sino también moral. Su estatuto privilegiado les faculta para no sólo regular su “saber-hacer”, sino también su “saber-estar”. Ser depositario de un saber y de su correlativo prestigio y poder, obliga a un “saber-estar” en ese papel social y tener una identidad acorde con la dignidad del oficio.

La relación sanitaria que establece un médico con su paciente, posee dos niveles de exigencia, uno de mínimos, por debajo de la cual se incurre en el delito de negligencia, y otra de máximos que aspira a la excelencia, que Gracia identifica como de no-maleficencia para el primer tipo de deberes y como de beneficencia el segundo⁵². La relación sanitaria, en tanto que relación profesional no puede ser maleficente, debiendo aspirar a ser benéfico.

Las profesiones tienen, por consiguiente, unos deberes que son perfectos o de justicia y que se explicitan en el derecho público, particularmente en el penal. Pero también tienen deberes imperfectos o privados, que son actividades elegidas libremente, que obligan en el fuero moral y aún en el jurídico (origen de los colegios profesionales y de sus facultades sancionadoras). Los deberes profesionales, son asumidos libremente en el acto de ingreso a la respectiva actividad, los que pasan a ser exigidos desde ese momento. El hecho que estos deberes no se cumplan es causa de descrédito o sanción, advirtiéndose que son las profesiones clásicas las que sufren hoy una significativa crisis de excelencia.

Las obligaciones adquiridas por los profesionales son superiores a las jurídicas o de mínimos, y no decaen, como en el caso de los médicos, por el hecho de que los órganos públicos y de gestión donde se desempeñen cumplan mal con las suyas. El límite

⁵¹ Freidson, E.: “La teoría de las profesiones. Estado del arte”. Perfiles Educativos, 2001; vol. 23. N° 093. Universidad Nacional autónoma de México. México, D.F., México, pp. 28-43.

⁵² Gracia D. (1998): “Profesión médica, investigación y justicia sanitaria”. Op. cit, pp. 35-38

máximo de estos niveles de excelencia profesional sin estar definidos llegará hasta donde la conciencia y el afán de perfección se lo exija a cada cual, siendo en un caso extremo lo propio del heroísmo.

El problema de la excelencia no se encuentra en la determinación de su límite máximo, sino en la determinación de unos mínimos, o al menos en definir unos criterios prudenciales que permitan una relación armónica con los pacientes. De hecho, los profesionales sanitarios tienen obligaciones con sus enfermos que exceden las de no-maleficencia. Es indiscutible que los padres y familiares son los que poseen las obligaciones máximas. Tanto los profesionales como los familiares poseen obligaciones de beneficencia de distintos niveles de excelencia. A este respecto, Gracia distingue tres niveles: el general, propio de todo ser humano, el profesional, que sin duda es superior al anterior; y el familiar, que es el máximo.

Los cambios socioculturales, globalización, burocratización, incertidumbre y otros ya descritos han llevado a pensar que el buen profesional era quien obtenía mayores beneficios cumpliendo correctamente su labor en el respeto de las normativas legales vigentes. Actualmente lo que está en juego es la excelencia profesional, que decae hacia los mínimos legales. La ley difícilmente puede establecer otra cosa que los mínimos necesarios y suficientes para el logro de la convivencia elemental.

Aún así, en el presente, son cada vez más frecuentes, los juicios por mala práctica, pareciendo del todo necesario conocer sus causales con objeto de reorientar el ideario profesional, recuperando la excelencia y la ética de la responsabilidad, a pesar de la dinámica amenazante de los cambios sociales.

4.2 LA CRISIS DE LA PROFESIÓN MÉDICA

Con el término crisis hacemos referencia a una situación compleja de cambio, en la que no se visualiza una solución y cuyas consecuencias son imprevisibles⁵³. De algún modo nos comunica la sensación de desequilibrio, riesgo, incertidumbre, alarma, angustia. Tal sería la condición en las que el médico clínico realiza hoy su trabajo: un escenario de expectativas crecientes, muy difíciles de satisfacer, aun sin considerar los problemas estructurales y de arrastre del sistema de salud. Esta situación adversa generadora de insatisfacción y desmotivación ha sido ampliamente comunicada tanto en los países desarrollados como en Chile. Las causas de esta crisis en el ámbito sanitario ya han sido analizadas en un capítulo anterior, atribuyéndolas a factores provenientes de fuentes generales externas, internas y locales. Sin embargo, es pertinente hacer resaltar el hecho de su universalidad, que también afecta a otras actividades y profesiones en nuestra sociedad. En Chile, la situación resulta paradójica, ya que las críticas no se concilian con la excelencia de los indicadores tradicionales de salud (parto asistido, mortalidad neonatal, mortalidad materna, expectativas de vida), tan buenos o mejores que los de países cuyo presupuesto *per cápita* para el sector son diez a veinte veces mayores. Pareciera en consecuencia que los problemas no se relacionan con los resultados del ejercicio profesional sino más bien con la forma en que se practica la medicina actual y con los cambios valóricos del entorno sociocultural.

Vivimos en tiempos de cambios, una transición entre dos épocas: la modernidad y lo que suele llamarse posmodernidad, segunda modernidad, sociedad postindustrial o

⁵³ Diccionario de la lengua Española, Ed XXIX, 1970, define crisis como: "mutación considerable que acaece en una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el enfermo", o "momento decisivo de un negocio grave y de consecuencias importantes".

modernidad reflexiva⁵⁴. Quedan bajo crítica nada menos que nuestra visión del mundo y nuestra visión del hombre.

Los valores médicos se han mostrado particularmente sensibles a cambios progresivamente emergentes en el período posmoderno, como han sido: los de la dominante secularización; el desarrollo exponencial de la ciencia y sus aplicaciones técnicas, con la consiguiente especialización y cosificación del otro; el desarrollo de las comunicaciones, que ha reducido el espacio-tiempo y obliga a estar informado; el mercado que no sólo regula los recursos sino que impone nuevos valores de cambio similar al dinero, transformando las comunidades en contextos ajenos a las personas, donde los “moles” sustituyen las catedrales, plazas y calles con historia. Todos estos fenómenos afectan de forma directa la práctica de la medicina, al ser ésta una profesión destinada a mejorar a un *otro* enfermo, encontrarse basada en el conocimiento (evidence), y situar su ejercicio en el manejo de la incertidumbre. Ha sido este cambio, propio del posmodernismo, que impregnado en nihilismo, e instalándose globalmente para algunos a partir de los años setenta, el que ha actuado como fermento con su “no estoy ni ahí”, facultando el enrarecimiento valórico que actualmente ofrece una moralidad procedimental, preocupada de la casuística y a resolver en acuerdo al buen sentido o a la opinión mayoritaria. Vukusich y colaboradores⁵⁵ comentan, en nuestro medio, que la población no acepta la enfermedad ni la necesidad de la muerte, que es vista como un fracaso (de algo o de alguien), queriendo utilizar al médico para propósitos que van más allá del cuidado de los enfermos. Al identificar la salud como un derecho se establece, tácitamente un nuevo contrato entre médico y paciente que, resulta imposible de cumplir por parte del médico.

Por otra parte, es interesante advertir que en el momento histórico actual surgen debates, reformulaciones y nuevas estrategias de dominación que afectan notablemente a las nuevas generaciones y organizaciones que tenían vigencia en la modernidad. El término *sociedad del riesgo* ilustra aspectos de lo comentado, la idea de una relación riesgo/beneficio, aceptable en la economía, es éticamente inaceptable en medicina. En ella no puede existir la quiebra programada, siempre se podrá hacer algo por el paciente, desde tratarlo de su afección, controlar el dolor, rehabilitarlo o confortarlo. Beck⁵⁶ dice que, “estamos ante inseguridades inducidas, o manufacturadas”, agregando que, “en estos espacios equívocos hacen irrupción estereotipos culturales, identidades culturales, los cuales poseen una importancia fundamental para la definición de la responsabilidad y de la causalidad, así como los costes a ellas asociados”. Para Beck, los factores globalizadores, activistas del capital, estarían actuando en un marco de referencia transnacional, sobrepasando las profesiones, sindicatos u otros grupos que sólo operan dentro del Estado.

Ante la convicción internacional de estar enfrentados a una crisis, generada por los diversos factores ya comentados, donde la medicina pasó a ser considerada como una empresa productiva más, con resultados mensurables en términos económicos, al margen de la calidad de atención y de una cálida relación interpersonal, surge la necesidad de

⁵⁴ Beck U.: “Libertad o capitalismo. Conversaciones con J. Willms”, 2002. Paidós, Madrid, p. 22. El discurso sobre la segunda modernidad, o sobre la modernidad reflexiva apunta ante todo a una autocrítica radical de la teoría y sociología de la modernización occidental.

⁵⁵ Vukusich A, Olivari F., Alvarado N. y G Burgos G.: “Causas de la crisis de la profesión médica en Chile”. Rev Méd Chile 2004; 132: 1425-1430. Referencia en p. 1436.

⁵⁶ Beck U.: “Libertad o capitalismo. Conversaciones con J. Willms”. Op. cit. p. 124

una respuesta adaptativa, que le permita recuperar su valor social. Tal es el sentido del denominado profesionalismo médico.

4.3 EL PROFESIONALISMO MÉDICO

El término profesionalismo se ha venido utilizando en variados contextos laborales, no exclusivamente médicos, sea como mecanismo de mercado para atraer clientes, en los planteamientos sobre misión y metas organizacionales para motivar a los empleados o funcionarios o para calificar un trabajo de calidad. Igualmente en la literatura médica se habla de profesionalismo para referirse en exclusivo a la excelencia profesional. El Diccionario de la Lengua Española⁵⁷ lo define como “el cultivo o utilización de ciertas disciplinas, artes o deportes como medio de lucro”. Las variadas interpretaciones del concepto de profesionalismo, en la literatura de las ciencias sociales, pueden agruparse con fines analíticos en dos categorías: *como sistema normativo de valores* por una parte y como ideología de control por otra⁵⁸. El profesionalismo, en su esencia, implica reconocer la importancia de la *confianza* en las relaciones sociales y económicas, de las sociedades actuales con intensa división del trabajo. Los legos deben volver a depositar su confianza en los profesionales. Pero el profesionalismo también requiere que los profesionales sean merecedores de esa confianza, en virtud de la cual serán recompensados con autoridad, privilegios y mayor estatus.

La situación de crisis profesional no es nueva y se ha producido en algunos países en distintos períodos con mayor o menor intensidad, debiendo adoptar medidas propias del profesionalismo. Así, por ejemplo, la American Medical Association tuvo que enfrentarla hace más de 150 años y de ella salió reforzada gracias a dos iniciativas fundamentales: la modificación de su código ético y su decisión de profundizar en la autorregulación⁵⁹. La situación actual, de la segunda modernidad, globalizada, posindustrial, y otras caracterizaciones ya comentadas puede ser diferente. La *duda radicalizada*, en la que todo conocimiento es tentativo y perfectible, la *sociedad del riesgo mundial* que impone un desafío para la reflexión ética y el control social responsable, la *sociedad del individualismo institucionalizado* orientado al individuo y no al grupo, desestructurando las organizaciones y familia⁶⁰, son todos aspectos que deben ser considerados para adoptar respuestas globales, oportunas y consistentes.

En este marco, Freidson ha planteado que el profesionalismo constituye una forma única de regulación del ejercicio profesional, con claras ventajas sobre el mercado y el Estado. Analizando las fuerzas sociales, políticas y económicas que presionan a las profesiones, plantea que los métodos del libre mercado, burocráticos y organizacionales, empobrecen y estandarizan la calidad del servicio a la población y desmotivan a los profesionales que lo entregan, agregando que esto puede ser neutralizado reforzando las virtudes del profesionalismo. El profesionalismo se presenta así, como una forma de organización social, con su propia racionalidad interna, que representa una tercera lógica, frente al mercado y el estado.

⁵⁷ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. XIX Edición, 1970. Editorial Espasa-Calpe S. A. Madrid.

⁵⁸ Horwitz N.: “El sentido social del profesionalismo médico”. Rev Méd Chile 2006, 134: 520-524. Cita en p. 522.

⁵⁹ Baker R.: “Crisis, ethics and the American Medical Association: 1847 and 1997”. JAMA 1997; 278: 163-164

⁶⁰ Beck U.: “Libertad o capitalismo. Conversaciones con Johannes Willms”. Op. cit. en pp.22, 23, 202,203.

En la medicina, el profesionalismo como sistema valórico y como ideología de protección de su práctica, se perfila hoy como una respuesta para superar los desafíos planteados a su ejercicio. Para ello, no basta sólo con mejores condiciones estructurales, materiales y económicas en el ejercicio de la práctica médica. El profesionalismo constituye un esfuerzo por rearticular y reenfatizar los valores que la han caracterizado tradicionalmente. Representa una oportunidad para reafirmar los valores del ideario profesional, para promoverlos, fomentarlos y ejercitarlos⁶¹. Sobre esta base y mirando al futuro, el profesionalismo pretende así, renovar el pacto o contrato social⁶². En consecuencia, desde este ideario, los médicos deben entender el origen del profesionalismo, su naturaleza y necesidad de sustentarlo, rescatando los principios éticos que involucran la vocación y los sentimientos de responsabilidad.

De esta manera, ha resurgido una preocupación por perfeccionar los contenidos del aprendizaje específicos de los profesionales de la salud y de sus valores éticos. Actualizar estos valores requiere considerar los factores que han restringido su vigencia y su aplicabilidad. En la tabla 1, modificada de Rosselot⁶³, se registran los factores condicionantes y sus consecuencias, que deben reorientar el requerimiento del profesionalismo, remodelados a los cambios experimentados recientemente en la medicina nacional e internacional.

Tabla 1. DETERMINANTES DEL PROFESIONALISMO. CONDICIONES Y CONSECUENCIAS

Condición	Consecuencias o Factores derivados
Envejecimiento de la población	Actitud ante la enfermedad, mayor gravedad, conflicto social.
Cambio epidemiológico	Patología crónica, polipatología, afecciones nutricionales, secundarias a alcohol y tabaco, virus de inmunodeficiencia humana.
Alza de costos	Conlleva inequidad del diagnóstico y terapia.
Incertezas	Implica irregulares expectativas y realidades.
Información y gestión	Búsqueda de la eficacia.
Cambios valóricos	Pérdida de vocación; necesidad rápida de retribución social y económica.
Autonomía y competencia	Decisiones informadas y responsables.
Métodos extraordinarios y ordinarios	Proporcionalidad y efectividad.
Práctica personal o institucional	Sensibilidad y medición.
Sociedad del conocimiento y comunicación	Aprendizaje autónomo y renovado.

El vasto desarrollo de la literatura actual sobre las profesiones, pone en evidencia la progresiva toma de conciencia, la cual no siempre ha sido afortunada, porque ellas han sido en ocasiones muy críticas de la propia profesión médica, lo cual contribuía a

⁶¹ Swick H. M.: "Towards a normative definition of medical professionalism". Acad Med 2000; 75: 612- 616.

⁶² Wynia M. K., Latham S. R., et al.: "Medical professionalism in society". N Engl J Med 1999; 341: 1612-1616.

⁶³ Tabla modificada de Rosselot E.: "Dimensiones del profesionalismo médico. Proyecciones para el siglo XXI". Rev Méd Chile 2006; 134: 657- 664. Op. Cit. en p. 658.

condicionar la opinión pública y las políticas de salud de los Estados. Los médicos no estaban enteramente conscientes de su efecto en la percepción social de la profesión. Situación que ha cambiado en la última década, en que se aprecian extensos y lúcidos análisis en publicaciones y reuniones médicas, que traducen inquietud y reflexión sobre valores tradicionales relevantes en el ejercicio de la medicina⁶⁴. Valores que trasuntan la condición humana y no simples guías externas, permitirán una progresiva restauración de la confiabilidad de los usuarios en la calidad de la medicina, como servicio dispuesto a sus demandas en salud.

4.4 EL ESTATUTO DEL PROFESIONALISMO MÉDICO PROPUESTO POR EFIM-ACP-ASIM-ABIM.

El propósito de este Estatuto ha consistido en “mantener la fidelidad ya amenazada del contrato social de la medicina, en tiempos turbulentos, creyendo que los médicos deben reafirmar su activa vocación por los principios del profesionalismo, lo que comprende no sólo su especial dedicación al bienestar del paciente sino también los esfuerzos colectivos por mejorar el sistema de salud para el bienestar de la sociedad”⁶⁵. Sin duda el Estatuto del Profesionalismo es un intento fáctico de moral profesional, basado en principios y compromisos que intenta: reformar los sistemas sanitarios, colocar el interés del paciente por encima de los del médico, establecer estándares de competencia e integridad y proveer asesoría experta a la sociedad sobre asuntos de salud⁶⁶. Sin embargo, lo que está en cuestión es, la ética inherente a la responsabilidad del profesional. Un examen somero de su estructura demuestra que los principios y “conjunto de responsabilidades” del Estatuto responden a una reiteración operacional de los principios que ha establecido la bioética norteamericana de Beauchamp y Childress (tabla 1), extendiendo de este modo los alcances del informe Belmont, y de la bioética principialista. El problema involucra por consiguiente a la bioética que pretende resolver a través de principios y normas una crisis entre paradigmas. El Estatuto del Profesionalismo, siguiendo a Diego Gracia⁶⁷, corresponde más bien a una expansión del esbozo moral de la bioética principialista, “esbozo que no posee un sistema de referencia previo y justificable por todos los miembros de una sociedad plural” y cuyos principios no se encuentran jerarquizados. Aspecto este último que afecta a su coherencia y por ello a su verosimilitud y verificabilidad. Queda bajo sospecha que un cuerpo de principios esculpidos para la investigación en seres humanos, haya servido inicialmente para fundamentar una bioética clínica, y luego, se aplicara al desempeño profesional del médico, dejando fuera de consideración que las obligaciones morales de un investigador biomédico difieren de las correspondientes al médico, y que un probando tiene intereses, requerimientos y expectativas no homologables⁶⁸. No es del todo claro que

⁶⁴ Stern D. T.: “Practicing what we preach? An analysis of the curriculum of values in medical education”. Am J Med 1998; 104: 941- 952.

⁶⁵ Project of ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine: “Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter”. Ann Intern Med 2002; 136: 243-246. Documento: “Profesionalismo médico en el Nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio de la medicina”. Rev. Méd. Chile: 2003; 131: 457-460.

⁶⁶ Rosselot E.: “Dimensiones del profesionalismo médico. Proyecciones para el siglo XXI”. Rev Méd Chile 2006; 134: 657-664. Muñoz, F.: “Carta constitucional de la profesión médica: ¿nuevo juramento hipocrático?” BMI 2004; 1:13.

⁶⁷ Gracia D.: “Procedimientos de decisión en ética clínica”. Capítulo 9, “La estructura de la racionalidad ética”, páginas 123-138. EUDEMA, S.A., (Ediciones de la Universidad Complutense), Madrid, 1991.

⁶⁸ Kottow M. H.(2005): “Introducción a la bioética”. Ed. Mediterráneo, Santiago, Chile. Cita en p. 90

“EL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD EN HANS JONAS Y LOS PRINCIPIOS Y COMPROMISOS DEL PROFESIONALISMO MÉDICO”

los principios cumplan su utilidad en situaciones complejas, donde pueden constituirse en obstáculos cuando hay problemas de compatibilización y jerarquización. La denominación de “principios”, supuestamente les otorga un carácter esencial y generalmente válido, pero ninguno ha sido aceptado en forma universal e irrestricta, condición indispensable para reconocerle el estatus de principio a una norma. Una escapatoria retórica, en respuesta a la presión crítica, prefiere conferir a los principios el carácter de “*prima facie*”, según lo cual un principio es vinculante en tanto no existan circunstancias que requieran adherencia a otro principio.

TABLA 2. PRINCIPIOS ÉTICOS CONSIDERADOS EN EL INFORME BELMONT, EN LA BIOÉTICA DE BEAUCHAMP-CHILDRESS Y EN EL PROFESIONALISMO MÉDICO.

INFORME BELMONT Orientado a los sujetos de investigación	BIOÉTICA DE BEAUCHAMP-CHILDRESS Orientado a decisiones éticas en medicina	PROFESIONALISMO MÉDICO Orientado a los profesionales médicos
Respeto por las persona 1. Individuos como entes autónomos 2. Protección de personas con autonomía disminuida	Autonomía	Primacía del bienestar del paciente
Beneficencia	Beneficencia	Autonomía
Justicia	No-maleficencia	Justicia social
	Justicia	

Como ya hemos comentado, el desarrollo notable de las ciencias y tecnologías en el siglo XX, particularmente en la medicina, ha producido una expansión de conocimientos y procedimientos sin precedentes que ha generado un desfase entre la normativa moral y la capacidad de actuación, situación que repercute en dos ámbitos: en la relación del hombre consigo mismo y con la naturaleza.

En el día a día de los servicios médicos de los hospitales y clínicas se plantean variadas problemáticas éticas que obligan a los grupos de profesionales de la salud a reflexionar sobre el uso de los recursos escasos y la propiedad de las medidas adoptadas con sus pacientes. Esta situación, hizo necesario, inicialmente, reunir una casuística y utilizar criterios de actuación. En este contexto nace la *bioética* en la década de los 70, como una ética aplicada, no como una reflexión filosófica sobre la moral en su conjunto; se trata de una reflexión interdisciplinaria tendiente a la solución de los conflictos que, derivados de la manipulación técnica de la vida y del medio ambiente que la sustenta, en una u otra forma representan una amenaza para la vida individual y colectiva⁶⁹. En su calidad de ética aplicada, más que la búsqueda de fundamentos, le interesa la definición de procedimientos conducentes a la solución de los conflictos.

En las décadas siguientes, sea por la necesidad de contar con un apoyo procedimental para la resolución de conflictos médicos o por el vértigo de las comunicaciones, la bioética principialista se ha difundido con rapidez, incorporándose al curriculum docente de las

⁶⁹ Escribar A.: “Primeros hitos en el desarrollo de la bioética”. En Escribar A., Pérez M, Villarroel R. Editores del texto “Bioética. Fundamentos y dimensión práctica2. Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile, 2004.

facultades de medicina, y a los Comités de Bioética de los hospitales públicos y privados en múltiples países.

La reflexión sobre los frecuentes problemas médicos contingentes, ha puesto en debate temas éticos referentes a los derechos de los pacientes, la autonomía, beneficencia y de justicia sanitaria, incluyendo acceso a los servicios básicos y políticas de salud pública. Grandes problemas que no han encontrado aún soluciones de fondo, y que no se resuelven con el principialismo, mostrando en ello carencia de guías morales que deben surgir desde la reflexión filosófica⁷⁰.

Hay que destacar que la bioética procedimental es la ética que ha surgido en plena globalización neoliberal, la cual ha dejado atrás el humanismo, privilegiando a la economía por sobre el hombre⁷¹. Se debe también aceptar que tal globalización es una realidad instalada y que difícilmente la reflexión sobre la globalización detendrá a las fuerzas del mercado, comunicaciones y otras propias de la economía neoliberal y de la posmodernidad ya comentadas⁷².

4.5 ¿ES POSIBLE ONTOLOGIZAR EL PROFESIONALISMO?

Al margen de los antecedentes comentados, en el presente, no ha sido posible lograr unanimidad en lo que respecta a la elección del fundamento moral que constituya el punto de referencia último entre lo lícito y lo ilícito, legítimo o ilegítimo. No se trata pues, de justificar el estatuto de la bioética, sino más bien el de la meta-bioética, la cual da razón del fundamento ético de los valores y de los principios que orientan la conducta del hombre en el momento en que interviene sobre la vida. Es evidente que si es diversa la meta-bioética, es diversa también la bioética: si es diverso el fundamento teórico-moral, diversa será la aplicación práctico-operativa. Y es en este nivel de la meta-bioética en el que se delinea el papel de la filosofía en bioética: se trata de fundamentar o justificar la perspectiva moral que delimita el bien y el mal en el ámbito de la ciencia y que prescribe normativamente el deber del obrar en el campo biomédico.

Es necesario establecer desde ya, que en el contexto filosófico moral actual, caracterizado por el pluralismo, que los valores y principios propuestos en bioética se encuentran extremadamente diversificados, existiendo tantas bioéticas como meta-bioéticas.

Es atractivo transplantar o fusionar conceptos jonasianos a la bioética principialista y por ende al profesionalismo médico. Sin duda son enriquecedores los planteamientos de Jonas respecto a la responsabilidad del médico clínico, de los investigadores, de las instituciones sanitarias, de las políticas de salud, del cuidado del medio ambiente y de la biosfera en general. Sin embargo, dotar a la bioética principialista de un fundamento jonasiano ontológico, incorporando tanto el sentimiento de responsabilidad, como la heurística del temor, para eventual reconsideración de las diferentes normas de actuación, resulta indudablemente cándido, toda vez que los condicionantes del entorno de la globalización continuarán sin modificarse. Conciliar orientaciones diferentes ontológicas

⁷⁰ Acosta S. J. R. (2002): En "Bioética para la sustentabilidad". Capítulo: La bioética de Potter a Potter. Publicaciones Acuario. La Habana.

⁷¹ Alcalá R.I. (2004): "Globalización, modernización, ética y diálogo intercultural". En Olivé L (compilador): ética y diversidad cultural. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.

⁷² Apel Karl-Otto, (2007) "La globalización y una ética de la responsabilidad". Prometeo Libros. Buenos Aires.

y fácticas no parece probable, representando un conflicto histórico entre modernismo-posmodernismo.

Al respecto, se pueden entrever diversos caminos: 1° Criticar tal expansión del principialismo, llamando la atención sobre la pérdida del humanismo, pretendiendo insistir en una sociedad con un código moral dotado de fundamento⁷³.

En opinión de Apel⁷⁴, es un hecho que la globalización, en el ámbito de la técnica, economía y la política, está ocurriendo hoy en día, y es un hecho históricamente irreversible; pero no podemos dejarnos arrastrar por ella sin prestar atención a ciertos aspectos relevantes de tal globalización, como la separación entre ricos y pobres que se enfatiza cada vez más. Apel propone responder al reto de la globalización a través de lo que llama globalización de segundo orden, es decir, una globalización en el ámbito de la cultura, donde juega un papel importante el problema moral de lograr la justicia en una sociedad multicultural. Apel cree posible dar principios fundamentados trascendentalmente de los mismos derechos y de la misma corresponsabilidad de los interlocutores, y que éstos, junto con el principio de justicia de la capacidad de consenso, se expresen en un discurso práctico entre los representantes de las distintas culturas.

2° Buscar un ensamblaje entre éticas; aunque sería ingenuo pretender lograr una epistemología de la bioética concebida de manera unívoca.

3° Quedarse en un encuentro de diferentes discursos que tenderían a horizontalizarse, con la esperanza de una futura ampliación del horizonte cognitivo.

4° Intentar cohesionar el principio de responsabilidad a otras éticas ontológicas con las cuales muestra similitudes aparentes y que desarrollaremos en un capítulo siguiente.

5° Articular la ética de Jonas con distintas propuestas de vida buena, en un contexto de pluralismo moral, que exige al menos un mínimo de coincidencia, no alcanzada por pactos o negociaciones y la aceptación de unos mínimos comunes, válidos para todos, piedra angular para construir las diversas éticas profesionales, como las de instituciones y organizaciones. Este pluralismo moral según Gafo⁷⁵ consiste en “compartir unos mínimos de justicia, progresivamente ampliables, en respetar activamente los máximos de felicidad y de sentido de la vida que no se comparten y en promover aquellos máximos de felicidad y sentido que sí se comparten”.

4.6 ¿NOSTALGIA DE UNA ÉTICA ONTOLÓGICA?

Engelhardt⁷⁶, refiriéndose indirectamente a lo anterior nos precisa, en una especie de añoranza metafísica, que “los límites de la razón, junto con el fracaso del proyecto filosófico moderno de descubrir una moralidad canónica dotada de contenido, constituyen la

⁷³ Garrafa V., Kottow M., y Saada A.: “Estatuto epistemológico de la Bioética”. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO. México, 2005. Calderón L.: La ambivalencia de la Bioética: cinco tesis para superar la vergüenza. Orientaciones universitarias, 2004.

⁷⁴ Apel Karl-Otto (2007): “La globalización y una ética de la responsabilidad”. En Apel K-O (Ed.) La globalización y una ética de la responsabilidad. Prometeo libros. Buenos Aires

⁷⁵ Gafo J.: “¿Concebir un hijo para salvar a un hermano?”, En ABC, 6 de Octubre de 2000. España. Citado en Cortina A “Política, ética y religión”. Trotta, 2005, Madrid. Página 141.

⁷⁶ Engelhardt, H.T.(1995): “Los fundamentos de la bioética”. Paidós, 1995. Barcelona, España. Capítulo I Introducción: La bioética ante la posmodernidad. Cita en p. 15

catástrofe fundamental de la cultura contemporánea secular y enmarcan el contexto en que se desarrolla la bioética contemporánea... la cual ha continuado... como si sus supuestos fundamentales no hubiesen sido cuestionados”.

Con la ética moderna se podrá ofrecer, a lo sumo procedimientos de acuerdo y negociación, instalándose obligaciones y derechos contractuales, desalojando la virtud y el sentimiento de responsabilidad. Esto significa que poco se puede decir acerca de la relación adecuada entre médico y paciente o de la asignación de los recursos escasos.

El propio Engelhardt precisa, “no habrá una orientación moral secular dotada de contenido, acerca de si es bueno o malo promocionar el alquiler de úteros o los servicios de eutanasia. No se podrá encontrar un contenido moral secular para el concepto del médico virtuoso”⁷⁷.

Zubiri, a su vez, ha expuesto que el hombre, a diferencia de los animales, no encontrándose en íntima armonía con la naturaleza, es responsable porque debe elegir o preferir entre respuestas posibles: escoge un comportamiento en el mundo, debiendo justificarse. Así, el hecho de la moralidad es una necesidad biológica inexorable de la condición humana, debiendo dar cuenta ante sí o los demás razonadamente⁷⁸.

Según Ernst Tugendhat⁷⁹, en las morales tradicionales las reglas estaban basadas en valores fundamentales, que a su vez se apoyaban en verdades superiores. Pero en la situación histórica actual, las verdades superiores han ido desapareciendo, o pueden no ser aceptadas, por lo que se debe buscar un común denominador que ya no puede ser una verdad superior. En consecuencia, o dejamos de hablar de moral dándonos por satisfechos con una cuasi-moral, o encontramos un fundamento sólido que nos permita establecer una moralidad moderna y universal sin religión o verdades superiores.

Tugendhat, para quien la comunidad moral está constituida por personas, (seres con voliciones de segundo orden), nos ofrecerá una ética con pretensión universal basada en el sentimiento de vergüenza y del respeto recíproco. De esa comunidad no se deben excluir los seres no humanos como los animales. En este planteamiento con pretensión universal hay una cierta similitud con Jonas al basar su ética en un sentimiento que considera primario. En Tugendhat este sentimiento es la vergüenza, incluyendo además un extensionismo no-humano a las otras especies vivas.

El personalismo ontológico, una reactualización del modernismo, por otra parte, pone como fundamento de la bioética el concepto de persona, sobre él se juega el debate moral y jurídico. La persona es un sujeto moral y sujeto de derechos y deberes. El concepto, expresado por Boezio, retomado por S. Tomás y continuado por Jacques Maritain define persona como “*individua substantia rationalis natura*”, o sea, sustancia individual de naturaleza racional⁸⁰. Sustancialidad, individualidad y racionalidad son los elementos constitutivos de la persona. La sustancialidad indica la subsistencia, el acto de ser que tiene en sí la causa del propio ser y la presencia de un sustrato ontológico que trasciende la mera agregación de las partes y que permanece durante el devenir de los actos; la individualidad especifica el principio de distinción de todo ser existente, su cuerpo y mejor aún, su propio

⁷⁷ Engelhardt, H.T.: Op. cit. p. 24.

⁷⁸ Zubiri, X.(1986): “Sobre el hombre”. Alianza, Madrid, España.

⁷⁹ Tugendhat, E. (2004): “Una nueva concepción de filosofía mora”l. En Sobrevilla D. (comp.), “Derecho, ética y política”. Siglo XXI-UNAM, México.

⁸⁰ Palazzani, L.: La fundamentación personalista en bioética. Cuadernos de Bioética (Abril, 2004) 14, 2º 93: 48-54.

código genético único e irreplicable; la racionalidad, corresponde a la capacidad esencial del hombre en cuanto a hacer uso de la razón.

El hombre es persona por el hecho de ser un ser humano, prescindiendo de su capacidad de ejercitar determinados comportamientos. El hombre es más que sus actos o que la suma de sus actos; la persona no puede reducirse a la manifestación de determinadas funciones, por cuanto las trasciende. La persona es unitotalidad física, psíquica y espiritual. El personalismo ontológico justifica la identificación entre ser humano y persona. Son persona los que potencialmente poseen los elementos que desarrollándose los conducirán a la condición completa de persona, tales como el cigoto, el embrión, el feto, el recién nacido, el niño. Son aún persona el anciano, el demente, el enfermo en coma, el paciente terminal, en cuanto son seres humanos, aunque no puedan ejercitar algunas funciones u operaciones. Toda manifestación de la vida humana debe ser respetada y tutelada. Sobre la base del concepto ontológico de persona se justifican los principios fundamentales de la bioética personalista que incluyen⁸¹: 1° el valor fundamental de la vida, 2° el principio de totalidad o terapéutico, 3° el principio de libertad y responsabilidad, y 4° el principio de socialidad y de subsidiaridad.

El valor fundamental de la vida física prescribe la indisponibilidad de la *vida* y su sacralidad. El cuerpo es fin y sujeto, en cuanto lugar donde se manifiesta la persona entendida como unitotalidad trascendente (ilicitud de toda forma de supresión de la vida humana sea aborto, eutanasia suicidio, etc.).

El principio de totalidad o terapéutico considera al individuo en su totalidad. Si el cuerpo es un todo unitario, toda intervención sobre una parte no puede prescindir de la consideración del todo, que es más cualitativamente que la suma de las partes. Justifica la intervención sobre la vida cuando sólo se interviene sobre una enfermedad actual que no puede curarse de otro modo, con una fundada esperanza de un efecto positivo y con el consentimiento del interesado.

El principio de libertad y responsabilidad deriva del valor de la vida. Todo acto de libertad es realizable sólo en el horizonte de la responsabilidad, entendida como responder del propio obrar ante sí y ante los demás. La libertad es factualmente posible si respeta la libertad y la vida de los demás. Ser libre significa conocer y poder elegir responsablemente hacia sí mismo y hacia los demás.

El principio de socialidad consiste en la promoción de la vida y de la salud de la sociedad a través de la promoción de la vida y de la salud de la persona singular; al margen de toda forma de individualismo o colectivismo, la socialidad está finalizada por la consecución del bien común a través de la consideración de los bienes individuales. El principio de socialidad está integrado en el de subsidiaridad que prescribe la obligación del cuidado de los más necesitados. Socialidad y subsidiaridad derivan del deber de respeto recíproco interpersonal fundado en el reconocimiento de la dignidad de los demás en cuanto a persona: la persona es la fuente y el fin de la sociedad, en cuanto se realiza participando en la realización del bien de los semejantes.

Las declaraciones de Engelhardt, Zubiri y Tungendhat, así como la ética personalista, apuntan a la necesidad en todo tiempo de una ética con soporte ontológico, que sería lo faltante tanto en la bioética principialista, como en el estatuto del profesionalismo. El principio de la responsabilidad de Jonas posee soporte metafísico, y ha sido especialmente dirigido hacia las necesidades emergentes del presente y del futuro de la sociedad tecnológica y muy particularmente a la medicina.

⁸¹ Palazzani, L.: La fundamentación personalista en bioética. Cuadernos de Bioética 14, 2° 93: 48-54.

Como el mismo Jonas precisa, su pretensión no ha sido prescindir de los preceptos de la ética tradicional. Su principio de la responsabilidad encuentra más similitud con la bioética personalista y con el planteamiento de Tugendhat, con los cuales tiene de común una base ontológica, aunque de diversa orientación.

4.7 ÉTICAS DE MÍNIMOS Y MÁXIMOS MORALES EN SOCIEDADES PLURALISTAS

Con todo, la reflexión moral secular ofrece la posibilidad de un discurso moral secularmente autoritativo para la colaboración entre extraños morales, a pesar del desmoronamiento del proyecto filosófico moderno. H. Tristram Engelhardt⁸²

Una comunidad ética toma como referencia última de sus actuaciones principios morales universalistas y valores como la justicia, la libertad o la igualdad. Podría parecer que esta afirmación de principios y valores universalistas lleva a la intolerancia en materia moral, sin embargo, una sociedad no puede ser pluralista y tolerante si no cuenta con algunos principios y valores morales que los distintos grupos sociales tienen por irrenunciables, entre ellos el valor de tolerar a quien piensa de forma diferente o el valor de respetarlo activamente. El pluralismo moral es en realidad, la convivencia de distintas concepciones acerca de lo que hace felices a los hombres o acerca de lo que deben hacer, acerca de lo bueno o acerca de las normas correctas⁸³. Mientras las normas constituyen un mínimo para la convivencia, las concepciones de la felicidad corresponden a máximos. Un pacto de mínimos, en condiciones de desigualdad y coacción, sólo implica un equilibrio provisional de intereses deformados, que mal pueden legitimar lo moral. Por tal motivo las éticas del diálogo proponen como condición trascendental de racionalidad de los pactos, las reglas de una situación ideal de habla o de argumentación, que sirvan como elemento de crítica y como principio regulador de los acuerdos fácticos.

En el presente, como consecuencia del proceso de globalización, conviven en una misma sociedad los considerados como extraños morales por Engelhardt⁸⁴, esto es, individuos que tienen distintas concepciones de la vida buena, así como distintos ideales respecto al bien, la felicidad, la religión las ideas políticas y filosóficas; que perteneciendo a diversas tradiciones demandan condiciones de igualdad. Para lograr convivir armónicamente en nuestras sociedades se requiere, como condición de posibilidad, la potenciación de una ética compartida por todos los miembros de la sociedad, siendo necesario respetar las diferencias, reconocer ciertos deberes mínimos, salvaguardando los derechos de todos.

La distinción de niveles dentro de la moral ha distinguido tradicionalmente deberes perfectos o deberes de bien común y deberes imperfectos o de bien particular, supeditando necesariamente los últimos a los primeros. La ética contemporánea recoge esta distinción, pero le añade nuevas connotaciones como las aportadas por la ética mínima de Adela Cortina⁸⁵, la bioética de niveles de Diego Gracia⁸⁶ o la ética discursiva o dialógica de

⁸² Engelhardt, H.T.(1995): *Los fundamentos de la bioética*. Paidós. Barcelona, España. Cita en p. 24.

⁸³ Cortina Adela. (1994): "Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica". Tecnos, Cuarta Edición, Madrid.

⁸⁴ Engelhardt, H.T.: "Los fundamentos de la bioética". Paidós, 1995. Barcelona, España. Cita en p. 24.

⁸⁵ Cortina A.: "Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica". Tecnos, Cuarta Edición, Madrid, 1994.

Jurgen Habermas y Karl-Otto Apel⁸⁷. Este último asevera que “todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas, porque en todas sus acciones y expresiones son interlocutores virtuales de una discusión, y la justificación ilimitada del pensamiento no puede renunciar a ningún interlocutor y a ninguna de sus aportaciones virtuales a la discusión”. Tal reconocimiento es el núcleo de una ética normativa que se despliega en los distintos ámbitos de la vida social, que da paso a las éticas aplicadas: bioética, genética, ética de las profesiones, de los medios de comunicación, de la economía y la empresa. Incluso a nivel de las religiones del mundo se ha buscado un acuerdo universal basado en mínimos morales⁸⁸.

Es necesaria por consiguiente una “ética global”, que oriente moralmente el proceso de globalización, que supere la diversidad cultural y que sea capaz de sobrepasar el relativismo y el pragmatismo que impregnan el ambiente y que pueda ser guía de los comportamientos individuales y colectivos, incluyendo nuestro mentado profesionalismo médico.

La ética contemporánea tiene por consiguiente la necesidad, de encontrar un fundamento para normas de validez universal, que permitan la convivencia y la diversidad. Hans Jonas y Karl-Otto Apel reconociendo esta necesidad⁸⁹, han demandado a través del principio de responsabilidad y de la corresponsabilidad respectivamente, la urgencia de normas de valor universal que regulen las consecuencias del desarrollo científico técnico, debido al riesgo que ellas implican para la humanidad.

Es preciso consignar que, con anterioridad a Jonas, ninguna ética estructurada tuvo en cuenta las condiciones globales de la vida humana, ni el futuro lejano, menos aún la existencia de la especie humana y de las no-humanas, o de la biósfera en su conjunto⁹⁰. Ha sido uno de los primeros filósofos en advertirnos sobre los inauditos problemas éticos y políticos que surgen con el rápido desarrollo de la biotecnología⁹¹. Jonas afirmó que toda crisis globalizante y tecnológica sucedía en tiempos de “vacío ético”, cuando no parecía haber principios éticos efectivos que limitaran o guiaran nuestras decisiones; contexto en el cual nos entrega su principio de la responsabilidad y su nuevo imperativo categórico

⁸⁶ Gracia D.: “Procedimientos de decisión en ética clínica”. EUDEMA, S.A., (Ediciones de la Universidad Complutense), Madrid, 1991. El Nivel 1 está constituido por los principios de no-maleficencia y de justicia y el Nivel 2 por los de autonomía y beneficencia. El primero es el propio de la ética de mínimos y el segundo es el de la ética de máximos.

⁸⁷ Tema desarrollado por :Habermas Jürgen.: La ética del discurso y la cuestión de la verdad. Paidós, Buenos Aires, 2006. Apel Karl-Otto.: “Teoría de la verdad y ética del discurso”. Paidós/I.C.E. – U.A.B., Madrid, 1998. Apel Karl-Otto.: “La ética del discurso como ética de la responsabilidad. Una transformación posmetafísica de la ética de Kant”. En Karl-Otto Apel, Enrique Dussel (Ed) ética del discurso. Ética de la liberación. Trotta, Madrid, 2005. Dussel E. (compilador): “Debate en torno a la ética del discurso”. Siglo XXI Editores, México, 1994.

⁸⁸ Kung H. y Kuschel K-J.(1994): “Hacia una ética mundial”. Editorial Trotta. Madrid,.

⁸⁹ Obras de H. Jonas y K –O. Apel y D. Sobrevilla donde se comentan los aspectos señalados: Jonas H.: “El principio de responsabilidad”. Herder, 2º Ed 2004, España. Jonas H.: “Técnica, medicina y ética”. Ed. Paidós, 1997. Barcelona, España. Apel K-O.: Globalización y necesidad de una ética universal. El problema a la luz de una concepción pragmático-transcendental y procedimental de la ética discursiva. En Adela Cortina y Domingo García- Marzá (Editores). Tecnos, Madrid, 2003. Apel K-O. : Una ética de la responsabilidad en la era de la ciencia. Editorial Almagesto. Buenos Aires, 1992. Sobrevilla, D.: Ética etnocéntrica y ética universal. En Olivé L. (comp.) Ética y diversidad cultural. Fondo de Cultura Económica, 2004. México

⁹⁰ Villarroel R. (2006): La naturaleza como texto. “Hermenéutica y crisis medioambiental”. Editorial Universitaria S. A. Santiago de Chile.

⁹¹ Bernstein R.J (2004): “El mal radical. Una indagación filosófica”. Ediciones Lilmod, Buenos Aires. Traducción de Marcelo Burello del texto “Radical Evil. A philosophical Interrogation”, 2002.

ya citado anteriormente, en sus diversas versiones. Realzando así, que siga existiendo un mundo para las generaciones futuras, habitado por una humanidad digna de su nombre.

Al respecto, Ana Escribar considera⁹², que la ética de la responsabilidad, cuya preocupación se centra en la presencia de la humanidad, ya sea en la versión de Hans Jonas o de Karl-Otto Apel como ética del discurso, representan un complemento de la reflexión sobre las condiciones de posibilidad de la convivencia armónica entre extraños morales, postulando a ambas como complementarias.

En la teoría de la responsabilidad de Jonas, la responsabilidad del hombre por el hombre es una condición primaria, siendo la existencia de la humanidad el primer mandamiento⁹³, constituyéndose de este modo en un deber perfecto de bien común, que satisface la condición de que pueda ser aceptada con libertad por todos los afectados con sus consecuencias y efectos colaterales, cumpliendo por consiguiente con las condiciones de universalidad. A mayor redundancia, es un hecho reclamado por la bioética la necesidad de responsabilizarse por el futuro y por la vida, y tal responsabilidad se impone como imperativo universal, ante el que no caben otros pluralismos. La ética ante la amenaza directa en contra de la vida del planeta no es en modo alguno una ética plural. No es por razón de consenso que debemos tomar medidas para la preservación. Es ante la evidencia de la destrucción que la preservación, la ética de la vida, se impone como imperativo moral universal.

Sin duda que la forma del diálogo posee elementos de valor práctico, siendo un acierto metodológico valioso. Sin embargo, éste debe realizarse bajo condiciones en las que se excluya la desfiguración de la comunicación, garantizando que los roles del diálogo sean intercambiables. No obstante, aún dándose todas las condiciones metodológicas requeridas, no sobra decir que por sí misma sea garantía de verdad.

⁹² Escribar A.: "La actual tendencia a una complementación entre deontología y ética de la responsabilidad". En Escribar A., Pérez M., Villaruel R.: "Bioética. Fundamentos y dimensión práctica". Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile, 2004. Cita en p. 104.

⁹³ Jonas H.: "El principio de la responsabilidad". Op. cit. p. 173.

CONCLUSIONES

El ejercicio de la medicina ha cambiado notoriamente en las últimas décadas, señalándose una situación generalizada de crisis que afecta con algunas variaciones a todas las sociedades y culturas. Los factores causales de esta crisis, señalados en el texto, se relacionan con numerosos factores generales exteriores, interiores y locales. Destacando dentro de los primeros los acontecimientos modificadores del contexto socio-cultural, como el postmodernismo, el modelo económico neoliberal y el desarrollo tecnológico entre otros. Producto de los cambios, se ha modificado incluso la relación médico-paciente, siendo imprescindible considerar el papel que han jugado y juegan la sociedad o el Estado con sus sistemas de salud y las instituciones sanitarias o empleadores. Por otra parte se ha asistido a cambios progresivos, con necesarias readaptaciones, que han puesto énfasis desde la etapa del paternalismo, donde el médico decidía lo mejor para el enfermo, a otra donde el enfermo informado decide sobre sí mismo. Agregándose luego aspectos relativos a los recursos escasos y a la medicina gestionada que necesita controlar la productividad con el propósito de reducir los costes. Se asiste de este modo a un sinnúmero de causas tensionantes, que producen insatisfacción y deterioro de la vocación, comunicándose estudios que informan de baja en la autoestima, primacía por los intereses económicos y menor compromiso ético entre otros.

Por consiguiente, se ha hecho patente la necesidad de recuperar el ideario profesional aclarando las falacias y acusaciones y por sobre todo promover y fomentar la profesión médica con un enfoque ético, situación que de algún modo satisface en lo fáctico el denominado Profesionalismo Médico. Teniendo como base el informe Belmont y la bioética de Beauchamp y Childress, se publica en el año 2002, el denominado Estatuto del Profesionalismo Médico. Conformado por tres principios no jerarquizados, (bienestar del paciente, la autonomía y de justicia social) y diez compromisos, intenta normar el comportamiento del médico clínico en su relación directa con el paciente y en su actuación institucionalizada. Adolece del defecto de no sustentar su propia justificación, careciendo de una ontología que fundamente una respuesta sobre el bien propio del ser humano, correspondiendo más bien a la expansión del esbozo moral de la bioética principialista, que no posee un sistema de referencia previo y justificable por todos los miembros de una sociedad. Su enfoque es esencialmente práctico, producto de un mundo globalizado y de la economía de mercado, no estando del todo aclarado que los principios cumplan su tarea en situaciones complejas y con la pretensión de expansión en todo el orbe. Algunos de los compromisos señalados en el Estatuto, como competencia profesional, honestidad, relaciones apropiadas, justa distribución de los recursos limitados, sin haber nacido de la heurística del temor, pueden coincidir con ella. Aún así, sin poseer una estructuración ética acabada, y correspondiendo más bien a un esbozo moral de la bioética principialista, debe permanecer como un conjunto de normas recomendables, cuya intencionalidad es la de auxiliar el desempeño del profesional médico en la actual sociedad globalizada, estableciendo una vía para los procesos sanitarios, aunque carente de la iluminación del sentimiento. El intento de dotar el profesionalismo y por ende la bioética principialista con el fundamento óntico de la propuesta jonasiana es, a primera vista, atractivo, toda vez que esta última aporta:

1° El imperativo ontológico (“la existencia debe continuar”) como imperativo moral del cual podría desprenderse el derecho fundamental a la existencia no sólo de lo que ya es, sino también de lo que podría ser. Estaría fundamentado por el axioma ontológico (“la vida dice sí a la vida”);

2° Concepto de vida humana auténtica, con la exigencia de que las futuras generaciones preserven la identidad genética y dispongan de un medio ambiente y una biodiversidad comparable con las actuales

3° El sentimiento de responsabilidad como sustrato de la acción moral. Jonas ha establecido la responsabilidad del hombre con respecto a un futuro real previsible de la humanidad;

4° La definición de la Naturaleza como un “fin-en-sí” y, por tanto, valiosa por sí misma. La Naturaleza tiene unos fines, los cuales se manifiestan en la evolución biológica, determinando que ella misma es su propio fin. Al tener fines detenta un valor y por ser un fin en sí misma tiene un valor en sí, un valor intrínseco;

5°) La supremacía de la humanidad, porque es la única especie viva que tiene poder sobre todo lo que le rodea.

6°) Aporta un camino, la heurística del temor, como forma de indagar por las responsabilidades.

En el presente, la necesidad de una ética universal de la responsabilidad por las consecuencias del progreso técnico, aparece como obligatoria, siendo innumerables las voces que insisten en una ética global⁹⁴, especificando que el fortalecimiento de la sociedad civil, requiere como condición de posibilidad, la potenciación de una ética compartida. Sin embargo, ambos el principalismo-profesionalismo y el principio de la responsabilidad no están solos. Eudemonistas, personalistas, kantianos, utilitaristas, pragmatistas continúan discutiendo sobre los fundamentos de la ética. Al pluralismo moral de la vida cotidiana viene a sumarse la pluralidad de teorías éticas. Es por esto que ya no se trata sólo de refundir dos posturas éticas, sino más bien respetar lo valioso de cada una de ella, como así mismo reconocer la igual dignidad de todos los hombres que las sustentan, aceptando las diferencias. “La ética contemporánea debe, pues, coordinar dos aspiraciones aparentemente contradictorias...la de descubrir un fundamento para normas de validez universal y la del respeto a las diferencias valóricas”⁹⁵.

Ya no es posible concebir una sociedad moralmente monista, con un código moral único, que da iguales respuestas a los problemas morales planteados, porque resulta imposible que todos los ciudadanos de una comunidad compartan las mismas nociones de felicidad. Tampoco parece aceptable que dos o más posturas morales transcurran horizontalizadas, en un “politeísmo axiológico”, no permitiendo un acuerdo argumentado e intersubjetivo.

El camino se abre en consecuencia hacia un pluralismo moral, el cual exige no obstante un mínimo de coincidencias, válidas para todos. Los valores que compongan ese mínimo

⁹⁴ Escribar A. (2004): “La actual tendencia a una complementación entre deontología y ética de la responsabilidad”. En Escribar A., Pérez M., Villarroel R.: “Bioética. Fundamentos y dimensión práctica”. Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile, En Apel K-O.: “Globalización y necesidad de una ética universal. El problema a la luz de una concepción pragmático-trascendental y procedimental de la ética discursiva”. En Adela Cortina y Domingo García- Marzá (Editores). Tecnos, Madrid, 2003. Cortina Adela.: Alianza y Contrato. Política, ética y religión. Trotta, Madrid, 2005. Cortina Adela: La ética de la sociedad civil. 4° Edición, Grupo ANAYA S.A., Madrid, 2000.

⁹⁵ Escribar A.: “La actual tendencia a una complementación entre deontología y ética de la responsabilidad”. En “Bioética, fundamentos y dimensión práctica” Op. cit. p. 105.

común son lo que permitirán dar forma a esa ética cívica que será la base para construir las diferentes éticas profesionales, como también la ética de las instituciones y organizaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ACOSTA S. J. R.: En bioética para la sustentabilidad. Capítulo: La bioética de Potter a Potter. Publicaciones Acuario. La Habana, 2002.
- ALCALÁ C., R.: Globalización, modernización, ética y diálogo intercultural. En Olivé L (compilador): ética y diversidad cultural. Fondo de Cultura Económica. México, D.F., 2004.
- APEL K-O.: La globalización y una ética de la responsabilidad. Prometeo Libros. Buenos Aires, 2007.
- APEL K.-O.: Globalización y necesidad de una ética universal. El problema a la luz de una concepción pragmático-trascendental y procedimental de la ética discursiva. En Adela Cortina y Domingo García- Marzá (Editores). Tecnos, Madrid, 2003.
- APEL K.-O.: Teoría de la verdad y ética del discurso. Paidós/I.C.E. – U.A.B., Madrid, 1998.
- APEL K-O.: La ética del discurso como ética de la responsabilidad. Una transformación posmetafísica de la ética de Kant.
- APEL K-O.: Una ética de la responsabilidad en la era de la ciencia. Editial Almagesto. Buenos Aires, 1992.
- BAQUEDANO S.: Apuntes de Seminario “Lecturas de la subjetividad. Reflexiones en torno a Jonas y Foucault”. Facultad de Filosofía, Universidad de Chile. Segundo Semestre, 2007.
- BERNSTEIN R.J.: El mal radical. Una indagación filosófica. Ediciones Lilmod, Buenos Aires 2004. Traducción de Marcelo Burello del texto “Radical Evil. A philosophical Interrogation”, 2002.
- BECK U.: Libertad o capitalismo. Conversaciones con J Willms, 2002. Paidós. Madrid, p. 22 . El discurso sobre la segunda modernidad, o sobre la modernidad reflexiva apunta ante todo a la autocrítica radical de la teoría y sociología de la modernidad occidental.
- BAKER R.: “Crisis, ethics and the American Medical Association.1847 and 1997. JAMA 1997; 278: 163-164.
- COROMINAS J.: La marcha de los Nibelungos y la ética de la responsabilidad de F. Hinkelammert. Artículos Filosóficos. Universidad Centroamericana. www,uca.edu.sv/facultad/chn/c1170/articulo.html. 10 de Octubre, 2008.
- CALDERÓN L.: La ambivalencia de la Bioética: cinco tesis para superar la vergüenza. Orientaciones universitarias, 2004.
- CORTINA A.: Alianza y Contrato. Política, ética y religión. Trotta, Madrid, 2005.
- CORTINA A.: Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica. Tecnos, Cuarta Edición, Madrid, 1994.

- CORTINA A: La ética de la sociedad civil. 4º Edición, Grupo ANAYA S.A., Madrid, 2000.
- DOCUMENTO: Profesionalismo médico en el Nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio de la medicina. Rev. Méd. Chile: 2003; 131: 457-460.
- DUSSEL E. (compilador): Debate en torno a la ética del discurso. Siglo XXI Editores, México, 1994.
- DINGWALD R. (2004): Las profesiones y el orden social en una sociedad global. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 6 (1). Pág 1-18. Consultado con fecha 30 de diciembre del 2008 en: <http://redie.uabc.mx/vol6no1/contenido-dingwald.html>
- ESCRIBAR A., PÉREZ M., VILLARROEL R.: Bioética. Fundamentos y dimensión práctica. Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile, 2004.
- ENGELHARDT H.T.: Los fundamentos de la bioética. Paidós, 1995. Barcelona, España.
- FIGUEROA G.: Responsabilidad profesional: máximos, mínimos, excelencia y veracidad. Rev Méd Chile 2006; 134: 251-257.
- FREIDSON E.: La teoría de las profesiones. Estado del arte. Perfiles Educativos, 2001, Vol 23 N° 093. Universidad Nacional Autónoma de México, D.F., México 28-43.
- GAFO Javier.: ¿Concebir un hijo para salvar a un hermano?, En ABC, 6 de Octubre de 2000. España.
- GARRAFA V., KOTTOW M., y SAADA A.: Estatuto epistemológico de la Bioética. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO. México, 2005.
- GÉRVAS J.: Gestión y clínica, algo más que gestión clínica. Gac Med Bilbao 2005; 102:67-68.
- GINER I.: Introducción a edición española. En Poder o impotencia de la subjetividad, pp 13-70. Paidós, 2005. Barcelona, España.
- GÓMEZ J. A.: Ética en medicina crítica. Ed. Triacastela 2002. Madrid, España.
- GRACIA D.: Procedimientos de decisión en ética clínica. EUDEMA, S.A., (Ediciones de la Universidad Complutense), Madrid, 1991.
- GRACIA D.: Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Ed. El Buho Ltda, 1998, Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- GYARMATI G.: La medicina en la encrucijada. Rev Méd Chile 1997; 125: 706-709.
- HABERMAS Jürgen.: La ética del discurso y la cuestión de la verdad. Paidós, Buenos Aires, 2006. En Karl-Otto Apel, Enrique Dussel (Ed) Ética del discurso. Ética de la liberación. Trotta, Madrid, 2005.
- HOPENHAYN M.: Ni apocalípticos, ni integrados. Ed. Fondo de Cultura Económica, 1994, Santiago de Chile.
- HORWITZ N.: El sentido social del profesionalismo médico. Rev Méd Chile 2006. 134: 520-524.

- JASPERS K.: La práctica médica en la era tecnológica. Ed. Gedisa 1998. Barcelona, España.
- JONAS H.: El principio de responsabilidad. Herder, 2º Ed 2004, España.
- JONAS H.: Poder o impotencia de la subjetividad. Ed. Paidós, 2005. Barcelona, España.
- JONAS H.: Técnica, medicina y ética. Ed. Paidós, 1997. Barcelona, España.
- JONAS H.: Pensar sobre Dios y otros ensayos . Herder, 1998. Barcelona; España.
- JONAS Hans: Memorias, trad. de Illana Giner, Madrid, Losada, 2005.
- KOTTOW M H.: Introducción a la bioética. Ed. Mediterráneo, 2005. Santiago, Chile.
- KUNG H. y KUSCHEL K-J: Hacia una ética mundial. Editorial Trotta. Madrid, 1994.
- LYNCH DC, SURDYK PM, EISER AR.: Assessing professionalism: a review of the literature. Med Teacher 2004; 26: 366-373.
- LYOTARD J-F.: La posmodernidad. Ed. Gedisa, S A, 1986. Barcelona, España.
- MACKUSICH A., OLIVARI F., ALVARADO N., BURGOS G.: Causas de la crisis de la profesión médica en Chile. Rev Med Chile 2004; 132:1425-1439. Cita en p 1436.
- MEDICAL PROFESSIONAL PROJECT: Medical professionalism in the new millenium. A physicians´ charter. Lancet 2002; 359: 520-522.
- MUÑOZ F.: Factores causales de crisis y que amenazan la vocación médica, www.cartamedica.cl, (mayo, 2008).
- MUÑOZ F.: Precisando alcances del profesionalismo médico. www.cartamedica.cl , Diciembre, 2008.
- MUÑOZ F.: Médicos y gestores: una relación aproblemada, www.cartamedica.cl, (marzo, 2007).
- MUÑOZ F.: Carta constitucional de la profesión médica: ¿nuevo juramento hipocrático? BMI 2004; 1:13.
- ORTEGA y Gasset José: En torno a Galileo. Revista de occidente S. A., Madrid, 1959. Capítulo IV. El método de las generaciones, p. 53.
- PALAZZANI L., SGRECCIA, E.: Il dibattito sull fondazione ética in bioética, Medicina e Morale 1992: 5: 847-870
- PALAZZAN L.: La fundamentación personalista en bioética. Cuadernos de Bioética 14, 2º 93: 48-54.
- PARDELL H.: ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy? Educación Médica 2003; 6 (2): 63-80.
- PARDELL H.: ¿Qué significa ser médico, hoy? Med Clin (Barc) 2007, 129 (1): 17-22.
- PROJECT OF ABIM FOUNDATION, ACP-ASIM FOUNDATION, AND EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE: Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter. Ann Intern Med 2002: 136: 243-246.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, Diccionario de la lengua española. Décimo novena edición, 1970. Espasa-Calpe, SA. 1978, Madrid, España.

- RIVERA J.: Filosofía y globalización. Fondo Ed Pedagógico San Martín 2004. Lima, Perú.
- ROA A.: Modernidad posmodernidad. Ed. Andrés Bello 1995. Santiago, Chile.
- RODRÍGUEZ J A.: Profesionalismo médico: aspectos históricos y religiosos. Rev. Méd. Chile 2006, 134:381-384.
- RODRÍGUEZ J. y GUILLÉN M.: Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. Revista española de Investigaciones Sociológicas 1992; N° 59, Julio-Septiembre: 9-18.
- ROJAS R.: Enfoque del presentismo en empresas de salud. Ciencia & Trabajo 2007; 9 (N° 24): 61-63.
- ROMÁN O.: La crisis de la profesión médica, sus causas y perspectivas cambio Edición 2001, Santiago de Chile.
- ROMÁN O.: La Profesión médica. Su evolución y cambio en el nuevo milenio. Ed. 2007, Santiago de Chile.
- ROSSELOT E.: Dimensiones del profesionalismo médico. Proyecciones para el siglo XXI. Rev Méd Chile 2006; 134: 657-664.
- SABAH D.: La crisis de la medicina interna. Rev Méd Chile 1996; 124: 1524-1527.
- SIEGLER M.: La relación médico-paciente en la era de la medicina gestionada. En, “Limitación de prestaciones sanitarias”. Debates de la Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid, Doce Calles, 1997: 46-77.
- SMITH R.: Why are doctors so unhappy? BMJ 2001; 322: 1073-1074.
- SNYDER L., LEFFLER C., por el Comité de Ética y Derechos Humanos, American College of physicians: Manual de Ética. Ann Intern Med 2005; 142: 560-582.
- SOBREVILLA, D.: Ética etnocéntrica y ética universal. En Olivé L. (comp.) Ética y diversidad cultural. Fondo de Cultura Económica, 2004. México.
- SOTOMAYOR H y MUÑOZ F.: “¿Qué médicos necesita Chile?” BMI 2006; 4: 1.
- STERN D.T.: “Practicing what we preach? An analysis of the curriculum of values in medical education”. Am J Med; 104: 941-952.
- SWICK H.M.: “Towards a normative definition of medical professionalism”. Acad Med 2000; 75: 612-615.
13. THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. the Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research. Department of Health, Education, and Welfare. April 18, 1979.
- THOMAS S.: A flag in the wind: Educating for professionalism in medicine. AAMC February 2003. Association of American Medical College. 2450 N Street, NW. Washington, DC 20037-1134.
- TUGENDHAT E.: Una nueva concepción de filosofía moral. En D. Sobrevilla (comp.), Derecho, ética y política. Siglo XXI-UNAM, 2004, México.
- VATTIMO G.: El fin de la modernidad. Ed. Gedisa 2000. Barcelona, España.

VILLARROEL R.: La naturaleza como texto. Hermenéutica y crisis medioambiental. Editorial Universitaria S. A. Santiago de Chile, 2006.

WOLIN, R.: Capítulo 5, Hans Jonas: el filósofo de la vida. En "Los hijos de Heidegger". Cátedra (Grupo Anaya S.A.) 2003, Madrid, España.

WULFF, H., PEDERSEN S. A., ROSENBERG, R.: Introducción a la filosofía de la medicina. Capítulo 13: La dimensión ética de las decisiones médicas, pp. 243-261. Tricastella, Madrid, 2002.

ZUBIRI X.: Sobre el hombre. Alianza, 1986. Madrid, España.

ANEXOS

1. Profesionalismo médico. American College of Physicians. Capítulo chileno



2. Obras principales de Hans Jonas

- 1.- Augustin und das paulinische Freiheitsproblem. Eine philosophische Studie zum pelagianischen Streit, Gotinga, Vandenhoeck & Ruprecht, 1030 (idem, 1965).
- 2.- Gnosis und spätantiker Geist. Die mythologische Gnosis, Gotinga, Vandenhoeck & Ruprecht, 1934 (idem 1993).
- 3.- Gnosis und spätantiker Geist. Von der Mythologie zur mythischen Philosophie, Gotinga, Vandenhoeck & Ruprecht, 1954 (idem, 1993).
- 4.- The Phenomenon of Life, Toward philosophical Biology, New York, Harper and Row, 1963 (idem 1963; New York, Dell Publishing Co., 1968; Westport, Greenwood Press, 1979; Chicago, London, University of Chicago Press, 1982).
- 5.- Wandel und Bestand. Vom Grunde der Verstehbarkeit des Geschichtlichen, Franckfort del Meno, Vittorio Klostermann, 1970.
- 7.- Organismus und Freiheit. Ansätze zu einer philosophischen Biologie, Gotinga, Vandenhoeck & Ruprecht, 1973 (idem Franckfort del Meno, Insel, 1994, bajo el título Das Prinzip Leben. Ansätze zu einer philosophischen Biologie).
- 8.- Philosophical Essays. From Ancient Creed to Technological Man, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1974 (Chicago, London, University of Chicago Press, 1980)
- 9.- Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation, Franckfort del Meno, Insel, 1979 (Franckfort del Meno, Suhrkamp, 1984).
- 10.- Macht oder Obnmacht der Subjektivität? Das Leib-Seele-Problem im Vorfeld des Prinzips Verantwortung, Franckfort del Meno, Insel, 1981.
- 11.- Zwischen Nichts und Ewigkeit. Zur Lehre vom Menschen, Franckfort del Meno, Insel, 1987.
- 12.- Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, Franckfort del Meno, Insel, 1987.
- 13.- Materie, Geist und Schöpfung. Kosmologischer Befund und kosmogonische Vermutung, Franckfort del Meno, Suhrkamp, 1988 (recogido en El principio vida).
- 14.- The Gnostic religion. The message of the Alien God and the Beginnings of Christianity, Boston, Beacon Press, 1991.
- 15.- Philosophische Untersuchungen und metaphysische Vermutungen, Franckfort del Meno, Leipzig, Suhrkamp, 1992
- 16.- Dem bösen Ende näher: Gespräche über das Verhältnis des Menschen zur Natur, ed. de W. Schneider, Franckfort del Meno, Suhrkamp, 1993.
- 17.- Philosophie. Rückschau und Vorschau am Ende des Jahrhunderts, Franckfort del Meno, Suhrkamp, 1993.

3. Traducciones en castellano

- 1.- El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica, trad. De J.M. Fernández Retenaga, Barcelona, Herder, 1995.
- 2.- Técnica, medicina y ética. La práctica del Principio de Responsabilidad, trad. De Carlos Fortea, Barcelona, Paidós, 1997.

3.- Pensar sobre Dios y otros ensayos, trad. de Angela Ackermann, Barcelona, Herder-1998.

4.- El principio vida. Hacia una biología filosófica, trad. De José Mardomingo, Madrid, Trotta, 2000.

5.- La religión gnóstica. El mensaje del Dios Extraño y los inicios del cristianismo, trad. De Menchu Gutiérrez, Madrid, Siruela,2000.

6.- Más cerca del perverso fin y otros diálogos y ensayos, trad. Y ed. de Illana Giner, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2001.

7.- Memorias, traducción de Illana Giner, Madrid, Losada, 2005.