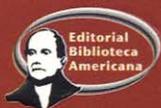
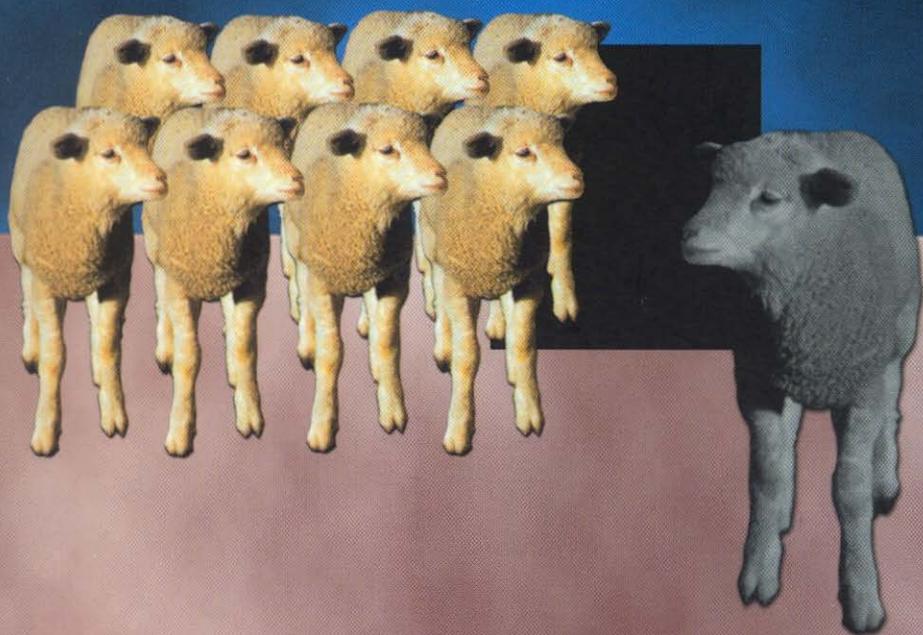




Bioética y Medicina

FERNANDO LOLAS S.



ISBN 956-7247-32-3

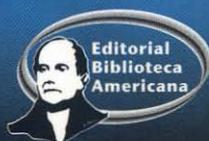


9 789567 247325

Durante los últimos decenios, la bioética se ha revelado como la nueva dimensión de la medicina y las ciencias. Definida originalmente como la aplicación del razonamiento moral a las consecuencias del avance científico y tecnológico, en la actualidad cubre todos los temas relevantes a la vida, la muerte, la salud y el bienestar de las personas.

En este libro, el autor presenta un panorama de las relaciones entre la medicina, concebida como una práctica social orientada a prevenir y curar enfermedades, y la bioética, entendida como la aplicación del diálogo a la formulación y la resolución de los dilemas morales asociados a su práctica. Bajo la tesis de que lo bioética representa el más reciente paradigma, después del mágico y del científico, se considera a la bioética como la posibilidad de reformulación del arte y la ciencia de la medicina.

El volumen puede ser empleado como lectura complementaria en cursos de bioética y está dirigido a médicos, otros profesionales del área sanitaria, abogados y científicos sociales. Puede ser leído por toda persona culta interesada en los aspectos humanísticos de las ciencias y la medicina.



FERNANDO LOLAS STEPKE

BIOÉTICA Y MEDICINA
ASPECTOS DE UNA RELACIÓN



BIBLIOTECA AMERICANA

174 Lolas Stepke, Fernando.
L Bioética y medicina : aspectos de una relación
/ Fernando Lolas Stepke. -- [Santiago] : Biblioteca
Americana, 2002.

184 p.

1 BIOÉTICA. 2 ÉTICA MÉDICA. I. Lolas Stepke,
Fernando. II. t.



© Copyright 2002, by Fernando Lolas S.

ISBN 956-7247-32-3

Inscripción Nro. 125.157

Departamento de Derechos Intelectuales de Chile

Editorial Biblioteca Americana

Universidad Andrés Bello

República 252, Santiago de Chile

eba@unab.cl

Tel.: (56-2) 6618021 - Fax 6618022

Composición e Impresión:

RIL® editores

Tel. (56 - 2) 2238100 - Fax 2254269

ril@rileditores.com - www.rileditores.com

Impreso en Chile - *Printed in Chile*

Derechos reservados

ÍNDICE

Presentación	11
I LAS PROFESIONES Y EL CONOCIMIENTO FORMAL	15
El conocimiento formal	15
Las mutaciones del conocimiento formal de la interpretación tecno-lógica ...	17
De la racionalidad técnica	20
De las praxiologías o ciencias de acciones	22
El imperativo ético	23
Saber y poder	25
Distintas formas de poder profesional	27
Los usos del conocimiento formal	29
La producción del conocimiento	30
Eficacia y efectividad	33
II LA MEDICINA COMO PRAXIOLOGÍA	35
Producción, signo, poder, persona: un conjunto de tecnologías	35
De las racionalidades en medicina	40
Conocimiento y aplicación del conocimiento en medicina	41
Los avatares de la postmodernidad	43
III DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA	49
Investigación: conocimiento y renovación disciplinaria	49
Cientificidad: invención, innovación, transformación	50
Investigación y enseñanza	54
IV COMUNIDADES CIENTÍFICAS, ÁREAS DE INVESTIGACIÓN Y ESPECIALIDADES: ESTRUCTURAS COGNITIVAS Y SOCIALES	59
La construcción de objetos científicos: tarea de comunidades científicas	59
La cohesión de las comunidades científicas	61
La comunidad científica como red social	66

V LA DIMENSION BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA MÉDICAS	69
Sobre el discurso bioético	69
La investigación que involucra sujetos humanos	74
La participación voluntaria de los sujetos de investigación	78
La confusión entre tratamiento e investigación	84
El papel de las normas	86
El contexto social de las normas éticas	89
Respeto a las personas	90
Vulnerabilidad	91
Beneficencia	92
Justicia	93
Imperativos de la investigación	94
El valor de las normas escritas	95
Comités de ética de la investigación	96
Riesgos, daños y beneficios	99
VI TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN EL CONTEXTO SOCIAL: UNA REFLEXIÓN BIOÉTICA	103
Definición de tecnología	103
Clasificación de las tecnologías	103
Significado de las tecnologías sanitarias	105
La profesión médica y las tecnologías	106
La “brecha epistémica” y la “ilustración tecnológica”	107
“Uso apropiado” de las tecnologías	109
Moral y tecnología	110
Los riesgos de las tecnologías	113
Consideraciones finales	115
VII EL DESAFÍO ÉTICO DE LA COMUNICACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD	117
La ciencia no usa el lenguaje, es lenguaje	117
La construcción narrativa de la salud	118
Información, conocimiento, noticia	119
Ética, discurso, diálogo	120
Presencia de lo ético	121
Principios bioéticos	122
Discursos y poder	123
La revolución mediática	124

Ética de la comunicación científica: otros aspectos 127
 Comunicación, salud, ética 128

VIII BIOÉTICA, COMUNICACIÓN Y EQUIDAD EN SALUD 133

Bioética y comunicación en salud: relevancia del tema 133
 Creencias, normas, hechos 133
 “Philo-tekhnía”, “Philo-anthropía” y “Auto-philía” 134
 Responsabilidad y confianza 135
 Distintas racionalidades en la relación experto-no experto 136
 La comunicación científica. 137
 La información pública 138
 Equidad de acceso a la información y comunicación 139

IX LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LOS FINES DE LA MEDICINA 141

Reforma sanitaria: una tarea perenne 141
 Los desafíos 143
 Medicina y sociedad 143
 Los fines de la medicina 144
 Consecuencias prácticas 146

X ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA DECISIÓN TERAPÉUTICA 149

El médico, el enfermo, la enfermedad 149
 La díada clásica (insular) 150
 Formas de praxis y racionalidades 151
 Las circunstancias 151
 Papeles sociales 153
 Modelos de relación médico-paciente 153
 Terapéutica: proceso, procedimiento, producto 154
 Curar, sanar, cuidar 155
 Condicionantes de la terapia 155
 Corrientes de la medicina contemporánea 158

XI BIOÉTICA Y PSICOFARMACOLOGÍA 161

El medicamento: entre la palabra y el bisturí 161
 Bioética: el diálogo en acción 162
 Bioética y prescripción psicofarmacológica 162

Bioética e investigación clínica psicofarmacológica	165
Algunas conclusiones	167
XII ANTROPOLOGÍA MÉDICA	169
Formas de antropología médica: significado y alcance	169
Espacio, tiempo, persona, sociedad	170
La escuela de Heidelberg	172
Antropología médica y bioética: la síntesis que aguarda	173
NOTAS	175
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179

PRESENTACIÓN

Este libro explora las relaciones entre medicina y bioética. Algunos piensan que de ninguna de estas palabras tenemos una definición clara. Sin embargo, su poder evocador es inmenso. De él me valgo para pretender unidad de propósito en estos capítulos. Su lectura generará preguntas en quienes se dedican al cuidado de la salud, en quienes realizan investigación médica y en el cada día más numeroso grupo de personas enfrentadas a los avances de las ciencias y las técnicas.

No hay en este trabajo afán didáctico o intención de originalidad. Algunos argumentos, depurados por críticos amables y menos amables, pueden considerarse novedosos. La forma de tratamiento de algunos temas interpela a lectores de dentro y de fuera de la medicina. Eso significa que su audiencia es heterogénea. Lo que a algunos parecerá trivial y obvio, será críptico para otros.

Es evidente que de la medicina pueden predicarse muchos atributos. Ser disciplina, por ejemplo. Ser profesión. Ser arte. Ser argumento económico. Ser argumento político. Todo eso, y más aun, cae dentro de la laxa designación, plena de connotaciones históricas, a la que cada época agrega una nueva dimensión. La bioética es tal vez una de las inflexiones más recientes. Agrega, reformulado, un cometido esencial de todos los oficios que se dirigen a las personas, cual es articular y generar diálogos. La estructura dialógica de toda realidad humana y su consiguiente influencia sobre cómo se preparan y desarrollan toda suerte de actividades, es el presupuesto esencial del trabajo en bioética. Mediante el diá-

logo se construyen, desconstruyen y reconstruyen las realidades que importan: las de la vida, la muerte, el dolor y la enfermedad. Los expertos de otrora se ven hoy limitados en sus campos de acción por tenaces resistencias provenientes de otros expertos o de personas comunes y corrientes. Para formular y resolver los dilemas de la convivencia en relación con la salud y el bienestar se han creado la bioética y sus herramientas sociales, que consisten en comités, grupos de personas, argumentaciones, formas de deliberación.

Algunos de estos temas quedan solamente insinuados en estas páginas. Otros han sido elaborados en publicaciones previas. Los más aguardan el incierto futuro para manifestarse.

El trabajo en bioética se ha diversificado desde que esta palabra, como imprecisa propuesta, cruzara los umbrales de la vida pública. Hoy es casi un bien de mercado. Por de pronto, es moda hablar de bioética. Nadie resiste a la tentación de pontificar. De todos los sedicentes expertos, pocos reparan en la responsabilidad que implica el oficio intelectual, y aunque no todos los usuarios y abusadores de la palabra podrían rotularse de intelectuales, bien harían algunos en abstenerse de dar por sentado lo que es sólo imprecisa formulación. Aun no se aquieta el “furor polisémico”, las muchas significaciones, que siempre acompañan el nacimiento de nuevos campos de reflexión y acción. Por bioética personas distintas entienden cosas distintas. Tal vez la unificación definitiva de un discurso marque el comienzo de su declinación y esta vaguedad y ambigüedad sean positivas. Pero hay que considerarlas al momento de iniciar conversaciones, planificar acciones o esperar resultados.

Como aquel personaje de Molière que un día descubrió que hablaba en prosa, yo descubrí que el tema bioético, sin ese nombre y bajo una muy disímil apariencia, estaba presente en muchas de mis preocupaciones y trabajos. Incluso en aquellos que al observador corriente parecerían alejados, como la investigación psicofisiológica, a la que dediqué varios años, o los estudios sobre el comportamiento verbal, que fueron mi forma de aproximación a la relación médica. Mi libro *La perspectiva*

psicosomática en medicina, cuya primera edición es de 1984 y la segunda de 1995, resumió algunos planteamientos derivados de mis estudios en Heidelberg, Alemania, en el campo de la medicina psicosomática. En mirada retrospectiva, en muchos otros se encontrarían ecos de lo que después conocería como bioética. En *Proposiciones para una teoría de la medicina* (1992) esboqué algunas ideas que había desarrollado en distintos foros y como consultor de organizaciones internacionales. En *Más allá del cuerpo* (1997) abordé temas relacionados con la práctica de la medicina y su constitución narrativa, los que luego reformularía en *Bioética y antropología médica* (2000), libro en el que intenté realizar una síntesis preliminar entre la medicina antropológica alemana y la bioética estadounidense, tarea aun incompleta.

Tales libros fueron solamente una entre muchas manifestaciones de la misma preocupación, también reflejada en artículos técnicos y en la desafiante tarea de la comunicación oral, cuya riqueza nunca llega a tras pasarse plenamente al texto. La intención de esos y otros libros nunca fue técnica, en el sentido de dirigirse a una audiencia técnica. Recibieron galardones literarios, como el premio del “Consejo Nacional del Libro y la Lectura de Chile” y el premio “Manuel Montt” otorgado por la Universidad de Chile. Se sumaban así a una ensayística personal que encontrara, mucho antes, expresión en los galardones “Gabriela Mistral” de la Municipalidad de Santiago en tres ocasiones y que fuera recogida en volúmenes tales como *Notas al Margen* (1985), *Ensayos sobre ciencia y sociedad* (1995) y *Oficio de anotar* (2000). En todos ellos las temáticas pueden calificarse de “anfibia”, combinan argumentación, prueba empírica, divagaciones. Esta sucinta relación indica que juzgo este ámbito de intereses enraizado en mi biografía, recordando aquel *dictum* de Viktor von Weizsäcker, que dice que la ciencia pertenece al linaje de lo personal (“*Die Wissenschaft gehört zum Geschlecht des Persönlichen*”). Escrupulos embarazosos y la dificultad para asumir una identidad limítrofe no me impidieron reconocer lo valiosos que son los discursos intersticiales, esos que se gestan y desarrollan “entre” las

disciplinas y quehaceres convencionales. Son efectivamente tales discursos los que en su libérrima anarquía permiten las intuiciones más gratificantes y quizá las más felices acciones. Tal vez sea necesaria la experiencia para apreciar el valor de la incoherencia y del pensamiento divergente.

Estas indicaciones para el lector no me eximen de responsabilidad por las inexactitudes, omisiones y errores que mantengo. Como dijo un comentarista de un libro mío, me dejo a veces llevar por la facilidad de la palabra y cometo, como otros, el pecado de la impertinencia. Digo a veces lo inadecuado en el momento inapropiado de una forma insatisfactoria. Es probable que mi deuda de gratitud para con innúmeros interlocutores sea tan grande que no tenga sentido intentar siquiera una mención de algunos de ellos.

Finalmente, este producto reanuda conversaciones ya iniciadas. Repite argumentos, retoma giros y expresiones, repiensa lo ya pensado. Espero que sirva a su propósito de constituir una herramienta para el diálogo, fundamento y principio de la bioética.

I

LAS PROFESIONES Y EL CONOCIMIENTO FORMAL

EL CONOCIMIENTO FORMAL

Aunque a menudo se sostiene que el conocimiento es poder, ninguno de ambos términos tiene definición unívoca¹.

Desde luego, existen muchas formas de conocimiento, si por tal se entiende la articulación de informaciones en síntesis operantes. El conocimiento es más que la acumulación de datos e informaciones. En rigor, es la articulación de datos e informaciones considerando algún interés social. Existe el conocimiento intuitivo incorporado a la práctica, que caracteriza al buen artesano. Existe el conocimiento estético, en el cual el saber es puesto al servicio de sensaciones placenteras. Entre muchas formas de conocimiento, interesa aquí el “conocimiento formal” (Freidson, 1986).

Tal es el conocimiento que poseen y emplean algunas personas en la sociedad contemporánea a las que, a falta de mejor designación, se llama “profesionales”. Tales personas, en posesión de un saber formal, cultivado en universidades y permanentemente renovado por la investigación, lo aplican a problemas y demandas de la vida cotidiana. En este sentido, las profesiones son oficios basados en conocimiento formal. Y conocimiento formal es aquel que puede retrotraerse a una práctica de estudio e invención codificada en libros de texto y publicaciones “primarias” (Lolas, 1995). Éstas presentan, de manera original y fundamentada, informaciones y datos que permiten la construcción del conocimiento. Se distinguen así de las “secundarias” (revisiones), “terciarias” (libros para la enseñanza) y “cuaternarias” (divulgación), dirigidas a distintas audiencias.

Tanto los contenidos como la retórica y la producción del conocimiento formal están determinados por una tradición autosuficiente, renovada por generaciones de estudiosos que, a su vez, hacen de su cultivo una profesión. A falta de una denominación satisfactoria, llamaremos a ésta “profesión académica”. Más adelante examinaremos algunas de sus características.

El conocimiento formal se cultiva y estructura en instituciones sociales de carácter especial y requiere de legitimación por alguna autoridad. Tradicionalmente, un papel importante de los grupos profesionales al constituirse es controlar, al menos en parte, la acreditación de las instituciones que imparten enseñanza conducente al conocimiento formal y la certificación de las personas que lo han obtenido en un grado socialmente aceptable.

En la acreditación de instituciones de enseñanza superior –aquellas que producen, conservan y transmiten el conocimiento formal– deben tomarse en cuenta muchos criterios. Por ejemplo, su papel cultural, que no es reductible al papel docente. Este papel o función se relaciona con la inserción en las tradiciones, creencias y metas de la sociedad en que se crea y aplica el saber y la reflexión sobre su significado y trascendencia. Además, debe considerarse el cumplimiento de sus metas y objetivos, como asimismo la calidad que sus usuarios exigen o requieren. Por el prestigio de que goza el conocimiento formal, sus gestores se sienten formando parte de una meritocracia de elite.

Sin duda, para valorar plenamente la importancia del conocimiento formal el papel del “mercado profesional” debe ser tomado en cuenta. Una característica no siempre destacada es que el conocimiento formal es un conocimiento “transable” como bien de mercado. Esta noción inspira no pocas legislaciones que justifican el cobro de los estudios universitarios por el potencial beneficio que ellos significan para quienes los terminan mediante una certificación. Esta dimensión de bien privado tiene relación además con la valoración social de tales estudios. No todas las profesiones enseñadas en universidades y otros centros de

estudio gozan de igual demanda y prestigio en la sociedad. Este factor obliga a considerar a los grupos profesionales parte integrante del círculo virtuoso de la cultura que se construye, desconstruye y reconstruye en el infinito juego de los deseos, las necesidades y las satisfacciones de la vida social. El papel cultural de los grupos de profesionales, aunque ligado a sus aspiraciones propiamente económicas, gremiales y corporativas, constituye un factor importante en su prestigio social. Muchas veces, tales agrupaciones intervienen activamente en la estructuración de los planes formativos, en la regulación de la práctica y en la delimitación de competencias entre distintas profesiones relacionadas. En no escasa medida, han contribuido a la constitución de las “expertocracias” basadas en el conocimiento formal y en esa forma particular de democracia, que cabría denominar elitista, que delega en los técnicos y los especialistas la correcta interpretación de las demandas sociales.

LAS MUTACIONES DEL CONOCIMIENTO FORMAL DE LA INTERPRETACIÓN TECNO-LÓGICA

Es errado pensar que el conocimiento formal, en la forma que tiene al ser creado, es directamente relevante a los asuntos prácticos. En toda profesión moderna existen tres tipos de individuos, a lo menos: los “creadores” de nuevo conocimiento que amplían la base conceptual, los “administradores” que fijan estándares de rendimiento y protegen los fueros del grupo profesional y los “practicantes” directos.

El conocimiento producido por los investigadores-creadores, estos es, los miembros de la profesión académica, tiene expresión en publicaciones y libros de texto. Se convierte en reglas, estándares y principios prácticos en manos de los administradores. Y es aplicado discrecionalmente por los practicantes directos.

El contexto en que el conocimiento se genera y aplica es parte del conocimiento mismo. Porque conocimiento no es solamente información y dato, sino informaciones y datos organizados en vistas de algún interés social: estético, terapéutico, económico, científico. Por ende, en

el conocimiento la arquitectura del saber es tan importante como el saber mismo. En ella funda la posibilidad de transmitir y compartir el saber, esencial para usarlo, y uno de sus atributos esenciales en el plano social. Un conocimiento que no se transmite no existe. Saber es, en último análisis, participar. De allí que el análisis de las interacciones humanas que crean, transforman, comparten y legitiman los textos científicos sea tan esencial y que la retórica del conocimiento deba tener importancia en nuestro análisis de las profesiones basadas en las ciencias o apoyadas por ellas.

La diferenciación temática permite adscribir a los creadores-inventores a diversos “círculos operativos”: por ejemplo, los investigadores en ciencias de la ingeniería, de la medicina, del derecho aportan a los practicantes de las profesiones su base cognoscitiva y a los administradores los fundamentos de sus regulaciones operativas y exigencias a la comunidad mayor. Obsérvese la notable dualidad del “profesional académico”: pertenece simultáneamente a un ámbito de creación de conocimiento, con sus reglas específicas propias, y a un ámbito de aplicación o de regulación de ese conocimiento, que obedece a dinámicas diferentes. En tanto profesional que cultiva un área definida, el trabajador académico está sometido a la racionalidad propia de ella. En tanto investigador, comparte el *ethos* de una forma de relacionarse con el área que no es igual a la de los reguladores y administradores y por cierto distinta de la de los practicantes.

En medicina, el investigador de frontera en un campo determinado, por ejemplo la genética, tiene con este saber específico una relación diferente de la que tiene el genetista clínico. No solamente por la naturaleza de su trabajo cotidiano sino, especialmente, por las finalidades que le animan y la forma de presentarse en la sociedad. En el plano académico se premian la originalidad y la hacendosidad de forma distinta a como son recibidas tales características en el trabajo clínico. Ciertas normas de comportamiento pueden tener mayor relieve para un investigador que para un clínico. La consideración social de que ambos gozan difiere.

La principal transmutación del “saber” es su conversión a “hacer”. Ello permite una “interpretación tecnológica” del saber transmutado.

Puede definirse una tecnología como el conjunto de las técnicas relacionadas a un fin social más la fundamentación racional de su origen y empleo. Esto es, un hacer (técnica) más raciocinio (logos)².

La interpretación tecnológica provee un común denominador para todos los quehaceres humanos socialmente relevantes. Todos son, en grados variables, formas de “saber-hacer”. No puro saber mas tampoco simple hacer. La misma idea de un saber abstracto y puro, una *episteme* total, es extraña a la conciencia contemporánea, al menos en sus formas más generalizadas. No despierta respeto ni se considera un bien de mercado. Tecnologías semióticas reemplazan a las humanidades tradicionales como formas de interpretación y transformación de la humanidad para la humanidad. Las humanidades tradicionales, las ciencias del lenguaje y la reflexión filosófica o estética están mediatizadas por alguna tecnología “dura”, por algún eslabón instrumental. Este vínculo (o *loop* externo) ha exteriorizado la tradicional concentración del intelecto en sí mismo, fundamento de la erudición y del saber humanístico tradicional. Tecnologías del poder o de la organización reemplazan la percepción intuitiva de las necesidades de la administración. Tecnologías de toma de decisiones reemplazan, complementan o precisan los juicios valóricos o la percepción moral.

Se entiende así la necesidad de una “ilustración tecnológica” (Ropohl, 1991), en la medida que ya no hay técnicas o artes irreflexivas ni empirias silvestres. Con todo, hay personas que sin precisar reflexión emplean avanzadas tecnologías. El artesano que usa una compleja maquinaria para sus producciones usa una “tecnología condensada”, reflexión y contexto petrificados en artilugio o máquina. Igual el automovilista que ignora todo de su automóvil o el niño pequeño que domina su computador sin comprenderlo. No menos equivalente es el uso de medicamentos, en los cuales se resumen tiempo y esfuerzo creativo e industrial. Para el “usuario” la tecnología se vuelve técnica. Pero contenida en ella hay una reflexión que en su momento germinal fue contexto de invención, de innovación y de transformación. Los procedimientos, en tanto

reglas indiscutibles, son los teoremas de la práctica que constantemente los pone a prueba para aprobarlos o refutarlos.

Nada pierde el saber tradicional ni la sensibilidad estética con una formulación tecnológica. No es menos bella la sinfonía si se escucha en una grabación o frente a la orquesta, dos contextos diferentes. Ni pierde nada la reflexión si se descubren algunas motivaciones de sus cultores para practicarla. Recuerdo cómo, conversando con un amigo de infancia, nos pareció menos noble el trabajo de Juan Jacobo Rousseau cuando supimos de su vida y aspiraciones. Quién sabe cuánto de la filosofía de Immanuel Kant derivó de un carácter de inflexible dureza para consigo mismo. De esta forma, describir las actividades intelectuales en términos de sus mutaciones para la práctica, “desarmar”, por así decir, el saber-hacer en reflexión y técnica puede ayudar a comprender más profundamente su importancia y desarrollo.

DE LA RACIONALIDAD TÉCNICA

Toda “fundamentación racional” de un quehacer –que llamaremos racionalidad– tiene hoy un estatuto tecnológico y un fundamento tecnológico. El pensamiento es tecnológico, la política tecnocrática, los oficios tecnificados y tecnificantes.

Es, literalmente, el imperio de las *technai*, de las artes.

Sin embargo, el punto central no es éste, por más valioso que parezca. El punto central es la “naturaleza múltiple y heterogénea de las técnicas” que emplean los oficios y lo complejo de la tecnología resultante. La tecnología es fusión de hacer y saber, de manipulación e intuición, de conocimiento e interés. El *locus resistantiae* de los oficios no son sus procedimientos técnicos específicos, que cambian a tenor de los cambios instrumentales o las preferencias de sus practicantes sino su aceptación social, el discurso que los mantiene, legitima y premia. La “racionalidad técnica” puede concebirse como la aplicación de técnicas científicas, esto es, basadas en teorías científicas, a las estrategias de resolución de problemas, que así adquieren el prestigio de la ciencia (Schon,

1983). La solidez y rigurosidad de las soluciones no dependen solamente del contenido empírico o argumental sino también del tipo y la retórica de su fundamentación, esto es, de su racionalidad. La predominancia indiscutida del “experto” o del “técnico” en el debate contemporáneo, que sin duda reconoce muchos orígenes, se debe en buena medida a este factor.

Freidson (1986) subsume bajo el término profesional muchos otros: *intelligentsia*, *intelectual*, *experto*, *technician*. Supone que en los escritos de Ellul y de Foucault el término es reemplazado por los dos últimos debido a la carencia de un vocablo apropiado en la lengua francesa.

Fue el pensamiento ilustrado de los siglos XVII y XVIII el que descubrió los medios, eslabón esencial de todo acto eficaz. Se reconoció la importancia de los instrumentos para el desarrollo de la ciencia y la sociedad. De acuerdo a Max Weber, la modernidad se caracteriza por la fijación de metas y los correspondientes medios que han de realizarlas. Bajo el imperio de la utilidad se funda y propaga la razón instrumental, fundamento y epítome del pensamiento tecnocrático (Rohbeck, 1993).

La noción de técnica tiene desde entonces el valor de un conjuro. Se emplea para dignificar los oficios. El psicoanálisis tomó el término precisamente como un medio de hacer “sólidas” sus intervenciones. Lo técnico es lo reglado, lo maquinal por excelencia, lo que se aplica de modo infalible, casi con independencia de quien lo aplique. Se asocia con lo artificial, con lo no humano. Pero en realidad, la edad técnica le ha convertido en una forma de cultura, diferente de las humanidades, clásicas o nuevas, pero no menos valiosa o decisiva para el destino humano (Lolas, 1995).

La racionalidad técnica debe tenerse presente en un examen del conocimiento formal como base de las profesiones, por el desafío, entre otros, que implica su autonomía. Por autonomía entendemos que puede disociarse de otros intereses sociales y cultivar su propia perfección (su “virtud específica”) con independencia de ellos. La tecnificación de las

profesiones es una señal de que el propio conocimiento formal queda hoy bajo el imperio de la racionalidad técnica. Ello convierte a la tecnología no solamente, como aquí hacemos, en clave interpretativa sino en auténtico núcleo de la cultura moderna. En sus formas dominantes, señaladas además por el predominio lingüístico del inglés, la capacitación, el “entrenamiento” (training) y otras expresiones relativas a fortalecer el saber-hacer más que el saber, revelan la hegemonía del pensamiento tecnocrático y la racionalidad técnica. La pregunta por la autonomía del sistema técnico (en tanto sistema social) tiene implicaciones éticas de gran importancia, toda vez que la ética tiene que ver con opciones, con libertad de elegir, con la consecución de fines. Más adelante sostendremos la tesis de que efectivamente a la “autonomización” de los sistemas tecnocientíficos pueden atribuirse algunos de los más trágicos dilemas de la humanidad, incluido el unilateral desarrollo de la medicina científico-natural. Otros autores han argumentado contra la tesis de la autonomía (García de la Huerta, 1985).

DE LAS PRAXIOLOGÍAS O CIENCIAS DE ACCIONES

Hay una gradación entre distintas formas de saber según su proximidad a la práctica. Las “disciplinas de objeto”, que se renuevan por invención de objetos sobre los que construyen sus discursos (*poiesis*), son distintas de las “disciplinas de acciones”, que se fundamentan en la propiedad y precisión de la *praxis*.

Distingue a las “praxiologías” o ciencias de acciones servirse de muchas tecnologías y no limitarse a ninguna en particular. Son discursos polifónicos, texturas de acciones que cobran sentido no por los objetos que aparentemente conjuran sino por el orden que generan en el intercambio social. Este orden, la armazón que se impone a los quehaceres parcelares es, propiamente, una forma de conocimiento. No es reducible a informaciones. Tampoco a operaciones. Es una organización de la percepción que anticipa experiencias posibles, da razón de las pasadas, otorga identidad y consistencia a sus practicantes y da sentido a la ac-

ción. Se trata de una “racionalidad praxiológica” y “praxiogenica”, que se funda en acciones y las genera (Lolas, 1996).

En ese proceso, las tecnologías complejas –praxiologías– se sirven de los objetos creados por las “ciencias objetivantes” (creadoras de objetos) como elementos de construcción, herramientas y vínculos. Con ellos logran la transformación de sí mismas y de quienes las ejercen. Pero no son reductibles a ellos. Así, la medicina desde el siglo XIX se sirve de las ciencias pero no es ella misma una ciencia. Usa técnicas, pero no es solamente técnica. Produce y usa símbolos y signos, pero no es simplemente tecnología semiótica. Recorre, en el círculo fructuoso de su desarrollo histórico y en la sincronía de sus formas coetáneas (adecuadamente interpeladas e interpretadas), todos los registros de lo humano. Provee un discurso que amalgama hablante, intención, lengua. Constituye un sistema y una “institución social”, esto es, objetos, prácticas, personas, relaciones entre cosas y personas, intereses, proyectos, historia, cosas al servicio de fines societarios. La praxis médica es una amalgama de muchos intereses corporizados en esa institución social (Lolas, 1994).

Aunque podría sostenerse una tajante división entre disciplinas poéticas y prácticas, en realidad se trata de aspectos que coexisten. Precisamente por la conversión de todo saber en un hacer (e inversamente, de todo hacer normado en saber) no es fácil disociarlos. En lo concreto del trabajo académico puede predominar uno u otro según la circunstancia o el momento. Se trata, evidentemente, de énfasis.

EL IMPERATIVO ÉTICO

Una característica de las profesiones modernas –asociada a su prestigio– es la “discrecionalidad” en la aplicación del conocimiento. Así se aleja todavía más lo que realmente “se hace con el conocimiento” (sus “aplicaciones”) del conocimiento mismo o de los intereses de sus creadores. Se supone que practicantes y administradores utilizan la “prudencia” en la aplicación del conocimiento formal.

La mayoría de las profesiones modernas son respuestas institucionalizadas a necesidades, deseos y demandas sociales, a las que responden con conocimiento aplicado discrecionalmente. Ello plantea la necesidad de la regulación, tanto “externa”, desde el estado o cuerpos reguladores privados, de otras profesiones y del público, como “interna”, de los propios miembros de la profesión. La regulación suele adoptar la forma de “códigos de ética”, que regulan el comportamiento de profesionales con quienes no son profesionales y “códigos de etiqueta”, que regulan el comportamiento de los profesionales entre sí. A menudo, las obligaciones de ambos tipos se combinan en un solo código. Éste es la única garantía de que la discrecionalidad del ejercicio profesional está sometida a cierta limitación de acuerdo con principios social y moralmente aceptados.

La ética es el reino de la razón práctica. La acción puede tener infinitas modulaciones y significados innumerables. Por eso, la libertad está indisolublemente ligada a toda consideración moral. Si los usos no pudieran ser sino de una sola manera, si toda la vida fuera pura mecánica, no habría posibilidad de que algunas acciones pudieran rotularse de buenas o malas. Mas el ejercicio de las profesiones contempla la prudencia, esa virtud de la adecuación a la circunstancia, al entorno. Y ello debe cualificar toda reflexión ética.

Uno de los aspectos que vale la pena destacar en el ejercicio de las profesiones contemporáneas es que la mayoría de ellas maneja el conocimiento en condiciones de incertidumbre (Fox, 1999). Aquí reside, en realidad, una de las fuentes de su poder. Tal vez la vecina o la tía puedan diagnosticar una apendicitis aguda en un buen número de casos. Quizá si el aficionado sagaz pueda construir un puente. Es concebible que el lector tenaz pueda conocer la mayoría de las estratagemas jurídicas. Todo eso es posible y concebible. Lo que distingue al profesional provisto de conocimiento formal y de experiencia es que puede trabajar bajo condiciones distintas y lidiar con la incertidumbre de manera metódica. Si el dolor no fuera apendicitis, si las condiciones de construcción

fueran más complejas, si el conocimiento de las leyes dejara lugar a otras interpretaciones, el profesional estaría en condiciones mejores que el lego para resolver las dudas o actuar adecuadamente.

Además de la posibilidad de trabajar en condiciones de incertidumbre, tiene el profesional respecto de su oficio una lejanía calculada, una preocupación desapegada. No se deja guiar por el mero impulso ni permite que las emociones dicten su actuar. Mal médico sería aquel que dejara de sopesar alternativas de diagnóstico diferencial para llorar con su paciente. Por mucha compasión que le inspire el sufrimiento, antes de brindar consuelo su profesión le impone el deber de ayudar eficazmente. El trabajo profesional es así una mezcla equilibrada de intuición, conocimiento, experiencia y emoción. Una praxis compleja e integral que no solamente define una forma de hacer, un modo de saber y un aprecio social. También, y de modo eminente, una forma de vida, una elección vital. Profesar es hacer pública confesión de un saber-hacer, de un llamado o vocación, de una identidad social y de un saber-estar en la dignidad del oficio.

Más adelante, al examinar el desarrollo e impacto de la bioética sobre la medicina como disciplina y como profesión, tendremos ocasión de discutir en qué forma la mentalidad tecnocrática puede, y debe, relacionarse con los imperativos éticos. También, en las diversas etapas de consolidación del discurso bioético, es posible avizorar su tecnificación y cómo, en la imposición o adopción de modelos de pensamiento, este factor debe ser aislado para examen, reconocido como influencia y discutido en sus consecuencias.

SABER Y PODER

Cuando se alude al “poder” del conocimiento formal debe indicarse “cómo”, “dónde” y en “quién” se lo observa. El poder de un investigador médico puede ser grande en ciertos medios y para ciertos fines, mas nulo en el plano de las decisiones que deben tomarse, por ejemplo, en la guardia nocturna de un hospital. Todo el mundo sabe, y acepta, que el

“conocimiento de trabajo” es diferente del “puro” y que éste es transformado por administradores y practicantes para una aplicación prudencial. La “prudencia” es la virtud que implícitamente destacan las normas escritas y no escritas de moralidad para profesionales. Es interesante observar que ella no suele considerarse una virtud de los investigadores que generan informaciones y nuevos conocimientos. En éstos suele valorarse más la veracidad con que abordan sus tareas o la audacia con que acometen nuevos campos de estudio. En realidad, muchos debates actuales sobre la moralidad o inmoralidad de ciertos avances científicos pueden interpretarse como resultado de la imprudencia de algunos cultores de la profesión académica que responden más al *ethos* de su oficio, o a la imagen modélica que tienen de su profesión, que a las necesidades reales de su oficio y a las demandas sociales.

La base cognoscitiva de las profesiones no es monolítica. El saber académico es típicamente controversial y probabilístico y puede haber opiniones discrepantes sobre temas fundamentales. El profesional que “practica” debe hacer una selección arbitraria de fragmentos de conocimiento básico para atender las demandas del mercado, de los agentes reguladores o del cliente individual. Debe adecuar su praxis a entornos cambiantes, en parte debido a “variables sociales” que influyen sobre la relación profesional-cliente. Por ejemplo, la “disciplina” en la enseñanza, el “acatamiento” (*compliance*) en la medicina y la “cooperación” en otras profesiones (abogacía y servicio social, por ejemplo). El contexto institucional en que trabaja el profesional también exige adaptación. Las normas de una empresa, por ejemplo, pueden incluso contradecir lo que un ingeniero aprendió en la universidad. A veces hay situaciones especiales como testificar en un tribunal, actuar como experto o perito o divulgar informaciones en la prensa. En todos estos casos, el profesional debe “acomodarse” en lo personal, acomodar sus conocimientos a entornos diversos y mantener identidad. La identidad de los profesionales suele relacionarse, además de lo propio de las personas, con el poder del grupo que les sirve de fundamento. Hasta la designación de

ciertas actividades es prueba de este factor. Existen, por ejemplo, muchas formas de “ingeniería” y el significado del término “terapeuta” acepta los más increíbles grados de polisemia. Aparentemente, la identidad necesita de la valoración social para constituir una profesión adecuada.

Otra consideración debe agregarse. A menudo, el practicante de una profesión actúa bajo condiciones de exigencia de tiempo. Rápida decisión o intervención urgente. Esta “cronofobia” del profesional practicante lo separa de la “cronofilia” del profesional académico, para quien lo prioritario es el aporte creativo y no la resolución de problemas. Esta relación con el tiempo decisional determina la diversa identidad de ambos dentro de un mismo ámbito temático y puede considerarse una de las fuentes del distinto poder que poseen en algunas esferas. No es infrecuente escuchar quejas sobre la “ineficiencia” del académico y la “superficialidad” del practicante.

En alguna época, ya pasada, se identificaba el poder de las profesiones liberales con su capacidad para sostenerse sin empleos institucionales. La práctica privada ha sido para muchas profesiones nuevas el ideal de trabajo porque parece suponer una autonomía y un control absolutos del conocimiento, sus interpretaciones y sus aplicaciones. Como demuestra el caso de Estados Unidos, el autoempleo está lejos de constituir un privilegio en las economías muy complejas. En realidad, hoy significa más riesgos que ventajas en muchos ámbitos profesionales, especialmente, como tendremos ocasión de observar, en aquellos relacionados con servicios a personas.

DISTINTAS FORMAS DE PODER PROFESIONAL

Hay que distinguir diversas formas de poder en relación a las profesiones y los profesionales. Está, en primer término, el poder del saber en cuanto tal. Se refiere a lo que específica y realmente puede alguien hacer con el saber. Un cirujano sabe hacer incisiones correctamente, un ingeniero sabe realizar los cálculos para una obra civil, un abogado conoce los recursos para iniciar una demanda. El poder del entrenamiento específico es mensurable y objetivable.

Todo profesional agrega a este poder uno personal y propio, al que cabe denominar carismático. Tiene que ver con caracteres del individuo y especialmente con el modo como percibe el entorno y se percibe a sí mismo. Saber “venderse” ha sido desde siempre valioso aditamento de los profesionales y no se enseña en las escuelas ni se aprende en libro. Tolstoi dice que la inteligencia te consigue el empleo mas la simpatía te lo conserva. La habilidad personal, el magnetismo, la autoridad, la correcta escenificación del propio actuar son también una fuente de poder. Estos atributos predisponen a otros a actuar según las directrices, a seguir ejemplos, a acatar órdenes.

También puede identificarse un poder social derivado del papel atribuido a la profesión, a sus académicos, practicantes y administradores. Este poder, intangible y de efectos imprecisos, suele confundirse con el poder del saber y con el carisma personal. Pertenece sin embargo a un orden diferente de experiencia y es posible aislarlo. Es un poder que explica la pervivencia de prestigios pese a errores en la presentación de un grupo profesional, a la mudanza del conocimiento y a la existencia de malos profesionales. Hay que atribuir a las expectativas sociales la persistente alta estima de instituciones que pueden haber cumplido su ciclo de vida socialmente útil. Se debe observar que si bien es cierto que las imágenes asociadas a una profesión y a sus formas de saber y hacer debieron fundarse en algún momento en realidades, no lo es menos que el imaginario colectivo proyecta atributos en determinados grupos porque así lo precisa y demanda el orden social. Así, la vocación solidaria de la profesión médica, negada a menudo por otros grupos sociales, sigue siendo un potente ideal que incuba esperanzas y obliga a un comportamiento acorde con ella. Del sacerdocio cabe decir otro tanto y lo propio puede afirmarse casi de cualquier profesión moderna. Su imagen puede no coincidir con la propia identidad del grupo y parte del trabajo de consolidación y perfeccionamiento de éste consiste en perfilarse bajo una faz que asegure exclusividad del campo de trabajo, acceso a recompensas sociales (prestigio, dinero, poder), exclusión de otros grupos y obtención de un sitio privilegiado en la imaginación social.

LOS USOS DEL CONOCIMIENTO FORMAL

Suele considerarse el conocimiento formal indisociable del bienestar. Ha constituido, o al menos así se afirma, una poderosa palanca de ascenso social en las meritocracias democráticas. Apropriadas certificaciones de conocimiento formal aumentan el valor de un individuo. Los grupos profesionales transforman el poder del saber en autoridad y *status*. Evitan la proletarización restringiendo el acceso a sus filas o exigiendo determinados estilos de socialización. Algunas profesiones tradicionalmente prestigiosas son imitadas.

Quienes poseen conocimiento formal se hacen acreedores a recompensas tales como prestigio, dinero, poder y popularidad. Hay que reiterar, no obstante, que la sola posesión del conocimiento no basta. Debe ser convertido en acciones socialmente apreciadas, sufriendo transformaciones y acomodados.

Las transformaciones y acomodados del conocimiento y de sus poseedores implican transacciones con grupos ajenos a las profesiones que pueden desfigurar la intención o la estructura inicial del conocimiento. No hay conocimiento sin interés social. Ni hay interés sin conocimiento.

El poder asociado al conocimiento puede tener distintas expresiones, desigualmente distribuidas entre investigadores académicos, administradores y practicantes. Entre ellas cabe consignar:

- Formulación de políticas y normas administrativas, incluyendo regulaciones sobre “calidad”.
- Definición de los “verdaderos problemas” y necesidades del público.
- Destinación de recursos.
- Control de la vida de los clientes o usuarios, parcial o totalmente.
- Definición y mantención de condiciones apropiadas de trabajo para los propios profesionales.

Los usos del conocimiento formal, aunque pueden describirse en forma abstracta y general, dependen del contexto económico y social. No es

igual cultivar la medicina en Manhattan que en Rancagua, ni es equivalente realizar trabajo de investigación académica en un país altamente industrializado y en uno que no lo es. En una situación de privilegio económico y tecnológico, el trabajo académico y su conversión a labor profesional efectivamente constituyen aportaciones al saber y al hacer en general. Cualquier desarrollo es un desarrollo “de frontera” y como tal es valorado y premiado. En situaciones de mayor desmedro, la tentación sería no cultivar las ciencias y simplemente adquirir técnicas bajo el supuesto de que no se harán contribuciones relevantes al saber universal. Tal pensamiento negativo no considera que el cultivo de las ciencias y el proceso de la investigación no solamente tienen por finalidad acrecentar el conocimiento o hacer más eficientes las prácticas. Justamente en países menos adelantados, su función cultural es más evidente. Por tal función ha de entenderse una suerte de alfabetización general de la comunidad, de modo que entienda las ventajas de la autodeterminación basada en el conocimiento formal, sepa advertir cuando éste está bien o mal desarrollado y, por último, pueda “comprar” técnicas y adelantos informadamente. En muchos países no industrializados cuyo aparato científico-tecnológico es débil, la mantención de una casta de investigadores no debe considerarse un lujo aunque su producción científica no sea mundialmente relevante ni reconocida. Su presencia permite tomar decisiones más razonadas por parte de la dirigencia política, eleva la calidad de la enseñanza profesional y ayuda a discriminar entre sendas de progreso. Debe, por último, contribuir a definir exactamente qué constituye progreso aparente y qué progreso real, según las metas socialmente aceptadas por la comunidad.

LA PRODUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO

Un documento interesante para estudiar la evolución de la actividad de investigación en el siglo XX es el informe preparado por Vannevar Bush, titulado *Science: the endless frontier*. En él se sostiene la tesis de que

sin ciencia no hay progreso y que los Estados Unidos deben hacer un gran esfuerzo, como colectividad, para cultivarla. De ella dependerá la preponderancia militar, la hegemonía económica y la satisfacción de las necesidades ciudadanas³.

Este informe, junto con circunstancias históricas y demográficas, contribuyen a explicar el extraordinario desarrollo de la actividad científica en Estados Unidos en los años 50, 60 y 70. Un crecimiento exponencial del número de investigadores y personas relacionadas con la actividad académica, proliferación de publicaciones y posiciones académicas caracterizaron la etapa expansiva. Posteriormente, la situación se estabiliza. Sin duda, las conflagraciones europeas contribuyeron a debilitar el aparato tecnocientífico en Europa y a presentar de modo más acusado el avance de los Estados Unidos. Con todo, es menester reconocer que ha habido frecuentes manifestaciones “anticiencia”, no solamente en el Tercer Mundo, en donde podría asociarse con la oposición al imperialismo, sino también en los países científicamente avanzados, como muestra de los movimientos antirracionalistas que de tiempo en tiempo aparecen.

El ejemplo es relevante porque permite examinar la profesión académica como constituyente de la moderna sociedad basada en el conocimiento. Ya hemos observado el sesgo tecnocrático de algunas interpretaciones modernas. El factor académico se rotula según sus aplicaciones. Así, hay investigación “básica” en medicina, en ingeniería o en arquitectura, realizada por personas que obedecen al *ethos* del investigador. Algunas se considerarán a sí mismas, además, médicos, ingenieros o arquitectos. Sorprende que pese al desarrollo de la investigación fundamental, a veces no vinculada directamente con ninguna aplicación, se la justifique por alguna ventaja práctica. Algunos miembros de la profesión académica no se consideran a sí mismos profesionales por su quehacer sino por el ámbito que cultivan: medicina, ingeniería, agronomía, o, incluso, por la facultad en que trabajan.

Como las “facultades” en la universidad tradicional se segregan por profesiones y por campos del saber, algunas ambigüedades en política

universitaria derivan de este factor⁴. El investigador académico queda laxamente vinculado a ámbitos de aplicación que no siempre son relevantes para su trabajo o forzado a seguir normas que no le convencen. El grupo académico está compuesto por integrantes heterogéneos en expectativas, formación y relevancia. Ello convierte a la universidad, que en algunos países es el lugar predilecto de la investigación tecnocientífica, en un mosaico de intereses parciales que interactúan con los propios del trabajo académico. A su vez los practicantes profesionales desconfían del trabajo de los investigadores; a veces lo emplean más como respaldo cosmético que como fundamento real de su trabajo.

Advertiremos más adelante, a propósito de la medicina y la psiquiatría, que estas distinciones son de interés. El punto central es que el conocimiento formal no necesariamente es el mismo conocimiento que ve “aplicado” el “cliente” de las profesiones. En la medicina, durante los últimos años, se ha impuesto la idea de que la práctica debe estar basada en “evidencias”. El artefacto anglófono *evidence-based medicine* se presenta como un sustantivo aporte a la práctica, como un descubrimiento importante. No debemos insistir demasiado en que traducir *evidence* como “evidencia” no aporta nada original y más bien traiciona el espíritu tanto de la idea como de la lengua castellana. Lo que se sugiere es la conveniencia de acercar el conocimiento formal, con sus exigentes normas de certidumbre y aceptación, al “producto” social, la acción profesional y sus efectos. Desde este punto de vista, el movimiento de coalescencia entre la teoría y la práctica es encomiable. La idea de que así se gana infalibilidad y que una práctica fundada en certidumbres probadas es de mejor calidad e inmune al error ha probado ser un poderoso motor para mejorar el ejercicio de las profesiones sanitarias. No obstante, tiene además otra dimensión, la económica, porque bajo el principio de mejorar la calidad se desea también incrementar efectividad y eficiencia, reducir costos y tener, como se dice en inglés, “más valor por el dinero”.

EFICACIA Y EFECTIVIDAD

Es concebible que la renovación de una práctica y el incremento de su efectividad no dependan siempre del conocimiento formal. La técnica opera por “innovación” que a veces no precisa “invención”. Ambas exigen creatividad pero tienen diversa valoración social. Se supone que el “saber” profesional está “antes” que su aplicación, es más “puro” y por ende “más valioso”. La referencia al conocimiento formal justifica la racionalidad de sus “aplicaciones”. Hay ejemplos de avances significativos que no proceden de la secuencia “conocimiento formal-aplicaciones”. Hay casos que ilustran la secuencia *ciencia pura-aplicaciones* en que las “aplicaciones” han indicado el camino para avances conceptuales. Es conocido el aforismo *tools shape thought*, las herramientas moldean el pensamiento. Atribuir exclusivamente todo progreso en la efectividad de las profesiones al conocimiento formal es exagerado.

Esto tiene importancia en medicina. La “eficacia” de una técnica depende de su aplicación en condiciones óptimas en tanto su “efectividad” depende de las condiciones reales, en las que aparte del conocimiento formal se precisa prudencia y adecuación a lo contingente (Banta, 1982). A menudo, las condiciones “óptimas” son las del experimento controlado y las condiciones “reales” raramente las replican. En la evaluación de tecnologías diagnósticas y administrativas, esta distinción es crucial. Explica la diferente percepción que de una misma técnica pueden tener distintos miembros de un grupo profesional.

Se refuerza así la tesis: el conocimiento formal y el conocimiento operante pueden tener grados variables de divergencia. Intervienen factores sociales, políticos y económicos, racionalidades distintas de las que fundamentan el respectivo conocimiento. Así, la economía influye en la medicina, la racionalidad administrativa afecta la ética. En la cisura o hiato entre el conocimiento formal y sus aplicaciones entra la divergencia y la eficacia potencial se transforma en efectividad real.

No está demás señalar que esta tensión entre lo que es y lo que debiera ser es ya una tensión ética. Lo cual refuerza la idea de que lo

ético empieza siempre por ser técnico. En la tradición hipocrática, no se concebiría un médico bueno (en el sentido de buena persona) si antes no es un buen médico (en el sentido de buen técnico). Hay un punto en el cual todo conocimiento formal que se pone al servicio de un fin social roza los límites de su aplicabilidad y plantea cuestiones que, siendo originalmente técnicas, ya no pueden responderse con técnica. Esos “*no technical solution problems*”, problemas técnicos sin solución técnica, son ya terreno del ethos social. Su planteamiento y eventual resolución corresponden a la ética como racional reflexión sobre las prácticas y normas sociales.

II

LA MEDICINA COMO PRAXIOLOGÍA

PRODUCCIÓN, SIGNO, PODER, PERSONA: UN CONJUNTO DE TECNOLOGÍAS

Sigue siendo útil distinguir entre ciencias de objeto y ciencias de acciones. Estas últimas, conocidas también como praxiologías, basan en la calidad de sus acciones el valor social. Las primeras se sustentan por la creación o invención de objetos disciplinarios.

Las praxiologías como la medicina no son simples (Lolas, 1992, 1996). Incorporan tecnologías complejas, compuestas por subsistemas tecnológicos.

En la medicina estos subsistemas son diversos. En el subsistema de las “tecnologías de producción” hay que incluir lo relacionado con la producción de bienes y servicios. La industria farmacéutica, la electrónica y todas las relacionadas con lo que los médicos y otros profesionales emplean, incorporan tecnologías de producción. En casi todas las profesiones modernas, las herramientas e instrumentos determinan el ámbito de lo practicable y reformulan el conocimiento. Antes de la invención del riñón artificial, por ejemplo, el tratamiento de la insuficiencia renal crónica era poco más que un conjunto de medidas paliativas que retrasaban la muerte. La introducción de la cánula arteriovenosa y los instrumentos de depuración de la sangre modifican radicalmente lo que “se sabe” de la condición y producen problemas nuevos (por ejemplo, formas inéditas de encefalopatías); la condición “insuficiencia renal crónica” cambia de carácter y pronóstico. Los psicofármacos modifican la postura frente a las enfer-

medades mentales y a su vez crean problemas inéditos (por ejemplo, formas de adicción, efectos laterales indeseados).

La velocidad de producción de nuevos instrumentos supera en ocasiones la capacidad de los profesionales para usarlos. La dialéctica y la lógica del mercado dictaminan, tanto como el saber profesional, lo que es “apropiado” o “indispensable”. El “monitoreo” cardíaco en las primeras horas después de un infarto del miocardio, que hace necesaria la hospitalización, aunque puede salvar muchas vidas, no impide la aparición de arritmias, que se presentan en igual proporción si los afectados permanecen en sus casas. La necesidad de contar con la tecnología apropiada y el consiguiente encarecimiento de la atención médica dependen tanto de la racionalidad médica como de la productiva. Una de las discusiones más frecuentes en los países menos desarrollados concierne al tipo y naturaleza de las tecnologías “duras” que deben considerarse “rutinarias” en los servicios de salud. La percepción popular y la influencia de la racionalidad productiva inclinan la balanza a favor de las tecnologías modernas. El valor de modernidad está ligado a la eficacia de los productos en contextos distintos de los que se emplean. Ello hace que su efectividad, tal como hemos indicado antes, no sea necesariamente la misma. Un poderoso equipo de resonancia magnética nuclear puede satisfacer el orgullo o la vanidad de un director de servicios de salud, pero inadecuadamente administrado pueden ser irrelevante a las necesidades de una población marginal.

De los peligros que plantea la hegemonía de la racionalidad tecnológica productiva, el de la heterogeneidad que produce es el menos comprendido. Los burócratas y planificadores suelen suponer que la mejor dotación instrumental es en sí misma un avance, lo cual suele recibir el respaldo de algunos miembros de la profesión médica, especialmente los que han recibido entrenamiento fuera de sus países de origen o desean “hacer medicina de primer nivel”. Además del altruismo que ello indica, el factor de presencia entre los profesionales más adelantados juega un papel. No es infrecuente que el concepto de “tecnología apropiada”, si sig-

nifica sobrio resguardo de la relevancia y la efectividad y no ineludible afán de progreso técnico, sea malinterpretado y quienes lo sustentan sean acusados de retardatarios. El predominio unilateral de una racionalidad puede evitarse sólo con prudencia y tacto.

La producción, en medicina, debe entenderse no solamente como objetos usados en los servicios. Estos también son “productos” y se aplican a ellos los criterios de calidad, adecuación y pertinencia que pueden emplearse en relación a bienes y objetos. Una discusión frecuente es cuán relevantes son las leyes de protección a los consumidores para evaluar la propiedad y calidad de servicios que se suponen guiados por consideraciones humanitarias y vocacionales. El tema de los derechos de los “pacientes” en alguna dimensión involucra el derecho a la calidad de la atención profesional.

La medicina también incorpora “tecnologías semióticas”, relacionadas con la producción y la comprensión de símbolos y signos. Es un arsenal de imágenes para la vida social. Baudelaire habría dicho: “un bosque de símbolos”. La metáfora médica, empleada a menudo en momentos de crisis, es un poderoso vehículo de emociones societarias. Los buenos políticos son como médicos de la sociedad pues previenen sus males, curan los errores de otros o extirpan fétidos nichos de corrupción. La salud de la comunidad es metáfora de una metáfora, la salud del cuerpo individual. La simbología asociada a la “ciencia médica”, al sacrificio y esfuerzo de la profesión, es permanentemente producida y revisada. La institución médica, en su conjunto, depende de una utilización, consciente o inconsciente, de tecnologías semióticas. El “valor simbólico” del medicamento, del instrumental, de la persona del médico es parte importante del *ethos* profesional. Sin embargo, un predominio sin contrapeso de esta racionalidad puede ser negativo. Especialmente si no va acompañada de las demás y si, como también acontece, es empleada para favorecer al aparato tecnoindustrial que consigue asociarse a los fines de servicio de la medicina a través de la innovación permanente. Lo que no siempre es obvio es que esta innovación, siendo

en sí misma un bien, produce una escalada de encarecimiento de la práctica profesional que no necesariamente beneficia a la población, a los profesionales o a los productores de conocimiento.

También incorpora la medicina “tecnologías de poder”. Se refieren a la administración y la organización, sin las cuales no sobrevivirían sus practicantes en la jungla de la modernidad. Como otras instituciones sociales, gran parte de su eficacia depende de una juiciosa administración de los recursos. El hospital moderno tiene una estructura de relaciones que pueden ser motivo de “ingenierización”. De hecho, el contexto institucional, que siempre implica tecnología organizativa, modifica la práctica médica en forma importante. Como en el caso de otras racionalidades tecnológicas, la hegemonía sin contrapeso de la organizativa puede conducir a frustración y desánimo al no realizarse los sueños de mayor eficacia, accesibilidad y eficiencia que su aplicación promete.

En años recientes, se ha producido confusión respecto de los fines y los medios de la medicina. No es aventurado afirmar que los sistemas de atención médica se encuentran en crisis, independientemente del grado de tecnificación alcanzado, del régimen político o del nivel de inversión. Es sorprendente escuchar que resolver esta crisis, que se manifiesta por costos insostenibles, insatisfacción de los usuarios y del personal y recurrentes colapsos administrativos, sólo es materia de “gestión”, como si esta palabra tuviera una virtud mágica. Muchos expertos olvidan, o simplemente ignoran, que las tecnologías del poder son medios y no fines. Cuando se hacen metas de sí mismas entran en la escalada de su infinita perfección. Como todas las expertocracias, la que maneja las tecnologías administrativas termina pensando que ha “resuelto” problemas cuando, olvidados ya los fines originarios de la institución, los formulan y resuelven en términos que a veces no recuerdan ni remotamente las metas originales de la disciplina o del oficio.

Es verdad que a veces una medida procedimental –supongamos, mejora del flujo de procesos en un consultorio– puede repercutir favorablemente sobre el rendimiento. Mas ahí donde el administrador ve buen ren-

dimiento puede que el médico práctico no lo vea. Atender diez personas en una hora puede ser un “logro” de la tecnología administrativa. Mas puede que sea un “fracaso” en cuanto a satisfacción de los usuarios o daño a la institución en la esfera de lo simbólico. También es verdad que sin disciplina –y por ende sin tecnología, que siempre implica norma y proceso regulado– toda compasión y buena voluntad son vacías palabras. De nuevo aquí, el componente organizativo de la praxiología médica debe ser juiciosamente ponderado en sus relaciones con los otros.

Finalmente, la medicina es usuaria y productora de “tecnologías de la persona”, también llamadas tecnologías del “sí mismo” (*self*). Algunas especialidades médicas están específicamente vinculadas con ellas. En realidad, una praxiología consciente de sus límites y alcances, suele proveer a sus practicantes y sus usuarios un espacio de reflexión sobre sí mismos. La psicodinamia puede considerarse importante en la práctica de cualquier oficio, especialmente los que trabajan con personas. Entender motivaciones conscientes e inconscientes, reconocer angustias y miedos, saber qué esperar de otros y de sí mismo ayudan al momento de examinar la satisfacción personal, el valor social de la institución y sus finalidades. Parte del contenido ético de las profesiones reconoce su origen en el diálogo interior de quienes se relacionan con su ejercicio. Viktor von Weizsäcker declaraba al psicoanálisis una “ciencia moral” porque permite tomar contacto con aquello que, aunque no se diga, está presente en la vida cotidiana.

Las técnicas más los contextos reflexivos de su empleo constituyen las tecnologías. Las tecnologías, integradas a una finalidad social, integran las praxiologías, ciencias de acciones. Cada tecnología fundamenta sus prácticas, tras lo cual éstas pueden ser llamadas en propiedad técnicas. Ese proceso fundamentador, legitimador y justificador funda la “racionalidad” propia de una tecnología.

DE LAS RACIONALIDADES EN MEDICINA

De lo dicho se colige que la medicina es una amalgama de “racionalidades”, formas de conocimiento formal tecnificado que pueden aspirar a con-

vertirse en concepciones universales. El conocimiento, al ingresar al ámbito de lo médico, se transforma y refracta, se hace especial. Todo conocimiento, para una racionalidad específica, es re-conocimiento. El discurso crea los objetos de los cuales habla, o mejor, los recrea en sus términos. Es inconmensurable e incomparable el significado de los mismos términos en dos disciplinas diferentes. Mi ejemplo predilecto es la palabra “hipotálamo”. Pequeña región del cerebro, cuyo tamaño es prácticamente igual en todos los mamíferos, el hipotálamo se relaciona con el control de aquellos comportamientos propios de la especie, que conocemos como “emociones” y con sus correspondientes modificaciones corporales. Para el histólogo o el neuroanatomista es un conjunto de células y fibras que aparece con morfologías diferentes según el método empleado para ponerlo en evidencia. El neurofisiólogo lo interpreta como un sitio donde ocurren transformaciones físico-químicas que modifican el comportamiento de otros sistemas orgánicos. Para el psicólogo no experimental, la palabra hipotálamo es como un conjuro mágico: en lugar de hablar de “fuerzas”, “instintos” o “pulsiones” el hipotálamo, que es término de ciencia “dura”, da a su discurso la dignidad de ésta. Sin embargo, el hipotálamo del neuroanatomista y del fisiólogo está en permanente revisión, es conocimiento probabilístico y sometido a la legalidad de las técnicas de exploración. Es una propuesta permanente. Cuando el hipotálamo es empleado en forma de “cosa” sólida, irrefutable e inmodificable, ya no es el mismo “objeto” que vieron y crearon los científicos. Es un axioma para la práctica. Ha perdido esa dosis de incertidumbre con que los científicos-académicos lo construyen, desconstruyen y reconstruyen en el ámbito de su racionalidad instrumental.

Sólo la lengua natural retiene la pluripotencialidad de las interpelaciones múltiples. Cuando se hace “lenguaje técnico”, se limitan sus significados, se empobrece el ámbito de sus connotaciones y se convierte, más que nexo entre personas, en barrera. Los no iniciados ya no le entienden, los entendidos no se sorprenden de sus polifonías. Sus significados se convierten en vínculos sociales específicos, comprensibles

sólo desde una praxis de socialización también específica. El significado de un término técnico es su posición en la totalidad del léxico experto. De la masa semántica de la lengua natural se extrae, cual de la piedra la escultura, un restringido y acotado conjunto de melodías y significaciones, accesible a los iniciados. El léxico de cualquier oficio es por ende una construcción social. Es producido y produce relaciones entre personas. Es una poderosa herramienta para expresar lo social: se convierte en metáfora pluripotente.

Por ello no sorprende que todos los discursos —las disciplinas son discursos que crean objetos, prácticas e identidades— en sus afanes de poder reduzcan lo total a lo parcial. De hecho, una mirada médica compete con una mirada económica, con una sociológica, con una política, etcétera. Lo “humano” queda como residuo después de agotadas todas las miradas “técnicas” (Lolas, 1997).

Si en el plano del saber-hacer, la interpretación tecnológica es esencial, en el de las racionalidades es necesario observar los discursos. Tecnología y discurso, he ahí las dos caras de las racionalidades.

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN MEDICINA

“No existen la ciencia y la técnica”, decía, convencido, Louis Pasteur, “sólo la ciencia y las aplicaciones de la ciencia”.

Si ciencia equivale a conocimiento formal, es esperable que exista una relación con sus aplicaciones que asegure relevancia. Conocer las leyes es necesario para el abogado. Saber hidráulica es fundamental para el ingeniero. Sin economía nada hace el economista. La pregunta es qué debe saber el médico.

Si la medicina es fisiología aplicada, entonces una base fisiológica es esencial. Si química, entonces química. Si es, como quería Virchow, una ciencia social, entonces las ciencias humanas son su basamento.

El modelo Flexner para la enseñanza de la medicina propuso hacer de la medicina ciencia básica aplicada. Ello fue considerado un impor-

tante logro intelectual y pedagógico. La medicina, una ciencia natural aplicada. Fundamento necesario. Pero, es suficiente?

También el médico debe saber relacionarse con sus pacientes y clientes, poseer prudencia, conocer las ciencias sociales.

Pero, hasta donde llegar ¿No será demasiado? ¿No convertiremos al médico en un *uomo universalis* inservible, tan sabedor de cosas que al final no es hacedor de nada? Como saber-hacer la medicina es acción. Acción práctica pero también teórica. El teórico, como el escritor Pio Baroja decía de sí mismo, es un hombre de acción.

Una de las contribuciones más perdurables de Viktor von Weizsäcker a la medicina fue su comprobación de que necesita de teoría. Aunque la afirmación sea trivial, nada hay más práctico que una buena teoría. En la época de von Weizsäcker la medicina carecía de una teoría que pudiera considerarse propia. Era una aplicación más o menos refinada de las ciencias que el siglo XIX llamó positivas, que tratan con objetos perceptibles y afincan en la realidad sensorial. El maestro de Heidelberg sostenía que esa forma de medicina, a la que sus contemporáneos llamaban “científico-natural”, era inadecuada para afrontar los desafíos de la humanidad doliente. Observando el juicio que en Nüremberg condenó a algunos médicos, indicaba que no solamente ellos sino también su medicina debía ser sometida a proceso. Esa medicina era todo menos humana, pues carecía de una directa ligazón con aquello que hace humana a la medicina, el sujeto en estado de necesidad.

Sin duda, nadie espera que el conocimiento formal que aprende el profesional sea el mismo que emplea en su trabajo. Suponemos una diferencia entre ambos. Mas no se trata de contenidos sino de enfoque. La perspectiva en que algo se aprende es tan importante como lo que se aprende y el contexto de enseñanza y de aplicación es fundamental para valorar un saber. Es por eso que la pregunta sobre el verdadero conocimiento formal que sustenta el trabajo médico no es trivial. Porque la medicina como profesión, y algunas especialidades más que otras, experimentan hoy día el desafío de legitimarse con una racionalidad que no sea solamente económica, ni sola-

mente biológica ni solamente legal. No tanto para defender los fueros de los profesionales, mas para resguardar aquello que es propio de una actividad humana que conviene a la naturaleza de los individuos y las comunidades.

LOS AVATARES DE LA POSTMODERNIDAD

También la medicina ha sido tocada por el doble código que implica el estadio histórico llamado postmodernidad. Este doble código se observa en la arquitectura en edificios de vidrio con toques victorianos, en mezclas de estilos y tendencias en el arte y las disciplinas científicas. Impregna todas las manifestaciones intelectuales, artísticas y científicas. En la medicina adopta dos formas principales, como “postmodernidad destructiva”, que desplaza y reemplaza lo que existía antes, y como “postmodernidad reconstructiva”, que lo retoma, reformula y amplía.

El doble código de la medicina postmoderna se manifiesta en numerosas voces que entran al discurso social sobre la salud, la enfermedad y la muerte. En artefactos discursivos como “calidad de vida”, “empatía”, “sanación”, que siendo técnicos pueden interpretarse además en un registro profano. En la mezcla de racionalidades que parece desafiar todo intento de ordenación y cauce. En la transformación de los fines sociales del oficio médico, interpelado desde muy diversas posturas y puesto al servicio de metas muy variadas.

El protagonismo de hablantes no técnicos, esto es, desprovistos de conocimiento formal, exige construir formas de diálogo a fin de reconstituir la vida común y corriente, el “mundo de la vida” encasillado y distorsionado en los lenguajes especializados de los expertos. Lo “natural” es hoy día irreconocible. Lo que es una presencia innombrable se convierte en muchos discursos con hablantes, intenciones y audiencias parcelares y acotadas. La presencia, pura y simple, queda innominada y multiforme. Encierra en sí todas las posibilidades de la enunciación. Aquello que puede ser mentado es siempre una parte, un fragmento, nunca la totalidad de las experiencias posibles. El estado de salud, por ejemplo, o

la salud misma, nunca queda adecuadamente descrita por los términos y las técnicas que usan los expertos. Estos la “circunscriben” y limitan en virtud de su manipulabilidad instrumental, su valor estético, su relevancia psicológica. De la masa semántica de la lengua, infinita en modulaciones y tremulaciones, la jerga especializada recorta un ámbito específico, limitado y limitante, fuerza coherencias y retóricas, define problemas legítimos y enunciaciones válidas, excluye disonancias. Después de agotar todo lo enunciable pareciera haberse vaciado la realidad vital, mas no es así. Guarda todavía infinitas resonancias. No hay un solo “Libro de la Naturaleza”, como decían los antiguos. Hay tantos como hablantes, como discursos, como formas de concebir, construir y manipular la naturaleza.

Este proceso de “intelectualizar”, volver mentable e inteligible lo real, instauro un dominio y funda una asimetría. Los que hablan el lenguaje y conocen el código se separan de quienes los ignoran. Recuperar esos sumergidos espacios de significaciones, dar voz a quienes no la han tenido es una auténtica conquista de la postmodernidad. Socava autoridades fundadas en el poder de narrativas y discursos exclusivos, abre la posibilidad de la disidencia y las alternativas. Se pierden autoridades y poderes, se establecen discursos heterogéneos y contestatarios. Algo se destruye, algo se construye.

Lo diabólico es lo que divide. La superación de las diferencias, base de las intolerancias, es tarea inmensa de la postmodernidad. Ya el grito aquel de “a las cosas mismas”, que pretendía inaugurar una postura epistemológica e instaurar un vuelco en el raciocinar, presagiaba lo que ahora es urgente y necesario. Volver a las cosas mismas, a la vida en cuanto tal, demanda replantear el estatuto y la finalidad de los saberes. Demanda preguntarse, por ejemplo, qué es la medicina como práctica social e indagar si sus fines no han sido desfigurados por los numerosos contextos en que hoy se la practica o las apariencias que adopta cuando es negocio, cuando es filantropía, cuando es ciencia, cuando es disciplina. Esta tarea depuradora hace tambalear los tradicionales límites disci-

plinarios, insuficientes para contener el desarrollo del pensamiento y mutiladores de la creatividad social. En vano se buscan soluciones transitorias: hablar de multidisciplinariedad, asistir a la creación de interdisciplinas, asombrarse con los cambios en las identidades de los profesionales y las respuestas del mercado laboral a sus servicios. Se precisa una reformulación radical, casi una refundación disciplinaria que tome en cuenta las nuevas amalgamas y mescolanzas de racionalidades e intereses. La medicina de hoy ya no es lo que era. El futuro de la medicina y su práctica ya no son lo que eran. Bajo la misma denominación hoy se cultivan otros saberes, hay otras intenciones, muchas nuevas técnicas, distinta presencia social.

Todavía puede argumentarse, es verdad, que los grandes fines de la medicina siguen intactos. Todavía puede decirse que es una práctica social destinada a aliviar el sufrimiento, dar nombre a los padecimientos, retrasar la muerte, brindar vida de calidad. Sin embargo, los medios transforman el mensaje. Hoy la persona del médico tiene una posición diferente en el complejo industrial-comercial en que se insertan sus actividades y servicios. Asistimos a la emergencia de una medicina “postclínica”, en la cual las experiencias sensoriales de la persona médico juegan un papel menos relevante que en el pasado. Muchos ven en este desarrollo una transformación tan substantiva que se entregan a la añoranza de algo que parece convertirse en un pasado mítico. Hablan del “médico de cabecera” que no sólo sabía sino también entendía y conocía. Opinan que la vocación desinteresada sería digna de restablecerse. Pero la doble conciencia persiste aun en tales peticiones. La gente quisiera tener la máxima sofisticación técnica, la más impresionante oferta de servicios en forma ilimitada. Y, por cierto, gratuitamente. Por supuesto, con comprensión y bondad. Quisiera ser curada de los males, alejada de las enfermedades, pero también estar en plenitud de salud. Tener cuidados junto a curaciones milagrosas. Derrotar la invalidez y la muerte. Todo eso, con la máxima precisión, sin lugar para los errores, en forma impecable.

Daniel Callahan, al hablar sobre las “falsas esperanzas” que la medicina tecnocientífica parece generar entre la gente, probablemente piensa en esa totalidad de tecnicismo, empatía, precisión, infalibilidad y amor que todos quisiéramos tener sin mover un dedo para conseguirla, como un don de la civilización madura, como un derecho que nos ganamos por haber nacido, como una deuda que tienen los estados para con sus ciudadanos (Callahan, 1998). Estas esperanzas no son falsas en el sentido de no ser deseables. Son falsas porque dado el estado actual de los desarrollos técnicos y su previsible evolución, el choque de racionalidades dentro de la medicina la hará inviable. Hay, por supuesto, mucho de “corrección política” (*political correctness*) en afirmar lo contrario, como señala Sally Satel en un polémico libro (Satel, 2000). Sin duda, considerar una medicina sostenible y viable sólo por factores económicos es una estrecha forma de considerar el asunto. Pero cegarse a las dificultades que enfrentan todos los sistemas sanitarios del mundo, independientemente del régimen político, por descuidar este factor, también es necedad.

En realidad, los numerosos conatos de fundación “holística” del arte de sanar y de muchas disciplinas son dignos de encomio y apoyo. No obstante, en esa amalgama entre biología y cultura en que vivimos estaremos siempre en la zona anfibia de lo que parece ser y no es y de lo que nos gustaría que fuera y no puede ser. Muchos de los llamados avances son festejados por las masas desposeídas como si los fueran a compartir alguna vez. Los resultados, algunos portentosos, de la investigación de fronteras nunca llegarán a buena parte de la población mundial. Hablar de “nosotros” para referirse a los avances en la investigación del genoma o a las nuevas técnicas de imagenología y terapéutica es patético. Refleja una absurda mentalidad universalista, la misma que antes hacía hablar de “el hombre” para referirse a la humanidad. Es dudoso que la idea de humanidad haya sido jamás una idea universal. Ha sido siempre la ficción del civilizado frente al indígena y al aborígen. Lo demuestra ya la historia de las polémicas clásicas: ¿Tienen alma las mujeres? ¿Son seres hu-

manos? O, de modo aun más notable, la polémica entre Sepúlveda y Las Casas sobre el carácter humano de los indígenas americanos. Polémica seria, razonada, bien fundada por ambos lados. Todo animal con apariencia humana debe pasar la prueba de humanidad que los hombres ilustrados, los europeos de entonces, han diseñado para sí mismos. Los que no hablan como ellos, quienes no visten como es de uso, o no habitan en casas de su misma forma, todos ellos deben dar cuenta de su carácter no humano. Para tener derechos han de ser hombres. Y para serlo, han de ser aprobados por los verdaderos hombres⁵.

Trasladado este recuerdo histórico al plano de las invenciones y las innovaciones, no cabe duda alguna. La llamada globalización es en realidad la absolutización de un punto de vista, de una forma de ser humano amparada por el poder. Globalizar no significa solamente interconectar personas. Significa determinar cómo ha de ser el contacto, especificar las formas del diálogo. Reeditar, en suma, aquella constante histórica del imperialismo intelectual, moral y económico que acompaña a la especie humana desde el comienzo de la historia.

El reto de la postmodernidad consiste, entre otras cosas, en identificar estas duplicidades, estar consciente de los estándares dobles, reconocer los códigos múltiples. “Bajo una ley nacidos, a distinta ley atados” ha sido siempre el destino de los que creen estar instalados en el tren del progreso. Pero algunos están en primera y otros en tercera clase. Y aun hay otros que no se subieron al tren.

Para el ejercicio de la medicina como disciplina y como profesión estas reflexiones no son triviales. Precisamente, la contextura ética del arte de curar obliga a pensar en los universales de sentido que hacen vivible la vida. Cultura es, en el fondo, aquello que humaniza la vida. Admoniciones más, admoniciones menos, documentos internacionales bien o mal redactados, en cada nueva generación reaparecen los hombres de Cro-Magnon y los Neanderthal. No parece sino que se refinan los medios, que no cambian, para excluir, para limitar, para no tolerar las

diferencias. El péndulo oscila desde despreciar las diferencias hasta intentar borrarlas por escrito.

La diversidad, la pluralidad y la multiplicidad, en sí mismas, no son males. Son bienes muy buenos. Lo que con ellas y de ellas hagan quienes detentan y construyen el conocimiento formal y por ende el saber oficial de la medicina es lo que debiera inquietarnos.

III

DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

INVESTIGACIÓN: CONOCIMIENTO Y RENOVACIÓN DISCIPLINARIA

Tradicionalmente, la investigación tecnocientífica se ha considerado tanto un modo de obtener conocimiento generalizable como un proceso de renovación disciplinaria.

Una disciplina, a su vez, puede concebirse en un doble aspecto. Es tanto un discurso enseñable como un conjunto de estrategias de argumentación y persuasión. Por lo tanto, una disciplina no se reduce al conjunto de sus aseveraciones ni a los datos que sus cultores hayan recogido. Tampoco, al conocimiento en tanto información organizada con algún interés social. Una disciplina intelectual se renueva no sólo por acumulación o yuxtaposición de datos, informaciones y conocimientos sino también por la destrucción o modificación deliberada de ellos o de las formas de generarlos y usarlos. También por la renovación o transformación de su retórica, modos de argumentación y formas aceptadas de acreditar certidumbres.

Las escuelas “internalistas” sostienen que en la evolución de las ciencias solamente tienen lugar procesos cognoscitivos propios de la comunidad científica. Ellos producen efectos sociales, como la influencia entre personas, el establecimiento de liderazgos y la formación de grupos, que se entienden como parte de la dialéctica del progreso científico. Para el pensamiento “externalista”, los procesos sociales asociados a la producción y diseminación de los resultados científicos son tan decisivos como las transacciones cognoscitivas dentro de la comunidad de

expertos. Una versión fuerte de esta postura sugiere que tales procesos determinan las transacciones cognoscitivas.

Ideas tan difundidas como las de Thomas S. Kuhn y las nociones de “revolución” y “paradigma” con que este autor, en sucesivas aproximaciones, caracterizó la dinámica del crecimiento y la renovación de las ciencias, persisten ligadas al enfoque internalista. Por otra parte, las escuelas relacionadas con los “estudios sociales de la ciencia” han extremado afirmaciones sobre constructivismo e invención social difíciles de aceptar en una consideración equilibrada. Al núcleo de verdad de la afirmación de que las leyes científicas se construyen socialmente se han agregado manifiestas exageraciones, según lo ha demostrado más de algún escándalo.

CIENTIFICIDAD: INVENCIÓN, INNOVACIÓN, TRANSFORMACIÓN

La simplificación que significa hablar de “la” ciencia en abstracto no puede aceptarse como descripción apropiada. Tampoco las distinciones entre investigación básica y aplicada, o ciencia pura y ciencia aplicada. El panorama actual no es solamente más complejo; está también marcado por desafíos que sobrepasan tales distinciones.

Así como debe aceptarse la existencia de diferentes “cientificidades”, o formas distintas de “ciencia”, debe aceptarse diferentes procesos relacionados con el complejo social de la “investigación”. Para fines prácticos, hemos considerado que la “invención”, la “innovación” y la “transformación personal e institucional”, matizadas según disciplina y contexto social, describen procesos intervinientes en la formación de convicciones, certidumbres y creencias.

Para caracterizar tales procesos, puede considerarse tanto la finalidad como la práctica. En la invención se trata de aumentar la capacidad constructiva generando conceptos o ideas que moldean la percepción. Si se acepta con Merleau-Ponty que la realidad es producto, no causa, de la percepción, se puede sugerir que las concepciones del

mundo son generadas por los científicos y los pensadores poiéticamente. A veces, por inferencias a partir de datos. Otras, por anticipaciones de nuevos datos. Siempre, por articulación de datos e informaciones en conocimiento comunicable y generalizable. A Ortega y Gasset pertenece la imagen de que un concepto es como un alvéolo en donde la experiencia deposita su savia. Generar tales conceptos es tarea de la invención, reservada naturalmente a algunos espíritus sagaces y renovadores, que con esas sus invenciones cambian la imagen del mundo de sus contemporáneos y seguidores. Los conceptos científicos (mejor, constructos) tienen el papel de “útiles ficciones” condenadas a caducidad cuando dejen de prestar el servicio esperado de ellos. Aunque los conceptos y preconceptos poseen también aspectos negativos (recuérdense los diferentes “ídola”, ídolos, que menciona Bacon, obstáculos para el correcto observar y pensar), ningún investigador empírico puede negar que explícita o implícitamente, consciente o inconscientemente, su pensar viene determinado por categorías e informaciones que anteceden a la recolección de sus datos. No se trata solamente de marcos formales. También de ideas y prejuicios, inevitables para los miembros de cualquier comunidad humana. Para experimentar, decía Iván Petrovich Pavlov, hay que tener ideas en la cabeza. La formación científica tiene que ver con la clase de ideas que deben tener los investigadores.

La invención, desde el siglo XIX, está sometida a ciertas reglas retóricas y no puede simplemente ser formulada tal y como aparece al científico individual. El contexto del descubrimiento difiere del contexto de la justificación y obviamente del de la publicación. Inventar el arte de la invención refinando atisbos previos fue probablemente la contribución más perdurable del siglo XIX. Cada disciplina no solamente quedaba legitimada por un objeto material sino también por un método, un modo de hablar y una forma especial de constituir la comunidad de interlocutores. Se precisaba una socialización específica en los modos “socialmente aceptados” de decir y hacer, y la credibilidad de un cientí-

fico suele depender de su adhesión a códigos no escritos de comportamiento y a su aceptación en la comunidad del saber.

La relatividad de los productos de la invención es patente para los investigadores de frontera en cada disciplina. No así para los principiantes y los cultores de otras disciplinas. El hipotálamo es un desafiante teorema en perpetua reformulación para el experto que lo construye y desconstruye permanentemente a tenor de nuevas indagaciones y resultados. Es un axioma petrificado en dogma para los no expertos. Semejante comparación puede hacerse con muchos otros conceptos, por ejemplo, la célula, el átomo, el gen, construcciones todas que hacen “visible lo invisible”. El desafío de la alfabetización en ciencia para la sociedad mayor es transmitir la fascinación del proceso inventivo y la incertidumbre que rodea cada nuevo avance. Porque en ciencia, si algo, la verdad es lo último publicado o la más reciente concordancia de los expertos sobre algo. Siempre mudable. Nunca eterna.

Sobre la innovación como proceso investigativo o de renovación disciplinaria puede decirse que es tan demandante y exige tanta solvencia intelectual como la invención. Su meta y su producto son diferentes. Una innovación modifica en un sentido “productivo” una práctica ya establecida. Por productivo debe entenderse aquí también “creativo”, pues da nuevas aplicaciones a lo ya existente. Así, el cirujano que perfecciona una técnica para extirpar un órgano y demuestra su mayor eficacia está efectivamente enriqueciendo a la comunidad de sus pares y a la sociedad mayor. Algunos desarrollos sorprendentes de la telefonía y la computación son refinamientos de ideas ya conocidas. Hay instrumentos que sólo incrementan la precisión pero no el fundamento teórico de una técnica o forma de indagación. En términos simples, puede decirse que si bien la invención aumenta el *input* o la percepción, las formas de concebir y ordenar la realidad, la innovación incrementa el *output* o el resultado, esto es, las formas de manipularla.

Las relaciones entre invención e innovación son complejas. De hecho, puede argumentarse que la invención suele producir más invención

y la innovación más innovación. La espiral de perfeccionamiento parece ser independiente para cada proceso. No obstante, también puede comprobarse que la innovación a menudo posibilita la invención. Se ha dicho que las herramientas o instrumentos determinan el pensar, lo que en nuestra pedantería anglofónica solíamos expresar como *tools shape thought*, expresión absolutamente correcta si se piensa en el moderno laboratorio de biología molecular o los avances biotecnológicos de frontera. Que la invención siempre desemboque en innovaciones es menos evidente, aunque la noción clásica establecía que la ciencia viene primero y las técnicas derivadas de esa ciencia le siguen como el calor al fuego. Sólo existen la ciencia y las aplicaciones de la ciencia, decía Pasteur. De allí derivaba toda una jerarquización de los saberes y los haceres, asignándole dignidad mayor al científico y menor al técnico, suponiendo que es más creativo el inventor que el innovador. Para la institucionalización de las prácticas científicas, la profesionalización del saber y la distribución de prestigio, dinero y poder, esta concepción, sin matices, puede producir desarrollos sociales inadecuados en algunas comunidades. Un elitismo esterilizante puede envanecer a algunos científicos de países económicamente desposeídos y tornarles defensores de una causa que en abstracto es razonable, mas en la práctica conduce a falsas expectativas y a exigencias que suelen generar frustraciones e inútiles debates.

Nos ha parecido necesario distinguir, como tercer proceso social que interviene en la investigación (en tanto renovación disciplinaria), la transformación. Hay disciplinas que en rigor producen datos, informaciones y conocimientos solamente como producto secundario. El elemento de autorreplicación a través de sus hablantes caracteriza a aquellos discursos que tradicionalmente llamamos humanidades. Aunque generan productos, generalmente escritos, su principal resultado debemos verlo en las transformaciones que inducen en quienes se dedican a su cultivo. La sensibilidad de estas personas se acentúa y desarrolla, de modo que perpetúan la cultura y la hacen florecer en formas inéditas. Su

presencia modifica igualmente las instituciones en que laboran, de modo que se convierten en centros resonadores del intelecto. A menudo, una concepción unilateral de la investigación, como ya señalábamos, adopta una definición exclusiva y excluyente de ciencia, sin reconocer otras científicidades, otros métodos y otros fines o formas del proceso renovador.

Aunque el modelo de la “erudición”, entendido aquí como acumulación de sapiencia y crítica de fuentes y materiales, fue característico de las humanidades clásicas (fundamentalmente ciencias históricas y del lenguaje), las nuevas humanidades (ciencias humanas y sociales) quedan mejor concebidas como “praxiologías”, esto es, ciencias de acciones y no de objetos, o como disciplinas híbridas que producen tanto objetos como acciones. Es en este sentido, de ciencias de acciones, que puede decirse que la transformación es uno de sus procesos constitutivos y define el estatuto de su quehacer. Su avance no es solamente un acrecer en datos, informaciones o conocimientos sino también un cualitativo cambio en modos de percibir y concebir las realidades materiales e ideales. Negar científicidad metódica a este proceso es privar al corpus de las ciencias contemporáneas de uno de sus constituyentes más valiosos. Especialmente porque la crisis de la razón instrumental ha gestado discursos como el bioético que se inscriben decididamente en el ámbito de las transformaciones de la conciencia colectiva. Mediante el diálogo y la irrupción de aspiraciones hermenéuticas y emancipatorias en el trabajo científico, la bioética ha puesto en entredicho la verticalidad de los discursos técnicos y ha permitido cifrar el progreso en la calidad más que en la cantidad del saber. Son constructos mediadores entre distintas racionalidades los que constituyen hoy el aporte más significativo de la preocupación ética en sus dimensiones globales.

INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA

La comunidad de los científicos constituye un grupo de identidad variable según la sociedad de que se trate. La ciencia como profesión es un

invento moderno, y a partir del siglo XIX, con la idea de la universidad alemana, se instala la dedicación al saber como actividad legítima y socialmente recompensable. Antes de la concreción universitaria del conocimiento, y también paralela a ella, existe la figura social del “sabio privado” (*Privatgelehrter*), a menudo de fortuna, que se dedica a hacer descubrimientos, resolver problemas y meditar en forma individual⁶. La institucionalización del saber en universidades, institutos y academias significa, por una parte, cofradía de espíritus afines. Por otra, sujeción a cánones y códigos de comunicación e intercambio. Y, finalmente, burocratización y “funcionarización” de la actividad científica a través de contratos y remuneraciones del Estado o de instituciones privadas.

Debe recordarse que aun en la universidad “humboldtiana”⁷ a los sabios se les reclutaba para que cultivaran el saber pero se les remuneraba por su actividad docente. La íntima relación entre investigación científica y enseñanza encuentra expresión acabada en el grupo de trabajo o el laboratorio, en donde se forman los nuevos aspirantes a la comunidad científica. La enseñanza es, en ese contexto, formación en el sentido de *Bildung*. Encuentra su razón de ser y su justificación en el cultivo de la disciplina. Con la “cientifización” de las profesiones liberales y las técnicas, la enseñanza de los fundamentos de las ciencias adquiere en ellas destacado papel, mas no con el fin de incrementar el grupo de los científicos sino de proveer conocimientos y métodos basados en la investigación. Esta forma de enseñanza instrumental es *Ausbildung*, la preparación para el desempeño en la sociedad y la “aplicación” razonada y prudente de las ciencias en el entorno social.

La relación entre investigación y enseñanza adquiere connotaciones distintas según el ámbito disciplinario. De hecho, una disciplina es un discurso que se enseña. La consolidación cultural del saber, en las instituciones de la cultura, se confunde con su reproducción, transmisión y absorción por parte de discípulos. Una finalidad primordial de las ciencias es reproducirse a sí mismas en espíritus afines, que las emplean como medio para expresar sus personalidades, emociones y valores. Especialmente

visible en las ciencias experimentales, pero no ausente de ninguna disciplina intelectual, el aprendiz recoge del maestro el *ethos* de la práctica, la consagración de la pertenencia y la disciplina y rigor que el cultivo sistemático demanda. Esta es la formación implícita del espíritu, la que no deja rastros ni huellas en los residuos arqueológicos de las ciencias, que son sus documentos y monumentos. Estos muestran los resultados finales mas no siempre dan cuenta de los procesos forjadores.

La vinculación maestro-discípulo, aunque diferente en las distintas disciplinas, posee algunos atributos generales. Para examinarlos es menester recordar que en las profesiones modernas, por ejemplo la medicina, la abogacía o la arquitectura, sus miembros suelen distribuirse en al menos “tres grupos”: el de los que incrementan la base cognoscitiva de la profesión (a los que llamaremos “investigadores”), el de los que cautelan sus prerrogativas y límites (pueden ser llamados “políticos”) y el de los que ejercen plenamente el oficio (podemos llamarlos “practicantes”). Esta división tripartita recuerda aquella de la sociedad medieval: *oratores*, *bellatores*, *laboratores*, aludiendo naturalmente al clero, que no solamente oraba sino cultivaba el intelecto, a los militares, que guerreaban, protegían e imponían la ley del más fuerte y a los trabajadores de diverso tipo, artesanos y agricultores.

La vinculación del discípulo con el que enseña es reconocida como una relación especial y fundamenta la conformación de cofradías, sectas y hermandades. Los procesos de fundación de grupos pueden estudiarse a través de las figuras carismáticas que lideran, de las autoridades formales que se constituyen en la institucionalización y de las obligaciones y derechos que sus miembros adquieren. Al respecto, recuérdese la parte correspondiente del Juramento Hipocrático en que se dice que el maestro será honrado como progenitor, con respeto especial para sus descendientes.

En el grupo de los investigadores, dentro de las profesiones, las relaciones alumno-maestro son distintas de las que se establecen en el grupo de los políticos y los practicantes. Desde luego, tienen finalidades

diferentes. El grupo investigador reproduce la base cognoscitiva de la profesión, el político defiende sus fueros y el practicante ejerce y perfecciona el oficio. Sin embargo, el punto más relevante es que dentro de las profesiones, especialmente la médica, incluso los investigadores no se definen por su función de investigar sino por su adscripción al grupo profesional. Así, los cardiólogos que investigan son primariamente cardiólogos y luego investigadores, por ejemplo. De allí que pueda hablarse de investigación supeditada, vicariante o complementaria regida especialmente por el principio de innovación y menos por el de invención. Esta observación cobra especial valor al considerar el caso de la “investigación clínica” en medicina, asociada consciente o inconscientemente al papel terapéutico del médico. El doble carácter de “médico tratante” e “investigador” causa algunas confusiones, especialmente entre los “sujetos experimentales”, cuyo carácter oscila entre “ser pacientes” o “ser voluntarios”. Una adecuada formulación de las relaciones experimentador-sujeto experimental requeriría elaborar una taxonomía de las formas de encuentro tanto o más compleja que la desarrollada para la más publicitada “relación médico-enfermo”.

La profesión de científico-científico en relación con la biomedicina ha tenido una institucionalización más débil, posiblemente porque la demanda social que ella satisface es menos clara. Ya hemos indicado como incluso en la universidad ideada en el estado prusiano y que debe a Wilhelm von Humboldt su estructura no premiaba el trabajo de erudición ni premiaría luego la indagación empírica en la misma forma que la docencia. De hecho, la docencia como formación y como información para ejercer profesiones es la cara visible de la universidad, aun cuando la universidad como institución haya tenido otras finalidades, por ejemplo, el cultivo del saber por el saber mismo.

Para enjuiciar algunos aspectos del papel que cumple la renovación disciplinaria en distintas sociedades, esta profunda ligazón de la investigación con la reproducción y la preservación del saber bajo la forma de la enseñanza debe tenerse en cuenta. Entre otros puntos, es menester

reconocer que las tecnocracias y las científicocracias pueden volverse enteramente autorreferentes y tener como única meta su propia reproducción, olvidando las metas que originalmente hicieron de las disciplinas y las técnicas prácticas sociales necesarias y demandadas.

IV

COMUNIDADES CIENTÍFICAS, ÁREAS DE INVESTIGACIÓN Y ESPECIALIDADES: ESTRUCTURAS COGNITIVAS Y SOCIALES

LA CONSTRUCCIÓN DE OBJETOS CIENTÍFICOS: TAREA DE COMUNIDADES CIENTÍFICAS

La comunidad de quienes cultivan las ciencias no se basa en verdades sino en métodos. Las ciencias empíricas no buscan verdades sino certidumbres metódicamente fundadas. Sus enunciados son afirmaciones verosímiles en el espacio semántico de un discurso, que articula un lenguaje con un hablante, sobre ciertos hechos que merecen enunciación (o descripción) o explicación (que es anticipación).

Los hechos de que se trata tienen que ver con el comportamiento de objetos creados por el discurso disciplinario. Gadamer hace notar que la ciencia empezó a ser positiva con el descubrimiento o la invención del *Gegenstand*⁸. Esta palabra, en alemán, está próxima a lo que designa un obstáculo (*gegen* quiere decir “contra”) y una resistencia (*Widerstand*). Los objetos disciplinarios de las ciencias positivas son aquello que, resistiendo a la mirada, “llaman la atención” y se “hacen objeto” de observación y análisis.

Importante es cómo algo se hace, en un discurso, objeto de enunciados verosímiles. Privilegio especial en la tecnociencia contemporánea tiene la mensuración. La mensura (de *mens*, mente o racionalidad) es la forma aprobada para hacerse del mundo en perspectiva científica. Mas, también recuerda Gadamer, hay dos formas de medición o medida. Hay, por un lado, la imposición del metro externo, que supone la intercambiabilidad de las unidades de tiempo y espacio. Un segundo es igual a otro, un centímetro idéntico a todos los

demás. Los procesos, escribía Buytendijk, se miden con esta métrica extraobjetal⁹.

Mas hay también la posibilidad de una interna medida, una armonía del objeto consigo mismo. Lo “propio” en alemán se dice *angemessen*, en el sentido de apropiado, de coincidencia con su propia esencial realidad. Un caballo caballar, una mujer mujeril deseaba Chaucer. El ajuste de cada cosa consigo misma, de cada persona con su esencia. Si lo primero lleva la cifra a las cosas (lo medido es *gemessen*), lo segundo lleva las cosas a su cifra (*angemessen*). Las funciones vitales, como distintas de los procesos, son apropiadas o inapropiadas.

Esto no tiene aun que ver con que se trate de medidas cuantitativas o cualitativas. Es la forma de afrontar la objetividad lo que está en análisis, no los detalles de su concreción¹⁰.

La forma de abordar la constitución de objetos disciplinarios y su medida tipifica tanto áreas de investigación como especialidades disciplinares. Aunque ambas son formas de institucionalización cognitiva, sus modos de gestación y mantención pueden diferir¹¹. Las áreas de investigación se organizan por tres tipos de principios: similitud de problemas abordados, temáticas afines y uso de aparatos semejantes. Una especialidad, en cambio, se desarrolla sobre la base de una heurística positiva, esto es, la compartición de modelos para delimitar e interpretar ámbitos de la realidad. La base cognitiva de unas y otras, podría suponerse, determina o contribuye a formar los modos de organización del sistema social productor de conocimientos válidos. La hipótesis inversa también ha sido sostenida: la organización del sistema social determina el tipo de base cognitiva que sustenta el trabajo tecnocientífico.

Ambas hipótesis son relevantes al tema de la gestación de grupos profesionales, toda vez que las ciencias, aun aquéllas declaradas fundamentales, se cultivan en vista de alguna aplicación. De hecho, cuando se hace la distinción entre ciencias básicas y aplicadas, lo básico se refiere a lo que es tal en vista de alguna aplicación. Las aplicaciones, por otra parte, pueden ser tan abstractas como incrementar el conocimiento o

servir de fundamento a la creación de una comunidad de expertos, de modo que no necesariamente debieran reflejarse en técnicas u objetos. De allí la conveniencia de hablar de tecnociencia sin discriminar entre lo básico y lo aplicado. La ciencia, como profesión, es una amalgama de conocimiento e interés¹².

La cooperación y la distribución de tareas en un grupo de personas lleva a formar unidades de trabajo científico, llamadas unidades de investigación¹³. Como la organización formal más pequeña del trabajo científico, su productividad indica la estrategia reproductiva de su disciplina específica y permite estudiar la competitividad y la colaboración, el egoísmo y el altruismo, en la comunidad de científicos.

La competitividad puede considerarse, en un contexto amplio, estimulante del desarrollo disciplinario, si bien dentro de una determinada especialidad puede provocar fisuras y enfrentamientos. Un mismo individuo puede verse compelido a argumentar diferente, y a fundamentar determinadas acciones de modo distinto, si se encuentra en un grupo de "amigos" o insiders o entre desconocidos y potenciales críticos. La ilusión de que la argumentación es siempre racional y determinada por la heurística positiva no se sostiene. Las lealtades y reconocimientos en el sistema tecnocientífico no difieren de las de oficios menos intelectuales. Esto tiene implicaciones éticas, ya que los grupos se cohesionan, además de a través de su base cognitiva compartida, por normas de interpretación de los usos (mores). La pertenencia a grupos diversos, a instituciones distintas y a profesiones estructuradas en un medio cultural determinado, puede llevar a colisiones de principios y de axiomas de comportamiento.

LA COHESIÓN DE LAS COMUNIDADES CIENTÍFICAS

La pregunta por el elemento que cohesionan a las comunidades científicas es legítima. De responderla adecuadamente, podría estimularse su desarrollo allí donde pareciera deficitario.

Una posibilidad es que las comunidades se mantengan por prestigio. Se cambia creatividad por reconocimiento. No cualquier reconocimiento, mas el de los pares competentes. Una “reacción competente” supone una comunidad de personas informadas. Recibir su aprobación equivale al espaldarazo de ser nombrado caballero o admitido como miembro de una cofradía. El primer *paper* en la revista importante o la primera presentación pública ante auditores selectos suponen un rito de iniciación. En la comunidad de los científicos no basta con saber. Otros deben saber que se sabe y refrendarlo con la aceptación de lo afirmado.

Es posible argumentar también que cohesiona a las comunidades el temor a la desviación y el disenso. Las comunidades de científicos, como otras agrupaciones, velan por mantener la conformidad de sus miembros y sancionan lo anómalo. Lo heterodoxo solamente puede aceptarse a condición de que no lo sea en grado extremo y de que esté prefigurado en algún paradigma dominante¹⁴.

Böhme sostiene que la argumentación, un modo especial de relacionarse que puede o no superponerse a la vinculación personal, es lo que cohesiona a las comunidades científicas¹⁵. En el proceso de escribir, el autor anticipa todas las posibles objeciones y observaciones a su trabajo y responde a ellas por anticipado. Hemos observado que en la ciencia prima la crítica pre-publicación y es raro que haya “polémicas” públicas en la literatura científica como son de estilo, por ejemplo, en la prensa o en las revistas profesionales¹⁶. A lo sumo, puede suceder que un lector detecte una falla de presentación o de interpretación en un trabajo publicado que dé lugar a una carta. Pero hablaría mal de una tradición científica o de una revista si sólo se publicaran datos de controversia que merecieran permanente refutación.

El contexto de comunicación es en realidad uno de argumentación¹⁷. Un argumento no es simplemente información, aunque la suponga. Su función es dar suficiente prueba de que las conclusiones podrían aceptarse. Como decimos antes, no es verdad más verosimilitud metódicamente fundada lo que hace los buenos trabajos científicos. Lo que en un

paper se demuestra es que, dados los argumentos apartados, teóricos o empíricos, es razonable tener por cierta (de certidumbre, no de certeza) la conclusión ofrecida. Ningún lector experto debe encontrarse con una novedad. El experto sabe qué esperar. Lo original es decirlo con una argumentación novedosa. No es central qué sino cómo se comunica.

Las comunidades científicas y el saber societario. Tres aspectos son importantes: la relación entre los científicos (comunicación); la relación de los científicos con sus objetos disciplinarios (investigación) y la reproducción de la comunidad de científicos o de su audiencia ilustrada (enseñanza).

Aun si la ciencia no fuera importante, enseñarla obligaría a construir una comunidad de consumidores de ciencia, por ejemplo administradores y políticos, que sabrían exactamente qué pedir y por qué. Comprendería el público para qué tiene universidades, por ejemplo.

Como en toda praxis, también en la tecnocientífica cabe distinguir tres orientaciones: la motivacional, la cognitiva y la intencional. A la ciencia distingue la preeminencia de la orientación cognitiva. Sin perder de vista que exige el público, respuesta y premio. La visibilidad de un científico depende de lo que ocurre entre sus pares y también trans-pares, más allá de ellos. Esta visibilidad supone que sus asertos están respaldados por una comunidad solidaria.

La solidaridad es aquella propiedad de un conjunto de personas que les permite constituirse en una totalidad y actuar en consecuencia. Durkheim distinguía la mecánica de la orgánica. En la primera, cada elemento o individuo se conecta con la totalidad y percibe desde ella su lugar. En la orgánica, la totalidad se manifiesta en la diferenciación funcional de las partes, en la división del trabajo.

Esta idea es útil para estudiar el sistema científico, el sistema universitario y los grupos disciplinarios.

La noción de mercado, como entelequia divina que hace cosas maravillosas en otros terrenos aquí parece menos buena como factor regulador. Una razón, ciertamente no la única ni mejor, se relaciona con el problema de la demarcación.

Demarcar significa delimitar y diferenciar. Ya era problema en Grecia, en donde Platón con su obra demarcaba la filosofía del trabajo de los sofistas, declarando éste puramente imitativo, irreal. Lo sigue siendo en la actualidad cuando algunos persisten en distinguir ciencia y técnica o cuando los grupos profesionales luchan por el reconocimiento en base a su delimitación entre los de adentro y los de afuera.

El problema de la demarcación es cognitivo pero también social. No hay problema técnico que sea sólo eso: técnico. Todo conocimiento implica una estructura de relaciones, jerarquías de poder y preferencias valóricas, modos de organización.

En todo problema de demarcación está presente una tensión, o dualidad, entre algo que es más y entre algo que es menos. O lo que viene a ser lo mismo, entre lo “auténtico” y lo “inauténtico”. Aunque como bien sabemos por el cuento de Henry James, “*The real thing*” no siempre es la más glamorosa, estas distinciones siguen siendo cruciales. Platón usaba como comparación aquélla entre el objeto y sus representaciones. En la mente de Dios se trataba del ser (los *onta*), entre los artesanos se trataba con *pragmata*, con cosas, y entre los poetas y rapsodas, dedicados a la mimesis, con *phantasmata*, representaciones. Ni qué decir tiene que los de su oficio, los filósofos, estaban cerca de Dios y trataban con *real things*. Los sofistas, en cambio, timadores natos que sólo trabajan lo aparente, los convencimientos y convicciones sin substancia, estaban más abajo que los artesanos; al fin de cuentas, éstos trataban con las cosas¹⁸.

Los mercados del saber son muchos y por definición no transparentes. No hay un saber sino tantos tipos diferentes cuantos observadores hagan distinciones. ¿Es la medicina en tanto enseñanza algo vendible? Ciertamente que sí. Lo prueba el simple hecho de que hay quienes pagan por aprenderla. Pero cuál producto es mejor no puede saberlo bien claro el comprador, toda vez que ignora los fundamentos en que se ha hecho la demarcación del saber y por ende la jerarquía posible ¿Será mejor la medicina que se enseña en edificios blancos y

soleados que la enseñada en el campo? ¿Cuál es el producto? Es evidente, en este caso y en otros que involucran formas de saber, que el producto es una expectativa social. Lo que se compra no es el saber sino una posible instrumentalización de ese saber para ganar prestigio, dinero o poder.

Lo que Natura non da, Salamanca non presta. Aunque las estrategias de maximización aconsejaran aquellas alternativas más promisorias, son solamente virtualidades que, además, aguardan futura concreción. Apostar al futuro es siempre riesgoso. No sabemos qué nueva norma de demarcación valdrá en unos pocos años. Lo que sí sabemos es que es preferible descubrir principios que aferrarse a comportamientos hoy exitosos. En ciencia, por ejemplo, se ha entendido bien el asunto cuando se entiende que hay normas para generar datos, que las hay –y distintas– para combinar datos, las cuales se diferencian de aquéllas con las cuales se construyen teorías y todas ellas difieren de las normas, implícitas y explícitas, por las cuales se objetivan los resultados: esto es, se escriben publicaciones, se presentan conferencias, se patentan invenciones.

En el papel (rol) del científico *qua* científico se da una disociación entre motivación y legitimación. El científico básico debe trabajar para cumplir ciertos caracteres de su rol, pero es premiado por actividades anexas o subsidiarias: por ser profesor, consejero, asesor. Ya en la Universidad de Humboldt la pretendida unidad de investigación y enseñanza hacía que a los *Ordinarien* se les pagara por ésta, permitiéndoles realizar aquélla. La idea de *Forschung* como conocimiento inacabado, como pura virtualidad del saber, hace que hoy en día sea tan difícil separar lo creador de lo repetitivo, lo audaz de lo infundado, lo promisorio de lo trivial. Esto tiene consecuencias para la evaluación del trabajo científico, para la distribución de recompensas sociales y para la estructuración de un sistema tecnocientífico autosustentado, en permanente renovación y capaz de hacer de la innovación y del cambio fuente de vitalidad societaria.

LA COMUNIDAD CIENTÍFICA COMO RED SOCIAL

La comunidad científica cumple con los requisitos para ser considerada una red social. Tiene funciones de apoyo, influencia, compromiso participativo y contacto personal. Sus límites son probablemente menos claros que otras comunidades demarcadas por atributos más evidentes (parentesco, ubicación geográfica, raza, género) pero los principios aceptados para su funcionamiento son vinculantes para sus miembros. Dentro de la comunidad se producen afiliaciones en grupos específicos, tales como especialidades o equipos de trabajo, incluso “escuelas”, bajo una adscripción general al grupo de “científicos” o “investigadores” que pertenecen a una “comunidad científica”.

La comunidad de las ciencias tiene así atributos extensamente estudiados en la sociología de las profesiones que se traducen en prácticas y en un *ethos* comunitario peculiar. La primera observación necesaria es que la noción de “ciencia” es culturalmente limitada y sus connotaciones difieren en distintas sociedades¹⁹. La segunda, que los practicantes del oficio cumplen en sus respectivas comunidades papeles sutilmente distintos y esa diferencia debe ser elaborada y estudiada para el control social, especialmente el ético, de la investigación científica.

Nuestro análisis debe considerar datos empíricos sobre las comunidades científicas según grado de desarrollo socioeconómico, naturaleza de las instituciones académicas, valoración social de lo científico y alfabetización general de la población.

Debe describir los modos de constitución de las comunidades científicas y los lazos explícitos e implícitos entre sus miembros.

Finalmente, debe revelar los mecanismos que regulan la actividad. En otro lugar hemos elaborado la distinción entre la legalidad metódica y la legitimidad moral como fundamento de la práctica social de la investigación. Ambas formas de “corrección” se mezclan en las habituales defensas de la investigación científica. A los defensores del “desarrollismo” con base en la ciencia se les puede preguntar interminablemente sobre las razones que habría para priorizar su cultivo en de-

trimento de otros gastos o inversiones sociales. Los argumentos corrientes tienen que ver con búsqueda de la verdad, conveniencia de ser intelectualmente independientes de potencias económicas, posibilidad de bienestar material derivado de las ciencias, alfabetización general de la sociedad o formación de un público y una casta política aptos para “consumir” buena ciencia y técnica. Menos frecuentemente se cita el argumento de cultivar la ciencia como cultura. Es decir, el cultivo de las tecnociencias –que siempre compite con otros intereses sociales– se fundamenta en la factibilidad, utilidad o conveniencia de sus resultados, no en la bondad moral del proceso para la comunidad humana.

Estas líneas argumentales no son irrelevantes cuando se plantea el tema del control o la regulación ética. Más de alguna, llevada a su extremo, permitiría justificar excesos y transgresiones de derechos humanos en nombre del conocimiento, la independencia intelectual y económica, el esfuerzo bélico o un esperable, a veces utópico, bienestar futuro. Parte de la investigación médica relacionada con las vacunas, por ejemplo, o con los efectos de las radiaciones, por no hablar de la anticoncepción, ha sido defendida y apoyada sobre tales nociones, precisamente en los países en que la elaboración de exigentes códigos de comportamiento ha estado más avanzada.

La comunidad científica suele reaccionar defensivamente al ver coartados sus fueros en nombre de la ética. La factibilidad y viabilidad de la experimentación se invocan como fundamento suficiente y necesario para realizar investigaciones. La idea de que no todo lo factible es automáticamente legítimo es difícil de discutir. Casi todas las declaraciones empiezan o concluyen afirmando la necesidad u obligación de “conocer la verdad” o “avanzar en el conocimiento de la naturaleza” y la imposibilidad de detener el avance científico.

La tarea de demarcación que supone distinguir entre científicos e investigadores y personas que no lo son debe considerar además la posibilidad de aislar la tarea de investigación de otras, o al menos diferenciarla lo suficiente como para que no haya ambigüedades. Por diversas razones, ésta ha probado ser tarea compleja pero necesaria.

V

LA DIMENSIÓN BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA MÉDICAS

SOBRE EL DISCURSO BIOÉTICO

El discurso bioético es integrador, transdisciplinar y dialógico. Esto significa que alberga una pluralidad de voces, una diversidad de fines y una extensa utilización del diálogo como herramienta social (Lolas, 1998, 2000). Permite mediar (o “tender puentes”) entre racionalidades, personas, instituciones y disciplinas. Este papel mediador, de puente (pontifical) demanda de sus cultores una perspectiva amplia, no limitada a un discurso disciplinario particular. Se corporiza en instituciones sociales que emplean el diálogo como herramienta para formular problemas, articular disensos y arribar a consensos. En los comités y comisiones, las personas se representan a sí mismas pero también a sus grupos de referencia o pertenencia (profesiones, géneros, razas, estratos sociales, condición en la comunidad).

Si se aceptan las definiciones entregadas antes, puede concebirse a la bioética como un conjunto de tecnologías complejas diseñado para regular o controlar otras tecnologías. En ella, como en otras disciplinas, puede observarse una multiplicidad de aspectos: productivo, simbólico, normativo, utilitario, entre otros.

La rápida difusión del punto de vista bioético en las ciencias de la vida y la salud puede explicarse por algunos procesos sociales relativamente evidentes.

En primer lugar, la rápida expansión del sistema tecnocientífico, que se ha profesionalizado y diversificado, alcanzando una autonomía no

imaginada hace algunos años. La confianza en el poder de la tecnociencia para resolver los dilemas y dificultades de la vida contemporánea ha llevado, por un efecto de halo, a imaginar que solamente las expertocracias, esto es, los grupos de expertos premunidos de conocimiento formal pueden hablar en nombre de la sociedad o realizar funciones relevantes.

Ello ha generado inusitadas expectativas entre los usuarios, beneficiarios o clientes de los sistemas de servicio en el cuidado de la salud. La percepción popular, alentada por la saga heroica de la ciencia médica batallando contra la enfermedad, los microbios, la muerte y el dolor, imagina que es cuestión de tiempo para que el progreso haga olvidar la finitud de la vida humana, la fragilidad del organismo biológico y la labilidad de los procesos psicológicos y relacionales.

A ello debe sumarse el poderoso impacto del complejo “técnico-médico-industrial”, con su carácter de fuerza económica dominante y la explotación de los logros técnicos y las expectativas societarias en el seno de una “racionalidad pecuniaria” (Henry, 1967). El lucro va asociado a los bienes transformados en *commodities* y la salud, la calidad de la vida y el bienestar son bienes. Lo son no solamente en el sentido de buenos y deseables. También, porque se transforman en demandas, esto es, deseos y necesidades cuya satisfacción exige esfuerzo o pago. Los intercambios de naturaleza económica, bajo el imperio de la omnipresente escasez, permiten margen de ganancia y eventual afán de lucro. No es neutral hablar de conocimiento técnico y suponer sin más que fue adquirido y será usado en una beatífica neutralidad valórica. Las formas del poder se han diversificado y vuelto más sutiles. El poder económico es hoy críptico, oculto, ejerce sus efectos y extiende sus influencias en formas difíciles de descubrir o anticipar. Bajo la más altruista y solidaria de las iniciativas puede descubrirse este poder, cuyos efectos son aun más profundos si se lo niega o minimiza.

A este complejo panorama debe agregarse el cambio experimentado por muchas profesiones de ayuda, resultado y consecuencia de los

procesos indicados. Ejercer la medicina, en sus aspectos prácticos o teóricos, es hoy significativamente diferente de hace algunas décadas. La iatrogenia²⁰, culposa o inocente, hace el escenario enormemente complejo. Otras profesiones se arrogan el derecho de controlar a los médicos, a la medicina y a todos los profesionales que tratan con la salud. El aumento de los juicios por negligencia médica o mala práctica no es solamente resultado de un público más consciente de sus derechos. También es expresión de una clase jurídica más interesada en obtener beneficios y poder. Es evidente que estas afirmaciones no pueden generalizarse, pero la existencia de soterrados y a veces no explícitos motivos para el comportamiento social y corporativo debe estimular un análisis más intenso.

No debe olvidarse el impacto producido por el propio nacimiento de la bioética como “proceso social”, “procedimiento técnico” y “producto académico”. Tanto la revitalización del discurso sobre derechos humanos como la etapa emotiva de la bioética estadounidense (caracterizada por “casos impresionantes” como Tuskegee o Willowbrooke) han producido una avalancha de declaraciones, guías, regulaciones y leyes. La mayoría de los casos clásicos se refiere más a la investigación biomédica que a la asistencia sanitaria. Lo cual obliga a considerar las relaciones entre investigación y asistencia en forma reiterada. La Declaración de Helsinki, revisada por quinta vez el año 2000, introdujo en sus versiones anteriores (empezando por la original de 1964) la distinción entre investigación terapéutica y no-terapéutica. Para algunos autores, esta distinción carece de sentido y ha causado más problemas que progresos. Es un tema que merece reiterado examen (Levine, Gorovitz, Gallagher, 2000).

Debe observarse que el péndulo social oscila entre posiciones extremas. Al arrollador universalismo de la postguerra inmediata, plasmado en declaraciones “universales” y retórica de “humanidad global”, han seguido fases de localismo extremo en lo político, lo económico y lo social. Esto incide en las concepciones, implícitas y explícitas, sobre lo

universal o lo particular de los valores y las creencias. La experiencia demuestra que toda manifestación extrema en uno u otro de estos sentidos deja insatisfechas a las personas. Lo más probable es que documentos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos sean violados permanentemente en los hechos aunque celebrados en los dichos.

Bajo tales condiciones de contorno, las instituciones relacionadas con la investigación y la asistencia en el campo de la salud han debido responder a inéditas demandas, cuando no amenazas, y reaccionar anticipando desafíos de muy variada naturaleza. Sin duda, el más ubicuo de tales desafíos se relaciona con la evaluación ética del trabajo. Como la reflexión ética convencional no parecía lo suficientemente veloz o audaz y la clásica deontología de las profesiones no cubría todas las situaciones, puede afirmarse que la bioética vino a llenar una auténtica necesidad. En este sentido, debe considerarse un nuevo producto cultural demandado por las circunstancias, existentes especialmente en Estados Unidos de Norteamérica, que responde primariamente a ellas. Los años suelen contarse desde la generación del vocablo, lo cual en parte es correcto porque él permitió cristalizar inquietudes que existían y dar densidad a otras que se hicieron apremiantes. Sin embargo, la idea detrás del vocablo, al menos para uno de sus introductores, el Dr Van Rensselaer Potter, era más amplia e incluía una suerte de solidaridad biosférica con todos los seres vivos a fin de preservar y salvar el planeta. De allí que ante el giro adoptado por la preocupación bioética ulterior, el Dr Potter haya preferido rebautizar su propuesta como “ética global”. Hay por consiguiente una acepción amplia de bioética, en que todo puede incluirse, y una más restringida, confinada al ámbito de la salud. De ambas, la que aquí nos interesa es la segunda, reconociendo que obviamente los problemas “reales” nunca son de un “compartimiento” arbitrario de la vida social y nada deja de estar vinculado con otras esferas de la vida.

Cabe señalar que aparte estas determinaciones temáticas, es posible distinguir diversas formas de bioética por su intención y alcances. Así,

cabe hablar de una “bioética fundamental”, que como disciplina desarrolla temas substantivos y cruciales, de una “bioética normativa”, que analiza las normas técnicas y sociales, “regulatoria”, si reglamenta prácticas, “cultural”, si pone el acento en las diferencias regionales y locales, o “clínica” si se centra en el microambiente de la atención sanitaria. Estas especificaciones disciplinarias pueden desdiferenciar uno de los mayores méritos del pensar bioético, cual es haber retrotraído problemas y preocupaciones a su estrato originario en el mundo vital (*Lebenswelt*) de las personas, antes de que cada disciplina los refrasee y formule en sus términos. La misma formulación de qué constituye un legítimo problema debiera hacerse en una suerte de “horizontalización” distinta de la tradicional estructura vertical de las relaciones entre expertos y profanos. Esto es, que los interesados e interesadas en algo puedan formular sus apreciaciones y dudas antes de la concreción especializante de las disciplinas establecidas. Más que anular discrepancias y alcanzar consensos, los métodos bioéticos debieran permitir la articulación de los disensos, la síntesis convergente de las inevitables diferencias de puntos de vista y el empleo creativo del diálogo, si no para resolver, al menos para “disolver” los dilemas en la superior síntesis del interés humano. Como los dilemas son problemas cuya solución es otro problema, cabría llamar a esta postura dialógica en lugar de dialéctica, pues no espera anular ni reemplazar argumentos sino elaborar formas de convivencia.

El discurso bioético suele encontrarse, cuando se lo observa en distintas sociedades, en una de tres condiciones o fases: *emotiva*, cuando la comunidad reacciona ante alguna denuncia o circunstancia que causa inquietud o alarma; de “reconstrucción”, cuando pasado el escándalo o la estupefacción iniciales se reconstruye el ideario o el argumentario moral y hay debate y, finalmente, de “consolidación”, en la cual se institucionaliza la bioética en grupos de trabajo, institutos, cátedras, revistas y cursos avanzados. En Estados Unidos se ha entrado claramente en la última fase con una acelerada profesionalización. En otros países ha faltado la

etapa emotiva, que es importante para crear conciencia y demanda, por lo cual a veces es necesario inducirla, y en muchos se está en la etapa reconstructiva, poniendo a punto instituciones sociales adecuadas para el diálogo bioético.

LA INVESTIGACIÓN QUE INVOLUCRA SUJETOS HUMANOS

Renovación disciplinaria e impacto social. Invención, innovación, transformación. Tales argumentos y aspectos son fáciles de aceptar y entender. Se aplican a toda forma de investigación, o al menos es posible acomodar dentro de ellos las más frecuentes.

Sin embargo, es necesario detenerse a reflexionar en lo que significa la expresión “investigación que involucra sujetos humanos”. Obsérvese que decir “en sujetos humanos” sugiere usar a las personas como conejillos de Indias. Utilizar la fórmula “con sujetos humanos” podría implicar que los sujetos, en forma algo más activa, participan en la investigación. Lo cual, estando más cerca de la realidad, ha llevado a algunos autores a hablar, no de “sujetos” sino de “participantes”.

No todos los participantes, sin embargo, participan igual. El término sujeto, con todas sus imprecisiones e inadecuaciones, es preferible a participante. Participantes son también los investigadores, los que aportan dinero, los que administran las instituciones de investigación. De todos ellos hay que hablar. A todos hay que hacer alusión. Pero aquí deseamos referirnos a las personas que sirven para generar conocimiento universal y generalizable en forma de teorías, leyes y principios y que entran en una forma de relación social peculiar con otras personas, de intereses diferentes, que son investigadores, patrocinadores de ciencia y administradores.

La primera pregunta legítima que cualquier persona puede hacer es: ¿Cuan necesario es realizar estudios en sujetos humanos? ¿Es indispensable? Si es así, desde cuando se practica y por qué.

Las respuestas a estas preguntas han sido dadas muchas veces. Toda intervención médica tiene algo de experimental. Por muy repetido que

haya sido un tratamiento, por muy frecuente que sea la administración de un medicamento, por muy habitual que sea una intervención quirúrgica, siempre habrá un factor imponderable de indeterminación. Algunas personas reaccionan en formas inesperadas a medicamentos del todo corrientes. Azares imprevisibles pueden hacer fracasar la más rutinaria de las intervenciones. Cuando un médico hace una indicación, siempre juega con el azar.

Precisamente, para reducir ese azar de las intervenciones es que la moderna ciencia médica debe, en alguna etapa de sus desarrollos, recoger datos de personas en las personas mismas. A fin de aportar pruebas que den confiabilidad a las ministraciones de la medicina, los científicos recogen experiencias bajo condiciones controladas y someten a reiterado examen sus hipótesis. Por muy fundamentado que parezca un aserto en las publicaciones previas, por mucho que las moléculas se muestren dóciles en el laboratorio o en el animal de experimentación, la prueba humana es insoslayable. De allí la importancia de tipificar esta forma especial de encuentro interhumano: el que se produce entre el investigador y el sujeto de la investigación.

Lo que parece obvio, no lo es. Hay diversas formas de encuentro interhumano en las cuales una persona recoge datos sobre otra. Un funcionario de impuestos revisa las declaraciones de renta. Una periodista hace un reportaje sobre un individuo cualquiera. Un médico examina a sus pacientes. Un psicoterapeuta indaga sobre la biografía. Un policía interroga a un sospechoso.

Todos son ejemplos de interacciones destinadas a reunir informaciones y datos. Pero no todas son investigación científica. Precisar qué constituye un proyecto de investigación, o actividades de investigación, no es siempre sencillo. Especialmente en el medio universitario de los países en vías de desarrollo, que imitan muchos de los usos de los desarrollados, el tema de la investigación tiene muchas aristas. Por ejemplo, los sistemas de evaluación del rendimiento académico imitan la idea de que las publicaciones “de corriente principal” son la única prueba

fehaciente de creatividad. Las pequeñas comunidades científicas cultivan un sentimiento elitista y se sienten más interpeladas e interpretadas por sus pares de otras latitudes que por sus vecinos de edificio. Cultivan una forma de soberbia depresiva, que les hace sentirse incomprendidos en su medio, mal remunerados y poco respetados en sus legítimos fueros y derechos. De resultas de ello, se fuerza a personas e instituciones a fingir una actividad que como práctica social exige un desarrollo previo en muchas áreas y que en realidad cumple diversas funciones sociales según la comunidad y el tiempo histórico.

Aparte estas consideraciones de coyuntura, es posible pensar que una actividad de recolección de informaciones y datos es investigación cuando contribuye a formar conocimiento, que es información organizada con algún interés social. El interés propio del conocimiento *ex investigatio*, propio de la investigación, es aquel que inventa nociones que permiten ampliar el ámbito de lo mentable, de lo rotulable y de lo manipulable. A eso se alude cuando se dice que es conocimiento generalizable, guiado por hipótesis y conducente a hipótesis, fértil en asociaciones y capaz de multiplicar los discursos. Piénsese solamente en las útiles ficciones de las ciencias modernas, la idea de átomo, de electrón, de célula. Ninguna de esas ideas es un producto “natural”. Son invenciones que permiten interpretar hechos de la experiencia, ordenarles en un sistema organizado de creencias. Por lo tanto, *investigación es una actividad que recoge, sistematiza y perfecciona observaciones siguiendo una directriz de perfección de ellas mismas o de los modos por los cuales se generan nuevas observaciones*. Esto equivale a perfeccionamiento de los productos (datos y sus aplicaciones) y los procedimientos (métodos para recoger, métodos para organizar, métodos para conservar datos). En conjunto, se espera que los procesos sociales sean influídos por las ciencias en el sentido de hacerse mejores, más saludables y de mayor perdurabilidad. Ciencia, se dice siempre, es progreso, es desarrollo, es bienestar.

Aparte esta guía por hipótesis y la dimensión creativa, investigación es también actividad que alguien ejecuta por un deseo personal

de recompensa. Puede ser fama, dinero, prestigio, poder o una combinación de estos premios sociales. De allí se infiere que, en el intercambio social de la investigación con o en sujetos humanos, la motivación del investigador no coincide con la del sujeto. Ambos son participantes en sentido amplio. Ambos obtienen alguna forma de beneficio. Pero el beneficio para el investigador es directo y para el sujeto puede no serlo. El interés del investigador no consiste en beneficiar individualmente a este o aquel sujeto, como en la atención profesional médica, sino en beneficiar a la sociedad y, también, en beneficiarse a sí mismo. Hacer carrera, presentar publicaciones y ponencias, registrar patentes, adquirir posiciones en la comunidad académica, son legítimas metas de los investigadores y sería vano negarlas. Al agregar este factor de interés y beneficio a lo que legítimamente puede ser rotulado de investigación sólo admitimos algo que suele no mencionarse. Algunas dificultades éticas que revela la experiencia internacional proceden del celo extremo por parte de algunos científicos en obtener datos descuidando el respeto a las personas o consideraciones sobre riesgo y beneficio para los sujetos experimentales. Salvo que se crea ciegamente la saga heroica del científico altruista a quien sólo interesa la verdad, en realidad la asimetría de intereses debe considerarse cuando se estudia la investigación que emplea sujetos humanos. A diferencia de otros "objetos" de las tecnociencias, estos "sujetos" interactúan con el investigador de una manera significativa. Directamente, en el contacto cara a cara, o indirectamente, en los estudios poblacionales o de muestras de tejido, datos de archivo u otros residuos "fósiles" de la presencia humana. Durante el proceso de recolección de los datos o después de su publicación, las re-acciones de los sujetos distan mucho de ser neutrales, en el sentido que lo son, por ejemplo, las de los animales de laboratorio o las partículas elementales. La dialéctica de la ciencia se convierte aquí en diálogo interhumano.

LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA DE LOS SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Uno de los principales aportes del llamado código de Nüremberg consistió en destacar que la participación de los individuos en la investigación médica debe ser voluntaria. Antes de su publicación ya existía la noción de consentimiento informado, con sus numerosas manifestaciones en la teorización jurídica, en la práctica legal y en la regulación sanitaria (Castaño de Restrepo, 1997; Pellegrini & Macklin, 1999; Simón, 2000).

Esencialmente, se trata de consagrar el derecho de las personas de disponer de sus cuerpos, su honor y sus potencialidades y autorizar o negar las intervenciones que sobre ellos se hagan. La medicina nacionalsocialista no se diferenció de otras del período en lo relativo al racismo y la sistematización de la investigación, actividad que previamente había sido un subproducto casual y azaroso de la asistencia médica. Sin embargo, la naturaleza inhumana de sus prácticas y el hecho de que el estado nazi perdiera la guerra hizo que sus exageraciones y yerros quedaran como ejemplarizadoras instancias para corrección.

La noción de “voluntariedad” que subyace a los diferentes textos relativos a la participación de personas en la investigación y en la asistencia es compleja. No puede afirmarse que sea uniformemente interpretada o entendida por todos los participantes ni que en las diferentes modalidades de investigación biomédica tenga el mismo impacto.

Por de pronto, ya el ser voluntario es un rasgo peculiar, que selecciona personas de un tipo especial. Es posible que carezca de interés en algunos estudios, pero los psicológicos y del comportamiento están obviamente influidos por esta característica. Ser voluntario puede corresponder a una especial estructura de personalidad o denotar alguna tendencia general del sujeto. Rehúsar ser voluntario en un estudio que podría salvar vidas, puede interpretarse como falta de solidaridad. También, como un rasgo psicológico.

Muchas personas han sido tradicionalmente excluidas de los grupos de voluntarios. Las mujeres en edad fértil están expuestas al embarazo y con ello a riesgos adicionales. Esto puede reducir el número de estudios esenciales para la salud de esos grupos y limitar la utilidad de los datos disponibles. Si antes se insistía en la protección de los sujetos, lo que a veces implicaba exclusión, el principio de justicia indica que han de repartirse riesgos y beneficios de manera equitativa. Muchas disposiciones y normas actuales destacan este punto. Con ello ha cobrado vigencia el curioso derecho a ser voluntario, que fue invocado por algunos en las etapas precoces del ensayo de drogas contra el SIDA. Para esas personas, aun la mínima esperanza de efectos curativos les hacía desear ser incluidas en los ensayos.

El voluntario, por lo tanto, no siempre es voluntario. Sabido es que personas afectadas de graves dolencias ven en los ensayos terapéuticos la única posibilidad de curación y por ello insisten en ser admitidos como voluntarios. Su voluntariedad puede ser puesta en duda.

Lo propio vale para personas en condiciones vulnerables. Por ejemplo, los estudiantes de un curso, los empleados de una firma, los niños pequeños o las personas con alteraciones mentales pueden expresar sus deseos y preferencias pero no siempre puede asegurarse que sean comprendidos o respetados. Cualquier situación de sujeción o dependencia se presta al abuso. La mayoría de las declaraciones nacionales e internacionales sugiere medidas especiales. Por ejemplo, aunque los niños pequeños pueden no comprender todo lo que se les propone y necesitan el consentimiento de un tutor autorizado, nunca debe dejar de respetarse la voluntad del menor, si es capaz de darla. Suele hablarse de asentimiento para distinguir esta forma de aceptación del consentimiento completo e informado.

Las excepciones al principio de voluntariedad suelen estar relacionadas con la intención terapéutica. Por ejemplo, investigación en emergencias que ponen en peligro la vida, intervenciones en la comunidad que son necesarias para prevenir enfermedades (el caso ejemplar es la

vacunación masiva), situaciones en las cuales sea imposible obtener el consentimiento por no estar presentes las personas (el caso de muestras de tejidos o fluidos conservados después que las personas no están ya disponibles). Cada una de estas situaciones justifica análisis por parte de comités de ética de la investigación que velen por la mantención de principios éticos y puedan representar intereses distintos de los que animan a los investigadores.

La expectativa terapéutica es motivación importante para ser voluntario en algunos casos. El ensayo clínico aleatorio (*randomized clinical trial*) es el artilugio metódico más representativo de la medicina del siglo XX en su vertiente biológica. Instalado en el ideario médico a partir de casos clásicos, como el empleo de estreptomycin en la tuberculosis, luego refinado y adaptado a muchos contextos, el ensayo supone que se comparan intervenciones, medicamentos o dispositivos en forma tal que pueda aseverarse si una o más son mejores que sus equivalentes, si agregan alguna ventaja o promueven algún beneficio. En años recientes, la idea de que no siempre está justificado usar un elemento de comparación inerte o no eficaz (placebo) ha sido ampliamente debatida. Tradicionalmente, el ensayo clínico aleatorio era simple: bastaba comparar el tratamiento juzgado eficaz —o presumiblemente útil— con un control carente de él. Para homogeneizar las condiciones, a veces se simulaba dar el tratamiento sin darlo, en desconocimiento tanto del sujeto como del investigador (*double blind* o doble ciego). A fin de asegurar si la secuencia de las intervenciones tiene algún efecto o si las modificaciones efectivamente se deben a ellas y no a otro factor, solía emplearse el diseño *cross-over*, cambiando las condiciones del experimento de modo que el grupo placebo pasa a ser experimental y viceversa.

En realidad, el diseño de estudios clínicos se ha hecho sumamente complejo y no es éste el lugar para detallar sus variedades y sutilezas. Sin embargo, es conveniente recordar que suelen clasificarse en dos grandes grupos. Por una parte, los estudios llamados “explicativos”, que apuntan a descubrir algún mecanismo responsable del efecto o aportar alguna infor-

mación hasta entonces no conocida. De otro lado, los estudios “pragmáticos”, que sólo buscan entregar directrices prácticas respecto de las ventajas comparativas de dos o más intervenciones. En el primer tipo, el tema del placebo es muy relevante. En el segundo, que trata de reflejar las condiciones de la vida real, es objetable privar a las personas del grupo control de una terapia reconocidamente eficaz. Aunque la pureza del diseño puede resentirse con esta exigencia, es un caso en el cual el respeto a la dignidad de las personas puede entrar en conflicto con el deseo de adquirir nuevo conocimiento generalizable.

En este punto es conveniente recordar que la buena práctica científica es una disposición del ánimo y no simple aplicación de reglas. No puede ser éticamente aceptable un estudio metódicamente mal concebido. El imperativo técnico es ya imperativo ético. Esto es cierto de todo oficio, profesión o arte pero muy especialmente de los que están relacionados con personas de manera directa. Así la medicina, la enfermería, la investigación clínica. En tales prácticas sociales lo buscado no es aquello que satisface los requisitos mínimos sino lo que lleva a la excelencia, la máxima bondad, la virtud como plenitud de potencias de sujetos, objetos y situaciones. La palabra griega *areté*, usualmente traducida como virtud, en realidad alude a la excelencia y la perfección. El profesional de la ciencia debiera aspirar a ella y no solamente a cumplir requisitos. Una investigación mal concebida, insuficientemente fundamentada, de efectos inadecuadamente anticipados no debiera realizarse. Hace perder tiempo, dinero, esfuerzo. Pone en innecesario riesgo a personas.

Cabe preguntarse si es posible separar con nitidez los aspectos científicos de los morales en un proyecto de investigación. Por lo dicho, parecería que en todo caso es difícil. Al abordar este asunto, es útil hablar de méritos. El “mérito técnico” de una propuesta solamente puede ser evaluado por los pares en la disciplina. Se refiere a la legalidad de los métodos, a la propiedad de las preguntas, a la forma razonable de abordar la tradición de problemas de la disciplina. El “mérito científico” alude a la capacidad fertilizadora de una propuesta, la incitación que

proporciona para pensar y expandir horizontes, no necesariamente del campo limitado de la temática puntual sino de la disciplina amplia y del trabajo científico en general. Puede ocurrir que una propuesta técnicamente deficiente tenga el mérito de ser altamente imaginativa e insinuar posibles investigaciones a otras personas. A la inversa, una propuesta técnicamente irreprochable puede no contribuir en nada al bagaje de invenciones e ideas de las disciplinas. Por ende, es conveniente considerar en forma separada estos dos méritos.

Finalmente, el “mérito social” se refiere a los beneficios y consecuencias que tendrá que realizar la investigación. Aquí la impronta de los principios de justicia y beneficencia es más marcada. Debe evaluarse lo que efectivamente queda, como contribución no solamente de informaciones, datos y conocimiento sino también de cultura en tanto valor humano. Los valores son universales de sentido que orientan la vida. Es posible que una sencilla investigación no sea decisiva para cambiar la percepción o la valoración. Sin embargo, el verdadero mérito, la real virtud del estado de ánimo llamado buena práctica es aspirar al bien mayor de la cultura.

Jürgen Habermas rotula estos méritos dentro de racionalidades: la instrumental, orientada a conseguir resultados, la hermenéutica, dirigida a ampliar la comprensión, y la emancipatoria, relacionada con la humanización. Es una forma aun más elocuente de tipificar los productos a que puede aspirar una propuesta científica (Habermas, 1988).

No hay metódica ni diseño adecuados si no se toman en consideración los contextos en que se verifica la investigación. El mismo proyecto tiene significados diferentes según donde sea realizado, quienes lo patrocinen o dirijan y qué comunidad examine sus resultados, sea afectada por ellos o se beneficie de sus consecuencias. La cultura local, las tradiciones, las expectativas de investigadores, financistas y participantes. Por supuesto, no es lo mismo investigar sobre una terapia con posibilidades inmediatas de desarrollo masivo que sobre una empleable sólo en

casos especiales. Hay datos relativamente obvios, mas no por eso menos notables, que indican que los investigadores que reciben subsidios de empresas farmacéuticas tienden a informar mejores resultados con sus productos que quienes no reciben apoyo. No se quiere insinuar venalidad ni corrupción. Puede suceder que los primeros sean instados con mayor energía a publicar resultados positivos y a no publicar los negativos. Puede ocurrir que los subsidios fueron otorgados precisamente porque estudios previos anticipaban resultados positivos. Lo que debe destacarse es que los factores extracientíficos pueden tener impacto en el comportamiento de los científicos y por ende en sus productos. El clima moral y la vulnerabilidad de las poblaciones investigadas agregan factores imponderables al proceso y al producto de la investigación científica, especialmente en el campo sanitario. El entorno jurídico suele proporcionar los límites de lo permitido y generalmente codifica una experiencia comunitaria.

Tiene la investigación médica la ambigüedad de ser considerada beneficiosa en forma directa para los sujetos experimentales. Esta “confusión terapéutica” puede inducir a algunas personas a participar en ensayos clínicos. La confianza en los médicos y la esperanza de beneficios deben contarse entre los incentivos más poderosos para ser voluntario (Kass *et. al.*, 1996). Pero hablar de investigación terapéutica *versus* no terapéutica es renovar una polémica relativamente estéril. Hubo una época en que todos los avances del conocimiento médico se producían azarosamente, en el curso de tratamientos. La institucionalización y profesionalización de la pesquisa científica se tradujo en una segregación parcial de papeles, pero es evidente que en todo proyecto cabe identificar componentes: algunos se pueden identificar como terapia, otros como adquisición de conocimiento, y también hay simple interacción humana entre investigador y sujeto. Cada componente debe ser valorado en forma independiente, para lo cual hay que poner a punto adecuadas herramientas de análisis.

LA CONFUSIÓN ENTRE TRATAMIENTO E INVESTIGACIÓN

Muchas veces se confunde lo que es habitual con lo que es efectivo. No porque se practiquen abundantes amigdalectomías es ésta una operación de probado beneficio. La sangría, que tan copiosamente empleaban los antiguos y que no fue eliminada del arsenal terapéutico sino hasta bien avanzado el siglo XIX, podía a veces considerarse beneficiosa, simplemente porque se desconocía su efecto. El propio Benjamín Rush, el patriota norteamericano considerado el primer psiquiatra de Estados Unidos, a pesar de casi morir él mismo por sangrarse, estaba convencido de las virtudes terapéuticas del método.

“Lo que siempre se ha hecho” es una pesada inercia, que desafía la introducción de prácticas nuevas. Muchas excusas para no innovar se basan en esa afirmación. Al fin de cuentas, como ya decía Maquiavelo de los gobernantes, los que están asentados en la conciencia y el poder tienen la ventaja de poseer, al menos, algunos adeptos ciertos. Los que tratan de tomar el poder siempre contarán con tibias adhesiones. Las novedades siempre han engendrado desconfianza, cuando no pavor.

Por cierto, lo inverso puede ser explotado. Ser innovador, audaz, asertivo, cambiar (aunque sea sólo por cambiar) es ser progresista. Y a la mayoría gusta pasar por tal. Explotar lo “nuevo” ha sido desde siempre triquiñuela propagandística eficaz. En una época no remota se podía comprobar con facilidad que la palabra más frecuente en la propaganda era “nuevo” o “nueva”. Todavía algunos clásicos del mercadeo siguen usando la táctica de la novedad.

Nada sustantivo ha agregado la llamada “medicina basada en pruebas” (*evidence-based medicine*) sino refrescar el viejo aserto de que hay que tener demostraciones para afirmar algo. Lo nuevo es tal vez el conjunto de procedimientos para extraer información que yace enterrada en artículos y libros y formularla de modo que provea respuestas a preguntas bien planteadas. Va de suyo que buena calidad de la pregunta asegura buenas respuestas. Como dice el adagio, “no hay preguntas

indiscretas, sólo las respuestas lo son”. Asimismo, no hay respuestas ni soluciones buenas o malas sino preguntas bien o mal formuladas.

Supongamos que alguien desea ensayar un nuevo analgésico. Lo más probable es que, según el arte, decida hacer un ensayo controlado. Sin embargo, alguien podría argumentar que viola la ética quien no administra el tratamiento eficaz, si existe, a todos los sujetos del estudio. De esa forma, será muy difícil argumentar que el tratamiento nuevo es bueno o malo. Lo único que podrá decirse es que es igual, mejor o peor que el ya existente. Pero el tratamiento existente no necesariamente es el óptimo. Es, simplemente, el que está disponible. Ha sido probado. La declaración de Helsinki dice, en el párrafo correspondiente, que debe darse a quienes participan en un ensayo clínico, *the best proven treatment*. En español habría que distinguir entre “tratamiento probado”, esto es, alguna vez ensayado, y “tratamiento comprobado”, esto es, que ha dado muestras de eficacia cierta. Distinción no simple ni sibilina, toda vez que en algunas áreas de la medicina predomina una provinciana conciencia de “escuela” y muchos tratamientos son empleados no por su eficacia mas por su coherencia con una implícita doctrina. Véase, como sencillo ejemplo, el estado de la terapéutica psiquiátrica en algunos trastornos y la frecuente expresión en labios de viejos clínicos: “a mí me ha ido bien con...”.

Por otra parte, el tratamiento –probado o comprobado– no consiste solamente en un fármaco o en una intervención metódicamente reglada. Es importante el contexto en que uno y otra se administra o aplica. De nada vale saber que los antidepresivos tricíclicos son eficaces para tratar un estado depresivo si las dosis son insuficientes, se administran desconociendo potenciales efectos negativos o descuidando medidas de control. La administración intravenosa de cualquier producto exige que las condiciones de asepsia del material y del procedimiento impidan infecciones. Conservar productos biológicos puede requerir instalaciones a veces no disponibles en países técnicamente atrasados. Es por tanto deseable que las afirmaciones globales sobre obligación de proveer ade-

cuado tratamiento, cuando exista uno probado o comprobado, consideren también el contexto en que tal tratamiento será administrado.

EL PAPEL DE LAS NORMAS

Las normas, regulaciones y convenciones parecen rigidizar la vida social, quitarle espontaneidad y privar a los profesionales de ejercer la virtud de la prudencia en sus decisiones. Algunas tienen carácter imperativo y su cumplimiento es una exigencia. Otras son sugerencias para la acción. Aun otras ejercen sus efectos sólo por imperio de la autoridad moral de sus proponentes y son seguidas por grupos específicos de personas.

El poder de las normas y prescripciones es por tanto variable y suele no depender de las normas mismas sino de quienes las proponen y hacen cumplir. Simbólicamente, seguir una norma implica no ejercer el derecho a decidir en forma autónoma y entregar la toma de decisiones a principios relativamente inmutables. Sin duda, la fascinación de la técnica tiene que ver con la concatenación maquina y con la escasa libertad en la ejecución de acciones. Un hombre puede concebirse como una máquina que puede hacer y decidir muchas cosas, hasta cosas contradictorias entre sí. Una máquina es como un hombre que puede hacer solamente una cosa. Eso, al menos, decía el poeta inglés Coleridge.

El incremento de precisión del hacer, del saber y del decidir maquinales es uno de los valores del pensamiento tecnocrático. Sus formas de expresión son innumerables: desde la medicina basada en pruebas (*evidence-based medicine*) hasta las regulaciones estrictas con que las compañías comerciales intentan contener costos, toda forma de pensamiento regimentado implica generar y respetar normas, establecer estándares, permitir comparaciones. El profesional, por supuesto, retiene la discrecionalidad en la aplicación de las normas, toda vez que su formación y experiencia le permiten una interpretación apropiada. De hecho, la relación con la norma permite distinguir al mero oficiante de una actividad del verdadero profesional, al cual hemos caracterizado

por poseer y usar conocimiento formal. Muchas disputas se han generado en torno al hecho de que las normas técnicas parecen coartar la discrecionalidad y limitar el ejercicio de la prudencia por parte de los profesionales.

Aunque puede decirse que toda norma es técnica, en el sentido de que reglamenta y hace mecánica la toma de decisiones, algunas pueden considerarse sugerencias para el recto ejercicio que se apartan de lo meramente instrumental. Son normas éticas. Hay que recordar que toda ética deriva de la técnica y que el principal y primer precepto de la buena práctica es la práctica según el arte. De la tradición hipocrática se desprende que no puede haber médico bueno si antes no es o ha sido buen médico. *Lege artis* como primera admonición. *Lege societatis* como admonición complementaria, pero igualmente importante. Esto significa: nunca dejar de exigir la excelencia en el ejercicio del arte pero tampoco olvidar la adecuación a las demandas, necesidades y deseos de la sociedad humana. Las normas éticas responden en realidad a este segundo imperativo, aunque es difícil, en ocasiones imposible, separarlo del primero.

Las normas éticas pueden presentarse en distintas formas. Los códigos de ética recogen obligaciones que un grupo de practicantes de un oficio se autoimpone en relación a los que no pertenecen al grupo (clientes, pacientes, usuarios) y en relación a los miembros del propio grupo (pares, colegas, cófrades). El segundo aspecto puede ser llamado “etiqueta” porque incluye normas de buena crianza y de cortesía entre personas de similar condición.

Algunas declaraciones de carácter jurídico han promovido importantes cambios en la forma como se practica la investigación biomédica. Un buen ejemplo lo brinda el llamado Código de Nüremberg, documento que resume algunas de las conclusiones derivadas del juicio a los profesionales nacionalsocialistas que experimentaron con prisioneros. Ese documento introdujo substantivos conceptos de perdurable influencia en la ética de la experimentación con sujetos humanos. Posiblemente

el más relevante fue el principio del consentimiento voluntario para participar en la investigación.

Algunas declaraciones realizadas por sociedades profesionales y científicas adquieren carácter de norma internacional. No necesariamente vinculantes, adherir a sus principios es una forma de manifestar pertenencia al grupo que las promulga. Respetar las directrices de la Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial, por ejemplo, puede influir sobre la posibilidad de publicar un trabajo en una revista que lo exija como precondition. Esta declaración, revisada en cinco ocasiones, es relativamente restrictiva al identificar a los médicos como conductores del proceso de investigación. Es posible que otros profesionales no sientan el mismo compromiso si dirigen estudios clínicos. Es clásico recordar que muchos médicos juran según el llamado juramento hipocrático, texto que indudablemente alude sólo en forma metafórica a los dilemas actuales. En algunos países ha sido reemplazado por otros. En todo caso, hay que recalcar que el citado juramento se refiere a la asistencia médica y a la terapéutica y que la investigación es un fenómeno relativamente reciente en la historia y no debe ser confundido con ellas. Una de las confusiones más perdurables se debió precisamente a las expresiones de la Declaración de Helsinki, al distinguir entre “investigación terapéutica” e “investigación no terapéutica”, según hemos observado.

Hay muchas declaraciones internacionales de carácter general, aplicables en el contexto de la investigación biomédica y psicosocial, que contienen normas o guías para tomar decisiones en casos dudosos. En 1982, el Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), en conjunto con la Organización Mundial de la Salud, propuso algunas directrices que en lo esencial permitían adaptar los principios de Nüremberg y Helsinki a las condiciones de los países subdesarrollados y a la investigación realizada en el contexto internacional. Estas propuestas, refinadas y comentadas extensamente, se publicaron en 1991 para estudios epidemiológicos y en 1993 para investigaciones biomédicas

que involucran a sujetos humanos. En ellas se incluyen temas no desarrollados en documentos previos, tales como la conveniencia de desarrollar, en los países que albergan pruebas clínicas o ensayos de investigación, capacidad de análisis científico y ético.

Ninguna norma, ordenanza, lineamiento, directriz o guía puede reemplazar el juicio de los profesionales calificados o los dictados de una conciencia sensibilizada a los principios morales. No obstante, ello no vuelve inútiles los textos porque reflejan lo que puede considerarse universal consenso y sirven para fijar exigencia mínimas.

Las normas muy estrictas están expuestas a no ser respetadas si imponen exigencias en desacuerdo con la cultura institucional donde deben practicarse. Las muy laxas o vagas suelen no tener valor. El formular una ordenanza acorde con las expectativas societarias y con el microambiente en que serán efectivas es un verdadero arte.

Puede decirse que tan importante como la norma, ordenanza, regulación o directriz es la clave de su interpretación. No hay lecturas canónicas de ningún texto. Los textos muestran significaciones múltiples al entrar en contacto con lectores diversos. La interpretación adecuada y "oficial" se convierte en exigencia previa a cualquier aplicación de ellos.

Muchos documentos no han sido preparados con un fin normativo sino indicativo o de sugerencia. Usarlos como normas cuando no ha sido su finalidad inicial constituye un error que lleva a confusiones.

EL CONTEXTO SOCIAL DE LAS NORMAS ÉTICAS

La mayor parte de las declaraciones y textos internacionales sobre ética de la investigación médica ha sido formulada en respuesta a situaciones concretas que causaron perplejidad, asombro o escándalo. El Código de Nüremberg recoge las conclusiones del tribunal estadounidense que juzgó a los médicos nacionalsocialistas en 1947. La Declaración de Helsinki adaptó sus principios al *ethos* de la profesión médica e introdujo las nociones de riesgo-beneficio para los sujetos experimenta-

les y de revisión por un comité independiente de los investigadores, lo que ha sido mantenido y reforzado en la última revisión del año 2000. El Informe Belmont de 1979 fue el resultado de la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos en la Investigación Biomédica y Conductual, formada debido a los casos Tuskegee, Willowbrook y otros. Las normas internacionales CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences), propuestas inicialmente en 1982 y publicadas en 1991 (epidemiología) y 1993 (investigación biomédica) se orientaron a complementar y expandir los principios de la Declaración de Helsinki en el contexto de la investigación transnacional, especialmente la que se formula en países desarrollados y se ejecuta en subdesarrollados. El informe del Comité Asesor sobre experimentos humanos en radiaciones desarrolló extensamente el problema del engaño o la falsa información a sujetos experimentales.

Todos los textos disponibles abordan algún aspecto relevante de la ética de la investigación, sin que ninguno sea comprensivo. Incluso la última revisión de la Declaración de Helsinki, que incorpora el conflicto de intereses, o la revisión de las normas CIOMS, que aborda el beneficio de la investigación internacional para el país anfitrión (a menudo menos desarrollado que el país promotor del estudio), distan de contener todos los aspectos necesarios para proteger a los sujetos que participan en estudios epidemiológicos o clínicos.

La dictación de normas cada vez más exigentes en Estados Unidos y Europa, la necesidad de la industria farmacéutica de ensayar nuevos productos y la relativa lentitud con que se implanta una legislación relevante en los países de América Latina, el Caribe, África o Asia, convierte a estas regiones en lugares con alta vulnerabilidad para sus poblaciones. Estudios que no pueden realizarse en los países industrializados suelen encontrar profesionales y poblaciones en los periféricos o en vías de desarrollo.

RESPETO A LAS PERSONAS

Hay consenso en que la investigación que involucra sujetos humanos debiera respetar algunos principios fundamentales. El más general es

conocido como respeto a las personas. Encuentra expresión en la noción de autonomía individual y en la protección especial de los sujetos más indefensos o vulnerables.

El principio de autonomía reconoce la capacidad de las personas para decidir sobre lo que puede hacerse con su cuerpo y sus atributos sociales o intelectuales. Aunque en algunas culturas tiene más importancia que en otras, es aplicable a toda persona que se somete a un estudio clínico o experimental. La autonomía se respeta consultando a los potenciales participantes su voluntad de tales, previa información sobre el estudio y sus ejecutores. “Consentimiento informado” se ha convertido en la formulación habitual. Alude a un proceso social que consiste en brindar información en forma comprensible para el sujeto, cerciorarse de que la entienda y tenga opción de preguntar, brindar oportunidad para negarse o manifestar voluntad de colaborar. No es simple persuasión sino intercambio activo y respetuoso. Debe documentarse de modo apropiado, lo que se hace a menudo firmando un formulario, pero en ausencia de este procedimiento también se aceptan otros. No es necesario que recabe el consentimiento la misma persona que conduce la investigación. En algunos casos, es conveniente que sea solicitado por una persona que no intimide a los sujetos. Es improbable que un individuo enfermo se niegue a participar en un estudio si su médico tratante se lo solicita. Puede sentirse más libre de preguntar o negarse si quien se comunica con él es un miembro de menor jerarquía dentro del equipo investigador.

Hay casos en los cuales puede aceptarse omitir el consentimiento informado directo. Ellos deben ser cuidadosamente explicados y revisados por un grupo de personas ajeno al equipo investigador (comité de ética de la investigación).

VULNERABILIDAD

La mayor parte de los textos indica que un consentimiento obtenido bajo coerción, amenaza, intimidación o influencia indebida es inválido. Es necesario considerar condiciones culturales, sociales, educacionales,

económicas y de naturaleza interpersonal. Muchas predisponen a la vulnerabilidad, esto es, a situaciones de indebido o desconocido riesgo. Aunque la vulnerabilidad suele asociarse con poblaciones especiales (niños, pacientes psiquiátricos, personas inconscientes, moribundos) un enfoque analítico con énfasis en el contexto es más apropiado. Así, hay una forma de vulnerabilidad cultural asociada a ignorancia, otra de carácter social debida al respeto que infunden figuras de autoridad, una jerárquica en el caso de individuos dependientes, una económica si la privación hace más dúctil el asentimiento y varias otras formas. No todas caracterizan por igual a las poblaciones llamadas vulnerables. Una vulnerabilidad por jerarquía, por ejemplo, puede no incidir en la respuesta anónima a un cuestionario aunque sí ser importante al aceptar un tratamiento físico. Vulnerabilidad no es un estado “todo o nada”. Trabajar con una población vulnerable está permitido siempre que se tomen los debidos resguardos sobre riesgos o daños.

La vulnerabilidad debe verse también en una perspectiva de justicia. Tradicionalmente, las poblaciones consideradas vulnerables fueron excluidas de las muestras de sujetos con el fin de no exponerlas a riesgos. En la actualidad, se piensa que ello puede resultar injusto al privar a los investigadores de datos relevantes para esos grupos. Por lo tanto, el muestreo debe ser equitativo, además de estadísticamente correcto.

En la práctica, es difícil identificar la vulnerabilidad y sus componentes, especialmente porque, además de ser compleja, está sometida a cambios a veces impredecibles.

BENEFICENCIA

Hay quienes sostienen que la beneficencia debe incluir dos aspectos. Por una parte, la no maleficencia. Este principio suele asociarse con el *dictum* hipocrático “Primero no dañar” y se refiere a evitar o prevenir daños a los participantes.

De otra parte, la admonición de beneficencia se refiere a maximizar lo positivo para los sujetos y en conseguir la excelencia en la acción.

Esto es especialmente aplicable al trabajo con poblaciones menoscabadas o vulnerables, en las cuales es imperativo implementar medidas positivas para compensar o atenuar su situación.

El beneficio puede tener diversas variantes. Por un lado, el que un sujeto específico deriva de un proyecto. Por ejemplo, el ensayo de una terapéutica potencialmente eficaz puede resultar positivo para alguien. En otro plano, se supone que el resultado de la investigación beneficiará a la sociedad y, eventualmente, a otros sujetos en condiciones semejantes. Finalmente, no debe olvidarse que la investigación beneficia a los investigadores, que obtienen prestigio, recursos y ascensos en la carrera académica.

Estos diversos beneficios y beneficiarios entran en el análisis que compete realizar a los comités de ética de la investigación. La tendencia actual es a identificar y declarar conflictos de intereses, situaciones en las cuales dos beneficios pueden ser incompatibles o en las que un beneficiario puede desconocer derechos de otros. Por ejemplo, priorizar el beneficio social en relación al individual, o el del investigador al de los sujetos.

JUSTICIA

El principio de justicia suele interpretarse como equidad. Los bienes y los males han de ser proporcionados al estatuto de las personas. Equidad no es igualdad. En algunas formulaciones, es dar a cada uno según sus merecimientos. En otras, es compensar la ceguera de la ley. Los semejantes deben ser tratados igual y los desemejantes diferente.

En la investigación médica hay muchas formas de relevancia de este principio. La más obvia se refiere al goce de sus productos. Algunas regulaciones internacionales proponen que los riesgos deben ser proporcionales a los beneficios. Se sugiere que las poblaciones en las cuales se ensayan productos e intervenciones tengan acceso en forma privilegiada a los productos de la investigación.

La justicia también incide en la forma de seleccionar a los sujetos, pues cada persona potencialmente beneficiable con los resultados de la investigación debiera poder ser sujeto de un ensayo. Esto contrasta

con la idea “proteccionista” de los sujetos que imperó en la época del Informe Belmont, con su énfasis en la “protección” de los sujetos. No se les “protege” a largo plazo si no se obtienen informaciones que en algún futuro pudieran ayudarles a mantener o recuperar su salud. Esta es una de las razones que mueven a los redactores de las normas a pedir que no se margine a las mujeres por su género. Aun los miembros de grupos socialmente marginados deben tener acceso a los beneficios de la investigación, manteniendo el respeto a su dignidad de personas.

También el principio de justicia conmutativa, como retribución proporcionada en las relaciones personales, puede tener una aplicación en la práctica de la investigación que involucra sujetos humanos. Es concebible pensar que alguien que se ha beneficiado de los resultados de la investigación biomédica desee retribuir el beneficio siendo a su vez voluntario.

IMPERATIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es un proceso social que produce conocimiento generalizable y renueva las disciplinas intelectuales. Ambos aspectos son valiosos.

Como proceso social tiene una dimensión cultural que impone mantenerla y financiarla. En sociedades donde no hay investigación “de frontera”, realizarla se justifica por su valor cultural y su impacto en la formación de profesionales idóneos. Independientemente del lugar del mundo donde se encuentren, los profesionales deben saber apreciar los resultados de las disciplinas científicas y seguir su desarrollo.

En todo proyecto cabe discernir méritos. El primero es el técnico. Puede ser juzgado sólo por los pares en la disciplina. Un estudio está bien o mal planteado, usa o no métodos adecuados, se inserta o no en una tradición legítima de pesquisa. Si una propuesta falla en este aspecto, ya es inmoral proseguirla o apoyarla. Lo ético se manifiesta primero en lo técnico, como ya dice la tradición hipocrática, que recuerda que

no se puede ser un médico bueno (o moral) si antes no se es buen médico (o buen técnico).

El segundo mérito es científico. La capacidad de fertilizar disciplinas, ampliar el horizonte de los expertos y de quienes no lo son, de inducir a la reflexión puede ser un producto fundamental de investigaciones cuyos productos no cumplen las expectativas de sus proponentes pero perfeccionan la comunidad científica y el estado del arte.

El tercer mérito, en otros sitios llamado social, se refiere a la legitimidad con que se conduce el proyecto, los efectos saludables que tiene su realización, la justicia que promueve el cultivo de las ciencias y la satisfacción que induce al lograr y perfeccionar metas comunitarias deseables. Este es el imperativo ético a que hacen alusión los textos y normas que regulan la investigación médica.

EL VALOR DE LAS NORMAS ESCRITAS

No existe real salvaguarda de los derechos de las personas ni respeto a su dignidad o manifestación de beneficencia y justicia en los textos y las normas. Como todo texto, una norma no tiene una única lectura canónica. Sus significados pueden ser múltiples y están expuestos a inadecuada comprensión, tergiversación intencionada y desconocimiento. La real protección para los sujetos y los principios éticos reside en la conciencia de los investigadores. Su educación es por ende esencial para que, más allá de una superficial y cosmética adhesión a códigos y rituales, adquieran conciencia crítica y un raciocinio bioético. Todos los dilemas de la disciplina médica no son anticipables en un texto, que siempre encontrará la diversidad de lo real como contraste, amenaza y desafío.

Tanto como educar a los investigadores los miembros de los comités de ética de la investigación deben ser ilustrados. También el público general, a fin de que entienda y acepte la existencia de la investigación médica. La labor que en tal sentido cumple el Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con sede en Santiago de Chile consiste en incrementar la “sostenibilidad ética” de

las decisiones de autoridades, gestores y patrocinantes de la investigación. Así como se destaca la sostenibilidad económica y la viabilidad de muchas iniciativas científicas, la experiencia de OPS en los países de América Latina y el Caribe señala la necesidad de cautelar que la investigación no solamente tenga mérito técnico y científico sino también mérito moral. Para ello no basta con difundir directrices o indicar prohibiciones. El sistema tecnocientífico y el complejo médico-industrial puede autorregularse en la medida que prevea las consecuencias de su desarrollo y no abuse de la vulnerabilidad de las poblaciones. El papel de la educación, ampliamente entendida, es esencial.

COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La gran mayoría de las regulaciones del proceso de investigación incluye el examen de los proyectos y protocolos por personas ajenas al proyecto. La práctica usual es establecer comités de ética de la investigación, diferentes de aquellos que controlan la práctica asistencial. Conocidos como *Institutional Review Boards* en la tradición estadounidense, sus principales tareas consisten en el análisis de riesgos y beneficios, el examen de los procedimientos empleados para obtener consentimiento informado, el seguimiento de los proyectos y el análisis de los conflictos de interés.

Existen numerosas recomendaciones sobre la mejor forma de organizar estos comités. Aparte de su independencia, es aconsejable que tengan acceso a la historia institucional y a proyectos previos del grupo que presenta una investigación. En su composición puede intentarse representar a las poblaciones objeto de estudios, lo cual plantea el problema de una elección adecuada de tales representantes.

Es difícil separar, en una propuesta de investigación, el análisis de su mérito científico del examen de sus condicionantes sociales y su adhesión a las normas éticas. En algunos medios, estas evaluaciones las realizan grupos diferentes, pero en la práctica son aspectos indisociables que exigen adecuada ponderación en conjunto. No es infrecuente encontrar justificaciones para proyectos basadas en probables beneficios

futuros, o mediocres protocolos que buscan ser aprobados por su impacto moral. Tal vez la primera regla en el análisis debiera ser la solvencia científica, pues ya es inmoral un proyecto que esté inadecuadamente presentado o no tenga en consideración los principios disciplinarios de su respectiva tradición de pesquisa. Este aspecto, en general, suele ser evaluable solamente por quienes están en posesión de un saber avanzado en la disciplina. Aunque la ortodoxia puede a veces equivocarse, es probable que haya menos daño en evitar malas investigaciones que en aprobar algunas dudosas. La proporcionalidad entre riesgos y beneficios, tanto personales como sociales, es un aspecto que debe ser reiterado. Una costosa investigación que conduce a pobres resultados es reprobable porque distrae tiempo y recursos de trabajos de mayor importancia. Los sistemas tecnocientíficos, también en este aspecto, buscan maximizar el beneficio y eso ya es una consideración ética.

No es infrecuente que los investigadores y técnicos vean el examen ético de sus propuestas como un innecesario obstáculo para la consecución de sus fines. Entre los especialistas existe la duda razonable de si personas no versadas en su disciplina pueden opinar sobre sus trabajos. También hay consideraciones de tiempo, pues tal examen retrasará la puesta en marcha de la investigación. Es por ello crítico que al constituir un comité se tome en cuenta la legitimidad que debe otorgarse a sus decisiones y recomendaciones, la pulcritud y prolijidad de sus trabajos y la confiabilidad de sus plazos de decisión.

En los ambientes en que se ha impuesto la práctica del examen ético independiente de los proyectos se ha visto que la aprobación de un protocolo no garantiza su cumplimiento durante el desarrollo de la investigación. Los comités que aprueban proyectos no siempre están en condiciones de acompañar su desarrollo. Lo cual trae como consecuencia que la ejecución de un estudio puede diferir de aquello que se presentó como salvaguarda de aspectos éticos. Incluso, puede haber modificaciones substantivas que obliguen a cambiar las condiciones de trabajo o las formas de consentimiento otorgado por los sujetos de la in-

vestigación. De allí la necesidad de cautelar el seguimiento de los proyectos, instituyendo, si así lo aconsejare la experiencia y fuera factible, comisiones diferentes que hagan ese trabajo con independencia y acuciosidad. Esto es particularmente válido en estudios longitudinales y poblacionales, en los cuales la misma acumulación de informaciones puede aconsejar modificaciones al trabajo y crear cambios en las condiciones iniciales.

Claramente, los comités de ética de la investigación, al igual que los de ética asistencial o sanitaria, tienen una misión educativa junto a su habitual papel consultivo. No obstante, el examen de las propuestas por un grupo de personas independientes plantea el problema de la representatividad de éstas. Incluir a los potenciales beneficiarios de la investigación puede ser loable idea, mas de difícil ejecución. Muchas veces, quienes se arrojan la representación de grupos carecen de legitimidad. En la práctica, los comités suelen constituir reductos de expertos que, por motivaciones exógenas al trabajo dialógico, van al comité a propalar sus propias convicciones y a sentar plaza de concededores de “lo correcto”. Junto a la función consultiva y la educativa, cabría en propiedad atribuir a tales grupos un papel deliberativo, de auténtico debate de opciones.

Esto, por supuesto, implica una participación real de sus miembros en una tarea de argumentaciones y contraargumentaciones, que de antemano está condenada al fracaso si se la mira sólo como una negociación. No se trata de llegar a acuerdos y componendas sobre convicciones, creencias, dogmas o normas. Se trata de estar dispuesto a realizar un auténtico proceso de destrucción de los propios argumentos para recomponerlos, enriquecidos, mediante el diálogo creador. La experiencia enseña que muchas veces racionalizaciones y afirmaciones sentimentales se toman por argumentos, olvidando que el comité, además de conjunto de personas, instaura un proceso social de ejercicio mancomunado de razón práctica. El discurso argumentativo es teorema, no axioma. Quienes aceptan su práctica deben estar dispuestos a modificar

incluso aquellas convicciones engramadas en las prácticas sociales más respetables, si así lo aconsejare el proceso dialógico. La legitimidad deriva de la deliberación y de una auténtica praxis comunicativa. Ésta consiste en reconocerse los interlocutores como interlocutores válidos y en una disposición previa a no interrumpir el debate si éste no conduce a lo deseado. La mera expresión de deseos o intereses no constituye argumento. Tampoco la mera descripción de lo acostumbrado o una tradición particular, menos si va acompañada de una implícita declaración de superioridad (por ejemplo, “es la verdadera y única doctrina” o “esto es lo natural decretado por Dios”). Es en ocasiones difícil substraerse a la hegemonía de algunas creencias y, aunque por completo razonables, algunos argumentos dejan de explorarse por temor a consecuencias que nada tienen que ver con el proceso deliberativo mismo.

Aunque el comité puede –o, quizá, debiera– reflejar la constitución valórica de la sociedad en que existe y la institución en que se inserta, en realidad su verdadero aporte consiste en la generación de nuevos espacios argumentales basados en el diálogo y la participación. Esto es quizá más acentuado en los comités de ética hospitalaria pues el producto es un proceso social de ayuda directa e inmediata a personas. Pero en los comités de ética de la investigación, aunque su producto sean procesos sociales menos inmediatamente relevantes a las personas, esta noción debiera considerarse de igual validez.

RIESGOS, DAÑOS Y BENEFICIOS

Participar como sujeto en un experimento o en un estudio médico puede conllevar riesgos. Nadie puede asegurar que todo salga como se espera. Un riesgo es posibilidad de daño. Su magnitud depende de la probabilidad de que ocurra algo nefasto o de la cuantía del daño. Por eso la frase “hay gran riesgo” es ambigua. No se sabe si lo que puede acontecer es muy probable o si el daño resultante sería de gran magnitud.

Minimizar riesgos es algo que la gente hace todos los días. De esa tendencia deriva la necesidad de seguridad laboral, las certidumbres

que toda persona desea de que las cosas resultarán bien y numerosos actos destinados a proteger la integridad y la salud.

Acometer empresas arriesgadas y buscar sensaciones fuertes es, por otra parte, un rasgo de personalidad. Hay sujetos predispuestos a los deportes violentos y arriesgados que en general son “buscadores de sensaciones”. Ser voluntario no es simplemente una decisión neutral. Conlleva otras características que pueden, eventualmente, modificar los resultados de un estudio, especialmente si éste se relaciona con atributos psicológicos.

Los beneficios de un proyecto de investigación biomédica son variados. En primer término, se supone que los hay para la sociedad en su conjunto, puesto que la adquisición de conocimiento generalizable es un bien social. Es concebible pensar que quien toma riesgos debiera obtener algún beneficio. De allí que se los espere para las personas que actúan como sujetos y las poblaciones en las cuales se conducen estudios. La Declaración de Helsinki y muchas otras insisten en que los intereses del sujeto individual, expuesto a riesgo directo, deben prevalecer sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad.

También los investigadores esperan beneficios. Sus motivaciones son distintas de las de los sujetos. Los investigadores desean prestigio, avances en su carrera académica, dinero, poder. Su altruismo es muy importante, pero también hay que recordar que actúan profesionalmente, esto es, más allá de su vocación filantrópica, reciben emolumentos y pagos por su trabajo. Nada hay de malo ni reprochable en ello y es preferible reconocerlo de manera abierta. Ya hemos analizado que la asimetría de intereses en la relación investigador-sujeto, como en toda relación humana, es digna de análisis y debe ser tenida en cuenta en la “microbioética” de las interacciones personales.

Durante mucho tiempo, el debate sobre “ser sujeto” de una investigación ha estado centrado en la “protección” de quienes participan en tal condición en los estudios. Así se lee en las primeras declaraciones y textos. Mas también debe destacarse lo que constituye el “derecho” a

ser sujeto. El examen de esta cuestión exige reconsiderar lo que en su momento pareció una adecuada descripción de la investigación biomédica, que las primeras versiones de la Declaración de Helsinki dividieron en “terapéutica” y “no terapéutica”. Ya hemos aludido a este asunto en relación con el principio de justicia, pero en el presente contexto debe extenderse la argumentación al llamado “malentendido terapéutico” (*therapeutic misunderstanding*). Muchas personas, aquejadas de graves dolencias, pueden desear ser sujetos de ensayos farmacológicos por la esperanza de una eventual curación. Obsérvese que ya no se trata de la altruista intención de contribuir al bienestar global sino de una más egoísta, que es obtener un beneficio personal. Este “malentendido” puede ser incluso fomentado por los directores de un proyecto y convertirse en una forma de inducción ilegítima, comparable a la compensación económica, que deja poco espacio para la libre expresión de los sujetos cuando es desmesurada, o a la presión por autoridad, que convierte en vulnerables al abuso a ciertas poblaciones (presos, estudiantes, subordinados). La investigación médica está siempre cogida en esta dualidad, que ha causado más inconvenientes que ventajas. Se supone que un acto es terapéutico cuando beneficia al sujeto individual y no terapéutico cuando su contribución al conocimiento universal no incluye necesariamente el beneficio personal. Por cierto, ideal sería que coexistieran ambos beneficios, el personal y el societario, pero ello es utópico. Así, los estudios llamados de fase I en el desarrollo de fármacos anticancerosos, no persiguen finalidad curativa sino solamente allegar datos sobre toxicidad, con lo cual definitivamente esperar de ellos una mejoría es inapropiado.

Aparte de constituir, en la forma en que fue expuesta, una falacia lógica, la distinción terapéutica-no terapéutica puede empobrecer la calidad de la investigación y no contribuir a su finalidad original. Puede afirmarse que ambos aspectos están íntimamente ligados en la investigación biomédica, que puede concebirse como manifestando “etapas” terapéuticas y no terapéuticas.

VI

TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN EL CONTEXTO SOCIAL: UNA REFLEXIÓN BIOÉTICA

DEFINICIÓN DE TECNOLOGÍA

Defino tecnología como una técnica o un conjunto de técnicas más un contexto interpretativo que “da sentido” a su aplicación. Fiel a su etimología, desearía rescatar para la voz tecnología el significado de “logos de la técnica”, aquello por lo cual el hacer normado y corregible por la experiencia adquiere la jerarquía de un “saber-hacer”. La tecnología, en verdad, es un hacer (técnica) “informado” por una racionalidad que lo explica, fundamenta y justifica.

La precisión no es trivial. En la medicina contemporánea siguen usándose técnicas antiguas. La palabra, la droga, el bisturí son elementos técnicos que conducen al virtuosismo de la experiencia cuando son bien y reiteradamente usados. Se integran a tecnologías complejas, a complejos de saber-hacer que en ocasiones se institucionalizan. Por ejemplo, el hospital moderno es un conglomerado de tecnologías. El psicoanálisis emplea las técnicas de la palabra en un contexto particular. Los diversos tipos de medicamentos representan formas compactas de tecnologías al servicio de finalidades específicas.

CLASIFICACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS

Es posible clasificar las tecnologías desde diversos puntos de vista. Por ejemplo, atendiendo a lo que manipulan. Así, hay tecnologías “productivas”, orientadas a aplicar técnicas que producen

“cosas”(objetos, servicios, procesos), las hay “simbólicas”, que manipulan signos y símbolos, las hay de “procedimientos”, existen las tecnologías del “poder”, consagradas a la distribución y administración de éste, y hay tecnologías del “sí mismo” (*self*), destinadas a la percepción de las personas. En este sentido, podría hablarse de tecnologías de la “salud”, si la salud pudiera concebirse como un manipulable simple.

Lo cierto es que la salud es un conglomerado de símbolos, rituales, sensaciones, capacidades y poderes. No se reduce a ninguno de estos elementos. Es, por así decir, la “forma” en que ellos se articulan para una persona en un momento determinado. La salud no es ‘cosa’, es construcción, proceso y aspiración de bienestar.

De allí que sea más aconsejable usar otra forma de clasificación de las tecnologías: atendiendo a aquello a que aspiran quienes las usan, a sus “finalidades”. La salud, como el bienestar, como la paz, es una aspiración perenne de la humanidad. Igual que otros “estados” deseables, las tecnologías de la salud no son capaces de producirla, sólo facilitan, promueven o favorecen su construcción por parte de las personas. Decir que “se da salud” es un manifiesto sinsentido. Aun gozando de todas las tecnologías posibles, una persona puede no sentirse saludable. Aun teniendo todo lo posible de tener, la construcción de la salud sigue siendo una tarea creativa e individual. De no reconocer su carácter esencialmente subjetivo derivan variedad de erróneas expectativas. Por ejemplo, creer que basta ofrecer recursos para que el estado de salud de la población mejore.

Fuera tal vez recomendable ensayar, para la medicina contemporánea, una muy simple caracterización de sus tecnologías. Es procedente hablar de “tecnologías que salvan la vida”, de “tecnologías que conservan y prolongan la vida” y de “tecnologías que mejoran la vida”. Obsérvese que, a diferencia de la salud, la vida es un radical menos relativo en lo que a su fundamento biológico concierne. Esto quiere decir que si la salud es construcción esencialmente individual y subjetiva, de la vida puede predicarse un orden descriptivo heterónimo : puede ser determi-

nada o estimada por observadores externos. De allí que la utilidad de esta clasificación de tecnologías sanitarias sea aplicable a la biomedicina más estrictamente “tecnocientífica”, si bien ya la categoría de tecnologías que “mejoran” la vida hace entrar el ámbito valórico en lo que de otro modo parece un dato inequívoco y neutral.

A las anteriores tecnologías, todas “duras” y relacionadas con equipos e instrumentos, debe agregarse la “tecnología de la administración y la gerencia”. En los últimos decenios ésta, no aquellas, ha determinado más substantivos cambios en el acceso a recursos y bienes. Es una tecnología tanto más poderosa cuanto que intangible. Parece de sentido común, pero sentido común estilizado por la tecnificación.

SIGNIFICADO DE LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS

La veneración por la técnica no solamente ha influido en el desarrollo de la institución social llamada medicina. La ha transformado por completo. Al integrarse en tecnologías poderosas, las viejas técnicas han sufrido una importante transformación. Sus “significados” han variado, su “valor” se ha alterado. La tecnología, de “medio” se ha convertido en “fin”. Muchos desarrollos actuales no reconocen como motivación el servicio a las personas o la mejora de su estado de salud. Reconocen como origen, en realidad, la propia dinámica del sistema tecnocientífico, que ya no necesariamente sirve a los fines que le originaron sino a otros, creados por él mismo. Las nuevas maquinarias se modifican por exigencias cada vez mayores de expertos cuya finalidad es la perfección inherente a su oficio además de la salud y bienestar de las personas. A ello debe agregarse que la “salud” se ha convertido en pretexto comercial y empresas que dicen dedicarse a ella a veces son negocios lucrativos que la emplean como una materia prima más. La transforman en símbolo de “status”, en “commodity”, la exageran y la recubren de servicios accesorios por los cuales puede cobrarse.

Estas consideraciones tienen relevancia al momento de indagar sobre el significado de las tecnologías. Estos son múltiples. Esa multiplici-

dad debe tenerse presente en toda evaluación de su impacto. Por ejemplo, la instalación de una nueva tecnología de monitoreo coronario, en la actual medicina de mercado, no siempre responde a un imperativo técnico. Es concebible que éste se acompañe de consideraciones simbólicas y que la asociación con el poder tenga mucho que ver con decisiones relativas a “avances” médicos. Especial significación revisten los aspectos simbólicos de las tecnologías en trances vitales. Un sistema de hidratación parenteral en un enfermo terminal, por ejemplo, despierta asociaciones con la sed y el trato humanitario y en este caso la tecnología no sólo salva la vida sino también contribuye psicológicamente a la sensación de que se hace algo importante por otro ser humano. De modo parecido, algunos avances técnicos no se traducen necesariamente en mejor atención sanitaria global. Acceder a ellos queda limitado por motivos económicos o geográficos. Bajar el “umbral tecnológico” de detección de patologías lleva a rotular de “enfermedades” condiciones asintomáticas que en el pasado no hubieran sido reconocidas como tales. Una prueba determina, por ejemplo, que alguien tiene elevada presión sanguínea y de inmediato esa persona, por los riesgos de su condición, queda rotulada de enferma. Un caso interesante es la evaluación de los lípidos sanguíneos, cuyo resultado obliga a modificaciones del estilo de vida en ausencia de síntomas que pudieran rotularse de amenazadores.

LA PROFESIÓN MÉDICA Y LAS TECNOLOGÍAS

La “tecnificación” de la biomedicina es uno de sus rasgos más distintivos. Ese proceso ha creado, literalmente, la profesión médica como profesión tecnológica, depositaria de un saber-hacer único y administradora de la “norma fisiológica”, que se equipara a la normalidad. La absorción del ideario técnico significa además la admisión de un saber cosmopolita, neutral y de validez universal, atributos que se identifican con la “ciencia médica”.

No siempre se discute con suficiente extensión lo que ello implica. Implica, por de pronto, una racionalidad tecnocrática que evalúa los logros en una comunidad de “expertos” que ya no son los “pacientes”. La “salud” de éstos sigue invocándose como el motivo del desarrollo, pero en realidad el investigador de frontera, el diseñador de nuevos equipos o el inventor de artefactos tienen, además de la motivación benefactora, otras relacionadas con el prestigio, el dinero y el poder asociados al desarrollo tecnológico. Sus interlocutores no son sólo los usuarios finales de sus creaciones sino sus pares en la ciencia y la industria.

La dinámica del progreso es más compleja que una simple oferta de servicios para solventar “necesidades”. Una discrepancia observable es el divorcio entre el lenguaje de la “oferta” y el lenguaje de la “demanda”, evidente en los países avanzados y que dio lugar, sucesivamente, a las “crisis” de la medicina: la que introdujo la psicología y las ciencias sociales y la que introdujo la bioética, por sólo citar dos evidentes. En ambos casos se trató de movimientos rectificadores que intentaban hacer frente a la insatisfacción de las personas con los servicios médicos recibidos y a la necesidad de hacer “humano” el progreso técnico. En ambos casos la “filotecnia” fue atemperada por la “filoantropía” adornada con reminiscencias, probablemente idealizadas, de antiguas prácticas médicas “holísticas” o integrales.

LA “BRECHA EPISTÉMICA” Y LA “ILUSTRACIÓN TECNOLÓGICA”

La actual situación se caracteriza además por una “brecha epistémica”. Llamo así a la desigualdad en la información que poseen los expertos y los usuarios de las tecnologías. Es imposible para un profano imaginarse siquiera qué relevancia tiene y cual es la base conceptual de la resonancia nuclear magnética aplicada al diagnóstico. Distintas audiencias no entienden lo mismo bajo similares palabras y el diálogo es ilusorio, lo que incide sobre materias tan cotidianas como el “consentimiento informado” o la “demanda de atención”.

Hay una desigualdad justa en la información, que define los papeles sociales del experto y del profano y hay una desigualdad injusta –una “inequidad”– que se agrega a ella. En esta segunda forma, lo que todos debieran saber para cuidarse a sí mismos lo ignoran por insuficiente acceso al conocimiento. El conocimiento no sólo es información sino ante todo información organizada y con sentido. La disparidad en el conocimiento hace que las exigencias de las personas sean irreales a veces, inapropiadas otras y queden insatisfechas en numerosas ocasiones.

Sin duda, el uso correcto de las tecnologías exige una “ilustración tecnológica” de las comunidades, no solamente una “humanización” de los expertos y sus técnicas sino también una comprensión más cabal de las tecnologías, sus usos y sus limitaciones. De otro modo, se corre el riesgo de crear falsas esperanzas, pedirle a la tecnología algo que no puede dar e incubar frustración y resentimiento, primero por su inaccesibilidad y luego por su parcial irrelevancia frente a las demandas de la gente. No debe olvidarse que la “eficacia” no es valor absoluto sino relativo y que depende de factores tanto técnicos como simbólicos. Por ejemplo, no toda técnica que produce efectos es una técnica terapéutica. Para rotularla de tal previamente debe identificarse qué permitiría cualificarla en tal sentido. Aunque ello puede ser sencillo en algunos casos, en otros justifica una neta separación entre efectos buscados y efectos laterales, entre beneficios y costos, entre lo deseado y lo producido.

La “brecha epistémica” llama la atención a que el conocimiento no es una simple acumulación de informaciones sino articulación de éstas en cuerpos significativos, con sentido e interés interpersonal. Saber es participar de un conjunto de personas que otorgan el mismo significado a los signos y símbolos que intercambian. Si bien puede decirse que los elementos para construir conocimientos se encuentran hoy disponibles más fácilmente, el conocimiento en tanto que información articulada, es un logro de obtención más difícil, toda vez que involucra dar sentido a lo sabido en un plexo de intereses sociales. Ello implica cualificaciones

propias del grupo que corporiza tales intereses. Así, “saber de” SIDA no es lo mismo para un epidemiólogo que para un virólogo y por cierto es diferente para un enfermo. Aun cuando todos tuvieran, aparentemente, la misma “información” (por ejemplo, que el virus exhibe formas mutantes) le darían distinta importancia. La información “significaría” algo distinto para cada uno de ellos.

“USO APROPIADO” DE LAS TECNOLOGÍAS

La correcta valoración y el uso “apropiado” de las tecnologías son en realidad procesos sociales más que técnicos. La misma distinción entre medios “ordinarios” y “extraordinarios”, que tanto relieve alcanza en el tratamiento de los moribundos, tiene validez según el contexto y la circunstancia y relativiza el concepto de “avance técnico”. No todas las mejoras instrumentales pueden considerarse automáticamente avance o progreso si no son empleadas con sentido de la prudencia y la oportunidad. El reto que hoy plantean las tecnologías no es como tener más sino como tenerlas mejores, esto es, más adecuadas al fin que se supone sirven.

A estas consideraciones, que suponen un empleo de la razón con orientación de prudencia, cabe dar el nombre de ilustración tecnológica. De no diferente forma, la Ilustración europea significó el uso de la razón para dar cuenta de los usos de la misma Razón. Por sobre todo, significó y significa una confianza en la mente humana universal para abordar los dilemas de las circunstancias y para hacer frente al “caso”, siempre distinto y siempre problemático, con principios generales y eternos. El tecnócrata embelesado por los logros de sus artefactos puede necesitar cierta dosis de modestia para limitar la arrogancia. El ciudadano común y corriente precisará algún conocimiento de las limitaciones de las técnicas para moderar el asombro. Y todos necesitarán reflexionar sobre la equidad y la justicia para adecuar las expectativas a lo que legítimamente puede esperarse.

La conclusión que se impone: no hay tecnologías necesariamente apropiadas a una circunstancia. Puede haber usos apropiados. Definir

éstos es materia de conocimiento prudente, de razonable expectativa, de adecuado consenso sobre fines y medios.

MORAL Y TECNOLOGÍA

Es un desafío importante posibilitar el consenso sobre los usos. Las diversidades entre los grupos que componen las sociedades contemporáneas no derivan solamente de los distintos conocimientos que tienen o construyen ni del acceso diferente que tienen a las informaciones. Derivan también de las distintas creencias y valores morales que las personas, como miembros de tales grupos, emplean para guiar sus comportamientos.

De hecho, los usos apropiados dependen críticamente del factor moral. Conocidos son los casos en que una persuasión religiosa o ideológica impide a sus adeptos aceptar ciertas intervenciones terapéuticas (Testigos de Jehová en relación a transfusiones sanguíneas), realizar ciertas actividades en determinados días (judíos y adventistas), aceptar determinados alimentos o emplear técnicas que limitan la natalidad. La confesionalidad puede derivar hacia el fundamentalismo y éste hacia el fanatismo cuando los seguidores de un credo intentan imponer sus dictámenes a quienes no lo comparten. Los creyentes, cuando son mayoría, suelen ignorar a las minorías. Cuando son minoría, resistir e inmolar-se o luchar y sobrevivir.

En realidad, lo que llamamos uso apropiado no se determina solamente por el “mérito instrumental”, que es su propiedad (o “corrección”) técnica. Sin duda, hay que agregar la propiedad o corrección social, que es el “mérito moral”. La misma acción puede ser apropiada en lo técnico e injusta en lo social. Lo inverso, aunque ocurre, no debería ser considerado moralmente aceptable. Nada hay que justifique una intervención técnicamente inadecuada, ni siquiera el argumento de que así se la hace más accesible. Dar, por ejemplo, un medicamento de baja calidad a la población simplemente porque su precio es bajo, viola el viejo principio hipocrático de que *para ser un médico bueno hay que ser antes un buen médico*. En la raíz misma de toda ética (como uso

social razonable y apropiado) se encuentra el imperativo técnico. El “hacer bien” debe anteceder a todo intento de “hacer el bien” y nada releva al profesional de cuidar que su arte sea el más escrupuloso y el mejor para las circunstancias concretas.

Obsérvese como la intención benéfica de difundir algunas técnicas y tecnologías puede ser inmoral. Ocurre cuando ellas tienen dudoso fundamento o son manifiestamente inútiles e inadecuadas. Mas también debe tenerse presente que para establecer si son útiles o inútiles algunas tecnologías ellas deben ser examinadas científicamente. La investigación empírica en salud enfrenta en alguna de sus etapas la necesidad de ensayos en individuos humanos o animales.

Ello plantea la necesidad de examinar el “mérito científico” de toda intervención, especialmente en las etapas previas a su aplicación, en las fases de desarrollo y prueba. A menudo ocurre que una idea apropiada no se convierte en un buen proyecto de investigación científica porque faltan eslabones argumentales o de información. Sin embargo, la misma intención benefactora que preside la investigación en medicina debe obligar a los responsables de evaluar proyectos a considerar, junto al mérito instrumental y al mérito moral el científico, esto es, la fertilidad potencial de un proyecto para incrementar el conocimiento. A veces, un proyecto orientado en una dirección arroja informaciones que son relevantes para otra. El azar, que cuando es metódico y está correctamente usado y valorado, es valioso en las ciencias y puede producir conocimientos inesperados. Como sólo se hacen visibles al ojo y la mente bien preparados, es imperativo moral de los científicos hacer bien lo suyo: inventar útiles realidades, estar vital e integralmente involucrados con su tarea, conjurar lo invisible. Sólo de esa manera el conocimiento aun no disponible pasará a estarlo y se hará útil.

El examen de toda propuesta tecnológica en salud comprende por lo tanto al menos tres aspectos: el “instrumental”, el “social” y el “científico”. Sólo de la prudencia de los profesionales depende el justo balance entre ellos. Una perfecta tecnología, que cumple a cabalidad el propósito para el

cual fue creada, si beneficia sólo a algunos, puede no ser una buena opción para una comunidad pobre. Una mediocre tecnología, aunque llegue a todo el mundo, nunca debe ser la respuesta a una demanda social. Una conciencia vigilante sobre usos alternativos o complementarios de las tecnologías disponibles debiera ser un imperativo moral para los expertos.

La unilateral preponderancia de cualquiera de estos aspectos constituye causa de efectos dañinos de las tecnologías. No todo lo que se puede hacer debe hacerse. Lo factible no se constituye de inmediato en lo obligado y, menos aun, en lo legítimo. La paradoja inherente al saber-hacer profesional es justificarse socialmente por la prudencia (*phronesis*), que también puede aconsejar abstenerse de hacer algo o hacerlo de modo distinto a como prescriben los tratados de otras latitudes. Lo que es usual en Manhattan puede no serlo en Chillán. El modo como se emplean las jeringas desechables puede no ser igual en todo lugar. La infalibilidad del conocimiento universal y necesario de las “leyes naturales”, en el campo de la práctica, debe modularse por la prudencia.

El mérito técnico o instrumental se refiere a obtener resultados deseados en una forma correcta. El mérito científico alude a la potencial expansión del conocimiento que una técnica o tecnología permite. El mérito social permite apreciar la justicia y la equidad de las intervenciones. Estas tres dimensiones deben ser evaluadas en el contexto de las relaciones sociales en y por las cuales existen las tecnologías. Tales relaciones se modifican a tenor de los contextos en que ocurren. Así, determinadas instituciones imponen usos, modelan y modulan intervenciones, prohíben y prescriben. No es igual el significado y el uso del instrumental en un hospital sofisticadamente equipado que en un consultorio rural. La profunda desazón que experimentan algunos profesionales se debe a veces a que, si bien fueron preparados en una atmósfera de aplicaciones tecnológicas, la realidad que enfrentan en su práctica profesional es distinta y las demandas que reciben no se adaptan a las ofertas que proveen. La acrítica imposición de modelos cosmopolitas y supuestamente universales a la profesión médica produce frustración y desesperanza

entre aquellos profesionales que no ven cabalmente realizadas sus posibilidades en la práctica. Pensar en grande, actuar en pequeño. Saber global, aplicación local. El verdadero arte de la investigación científica (observando las prácticas exitosas) parece consistir en convertir grandes ideas en pequeñas acciones. El ejercicio prudente de cualquier profesión implica lo mismo: adoptar y adaptar, modificar, traducir, cambiar.

LOS RIESGOS DE LAS TECNOLOGÍAS

Incompleta quedaría toda presentación de la racionalidad tecnológica en salud si no abordara, así sea brevemente, el problema de los riesgos.

Los riesgos son problemas o peligros en potencia, esencialmente anticipables y prevenibles. Fue de estilo en una cierta época del siglo XX, y sigue siéndolo hoy para algunos grupos, abominar la tecnología, execrar su uso y demandar un retorno a lo “natural”. Probablemente, los abusos han sido causantes de esta postura que pide limitar los usos. Es posible que en ello intervengan la confusa percepción de que las tecnologías contemporáneas han pasado de ser medios a convertirse en fines alentadas por la racionalidad pecuniaria y la óptica del mercado que las obliga a crecientes perfecciones en sus propios términos y las excluye de considerar las primitivas motivaciones para su desarrollo y empleo. Esto es evidente no solamente en las tecnologías relacionadas con la salud y la vida sino en prácticamente todos los campos, al punto que puede afirmarse que la autonomía del sistema tecnocientífico no es excepción sino regla.

Uno de los riesgos más conspicuos es el uso imprudente. Puede derivar de no considerar suficientemente la circunstancia de aplicación. Así, una pesquisa masiva en una población, con cualquier método diagnóstico, esconde siempre la posibilidad de casos “falsamente positivos” y “falsamente negativos”. En ellos la condición subyacente no es adecuadamente reflejada por el método.

Evidentemente, especificidad y sensibilidad de los procedimientos son asuntos técnicos que a los especialistas compete prever y resolver.

Sin embargo, existe una responsabilidad inherente a difundir las informaciones y sobre todo en lo relativo al significado que se les atribuya. Los practicantes de oficios sanitarios, médicos, enfermeras, matronas y otros profesionales, suelen confiar en los líderes de opinión para la apreciación de las tecnologías nuevas o escasamente aplicadas. Un uso masivo e imprudente de una prueba diagnóstica de resultados imprecisos podría generar informaciones irrelevantes u obligar a intervenciones curativas o preventivas costosas o inútiles. Al bajar el “umbral de detección” de condiciones mórbidas gracias a la tecnología, los especialistas deben saber que ello implica una responsabilidad adicional, cual es la de atribuir correctos significados a los datos que generan. Tal es en efecto un riesgo del uso diagnóstico de las tecnologías: la mala interpretación de los resultados.

También puede ser imprudente el uso de tecnologías terapéuticas. El “*furor therapeuticus*”, emplear masivamente todos los recursos disponibles aunque se manifiesten ineficaces, puede constituir un verdadero peligro, sobre todo porque puede no estar racionalmente fundamentado sino obedecer al anhelo de calmar la propia angustia del terapeuta o prevenir posibles acciones legales en su contra.

En muchos casos, la disponibilidad de un recurso tecnológico impulsa a usarlo. Debe recordarse que disponibilidad no es legitimidad de su empleo y que solamente la prudencia profesional puede equilibrar el uso. Es verdad que todo practicante concienzudo desea trabajar según el “estado del arte” y, de hecho, no respetarlo puede ser causa de acusación de mala práctica. Sin embargo, el practicante prudente puede decidir si la demanda se ajusta a lo disponible. El meollo del argumento es que no siempre la existencia de una técnica o una tecnología obliga a su uso.

Es un riesgo también la veneración irrestricta por la racionalidad tecnocrática, que debe contrastarse siempre con el horizonte de libertad que toda ética –religiosa o secular– inspira y proclama. La tecnificación de las relaciones humanas, la reducción de los procesos sociales a técnicas, el imperio de la necesidad mecánica, pueden conducir a esa cu-

riosa “discrasia valórica” que muchos perciben en la contemporaneidad. Esa “mala mezcla” de libertades extremas con sujeciones brutales, las paradojas de la vida en ciudades atiborradas de incitación pero peligrosas en lo cotidiano debe su origen, en alguna medida, a reemplazar la espontaneidad de la vida con la rigidez de lo mecánico. Al convertirse el mecanismo en la metáfora fundante de los usos sociales suele perderse la capacidad de disentir, la posibilidad de cambiar y la creativa presencia de la transgresión. Se pierde además la intimidad de lo privado, reducto último de la individualidad y la dignidad.

En el propio sistema tecnocientífico, tal como se ha desarrollado en tanto conjunto de relaciones sociales, existen riesgos y peligros. Ya hemos mencionado uno: la tendencia a la autonomía. Al segregarse de las motivaciones de la sociedad mayor, el sistema tecnocientífico deja de responder a las demandas que inicialmente lo generaron. Se replica a sí mismo, responde a sus propias necesidades, busca su propia perfección.

Otro riesgo es que la consecución del ideario tecnocrático entraña la producción infinita de bienes, los que por la dinámica de su producción exhiben dos caracteres: por una parte, son inaccesibles para algunas personas y por otra, llevan en sí el germen de su propia obsolescencia. El sistema técnico como productor de bienes y servicios alentado por el mercado crea productos a los que es necesario hacer deseables y necesarios y por ende reservados a algunos individuos. Su supervivencia depende de que ellos sean percibibles y entren en obsolescencia para que la necesidad se renueve constantemente. Estos dos atributos, unidos a la autonomía de facto del sistema, generan complejos de problemas cuando se intenta vincular la tecnología, la salud y la moral.

CONSIDERACIONES FINALES

Esta presentación ha contenido una definición de tecnología adecuada al cuidado de la salud y la vida, una descripción de posibles taxonomías y una discusión de las más pertinentes para el análisis del campo sanita-

rio, un examen de los méritos de las tecnologías y una reflexión sobre la prudencia profesional en su aplicación.

Aunque quedan sin desarrollar líneas importantes de pensamiento, el centro de esta presentación está dado por la noción de “saber-hacer” como núcleo de las tecnologías relacionadas con la salud y como expresión concreta de ellas, concebidas como técnicas más contextos de significado e interpretación.

Para una apropiada valoración y empleo de las tecnologías en salud se hace preciso advertir la “brecha epistémica” que existe entre distintos grupos sociales y la necesidad de una “ilustración tecnológica” de toda la sociedad, enseñando las dimensiones sociales y por ende morales incorporadas a todo uso apropiado de las tecnologías.

Los riesgos de las tecnologías derivan de la “autonomización” del sistema social que las sustenta (sistema tecnocientífico), de la veneración irrestricta y del uso imprudente. La técnica, con un mandato social emancipador, puede convertirse en sujeción si no es correctamente administrada mediante la ética, que como uso social, costumbre o carácter, la hace humana y servicial.

VII

EL DESAFÍO ÉTICO DE LA COMUNICACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD

LA CIENCIA NO USA EL LENGUAJE, ES LENGUAJE

La ciencia moderna puede concebirse como un sistema de construcción de objetos conceptuales y de comunicación de sus transformaciones. Esta comunicación ha adoptado la forma de la palabra escrita, con sus sucedáneos como la presentación oral, la comunicación sintética o breve, la presentación en Internet o la carta a los colegas.

Lo decisivo es que la ciencia existe en el espacio consensual del lenguaje y en una “praxis comunicativa” que involucra relaciones de personas con personas, de personas con colectivos e instituciones y de personas con textos. Los textos de la ciencia y de la técnica contribuyen decisivamente a perfilar el carácter de las actividades que con ellas se asocia. Desde su condición de “productos terminales” influyen el modo como se piensa, como se argumenta, como se dice, qué se selecciona y cuáles motivaciones presiden la renovación de las disciplinas y la actividad innovadora de técnicas y tecnologías.

Entre los objetos científicos, la manipulabilidad argumental, conceptual y social es un factor que determina en parte el poder de los discursos que los crean. Tales objetos se generan al fusionarse hablantes de una lengua con un lenguaje específico y acotado y un conjunto de finalidades sociales: estética, de certidumbres, verosimilitud, ortodoxia, disenso, etc...

Por ser y estar en el diálogo, por ser el saber esencialmente compartición y participación, su producción y difusión son temas mora-

les. Al serlo, requieren de una fundamentación y de un comportamiento que pueda dar razón de sí: la ética es inherente a la ciencia. No es un aditamento, es su misma constitución.

LA CONSTRUCCIÓN NARRATIVA DE LA SALUD

Si esto es válido para toda disciplina y toda clase de objetos, para la salud lo es triplemente.

Primero, la salud no es cualquier objeto. Es uno que se construye a diario por personas que no la tienen por objeto de ciencia sino que la viven como ritual y construcción personalísima. Moldeada no solamente por el discurso médico y científico sino también parte del discurso profano y del imaginario social expresado en los medios masivos de comunicación social, la ficción novelesca o el dogma religioso.

Segundo, más que otros objetos, la salud no es neutral. Su interpelación y su evaluación son actos valorativos. No solamente hay que tener salud, no solamente debe existir. También debe ser buena, conducir al bienestar, significar calidad de vida. Por ende, por ser valoración y no solamente descripción, la vinculación del discurso sobre salud con lo valórico es más intensa.

Tercero, se ha convertido en “commodity”. Aunque en realidad es construcción individual y ritual colectivo y más un estado que una cosa, el moderno complejo médico-industrial trata a la salud como un objeto. Desde esa perspectiva es un bien no solamente en el sentido de algo bueno sino de algo sólido, objeto negociable, vendible, permutable, sometido a leyes de mercadeo, con oferta y demanda. No solamente hay interés por ella en los discursos técnico y profano sino en el discurso intermedio que es el de la comunicación social, que comparte atributos de los otros dos. La prensa es, al mismo tiempo, un texto con pretensión de veracidad y tecnicismo y por otra un texto que debe interpelar a una gran variedad de audiencias. Para lograrlo, define un oyente o un lector generalizado e inespecífico que debe sentirse “tocado” o “motivado”

para “informarse”. Es evidente que la “salud” como temática del periodismo produce beneficios económicos y por lo tanto se cultiva por su valor de mercado tanto como por los beneficios informativos que pudieran derivar de su difusión.

INFORMACIÓN, CONOCIMIENTO, NOTICIA

En el campo de la salud es importante reelaborar la distinción entre “dato”, “información”, “conocimiento” y “noticia”, objeto de nuestra preocupación en otros contextos.

Los sucesos del mundo natural y social, las percepciones a que dan lugar, las construcciones de realidad que posibilitan y que en último análisis los definen se transforman en textos. Esta articulación discursiva de todo conocimiento, del formal y del informal, hace que de un mismo material básico, los “datos”, se creen “informaciones” cuando son dotados de significado en el contexto de una teoría. Por ejemplo, un determinado nivel de calor en una habitación, dato crudo, se transforma en información cuando se dice, por ejemplo, que la temperatura es de 25 grados centígrados. El sentido o significado que adquiere la “sensación” depende de una externalización y conversión a patrones consensuados de nominación. Se hace percepción ordenada, susceptible de mensuración (la relación entre *mens* y mensuración es el aporte de la racionalidad al dato al transformarse en información).

La información, sin embargo, no es conocimiento. El conocimiento es la *articulación de la información en textos significativos para una comunidad*. Por ende, tiene dos atributos. Por una parte, arquitectura, orden, articulación. Por otra, participación. Conocimiento es información articulada en, por y para intereses sociales. Así, la misma información (supongamos, la temperatura del cuarto) puede servir para distintos conocimientos: “estético”, si se relaciona con el valor belleza y su correspondiente interés social, “utilitario”, si prima la efectividad del trabajo y el interés social de eficiencia o eficacia, “científico”, si tiene que ver con el

valor veracidad y el interés social de las certidumbres compartidas. Hay, con el mismo dato, muchas informaciones posibles (podría expresarse la temperatura en grados Celsius, Fahrenheit, Kelvin y aunque fueran equivalentes como “traducción” del dato, no serían equivalentes en “significado”). La información, esto es, el dato con significado, tiene solamente el valor de su posición en la teoría que la legitima. Por ende, todo dato es polisémico: puede ser “reconstruido” en el plexo de muchas teorías distintas. El conocimiento articula tales informaciones en totalidades socialmente significativas que se ponen al servicio de racionalidades, integraciones de praxis, teoría y finalidad social.

ÉTICA, DISCURSO, DIÁLOGO

En el plano discursivo, que es donde se instala lo ético pues es esencialmente diálogo, opción y confrontación de alternativas, los datos, las informaciones y los conocimientos tienen distintas variantes.

La variante que deseo examinar en esta ocasión es la que lleva al conocimiento no formal, no especializado. Aquel que tiene el ciudadano medio, el que puede llamarse conocimiento profano o vulgar.

Este conocimiento difiere del conocimiento formal porque no es certificado ni acreditado, no tiene jerga especializada, no tiene control de calidad por pares, no tiene crítica previa a la publicación.

Es el conocimiento construido mediante la información de prensa, por los medios masivos de comunicación.

En este campo, los datos suelen ser los mismos que los científicos acumulan. Como ejemplo, una información estadística: cada día mueren diez personas en accidentes. La información, construida o derivada, sitúa este dato en una teoría de la medición. Los muertos son de una cierta edad, tienen residencia en algunos puntos de la ciudad, etc... El dato, al adquirir sentido y significado (retrospectiva y prospectivamente), se transforma en información. Pero también puede ser noticia. La noticia es la información en el discurso de los medios

masivos. Está en el mismo nivel. No es dato, pero tampoco conocimiento.

La diferencia entre información y noticia es el modo interpretativo en que ambos se sitúan. El “género literario” “comunicado de prensa” no es equiparable a “comunicación científica”. Primero, el “modo periodístico” (así llamamos a la praxis de transformar datos en noticias) busca lo inesperado y lo espectacular, algo que atraiga la atención. Lo infrecuente es noticia. Segundo, busca conmover, no convencer. El próximo muerto puede ser el lector del periódico, el significado se hace personal. También se hace próximo, puede afectar a cualquiera de los lectores. La construcción social la realiza un “hablante generalizado” e inespecífico que se dirige a un oyente generalizado y anónimo. Ambos son “individuos promedio” (“Mr. Average”), no poseen un repertorio semántico exclusivo e individualizador.

En el mismo plano que la noticia está la propaganda. El fin no es solamente impactar y conmover sino modificar el comportamiento, hacer que los receptores actúen de acuerdo a los fines del emisor de los mensajes. Esto es, que seleccionen de sus repertorios de conductas aquellas que satisfagan expectativas ajenas.

Aunque publicidad y noticia puedan superponerse y hasta confundirse, a los fines del análisis es conveniente discernir y separar.

PRESENCIA DE LO ÉTICO

La reflexión ética se dirige tanto a los hábitos y costumbres como al carácter, aquella construcción personal (y social) que se deriva de la *mátesis* y la *askesis*. Del pensamiento y del esfuerzo.

La ética del discurso incorpora la pluralidad de puntos de vista, el perspectivismo, como punto de partida para el “diálogo”, constituyente esencial de la conciencia moral postmoderna.

Pluralidad no equivale a pluralismo. Todas las sociedades conocidas son plurales. Tienen numerosos grupos, incorporan muchas visio-

nes distintas de cómo debe ser la vida, de cuáles han de ser los fines de la sociedad, de qué constituye la felicidad. Sin embargo, pese a la pluralidad, que es ubicua, no en todas las sociedades hay pluralismo. Éste es una conquista deliberada de los grupos humanos que reconocen y aceptan la pluralidad. No se trata sólo de tolerar. También hay que aceptar, acoger, dialogar, debatir. Si la pluralidad es un “dato”, el pluralismo es una “conquista” de las personas.

Como los discursos son infinitos (la unión de hablantes con lenguajes y la interrelación con intereses sociales da lugar a caleidoscópicas combinaciones), existen formas variadas de diálogo y argumentación ética según el contexto. La secuencia dato –información– conocimiento formal difiere de la sucesión dato –noticia– conocimiento informal o profano o de la serie dato –propaganda– comportamiento heterónomo (comandado por otros). Que haya distintos énfasis y distinta forma de argumentar no significa que se desprecie la idea de principios universales. Son principios formales, en el sentido de estar vacíos de contenidos concretos. Tales contenidos suelen provenir de narraciones fundacionales, canónicas o sagradas, proceden de la tradición y dimanan de prácticas sociales que los legitiman y son legitimadas por ellos. Si la justicia es universal, las formas de su concreción difieren según las culturas y los grupos.

PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Los principios esenciales de la moderna bioética sanitaria son la autonomía, la beneficencia, la justicia y la no-maleficencia. Lo que promueve la expresión y perfeccionamiento de los valores que les son inherentes es más aceptable que aquello que lo niega. Para lograr la concreción de estos valores finales, *prima facie* positivos, hay ciertos valores intermediarios, como la veracidad y la confianza, que se articulan en principios complementarios o promueven la consolidación de los cuatro mencionados.

El universo moral puede, en la medida que se convierte en ética por la reflexión, ser reducido a una “ética de mínimos”, obligatoria para todos, sin la cual no hay convivencia, y una de “máximos”, opcional pero deseable, cercana a la excelencia (*aretè*) y a las virtudes que las religiones y las narraciones cohesionadoras de la humanidad promueven para sus adeptos prometiendo Nirvanas, Paraísos, Walhallas para quienes siguen sus preceptos. Sin duda, la justicia y la no-maleficencia son el fundamento de la ética cívica de mínimos, aquella que puede exigirse. Pero la beneficencia y la autonomía son decididamente ideales de perfección para la mayoría de las sociedades conocidas. No pueden exigirse. Sólo cabe aspirar a ellos.

Claramente, el discurso que lleva al conocimiento profano o informal debe estar imbuido de unos y de otros. El análisis de las motivaciones de los hablantes es esencial para el enjuiciamiento y la valoración morales. En salud no hay discursos neutrales. La ética es la vertebración discursiva de toda vida, buena, regular o mala.

DISCURSOS Y PODER

Los discursos poseen poder: indican, comandan, prescriben, proscriben, prohíben, permiten.

El conocimiento formal tiene su audiencia y sus medios de construcción. Sus hablantes pretenden hegemonía y monopolio. Lo que no es conocimiento formal suele ser peyorativamente tratado como creencia. Así, el shaman, según los científicos biomédicos, no sabe, solamente cree algo.

La razón básica para distinguir conocimiento informal (creencia) de conocimiento formal no es la que habitualmente se esgrime. Aunque se diga lo contrario, no es el “tipo” de prueba sino el “medio” lo que importa. Por ejemplo, si alguien opina que el virus VIH no se transmite si alguien se lava los genitales después del acto sexual no importa tanto la prueba, difícil de obtener por ser dato negativo, sino el modo de argu-

mentar o el consenso sobre cómo obtener una prueba contundente. El experto dirá que necesita datos epidemiológicos. El profano opinará por comparación con otras enfermedades que se evitan con la higiene. El experto podrá tener ideas audaces, pero su afirmación en público será más cautelosa, especialmente porque la audiencia de sus pares es muy crítica y su prestigio en ella no es equivalente, y a veces es hasta contradictorio, a la popularidad de que goce entre los legos. Al menos en medicina, la Regla de Ingelfinger, no comunicar nada a la prensa si antes no se publica en una revista con pares revisores, ha sido constantemente revisada porque hay intereses en juego, entre prestigio, dinero y poder. Los casos concretos de acatamiento o trasgresión tienen muchas facetas.

Creencia es una forma de conocimiento no fundada en una forma de obtención y organización de datos aceptada por quienes detentan el poder de legitimar discursos. Lo que piensan los pueblos aborígenes de algunas yerbas es creencia hasta que la farmacología aísla sus principios activos. Entonces, el mismo dato (por ejemplo, que la *Digitalis* alivia los males cardiacos) no es solamente creencia sino conocimiento científico y se hace ortodoxia. Toda para -doxia es hetero- doxia pero puede pasar a orto-doxia por el poder de los hablantes que la propalan.

LA REVOLUCIÓN MEDIÁTICA

La revolución mediática que ha significado Internet, en este plano, no agrega cualitativamente nada. Sin embargo, cuantitativa y operativamente su presencia en el campo de la salud tiene relevancia moral. Por ende, es susceptible de reflexión ética.

Al hablar de la constitución de informaciones, noticias o publicidad suponemos que la distinción analítica puede basarse en algo distinto del discurso mismo y su proceso constructivo. Por ejemplo, la identidad y el poder de los hablantes. En Internet faltan claves para reconstruir ese proceso porque los emisores quedan en el anonimato o pueden fácilmente disfrazar su identidad.

La construcción de las noticias depende del volumen de la audiencia. Si todo el país oye “a”, el peso del número hace verosímil que “a” sea dato “sólido” y verdadero. La diversidad de medios de prensa asegura construcciones noticiosas a partir de datos y su ulterior transformación a conocimiento informal desde perspectivas distintas, manteniendo una cierta pluralidad. Eso es más aparente que real en Internet. Aunque hay muchos orígenes y servidores, su exagerada proliferación hace inútil todo intento por calibrar su impacto, que también puede ser falseado. La credibilidad queda librada a las experiencias de los oyentes con distintos emisores. Por ejemplo, si el *Surgeon General* de los EE.UU. dice algo, se difunde ampliamente pero es interpretado según la fuente. En Internet se puede falsificar el origen y llegar masivamente a tantas personas, que deshacer una errada construcción es casi imposible, solo por el número de los que la hacen creencia o creen tenerla por conocimiento sólido.

El imperativo moral se complica por la magnitud, no por la cualidad distinta que el medio “web” pudiera tener. En salud esto es particularmente deletéreo o potencialmente muy beneficioso.

Se agrega al factor magnitud otro elemento, cual es la imposibilidad de calificar la calidad de lo comunicado y la relativa indefensión en que se encuentran los usuarios finales para decidir y seleccionar qué vale la pena y qué es basura. Una característica esencial del conocimiento, aparte de ser construcción participativa, es que su perfeccionamiento y ampliación son proporcionales a lo que alguien ya sabe. Sin extensa preparación, la persona común y corriente no está en condiciones de entender de qué se trata lo que lee o ve. Tampoco puede aprovechar cabalmente sus consecuencias e implicaciones. Las dimensiones éticas tienen que ver con los productores de la información, con la crítica de sus creaciones y con los fines de su producción.

La publicación electrónica agrega un factor adicional de complejidad. Piénsese en un artículo que alguien “coloca” en la Internet, a fin de que sea comentado por sus lectores. En el “proceso reticular” (proceso que ocurre en y por la red) se difuminan distinciones que tenemos por

esenciales. Por ejemplo, aquella que existe entre el autor y el lector. Un proceso participativo de creación textual en la red convierte a todos los “conectados” en potenciales autores, correctores, lectores y críticos. La noción misma de autor puede perderse. De hecho esto es así también en los medios tradicionales, pero la velocidad de las transformaciones en la Internet hace aparecer un fenómeno que posiblemente, por la escala de tiempo en que acontecía, no era suficientemente apreciado como distorsionador y eventualmente riesgoso. Derivan los riesgos de que la responsabilidad individual, tradicionalmente asociada a la autoría, se hace de distinto tipo y puede incluso desvanecerse. La red de redes obliga a responsabilidades múltiples, todas signadas por la necesidad de comportamiento moral.

Aunque es evidente que el impacto de la Internet afecta principalmente al conocimiento informal y creencial, también en el conocimiento formal y sus prácticas se producen cambios. Por ejemplo, la “publicación electrónica” de trabajos científicos, aparte la velocidad y la reducción en los procesos de evaluación pre-publicación, pone en duda la idea misma de la “revista científica” (*journal*) como vehículo de la comunicación científico-técnica. Un autor puede “poner” en la red un artículo sin el soporte convencional de la revista. Un estudioso puede seleccionar, de un *corpus* textual, sólo aquellos pasajes de los artículos que más le interesan, desechando el resto. Por ende, puede construir su propio artículo con pasajes a su gusto seleccionados de “unidades” textuales creadas por otros autores con distinto propósito. Al subvertir la unidad de propósito de los textos originales y cambiarlos de contexto en realidad se crean otros textos que ya no guardan relación con ellos. Esta selectividad intencional, que a menudo es vista como una ventaja, puede ser también una debilidad. Es semejante a lo que ocurre en las bibliotecas. Aquellas que permiten a los lectores vagabundear junto a los estantes, hacer lo que se llama “browsing”, estimulan mucho más la imaginación que aquellas que lo impiden. Son fertilizadoras de azares y “serendipities” que de otro modo nunca se

producirían. La Internet permite mucho “browsing”, tal vez demasiado, pero la selectividad inducida por la constricción de la pupila investigadora puede ser perjudicial al trocar lo que es una especialización vigilante, y aun alerta al contexto mayor, en una “tunelización” de la mirada que le quita a ésta el factor de contorno que tantas relaciones contrae con la cultura y el espíritu.

Demás está advertir que en las ciencias de la salud humana la precoz especialización y constricción no pueden considerarse ventajosas. Gran parte de lo que la gente sabe y experimenta sobre sus cuerpos y mentes no procede del saber puntual sino de los inefables contornos.

ÉTICA DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA: OTROS ASPECTOS

La praxis comunicativa, constitutivamente ética en la medida que se corporiza en el diálogo y constituye relaciones entre personas, tiene otras manifestaciones en el ámbito sanitario. Desde luego, la construcción del conocimiento formal también está expuesta a desviaciones y transgresiones, igual que la del conocimiento informal o creencial.

La praxis de la comunicación científico-técnica debe estar presidida por conceptos morales que salvaguarden la dignidad y contribuyan a la perfección de los participantes. Esta afirmación, con su carácter conmiatorio, debe ser tomada en su justo valor.

La literatura científica ha experimentado considerables mutaciones en los últimos decenios. Todavía sigue siendo una indicación del volumen de conocimiento y la mayor parte de las instituciones académicas evalúan a su personal por la cuantía de su producción escrita. *Publish or perish*, el conocido aforismo del ambiente académico, genera considerables desafíos desde el punto de vista ético.

Por de pronto, cabe señalar algunas áreas en las cuales la construcción del conocimiento formal tiene amenazas desde el punto de vista ético.

Primero, en la confiabilidad de la información. Es frecuente escuchar casos de autores que deliberadamente falsean los resultados de sus investigaciones antes de la publicación. La tentación de “ayudar” a la Na-

turalidad a producir los resultados esperables puede producir enormes distorsiones.

En segundo lugar, el plagio o robo de datos, plantea semejantes disyuntivas. Aquellas cínicas declaraciones de algunos (recuérdese el recuento de James B. Watson en *The Double Helix*), las soterradas exclusiones y restricciones a ciertos grupos, la imposición de jerarquías en algunos medios deben analizarse en el contexto de la apropiación indebida de lo ajeno.

En tercer lugar, los problemas derivados de la autoría. Hay tradiciones en las cuales el autor individual es poco importante, pero en la mayor parte de las instituciones, con el aumento de las publicaciones con autores múltiples, las relaciones personales y los juegos de poder pueden necesitar observación permanente.

Las formas de la citación bibliográfica, los reconocimientos al pie de la página, la cita a ciegas son algunos de los elementos sobre los cuales debe reflexionarse para arribar a una ética de la publicación científica razonable.

Hay, por supuesto, una regulación interna del sistema, practicada por sus miembros, y una externa, realizada por la comunidad de pares y la sociedad mayor. En esos campos pueden regir distintos modos de encarar los principios éticos universales. El diálogo de cada cual con su propia conciencia, el diálogo con sus pares en la profesión o disciplina, con las instituciones en las cuales se labora, con los lectores y con los donantes de recursos es permanente y debe ser siempre replanteado preservando la dignidad del oficio intelectual, los derechos de otras personas y el enriquecimiento del acervo científico.

COMUNICACIÓN, SALUD, ÉTICA

Me conmueve reconocer que gran parte de las ideas que ahora abrigo sobre la importancia de la comunicación, del diálogo y de la participación para la salud y las ciencias que con ella se vinculan deben su origen al trabajo de hace dos décadas con Stacey B. Day.

Day insistía en que la real salud es siempre un fenómeno integral. No ocurre solamente en el espacio tridimensional del cuerpo físico, ni es solamente asunto de fisiología y anatomía. Se construye, desconstruye y reconstruye en el tejido de lo social, que es espacio multidimensional. De tantas y tan variadas dimensiones y texturas que no se terminaría nunca de enumerarlas. Lo crucial es aquí que hay muchas “saludes”, tantas como discursos pueden construirse. Incluso nuestra discusión sobre el conocimiento formal y el informal (que en realidad coexisten en todas las sociedades, se superponen, reemplazan e integran) parece esquemática e insuficiente si se piensa en el poder de la noción misma que impregnaba nuestro trabajo. La buena salud biopsicosocial equivale a buena comunicación, pues sin esa praxis comunicativa (después conocería a Habermas) todo lo demás es incompleto. El espacio semántico de lo social se construye sobre significaciones menores y mayores, sobre reflejos y sobre escenarios naturales y artificiales. Releyendo lo que Day escribió y dijo me parece que por fin hago justicia a sus esfuerzos de entonces. Incluso sus predicciones, con ser algo generales y vagas, son perfectamente descriptivas de nuestro estado actual.

Tal vez una enseñanza que no siempre se destaca tiene que ver con la continuidad entre los discursos formales y los informales. Esto no ocurre en todas las esferas de la vida. Sí ocurre en aquellas que afectan por igual a todas las personas. Como la salud. No hay diferencia entre un magnate y un mendigo al momento de enfermar y morir. No hay sustanciales diferencias entre un sabio y un ignorante. Incluso, entre las elites ilustradas hay “bolsones de creencias” cuando no de ignorancia pura y simple. No sorprende comprobar que ilustres pensadores creen en consejas y sahumeros y recurren a nigromantes y brujos en la desesperación de ver enfermar sin remedio a un ser querido. Parece jocoso, pero no lo es, que los curanderos chinos tradicionales digan que tal vez “haya algo rescatable” en la medicina occidental, que tenga algunas aplicaciones y que su método de seguridad epistemológica, el ensayo clíni-

co controlado, puede brindar algo de certidumbre. En ninguna área más que en esta de la salud, la vida y la muerte hay que atenerse a los radicales humanos universales, de los cuales los discursos, profanos y expertos, dan cuenta sólo parcial e incompletamente.

Los discursos que construyen el conocimiento y la creencia (informaciones y noticias articuladas con un fin social, con sentido de intereses) brindan perdurabilidad y transmisibilidad a los datos, las informaciones y las noticias. Por su naturaleza los datos son efímeros artefactos que surgen de la observación y la lectura de instrumentos. Las informaciones que les dotan de sentido también son productos perecibles y de obsolescencia rápida. Cambia la teoría y cambian las informaciones. En el plano del conocimiento importa más la arquitectura y la vertebración que los elementos. Y en este plano prima lo ético, pues lo ético surge allí donde hay comunicación, participación y diálogo. Son las variedades de lo epistémico las que fundan las variedades de lo ético. Ya lo sabían los antiguos. Ya la noción de que se ha transitado del *mythos* al *logos* como fundamento de las creencias y las certidumbres incorpora esta idea. Estas variedades se cohesionan en posturas y en racionalidades. Todas animadas de motivos y motivaciones, todas intencionadas (y tensionadas) en torno a intereses sociales.

La diversidad y las diferencias deben verse en los planos sincrónico y diacrónico. En lo sincrónico, imponen la necesidad de la armonía entre extraños morales y extraños epistémicos. En lo diacrónico, las certidumbres (conocimientos formal e informal) producen inestabilidades. La realidad social no es estática, cambia, produce estupor y miedo. Todo cambio es revolucionario si cambia usos sociales. En ello difiere de una simple rebelión de facciones, que sólo corrige abusos o tuerce el sentido de una evolución pero no renueva fundamentalmente. Una revolución desde el conocimiento subvierte todos los usos sociales.

Es por esta valencia revolucionaria que el conocimiento exige responsabilidad. Una ética de la responsabilidad es una ética para el trabajo de los intelectuales y los científicos. Debe ser proactiva, anticipar el futuro a través

de inventarlo, no reactiva. No debe solamente compensar yerros pasados o evitar conflictos. Debe dibujar el escenario del futuro en el perfil de la humanidad que se desea tener. Esa es la responsabilidad de la comunicación científica en salud. Como inducirá cambio, tendrá el poder de los discursos y será causa de trastorno y esperanza. Malas prácticas en este plano son malas prácticas de largo efecto.

Nunca terminará de insistirse en que lo que se llama el “currículum oculto” es lo que diferencia la educación virtual de la presencial. No solamente se aprenden informaciones, datos o destrezas. Se aprende también el contexto de significaciones de unos y otras. Las connotaciones que brinda el contacto con la “cosa real”, los sentidos que se descubren al ver rostros humanos y no solamente máquinas son de vital importancia en lo que llamamos salud y en la enseñanza las ciencias de la salud. Casi podría decirse que el contexto es el contenido en esas ciencias de acciones que, como la medicina, producen esos intangibles que son las buenas relaciones humanas, la salud como construcción metadiscursiva (más allá de cualquier discurso parcial) que adopta formas innumerables e interpela a numerosas audiencias. Por cierto, con la comodificación de salud y su conversión a bien sólido, transable, vendible e intercambiable, esto parece ser de menor importancia. No obstante, la satisfacción de los usuarios de servicios, la plenitud silenciosa de la salud individual, no dependen de cuanto se haya intervenido la química del cuerpo o la fisiología de los procesos orgánicos. Muchas personas curadas de sus dolencias no se sienten sanas. Muchos expertos, sabedores de la eficacia de sus prácticas, no encuentran razones para justificar sus fracasos aparentes. Eficiencia no es eficacia. Una droga eficaz no es siempre una droga curativa. En la salud, la “dimensión oculta” tiene tanta importancia como lo visible. Tiene importancia y también efectos.

Preservar en la jungla de las informaciones y los conocimientos, de las noticias y las creencias la responsabilidad de sus orígenes y la pureza de sus fuentes es tarea de los grupos ilustrados, de los profesionales,

que en virtud de su cometido y su vocación deben velar por ser virtuosos, esto es, excelentes. Más allá del deber, cualifica a algunos la dación a la empresa total. Y esa empresa es, radical y definitivamente algo que ocurre “entre”. Entre personas, entre racionalidades, entre disciplinas, entre discursos. Es en los inter-eses, en los intersticios, donde se construyen las acciones. Entre cosas. En acciones. Todas las teorías relacionales en las ciencias médicas, desde el sistemismo y la terapia familiar hasta las teorías interpersonales, tienen esta afirmación por fundamento y justificación de sus prácticas.

No conviene olvidar que el “diccionario vital” y cotidiano de cada uno de nosotros, esas significaciones que afincan en el mundo vital (*Lebenswelt*) de cada uno son intransferibles y personales. A lo sumo se comparten grandes y generalizadas creencias en narraciones importantes (las religiones), pero en los detalles somos ínsulas. La bioética es, como otras formas de intento dialógico del pasado, un puente. Un puente entre individuos, entre racionalidades, entre discursos. Su verdadero valor radica en el uso creativo de una red o plexo de principios admisibles para casi todo el mundo a fin de estimular el diálogo y hacer de él fuente de salud.

Conviene también recordar que las motivaciones se transforman en posturas. Formas de adoptar discursos y racionalidades, modalidades de aparición de los discursos sobre la salud y su comunicación. Hay una postura comunicativa y una postura publicitaria. La primera puede ser hacia el conocimiento formal o hacia el informal. La segunda enfatiza el cambio comportamental heterónimo.

La postura publicitaria trabaja además con la obsolescencia de los productos que propone y la permanente renovación de las demandas, necesidades o deseos que requieren gasto para satisfacerse. Está comandada por una lógica pecuniaria.

La medicina, como ciencia de acciones más que de objetos, es constitutivamente ética, impregnada de valoración. En la praxis comunicativa se transforman las personas, para bien o para mal.

VIII

BIOÉTICA, COMUNICACIÓN Y EQUIDAD EN SALUD

BIOÉTICA Y COMUNICACIÓN EN SALUD: RELEVANCIA DEL TEMA

La dimensión bioética de la comunicación en el campo de la salud puede entenderse en varios sentidos.

Para comprender su importancia, es conveniente recordar que el discurso bioético aplicado a la medicina y la biología humanas, nació junto con una renovada preocupación por los derechos de las personas y la importancia del diálogo y la participación para formular y resolver conflictos valóricos. Concebida de esta forma, la dimensión bioética de la comunicación en salud no consiste solamente en reivindicar la pertinencia de principios abstractos o en una reflexión desprovista de aplicaciones prácticas. Consiste, en realidad, en institucionalizar el ejercicio de la razón práctica mediante argumentos. No se consideran argumentos la expresión de necesidades o deseos (aunque fueren legítimos), la reiteración de creencias e ideologías y la exhibición de ejemplos ajenos a la cultura en que se da el debate.

CREENCIAS, NORMAS, HECHOS

En el campo sanitario se observa de modo ejemplar la colisión entre creencias, normas y hechos. Todo el mundo alberga creencias, a veces sin saberlo, sobre lo bueno y deseable. La mayor parte de las personas respeta las normas sociales y jurídicas, a veces sin desearlo. Algunas

personas aceptan hechos (o datos), y los diferencian de sus creencias, porque conocen y confían en los medios por los cuales han sido creados.

Obsérvese que el grado de universalidad es decreciente, desde las creencias, universales, hasta los hechos, particulares. Creencias, normas y hechos (o datos) determinan el comportamiento individual y grupal. Especialmente en el campo del bienestar y la salud, que se construye no solamente como discurso experto o científico sino también como discurso social y como realidad personal. Prueba de ello es que hay substancial diferencia entre sentirse enfermo, tener una enfermedad o ser considerado enfermo, tres espacios semánticos a menudo irreconciliables e inconmensurables.

Si se acepta esta conceptualización, el problema de la comunicación es tanto epistémico como ético. Pues así como hay diferencias en las concepciones morales también las hay en el conocimiento formal. Existen grupos diversos y antagónicos en las sociedades, lo que conduce a un “mosaicismo” de conocimiento y de valores, que por no explicitarse nunca, da lugar a contradicciones y tensiones. A menudo estas tensiones se expresan en el contraste entre lo público y lo privado. Muchas convicciones públicas pueden transformarse en trasgresiones privadas y viceversa.

“PHILO-TEKHNIÁ”, “PHILO-ANTHROPIA” Y “AUTO-PHILIA”

La tradicional “educación para la salud” tenía el carácter de imposición del punto de vista experto a la conducta de las personas. Es una manifestación de la hegemonía de tal punto de vista, que premia la objetividad y la universalidad y se expresa, por ejemplo, en la idea nuclear de la “medicina basada en pruebas”. La “legalidad” de los asertos basados en esta práctica racional no es puesta en duda. Sin embargo, su “legitimidad” fáctica queda desmentida en los hechos. Entendemos por legitimidad el grado en que los no expertos aceptan y hacen suyas las conclusiones técnicas. La “compliance” o acatamiento de los regímenes

terapéuticos es baja, incluso en comunidades ilustradas. La confianza pública en las instituciones sociales relacionadas con la salud es oscilante y los propios sistemas de cuidado de la salud entran en crisis periódicas de solvencia moral y económica. La orientación complementaria de la anterior, llamada “medicina centrada en el paciente”, toma en cuenta el valor de ritual personal que tiene la salud que diariamente se “construye” en la intimidad personal y a la cual contribuye, pero no determina totalmente, el conocimiento fáctico formal de los expertos. No hay que olvidar, finalmente, el ámbito del deseo, que funda tanto la “medicina del deseo”, cuya finalidad no es sólo sanar, cuidar o curar sino también mejorar y perfeccionar. Vista desde el lado de los profesionales, el deseo es valerse del conocimiento experto para obtener recompensas sociales (dinero, prestigio, poder).

De este modo, la *philo-tekhnía* (amor al arte) se junta con la *philo-anthropía* (amor a la humanidad) y la *auto-philía* (amor a sí mismo), independientemente del papel social que corresponda a cada uno.

RESPONSABILIDAD Y CONFIANZA

La sociología clásica describió “médico” y “enfermo” como papeles sociales y hay que observar que son de contextura y duración variables. Se puede generalizar la noción de médico a todo agente experto en salud cuyas opiniones están basadas en conocimiento formal y la de enfermo a todo individuo que precisa ayuda (terapia). Esta ayuda puede ser directa o indirecta, según las circunstancias, y puede consistir en intervenciones mediante la palabra, el fármaco o el bisturí o bien en informaciones y conocimiento que los solicitantes de ayuda pueden emplear en contextos distintos de la relación terapéutica.

La relación experto-profano en su dimensión comunicativa, cuya relevancia ética es evidente, no es la única que puede estudiarse en el ámbito bioético. También interesan las comunicaciones entre administradores o políticos y profesionales, entre personas no expertas y entre expertos. Estos distintos espacios son susceptibles de análisis.

La relación entre expertos (personas poseedoras de conocimiento formal acreditado) y profanos o legos (personas que en el ámbito de la salud no poseen conocimiento especializado) está señalada por la “responsabilidad” que debe inspirar a los primeros y la “confianza” que suelen tener los segundos. Aunque todo trabajo intelectual debe ser responsable, en el caso de las profesiones de la salud es una exigencia irrenunciable. Responsabilidad significa en este contexto anticipar y hacerse cargo de las consecuencias de los propios actos.

La comunicación de datos e informaciones debe hacerse respetando la dignidad de las personas y su cultura propia, evitando la alarma innecesaria pero dejando a su decisión las acciones finales, excepto en aquellos casos en que imperan las disposiciones legales. Así, por ejemplo, el respeto a la autonomía suele limitarse cuando se impone a una población un programa de inmunización o se decreta la denuncia a las autoridades sanitarias de enfermedades contagiosas. El deber de informar no se contrapone a la autonomía si el paciente decide en forma competente que no desea informarse. El profesional tiene el deber de reconocer y anticipar conflictos de intereses en los datos que proporciona y no confundir publicidad de productos con consejo experto, o indicación razonada con preferencias personales o afán de lucro. También debe asumir la responsabilidad por la comprensión adecuada de sus informaciones e indicaciones. Finalmente, tanto la práctica de la comunicación como sus resultados han de respetar los principios de privacidad de personas y confidencialidad de la información.

DISTINTAS RACIONALIDADES EN LA RELACIÓN EXPERTO-NO EXPERTO

Uno de los factores que más distorsiona la comunicación entre personas es la influencia de distintas racionalidades discernibles en el marco de la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud. Llamamos racionalidad al fundamento que justifica una práctica social. Así, en la relación médico-enfermo pueden observarse racionalidad terapéutica,

científica, económica, normativa, por sólo mencionar algunas. Todas existen y, aunque legítimas, deben ser priorizadas de acuerdo a algún principio ético. Por ejemplo, la racionalidad científica, orientada a obtener conocimiento generalizable, debe supeditarse a la terapéutica si entrara en conflicto con ella. La racionalidad económica, basada en el principio de escasez, no puede predominar en las acciones médicas, porque así lo señala el *ethos* de esa profesión. Sin embargo, es necesario observar que no siempre los agentes morales están conscientes o pueden controlar las influencias derivadas del contexto políticoinstitucional en que desarrollan sus labores y a veces, aun deseándolo, pueden ser instrumentos de las fuerzas fácticas de la política y el mercado. Negar alguna racionalidad o desconocerla no es comportamiento adecuado para profesionales.

LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA.

El principio de responsabilidad profesional se relaciona también con la información que se destina a construir conocimiento generalizable. Éste no consiste solamente de informaciones. Se trata de éstas más la arquitectura que las dota de sentido social. No hay conocimiento neutral. La información puede articularse con fines estéticos, utilitarios, publicitarios o teóricos. El conocimiento es “información interesada” (la palabra *Inter-Esse* quiere decir “entre seres”, revela vinculaciones entre personas). El conocimiento es lo que las instituciones académicas y las universidades construyen, transmiten y atesoran. El conocimiento es la substancia del progreso de las disciplinas científicas, no la información. La mayoría de los profesionales del área de la salud basan en el conocimiento publicado sus afirmaciones y convicciones. La ética de la publicación científico-técnica demanda también responsabilidad y respeto. Así, por ejemplo, la comunicación de un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico debe hacerse sólo después de comprobar su relevancia y eficacia. Desde hace ya tiempo impera en el campo biomédico la norma de que

nada debe ser comunicado a los medios masivos si antes no ha sido consignado en revistas especializadas o al menos sometido al juicio de pares exigentes (Regla de Ingelfinger). De otro modo, se despiertan falsas expectativas y puede aprovecharse el estado de necesidad de personas para el lucro o el abuso.

Debe destacarse la probidad en la obtención y el manejo de los datos con que se constituyen las informaciones y el conocimiento. Ella está constituida no solamente por la honradez que debe presidir su obtención y comunicación sino también por los medios que se usan. Aun aquellos datos que pueden ser útiles para el progreso de la ciencia, si fueron obtenidos mediante engaño, coerción o falsedad, pierden su carácter benéfico y se transforman en simples medios para obtener prestigio, dinero o poder. En este ámbito, no basta con el respeto formal a las declaraciones internacionales y las normas éticas, imperativo para publicar en las más prestigiosas revistas. Es necesario el íntimo convencimiento de que respetarlas es parte integrante del carácter de un científico responsable, que elige no solamente un medio para recompensas sociales sino un estilo de vida orientado a acrecentar el conocimiento.

LA INFORMACIÓN PÚBLICA

Los profesionales sanitarios no constituyen la única fuente de informaciones en salud. Ésta se encuentra ampliamente diseminada, especialmente desde el advenimiento de los sistemas electrónicos de acceso fácil e Internet. Hay por lo tanto una industria de producción de datos e informaciones, que ha superado con creces la oferta de libros y revistas. Cautelar la idoneidad de esta información es también responsabilidad de las instituciones y agentes expertos por conocimiento formal. Como en esas fuentes pueden predominar racionalidades distintas de la terapéutica y la científica (por ejemplo, la pecuniaria), el balance adecuado debe basarse en los principios de no-maleficencia, beneficencia y justicia, además del respeto a la autonomía mencionado antes. La no-maleficencia para los médicos y otros profesionales sanitarios no debe

entenderse solamente vinculada a su actividad personal. Debe, en este caso, expandirse a las actividades de otros. Un experto que considere que la información proporcionada por una fuente o un medio cualquiera no es idónea ni confiable, o puede inducir a comportamientos inadecuados, debe hacerlo presente y evitar así el engaño o los efectos nocivos que puedan derivarse de ella. Por otra parte, en la búsqueda de la equidad en la información, es responsabilidad de los profesionales asegurar que ella sea accesible en forma proporcionada a la capacidad de comprensión de las audiencias. Este “principio de proporcionalidad” afecta al lenguaje en que se comunica y al tipo de información que se difunde, que debe maximizar el beneficio para el mayor número de personas respetando sus patrones culturales y su bienestar.

No es necesario que los expertos se transformen en censores públicos de la información para que esta demanda ética sea satisfecha. La obligación es realmente de considerar en forma global aquello que mejor satisface al bienestar general. No consiste en rechazar la publicidad, los intereses comerciales u otros, puesto que sería irreal negar la influencia del mercado en la vida contemporánea. Velar por el bien común y la fe pública en materia de comunicación que afecta la salud es un imperativo universal y parte de la responsabilidad de los profesionales.

EQUIDAD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Entre los más importantes descubrimientos de la ciencia de la comunicación está el considerar superada la noción de que ésta es eficaz porque “transmite” algo al receptor. La verdad es que la comunicación eficaz es aquella que se “internaliza” en las destrezas, actitudes y capacidades del receptor. La verdadera y legítima comunicación en salud “selecciona” en quien la recibe aquellas conductas deseables para promover el bienestar.

En términos prácticos, significa que la comunicación de los expertos hacia los no expertos precisa de varios requisitos para ser eficaz. En

primer término, que exista motivación y que ella promueva la demanda. En segundo lugar, que el contenido y la forma de las informaciones sean proporcionadas a la capacidad del receptor para comprenderlas e integrarlas armónicamente a su bagaje previo de creencias, nociones y conocimientos. Finalmente, que haya posibilidades de usar los conocimientos en una forma perceptible, esto es, que lo aprendido “haga una diferencia” en resultados prácticos. El puro saber y el puro hacer son insuficientes. Como en el caso de las profesiones y el conocimiento formal, todo conocimiento socialmente útil es un “saber-hacer”.

El discurso bioético se ha caracterizado por contribuir a hacer partícipes a todos los agentes y actores sociales en las decisiones que les conciernen. Entre ellas, las referidas a la salud son importantes, ya que no hay persona que pueda verse libre de desempeñar alguna vez en su vida el papel social de “enfermo”. La natural asimetría de las relaciones entre expertos y profanos no debiera verse con ello alterada, pero sí modificada en un sentido positivo. Lo que los sistemas de cuidado de la salud debieran proveer a las personas se sintetiza en las expresiones curar, sanar y cuidar, pero también en “habilitar” para el autocuidado y la formulación de expectativas realistas. Cualquiera sea la evolución de las instituciones sanitarias, es de suponer que las cíclicas crisis por las que atraviesan podrían atenuarse si las demandas estuvieran en consonancia con sus reales ofertas y no fueran falsas o desmedidas.

IX

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LOS FINES DE LA MEDICINA

REFORMA SANITARIA: UNA TAREA PERENNE

Debiera pensarse de la reforma del sector sanitario como de una tarea permanente en la que debieran involucrarse todos los actores sociales. Ya es artificial separar el “sector” de la salud de otras esferas, toda vez que los problemas que se enfocan son problemas humanos y estos pueden ser formulados en distintos “registros” o racionalidades. Hablar de “salud” es uno de tales registros. Pero los problemas que en él se plantean son los mismos que se plantean en otros ámbitos, sólo que con términos y connotaciones diferentes.

En cada época existen uno o más discursos hegemónicos. Son ellos los que definen un problema legítimo y fuerzan a su planteo en todos los ámbitos. Tengo la impresión de que la terminología economicista en que hoy tendemos a formular nuestros temas de salud responde al carácter hegemónico de la racionalidad económica. No solamente en cuanto a los términos que empleamos cuando decimos “demanda”, “oferta”, “calidad” o “servicio”. También, y de modo decisivo, en la ideología que impregna tal lenguaje. En el caso del pensamiento económico, el valor fundamental parece ser el que aumenta la eficacia y la eficiencia y de este modo minimiza o atenúa la escasez. Tengo para mí que la racionalidad económica es un persistente reflexionar en torno a la escasez: su naturaleza, orígenes, distribución y contención.

Visto en esta perspectiva, el tema de la reforma sanitaria puede confundirse fácilmente con un problema de medios: cómo mejorar la aten-

ción en salud, cómo administrar los recursos, cómo gerenciar mejor. De hecho, así ha sido presentado en la mayor parte de los análisis. Medidas técnicas que reducen la ineficiencia y mejoran el acceso, mejor distribución del gasto, perfeccionamiento del “recurso humano” son solamente algunas formas en que se concretan el análisis y las propuestas de cambio.

Pocas veces se alude a los fines. Cuáles son, en realidad, las metas o fines que persigue un sistema de cuidado de la salud. Para qué se tienen en realidad servicios, qué papel juegan en la vida social. Cuáles son los elementos primarios y cuáles los secundarios de un sistema de cuidado de la salud. Qué puede esperarse de nuestros actuales esquemas de desarrollo.

Durante algunos años tuve ocasión de participar en un proyecto del Hastings Center, de Estados Unidos, cuya meta era explorar los fines de la medicina desde una perspectiva multidisciplinaria y multicultural. El proyecto, cuyo título fue justamente “The goals of medicine”, fue dirigido por Daniel Callahan y concluyó con varios documentos, entre los cuales quisiera destacar el resumen que se publicó en el número de noviembre-diciembre 1996 del *Hastings Center Report*, una de las más influyentes revistas de bioética y humanidades médicas del mundo.

Nuestro énfasis fue en la medicina, como una de las formas institucionalizadas con que las sociedades han respondido y responden a los menoscabos, minoraciones y enfermedades. A nadie se oculta el hecho de que los cambios en la salud de las poblaciones no se deben solamente a los avances en las ciencias médicas. Tampoco se discute que tales avances contribuyen a dotar de prestigio, dinero y poder a un grupo de practicantes del oficio médico sin que haya necesariamente una vinculación entre la cuantía de los recursos invertidos y los resultados obtenidos. Más bien ha ocurrido que la ciencia médica, con sus desarrollos, ha proporcionado la esperanza de un progreso infinito, con la derrota final de la enfermedad y la muerte en un plazo previsible, lo cual desemboca en frustraciones esperables. La medicina es también una fuente muy importante de metáforas e imágenes para la vida social, claves de interpretación que han permitido rephrasear muchos males y

problemas en un estilo y con una retórica que destaca la dignidad de las personas y la vocación de servicio de la solidaridad institucionalizada.

LOS DESAFÍOS

Nadie duda hoy que nos enfrentamos a escenarios de anticipable complejidad. Las poblaciones envejecen, los costos de la atención médica suben, las demandas se fundamentan no sólo en necesidades de las personas sino también en sus deseos de belleza y perfección, la falacia de la curación y la sanación totales aparece en todas las formas imaginables y la medicalización de la vida nos hace formular todo problema como un problema para “expertos”. Los desafíos no consisten en tener “más” medicina sino “mejor” medicina, esto es, una institución económicamente sostenible, éticamente sólida y socialmente satisfactoria.

Ello no es solamente materia de mejor gerenciación de los recursos, por más que ella sea y deba ser fundamental en cualquier esquema de trabajo. Es también materia de consensos sociales sobre los fines de la institución “de la medicina”, con sus aspectos de disciplina técnica y de profesión de ayuda. Las expectativas realistas de las poblaciones y la clara percepción de metas por parte de los profesionales son elementos tan fundamentales como los recursos para la formulación y la implementación de una medicina sustentable.

Una medicina sustentable es una que no ofrece esperanzas vacías sino sólidas realidades. No oculta sus debilidades y limitaciones sino invita a asumirlas y superarlas. No es una autoridad unilateral y vertical sino un ejercicio en el diálogo y el pluralismo de visiones a veces contrapuestas. Es, en suma, una construcción social.

MEDICINA Y SOCIEDAD

Casi siempre se contrasta el cosmopolitismo de la ciencia con el parroquialismo de la práctica. Y es verdad. Toda ciencia que informe una práctica social se precia de enunciados generales, universales y

abstractos, esto es, susceptibles de formulación en muchos contextos. Pero toda profesión es un saber-hacer que debe lidiar con los imponderables de la circunstancia y resolver complejas geometrías de problemas. La tensión entre lo universal y lo particular, consubstancial a la medicina como a otras prácticas sociales, debe ser tenida en cuenta cuando se planean reformas o se busca mejor administración. Pues la virtud de la prudencia no solamente se ejerce en el plano clínico. También es necesaria en las tecnologías administrativas y en la formulación de políticas globales.

Hay muchas otras tensiones. Una de las que con más frecuencia nos ocupa se refiere a la existencia misma de la separación entre el “sistema médico” y la sociedad mayor. Los fines de la medicina son propios de ella, dicen algunos. Inherentes a su esencia. Otros afirman que son construcciones societarias, mudables como las culturas y las opiniones, que cambian a tenor del tiempo histórico. Esta tensión es interesante porque descubre fuentes de discrepancia. Es la forma elevada del conflicto entre los miembros de una profesión y los miembros de la sociedad que la alberga. Estos siempre creerán que aquellos, guiados por buenos intereses, también se preocupan de sus propios intereses. Estos considerarán que los propios intereses son buenos para la sociedad.

Tal vez podría decirse que los fines de la medicina son un subconjunto de los fines que toda sociedad humana se propone. Que hay un núcleo identificable en toda cultura y época, mas siempre modulado por las particulares circunstancias de una nación o un período.

LOS FINES DE LA MEDICINA

Nuestras deliberaciones siempre fueron dialógicas. Un diálogo es por su naturaleza una conversación interrumpida y entrecortada. Cuando es exitoso, produce una eliminación de los dialogantes, que ya no se reconocen como individuos en el producto final. Éste es siempre una extraña mezcla de originalidad, familiaridad y lejanía.

Inevitablemente, debíamos encontrar preguntas insolubles en el curso de nuestras conversaciones. El concepto de salud, por ejemplo. Conviniendo muchos en que el “nirvana” de la definición oficial (“pleno bienestar... y no solamente la ausencia de enfermedad”) es inalcanzable, resta la convicción de que intuitivamente todos saben que los nuevos sintagmas técnicos como “calidad de vida” y “bienestar” cubren aspectos cruciales del constructo salud. Y, desde luego, queda siempre como sólido el hecho de que hay una vertiente subjetiva y una objetiva para acopiar elementos definitorios.

Los debates llevaron a la formulación de cuatro fines o metas para la medicina. No se les hace justicia a los participantes ni a sus aportaciones cuando se les resume al modo de sentencias.

- 1.- Prevención de la enfermedad y la dolencia y promoción y mantención de la salud.
- 2.- Alivio del dolor y el sufrimiento causados por las enfermedades.
- 3.- El cuidado y la curación de quienes tienen enfermedad y el cuidado de los que no pueden ser curados.
- 4.- La evitación de una muerte prematura y la búsqueda de una muerte pacífica.

Expuestos en esta forma sumaria, los fines de la medicina parecen desprovistos de novedad. Hay que destacar que no era novedad lo buscado sino formulación susceptible de consenso. Las expresiones parecen manidas y reiterativas, mas es necesario observar que fueron el resultado de debates prolongados, a veces hostiles, entre personas de diversa formación y procedencia cultural. Parecen, finalmente, mínimos comunes denominadores de tendencias muy dispares.

Por cierto, hay muchos otros fines que fueron mencionados. Algunos involucran usar el conocimiento médico para fines no-médicos. Por ejemplo, si lo que se sabe de las enfermedades de un individuo se emplea para decidir su futuro laboral. Muchas de las situaciones a que da lugar el “análisis cruzado” entre la medicina y otras prácticas sociales merecen atento estudio y no siempre justifican las soluciones que son materia de conocimiento corriente.

CONSECUENCIAS PRÁCTICAS

Me sucede a menudo tener que justificar un interés teórico en el mundo de la práctica. La falacia consiste en ignorar que nada hay más práctico que una buena teoría. En nuestro caso, en medio de las “realidades” de la gerenciación del recurso escaso, de las dificultades que plantean los intereses de grupos, de las demandas cada vez mayores por tecnologías costosas, aparece la idea de los “fines” como remota, inaccesible y lujosamente inútil.

Esta apreciación es errada. Como dice el viejo adagio, “pobre no es quien tiene poco sino quien quiere más”. El problema de la insatisfacción de los usuarios es tanto de recursos como de acceso a ellos, pues no basta tenerlos, y tenerlos bien administrados, sino es necesario que sus destinatarios perciban el sentido de tenerlos y acceder a ellos.

Creo que uno de los aspectos más ignorados en las propuestas de reforma del sector salud se refiere a la articulación de la demanda. Esta no es de suyo evidente. No es obvia, pues el sistema de cuidado de la salud no es solamente de cuidado del cuerpo sino de todo el sistema de creencias de las personas. Quien acude en busca de ayuda no solamente lo hace porque el espacio “dentro” del cuerpo está alterado. También lo hace porque el espacio “entre” los cuerpos –esto es, el sistema de sus relaciones sociales– está dañado o causa sufrimiento. Lo hace a veces porque desea saber, que siempre es compartir. O porque requiere apoyo y consuelo. No sabemos en realidad qué ofrecer porque no sabemos qué se pide y entre el lenguaje de la oferta y el lenguaje de la demanda se establece una cisura difícil de eliminar y una diferencia difícil de atenuar. Una solución a estos dilemas es la ilustración pública.

Un público ilustrado es uno que comparte las dudas y los logros de los expertos. Entiende sus límites y respeta sus optimismos. Sabe que pedir lo imposible es condenarse a una sucesión de frustraciones. No ignora que racionar el recurso escaso es principio fundante de nuestras actuales condiciones de vida y que hay muchas formas de lograrlo. Algunas son más aceptables para ciertos grupos sociales, otras lo son

para otros. La existencia de inequidades está como desafío siempre que se identifiquen con exactitud y honestidad y no sean solamente materia de cosmética verbal.

La reflexión sobre los fines de la medicina no debe ser materia exclusiva de los profesionales sanitarios. Es un principio básico de todo el discurso bioético que el diálogo es la herramienta para arribar a consensos y que son éstos lo que finalmente dirimen las cuestiones de legitimidad que la reforma del sistema de salud necesita interpelar si ha de ser justa y razonable.

X

ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA DECISIÓN TERAPÉUTICA

EL MÉDICO, EL ENFERMO, LA ENFERMEDAD

Los escritos hipocráticos mencionan una tríada famosa: el médico, el enfermo y la enfermedad. El pasaje en que se hace referencia a ella agrega que el médico y el enfermo deben unirse para combatir la enfermedad²¹.

El libro famoso de Michael Balint, que inauguró una época de revisión de los supuestos que inspiraron la teoría profana o sencilla del “rapport” entre médico y enfermo, se denominó, en la más pura tradición clásica, “El médico, el paciente y la enfermedad”²².

El paternalismo característico de la profesión médica, según el cual el médico es el experto y sabe más del enfermo que el enfermo mismo, proviene de la noción de que el enfermo es *infirmus*, carente de firmeza, y no posee el saber formal que el médico debe poseer, administrar y comunicar.

Por otra parte, casi todas las tradiciones occidentales reconocen en el médico a un letrado, un “físico”, que ha adquirido y heredado un saber. Es, por ello, docto, doctor.

A lo largo de su historia, la díada médico-enfermo ha cambiado de apariencia. Se han formulado distintos modelos y se ha destacado algún rasgo por sobre los demás. Antes de entrar a una descripción de ellos y de su relevancia, es conveniente un comentario general del clima sociológico en que usualmente se ha discutido este tema.

LA DÍADA CLÁSICA (INSULAR)

Algunas observaciones pertinentes provienen de las críticas que algunos científicos sociales realizaron a la profesión médica, concebida no sólo como organizada respuesta a las necesidades sociales que los grupos expertos satisfacen sino también como fuente de poder (“poder profesional”).

La noción de una díada aislada, semejante al “sistema individuo” e intermedia entre él y la sociedad mayor, es una ficción interesante. Pero ficción al fin. Ello no significa desconocer la importancia de reflexionar sobre ella ni tampoco su noble contextura sentimental. En el plano práctico, la modernidad ha acentuado un rasgo no visible en la época del “dorado silencio” en las relaciones entre médicos y enfermos, aquella en que parecía no haber fricciones y todo se daba por supuesto.

El hecho simple, por evidente, es que el individuo nunca existe como una isla, desconectado de otros significativos en su vida, de las experiencias formativas surgidas de la interacción con familiares y amigos y de una malla de relaciones sociales que le constituyen, precisamente, como un “nodo” de confluencias múltiples, de intereses variados. En algunas tradiciones de la psicología, el individuo psicofísico es describible como un punto en un hiperespacio de dimensiones que podrían describirle. Es la noción “científica” de personalidad²³. Esto significa que la entidad individuo no es primaria sino, como decía Herbart, “no hay un yo sin un nosotros”. En todos y cada uno de sus momentos las personas están constituidas por sus relaciones: se es hermano de hermanos, hijo de padres, amigo de amigos. El individuo está constitutivamente hecho por otros.

Por ejemplo, el diálogo entre dos personas está poblado por presencias ausentes. Las fantasías, los padres, los amigos, todo cuanto se proyecta al interlocutor, las situaciones que se viven y recrean en el diálogo aportan una riqueza de escenarios que supera con creces la idea simplista de un individuo hablando con otro individuo. La reconstrucción experiencial que el diálogo interpersonal produce se ha convertido,

para muchas escuelas psicoterapéuticas, en recurso técnico de esencial valor. La relación misma se ha convertido en el punto focal de tratamiento e intervención para otras corrientes.

FORMAS DE PRAXIS Y RACIONALIDADES

El diálogo entre médico y enfermo no es un diálogo cualquiera. Está impregnado por diversas formas de praxis, de las cuales son relevantes las identificadas por Habermas como teleológica, estratégica, dramaturgica, normativa y comunicativa^{24, 25}. Probablemente en cada acto médico se da una mezcla de todas ellas, con mayor o menor acentuación.

Cualifica también a la relación la influencia de distintas racionalidades: científica, pecuniaria, terapéutica, etc... La idea de racionalidad debe vincularse a la justificación, racional y razonable, de la praxis. Se refiere al horizonte de sentido dentro del cual un determinado acto cobra significado. Así, por ejemplo, pagar por un servicio tiene que ver con la racionalidad económica o pecuniaria, pero el servicio en sí puede ser de naturaleza científica o terapéutica. Los actos médicos, especialmente los terapéuticos, están imbuidos de racionalidad científica, mas también se justifican como acciones rentables o como intentos de ayuda a los semejantes. De nuevo aquí, cada acto comparte muchas o es interpretable en el contexto de muchas racionalidades diferentes, todas legítimas pero no todas relevantes en algún momento particular.

LAS CIRCUNSTANCIAS

La relación entre médico y enfermo está especialmente cualificada por la circunstancia –circum-stare, lo que está alrededor– que provee el contexto de interpretación de los actos.

Una circunstancia es la enfermedad: puede distinguirse la de todos los días, la crónica, la aguda, la que amenaza la vida. Son formas de enfermedad definibles en base al papel que juegan los actores de la

relación, a las limitaciones que imponen a la vida, a la forma en que se produce la vinculación con los sistemas de salud, entre otros factores.

Otra es la relación económica entre los interlocutores. En algunos casos es directa, como en la llamada medicina privada, en la cual el profesional recibe un honorario de quien que utiliza sus servicios. En la medicina privatizada (administrada por empresas que buscan maximizar rendimientos pecuniarios) ni el profesional es dueño del producto de su trabajo ni el usuario puede controlar las fuentes de su satisfacción. Es alienante en todos los sentidos, sin que esto implique que sea mala o de menor calidad. Es diferente. En la medicina pública, la “funcionarización” de la gestión profesional y la proletarización del papel de paciente hacen que primen factores de relación personal en la satisfacción.

Otra circunstancia es la relación personal entre los participantes en el encuentro. Una simple interpelación directa, por nombre, puede cambiar por completo la sensación de sentirse acogido. No obstante, también aquí hay sutilezas. Por ejemplo, si la amabilidad se percibe mecánica, indiscriminada e insincera su efecto positivo se reduce considerablemente. Si el profesional pregunta por preferencias o recaba la opinión del cliente, se entiende que es para tomarla en consideración. La simple consulta formal, carente de repercusiones, es dañina de la relación porque la sensación de control es parte integrante de la satisfacción con las intervenciones terapéuticas. Cede en importancia sólo a la continuidad presencial de un determinado profesional como fuente de satisfacción con el servicio.

Las clases sociales, las barreras culturales, étnicas y de lenguaje también cualifican como circunstancia. Ha existido una relativa ceguera sobre algunos de los temas planteados por ellas. Un falso igualitarismo puede llevar a ignorar que los códigos verbales y no verbales empleados por los profesionales pueden diferir de los de sus clientes. En nuestros propios estudios sobre la comunicación afectiva quedó de manifiesto la importancia de los códigos intercambiados por médicos y pacientes. La connotación de los términos empleados dependen no sola-

mente de la cultura sino también de los conocimientos formales que tienen los participantes y de sus características psicológicas²⁶.

PAPELES SOCIALES

Hay que recordar que médico y enfermo son papeles sociales (roles), cada uno con su guión predeterminado, con su retórica, con su cosmética y con sus normas. El clásico papel de enfermo de la sociología parsoniana incluía derechos y deberes, muchos de los cuales tenían que ver con sujeción a la autoridad profesional.

El papel del profesional por su parte viene cualificado por el poder del saber, convertido en autoridad legítima por la regulación del Estado, y celosamente cautelado por los guardianes de los fueros de cada profesión. El papel profesional es un poco más rígido que el de enfermo, puesto que a éste se entra y se sale a tenor de circunstancias vitales no controlables y puede, en rigor, ser adoptado por cualquier persona que recibe un rótulo o etiqueta (“diagnóstico”). La diferencia entre la etiqueta diagnóstica y otras es estar basada en un conocimiento extenso, profundo, a través del cual se atisba una realidad que trasciende a la persona misma y apunta a la “entidad nosológica” o la “enfermedad”.

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Pueden definirse “modelos” según las relaciones que se establezcan.

El modelo contractual.

El modelo amical

El modelo magisterial

El modelo pastoral

El modelo tecnocrático

El modelo taumatúrgico

Debe recalarse que cada uno de estos modelos simplemente condensa una faceta o “aspecto” del encuentro, por definición asimétrico,

entre un profesional que sabe y un profano que ignora. Esta verticalidad de los discursos técnicos, clave de la modernidad, ha sido recientemente “horizontalizada” gracias a la influencia de las formas dialógicas de ética, especialmente la bioética.

En cada modelo predomina alguna racionalidad. Así, el modelo contractual destaca la dimensión de acuerdo o contrato, mayor o menor según el contexto, el amical la benevolencia y beneficencia que siempre se predica del oficio médico, el magisterial y el pastoral la expectativa de que los doctores enseñen y prediquen sobre la salud y el bienestar, el tecnocrático la pureza de la intervención ajustada a reglas precisas y el taumatúrgico la esperanza, en situaciones de riesgo y desesperación, de que los médicos obren milagros. Hay situaciones en las cuales discernir y separar dimensiones es difícil. Analíticamente, uno de los trabajos de reflexión que se espera de la bioética y sus disciplinas limítrofes, es la identificación de los deseos, fantasías y esperanzas que cada modelo conjura.

Cualquier objetivación del proceso terapéutico debe considerar el contexto en que ocurre, las demandas y expectativas que despierta y los límites que a toda acción humana impone la naturaleza.

TERAPÉUTICA: PROCESO, PROCEDIMIENTO, PRODUCTO

La terapia —o terapéutica— como ayuda puede ser concebida como “proceso social” (que despierta la vis curandi en el enfermo), “procedimiento técnico” (reglado y normado) y “producto tangible o intangible” (resultados: curación *ad integrum*, *restitutio ad integrum* o *restitutio ad integritatem*).

Para tipificar los procesos sociales se ha formulado la noción de “alianza de trabajo”, basada en la solidaridad horizontal (entre iguales) o vertical (hacia la sociedad, la nación, o la ciencia). Los participantes pueden decidir ayudarse mutuamente o luchar por un superior fin. De hecho, la *filo-tecnía* y la *filo-antropía* han constituido dos polos para el desarrollo del arte.

CURAR, SANAR, CUIDAR

Como en la educación, cuyo producto o resultado está influido por los procesos formales pero en medida desconocida por factores informales —el llamado “currículum oculto” de las instituciones, derivado de las interacciones sociales cara a cara— también en la terapéutica hay factores informales que inciden sobre el resultado final.

Hay que recordar que los fines de la terapia, concebida en sentido amplio como ayuda, han sido tradicionalmente curar, sanar y cuidar. No necesitamos recordar que hay personas “curadas” de sus dolencias pero no “sanas” en el sentido de plenitud. Esa diferencia puede ser crucial cuando se desea separar el componente “propiamente técnico” del componente de entorno de los servicios (denominado por algunos *responsiveness*) cuya contribución al resultado final puede ser considerable. Si a ello se agrega el componente de cuidado (*care*) se tiene un panorama complejo porque está demostrado que el éxito final de las intervenciones técnicas depende, para ser plenamente valorado, de que los usuarios, receptores, beneficiarios o clientes no sean “pasivos” (lo que parece implicar la voz paciente) sino activos co-gestores de la salud en tanto ritual y satisfacción personal²⁷.

Muchos estudios sobre sistemas de cuidado de la salud en el mundo suelen examinar la satisfacción de los usuarios, la calidad del servicio y la calidad de vida de quienes toman contacto con ellos. Está en permanente revisión el número y la naturaleza de las dimensiones descriptivas que permitirían evidenciar calidad global o cambio. Estas cantidades son indispensables para evaluar el éxito o el fracaso de políticas y medidas.

CONDICIONANTES DE LA TERAPIA

Lo anteriormente expuesto, en tanto circunstancias, condicionantes y modelos de la relación interpersonal, inciden en la preeminencia que un modelo u otro de relación pueda tener según estas modulaciones.

Es evidente que el modelo taumatúrgico es el que se impone por obra de las penosas circunstancias que rodean a un accidente o una

situación traumática que amenaza la vida. Obvio es, también, que el modelo amical predomina en las dolencias crónicas, porque los que las sufren suelen saber tanto o más que el médico sobre ellas y la globalidad e irreversibilidad que las caracteriza hacen imperativo el cambio de vida como método terapéutico y no solamente la administración de sustancias o la imposición de intervenciones. Del mismo modo, en los sistemas de salud “privatizada” predomina el modelo contractual, que paradójicamente no siempre es el principal en la medicina “privada”, paradigma del ejercicio liberal y en la cual el profesional y su cliente acuerdan márgenes de libertades que les permiten sentirse en control de las situaciones que enfrentan. En la medicina privada suele presentarse el modelo magisterial, el amical o el pastoral, en cualquiera de sus innumerables variantes.

Parece evidente que el tipo de enfermedad, como ya indicábamos antes para la relación interpersonal en general, determina el curso y las modulaciones de la terapéutica, en sus aspectos técnicos y en sus dimensiones simbólicas.

Tradicionalmente, los médicos han tenido tres recursos a su disposición: la palabra, la droga y el bisturí. Se piensa que la palabra es reversible en sus efectos y que el bisturí no lo es, pues el corte deja cicatriz permanente. La verdad es que no hay intervención por completo reversible y el ideal de toda terapéutica consiste en tener la especificidad suficiente para destruir lo nocivo sin perturbar al organismo. Esta idea se expresó a veces bajo el concepto de “bala mágica” que destruye el germen patógeno o el tumor maligno pero preserva intacto al organismo. También se espera que el buen agente terapéutico no tenga efectos colaterales indeseables y que la duración de sus efectos sea controlable. También se exige que su aplicación vaya precedida de una experiencia razonable que avale su empleo. Este último punto merece un análisis que aquí sólo podemos insinuar.

La Declaración de Helsinki, documento no jurídicamente vinculante que norma las relaciones de los médicos con los sujetos de una investi-

gación científica, contiene entre sus disposiciones una relativa a la propiedad moral con que puede administrarse una sustancia inerte –un placebo– en el ensayo terapéutico cuando existe una medida terapéutica ya ensayada. El término inglés empleado –*proven*– es ambiguo. Puede significar “terapéutica probada”, en el sentido de habitualmente usada y encontrada buena, o puede aludir a “terapéutica comprobada”, indicando que hay pruebas fehacientes de eficacia indiscutible. No siempre el tratamiento habitual es el mejor posible. Hay casos en los cuales el desarrollo posterior de las técnicas demostró que lo “habitual” era inútil o incluso nocivo. Por eso, algunos han propuesto reemplazar la idea de *best proven* por *best available and sustainable*. El cambio no es menor. Lo que está disponible y es sostenible a mediano plazo en un país puede ser, simplemente, nada. En ese caso, más de alguien podría encontrar moralmente justificado administrar “cualquier cosa”, pues de todos modos las personas afectadas estarían condenadas a no recibir nada. O se podría sostener que concluido un ensayo terapéutico se retirarían todas las medidas, bajo el argumento de que no hay condiciones razonables para mantenerlas. Ello no solamente alude a la disponibilidad de un fármaco o la factibilidad de una intervención. Tiene que ver también con las condiciones infraestructurales o técnicas que maximizan la eficacia de un producto o una intervención: por ejemplo, condiciones de asepsia, administración endovenosa segura, instalaciones e instrumental apropiados. La argumentación se torna especiosa cuando se remite al juicio de la comunidad de expertos. Esta comunidad, cuyos juicios son siempre “prudenciales” e influidos por factores innumerables (y desconocidos en ocasiones), debe tener una incertidumbre cabal para que se justifique una desviación de la norma de dar aquello comprobado. Esta argumentación ha recibido la denominación en inglés de *clinical equipoise*, indicando que las propensiones pueden ser equiparables por reinar auténtico estado de “no resolución de controversias”. Sabido es que la ciencia se construye sobre controversias zanjadas por prueba empírica. En este plano se observa, obviamente, la confluencia e

inseparabilidad de lo técnico y lo ético que caracteriza al espacio terapéutico.

No debe olvidarse que cada recurso terapéutico existe simultáneamente en muchos espacios semánticos y que la droga, por ejemplo, tiene valor simbólico tanto como efecto bioquímico. Problema central de la medicina contemporánea, ya sea en su versión centrada en el paciente (*patient-centered medicine*) o en su versión basada en pruebas (*evidence-based medicine*), es separar los efectos simbólicos y los fisiológicos. En algunas circunstancias, los primeros son considerados indeseados contaminantes. En otras, son parte del arsenal terapéutico. Es el caso de la psicoterapia, en la cual la palabra y los conjuros (*logoi kaloi*, bellas palabras, como dice Platón) se usan precisamente por su valor simbólico.

CORRIENTES DE LA MEDICINA CONTEMPORÁNEA

Si algo justifica la existencia de la medicina como práctica social es su esperado impacto sobre el bienestar y la vida de las personas. La eficacia y la eficiencia se han convertido en sus atributos más valiosos, entendiéndose que entre ambas media la distancia entre las condiciones ideales u óptimas y las obstinadas realidades cotidianas.

Durante la mayor parte de su historia registrada, la medicina ha sido terapéuticamente ineficaz. No distinta conclusión se extrae del registro literario y las tradiciones orales. Prácticas que hoy consideraríamos nocivas eran usadas con certidumbre. Ministraciones inútiles constituyeron poco más que rituales de sanación. La paradoja más notable de la medicina es que nunca puede ser por completo exitosa. De serlo, se aniquilaría como práctica socialmente apreciada. Si todas las personas estuvieran sanas como consecuencia de la acción médica, ésta sería innecesaria.

En años recientes, han aparecido tres sintagmas que reflejan la situación contemporánea.

El primero de ellos es “medicina basada en pruebas”, generalmente expresado en su versión anglófona *evidence-based medicine*.

El segundo es “medicina centrada en el paciente”, conocido como *patient-centered medicine*.

El tercero es “medicina del deseo”, que en francés se dice *medecine du desire* o *wish medicine*, en inglés.

En cierta medida, el primero puede identificarse con la *filotecnia* aludida más arriba, el segundo con la *filoantropía*, y el tercero con la noción de que la medicina no sólo cura, sana y cuida sino también perfecciona y mejora.

Las modificaciones que esto introduce en nuestros conceptos habituales sobre la dñada (o, mejor, multñada) de la relación terapéutica deben ser objeto de detallado análisis.

Una medicina “científica”, ya desde que Claude Bernard llamara así a aquella basada en la fisiología, prescinde de las preferencias individuales de quienes la reciben. Se concibe a sí misma desprovista de factores inefables o no explícitos y se reduce a fisiología aplicada. La medicina centrada en el paciente reconoce la impronta de las preferencias individuales y de los factores contextuales. Una y otra pueden ponerse al servicio de fines que no solamente se refieren al “sanar, curar y cuidar” clásicos sino también al “mejorar y perfeccionar” que constituyen el deseo de las personas, esperanzadas por la técnica.

El discurso bioético es constitutivamente dialógico. Media entre representaciones colectivas, acciones irracionales, creencias, normas, racionalidades, personas, grupos²⁸. Su principal mérito es emplear el diálogo como herramienta social para construir consensos cuando sea posible, articular disensos cuando proceda y contribuir a la convivencia siempre. Su existencia y madurez demuestran que los radicales antropológicos del arte de curar, en el curso y recurso de la historia, suelen aparecer bajo formas muy diversas. La bioética puede ser llamada la más reciente de sus versiones^{29, 30}.

XI

BIOÉTICA Y PSICOFARMACOLOGÍA

EL MEDICAMENTO: ENTRE LA PALABRA Y EL BISTURÍ

Como hemos reiterado en otros lugares, los tres recursos terapéuticos más importantes de la medicina contemporánea son la “palabra”, el “medicamento” y el “bisturí”^{31,32}.

Los tres son creaciones tecnológicas, pues conjugan una racionalidad instrumental (un para qué) con una técnica o un conjunto de técnicas (un cómo) que definen su empleo correcto y su indicación apropiada (un por qué).

De los tres, el medicamento representa una fase intermedia entre la (aparente) volatilidad y reversibilidad de la palabra y la definitiva e irreversible acción del bisturí. En el medicamento ideal se conjugan los ideales de especificidad, control de su eficacia, ausencia de efectos no deseados y posibilidad de uso reiterado.

Desde la época de la iatroquímica y los esfuerzos de Paracelso por introducir minerales y compuestos químicos en el arsenal terapéutico, los medicamentos han simbolizado el progreso técnico de la medicina de fundamento biológico. Puede decirse que todo medicamento representa un complejo de conocimiento científico, tecnología e industria comercial. Su sola existencia desata un conjunto de interrogantes que interpelan diversas disciplinas dentro y fuera de la medicina.

En este capítulo vamos a concentrarnos en las implicaciones bioéticas del desarrollo, ensayo e indicación de compuestos psicoactivos, enten-

diendo por tales aquellos cuya principal acción (o indicación) es modificar la ideación, la voluntad o la afectividad.

BIOÉTICA: EL DIÁLOGO EN ACCIÓN

La ética es a la moral lo que la musicología a la música. Una explicitación razonada (y racional) de los fundamentos de la acción individual y social, que se orienta a definir y alcanzar lo deseable. A las tradiciones monológicas (y monolíticas) derivadas de teorías filosóficas determinadas, ha sucedido una etapa en que lo principal es el diálogo y el discurso social. Puede oponerse así una ética de las convicciones, que suele reflejar certidumbres y creencias, cuando no dogmas, a una ética de la responsabilidad, que al prescribir y proscribir toma en cuenta las consecuencias de los actos.

Entre fundamentos y consecuencias se mueve el discurso ético, que se sitúa, como directriz de la acción, entre las creencias (religiosas o ideológicas) y las normas jurídicas o culturales.

Se da el nombre de bioética a una forma particular de discurso ético que, originado en el siglo XX, toma el “diálogo” entre personas, racionalidades y disciplinas como elemento y herramienta para formular, resolver o disolver los dilemas provocados por la influencia de las ciencias y las técnicas sobre la vida humana. Sus comienzos suelen verse en “casos” famosos que concitaron estupefacción y alarma porque en nombre del bienestar y de la ciencia se transgredieron elementales principios de respeto a la dignidad y la vida de las personas^{33, 34}.

BIOÉTICA Y PRESCRIPCIÓN PSICOFARMACOLÓGICA

En la práctica de la medicina, la prescripción de medicamentos es un acto terapéutico. Esto significa que está orientado a ayudar a una persona.

Se entiende que, como tal acto, le son aplicables los viejos principios de la “no-maleficencia” (“primero no dañar”) y de “beneficencia” (“el bien del enfermo por sobre toda consideración”).

En la concreción de estos principios, cabe distinguir distintas influencias de orden social. Por ejemplo, la persona del que prescribe, su grado de conocimiento, los intereses que le animan. Cada uno de estos aspectos ha recibido atención en la literatura especializada, si bien no siempre se destaca el punto de vista ético. Las ciencias sociales empíricas han evidenciado las influencias que operan sobre el prescriptor, la importancia de la propaganda, el peso de la industria. Desde un punto de vista normativo, la buena práctica implica conocer en detalle lo que es el medicamento que se prescribe, sus acciones y efectos laterales. La buena práctica es el fundamento de toda ética, y en este caso, una precondition para la moralidad del acto es el conocimiento adecuado. Esto se relaciona con la noción de “tratamiento comprobado” (*proven treatment*) y se relaciona con la idea de una “medicina basada en pruebas” (*evidence-based medicine*). Hay un límite natural a estas exigencias, determinado no solamente por el estado del arte sino también por la capacidad del propio médico, la institución en que labora y otros condicionantes. Sucede a veces que limitaciones externas a la labor médica impiden una prescripción óptima. En tales casos, la buena práctica aconseja intentar resolver la tensión entre lo óptimo y lo apropiado del mismo modo que se resuelven las antinomias entre lo público y lo privado, esto es, en un razonable término medio. Ninguna obligación ética puede concebirse como realizar lo imposible.

El razonamiento bioético se extiende también a consideraciones sobre la “autonomía” de las personas. Así como no es posible obligar a nadie a someterse a un protocolo de investigación o una intervención quirúrgica, en principio los pacientes deben dar su asentimiento a la administración de sustancias psicotrópicas tras una explicación exacta y suficiente del tratante. Aquí imperan algunos factores de prudencia, que suelen resumirse en el principio de la “persona razonable” o del “profesional razonable”. Por el primero se entiende brindar aquellas informaciones que una persona de la misma cultura y en condiciones comparables a las del paciente requeriría para una decisión adecuada. El segun-

do alude a lo que el experto considera información esencial. Es fácil comprender que ambos puntos de vista no son equivalentes y que la prudencia profesional, atemperada además por los riesgos de demandas y litigios, cada vez más frecuentes, dictará qué informaciones proporcionar, cuándo y cómo. El asunto no es banal en ninguna rama de la medicina, pero es crucial en psiquiatría, porque los factores simbólicos –a menudo sintetizados en la idea de “placebo”– inciden sobre la *compliance* o acatamiento de las indicaciones terapéuticas y, lejos de constituir una indeseada influencia, son a veces parte del propio tratamiento. La psicodinamia del acto de prescribir se enlaza con la noción de la “droga médico” con que Michael Balint vigorizó el pensamiento sobre la relación médico-paciente, indicando que la persona del profesional –como cualquier tratamiento– es parte de la dosificación de recursos terapéuticos y que debe ser “administrada” en conjunto con los otros. De allí que nunca la acción de prescribir medicamentos sea neutral y avalórica. Está siempre impregnada de la personalidad, las emociones y los valores de quien la realiza.

La bioética, ya lo indicábamos, presenta la exigencia dialógica en un registro diferente del técnico-psicodinámico. Se justifica desde la condición de agentes morales de paciente y terapeuta, e impone la necesidad de compartir discursos, no solamente para “negociar” un diagnóstico y un tratamiento, sino para formular y articular las paradojas y dilemas que todo acto de ayuda involucra. Por ejemplo, puede ser a veces necesario administrar un fármaco contra la voluntad de quien lo recibe. Como en el caso de la vacunación, ello suele estar justificado para impedir daños a otros o a la propia persona, y lo que a simple vista puede parecer transgresión de derechos y lesión de la autonomía adquiere un aspecto de protección de la salud. En estas circunstancias, debe primar la más importante de las virtudes profesionales, la prudencia.

Otro principio involucrado en la prescripción es la “justicia”. Aunque todo acto médico puede analizarse según la idea de “justicia conmutativa”, que rige los intercambios equitativos, especialmente las obligaciones con-

tractuales, es la “justicia distributiva” la forma que más suele discutirse en medicina social. Según este principio, la justicia es equidad, lo que significa eliminar las desigualdades que son injustas y evitables tanto en el acceso a la terapéutica como en su resultado. Se experimenta ante este problema una suerte de impotencia del profesional como individuo, toda vez que resolver las inequidades sociales suele no ser materia de su preocupación o intereses y, aun siéndolo, poco puede hacer para intervenir en algo que es materia de política sanitaria, modelo socioeconómico u organización institucional. Sin embargo, aun estas consideraciones “macro” están presentes al momento de prescribir. Por ejemplo, cada vez que un terapeuta indica un tratamiento farmacológico empieza a gastar dinero y empieza a ser un factor económico tan maleable como otros factores del mercado.

Debe destacarse que, como todo razonamiento moral, el bioético está determinado por contextos. Existen el contexto profesional, el institucional y el cultural, entre otros. La importancia de la determinación contextual estriba, no en que algunos principios estén ausentes sino en el grado en que ellos se manifiestan en la acción cotidiana. En algunas culturas, la autonomía es el valor supremo al cual deben supeditarse todos los demás. En otras, se privilegia la justicia y la beneficencia. Esta modulación contextual de valores y principios no significa que unos y otros sean relativos. Solamente indica que su expresión puede variar.

BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA PSICOFARMACOLÓGICA

Tradicionalmente, desde el Código de Nüremberg (1947) y la Declaración de Helsinki (1964, última revisión 2000), la influencia de la ética sobre la investigación biomédica ha consistido en la “protección” de los sujetos experimentales o de ensayos clínicos. Tal fue el énfasis del famoso Informe Belmont, que consagró en el ámbito estadounidense los principios que deben regir el trabajo investigativo y que desde entonces (1978) constituyen la base del trabajo de los comités de ética de la investigación (llamados en Estados Unidos *Institutional Review Boards*, *IRB*)³⁵.

Sin que se haya perdido este énfasis “protector”, la historia de la investigación que involucra sujetos humanos muestra un progresivo aumento de otras consideraciones. Por ejemplo, la importancia de un buen diseño del estudio, el tamaño de las muestras, la igualdad de acceso a ser sujeto de investigación son temas tanto técnicos como éticos. La calidad ética de un buen proyecto de investigación no empieza solamente cuando se invita a los sujetos a participar (consentimiento informado). Un estudio mal planeado, que excluya sin motivos sujetos o grupos, que exponga a las personas a riesgos desproporcionados a la utilidad posible o innecesarios, entre otras consideraciones, es ya un estudio éticamente objetable³⁶. Asimismo, en estudios de nuevas terapias, es necesario evitar el llamado “malentendido terapéutico” (*therapeutic misunderstanding*) que consiste en hacer creer a los sujetos que derivarán algún beneficio personal de su participación y de ese modo ganar su adhesión o confianza. En estudios de toxicidad, por ejemplo, no hay ningún beneficio personal, pues los sujetos serán expuestos a dosis subterapéuticas. En el balance entre conocimiento generalizable y beneficio individual, cuando haya alguna duda debe primar este último. Ya no se acepta la antigua distinción entre “investigación terapéutica” e “investigación no terapéutica”, reconociéndose que en toda investigación y en todo tratamiento hay “fases” no terapéuticas y terapéuticas. Cada fase amerita una consideración ética especial y distinta. Tales nociones serán recogidas en las más amplias de todas las normas éticas para investigación, las elaboradas por el Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), actualmente en proceso de revisión³⁷.

En años recientes, especialmente en relación con la investigación transnacional financiada por la industria o cuyos resultados pueden afectarla, hay controversias no resueltas en torno a temas como el uso de placebos inertes cuando existe un tratamiento probado o habitual para una condición. En general, si éste es el caso, no puede usarse el placebo inerte, pero toda excepción debe ser analizada por un comité independiente del investigador y de los auspiciadores del estudio. Otra contro-

versia alude a los conflictos de intereses, no solamente académicos (problemas de autoría o prioridad) sino también económicos, especialmente en aquellos casos en que los investigadores pueden tener intereses comerciales en las empresas o recibir compensaciones pecuniarias o de otro tipo por reclutar sujetos. Las compensaciones ofrecidas a los sujetos, a veces como inducción para que participen, también dan lugar a dilemas. En algunos países, una pequeña suma de dinero puede significar un estímulo muy importante y la pobreza puede parangonarse a la “vulnerabilidad” de algunos grupos “cautivos” tales como estudiantes, reos o dependientes jerárquicos de los investigadores. Semejante conflicto genera la demanda, hoy generalizada, de beneficios para las poblaciones que participan en un estudio, después de terminado éste. Algunos autores sugieren, por ejemplo, ofrecer los productos gratuitamente a quienes tomaron parte en el estudio por algunos meses o años. De otra parte, la industria farmacéutica observa que si la investigación de nuevos productos se tornara no rentable, el perjuicio para el futuro de la ciencia médica sería importante.

ALGUNAS CONCLUSIONES

Este somero bosquejo solamente persigue destacar algunas dimensiones éticas en la prescripción y la investigación psicofarmacológicas. De todos los desafíos futuros, la legitimidad de las profesiones y los dilemas del progreso técnico serán determinantes en la mejora de los sistemas de cuidado de la salud. Así como en su momento el paradigma de las ciencias sociales invadió críticamente el reducto de la medicina, hoy el discurso bioético, desprovisto ya de su potencial contestatario inicial, se convierte en una auténtica renovación de la práctica de la medicina y otras profesiones de ayuda y de cuidado de la salud.

Hay ya importantes problemas en torno a metas o fines de la medicina que no se anticiparon antes con la certeza que hoy³⁸. Por ejemplo, la posibilidad de que la medicina no solamente cure, sane o sane sino también perfeccione y mejore o, lo que es lo mismo, cumpla deseos de

las personas (*medecin du desire*). Especialmente en el ámbito de los fármacos que modifican las vivencias, la conducta o las capacidades intelectuales, esta vieja aspiración humana parece estar hoy dentro de una realidad concebible. Los dilemas éticos se acrecentarán especialmente porque la globalización económica impone restricciones de acceso a los productos tecnológicos que hacen improbable que puedan ser ofrecidos a todo el mundo, lo que por otra parte contrariaría la lógica de mercado que predomina en los sistemas de servicios en el mundo occidental.

Para afrontar los problemas reseñados, y otros muchos que quedan sin discutir, sin duda alguna ayudará la existencia de normas éticas escritas y la existencia de comités de ética³⁹. Pero, ante todo, será importante la convicción de que el verdadero control ético es esencialmente una autorregulación de los profesionales e investigadores, imbuidos de una “cultura de evaluación”, que actúan inspirados por un razonamiento bioético sostenible por la fuerza de su eficacia y no por el temor al conflicto o la imposición de ideologías o creencias. Es incuestionable que el futuro exigirá de los profesionales e investigadores en psicofarmacología una especial preocupación en ese sentido.

XII

ANTROPOLOGÍA MÉDICA⁴⁰

FORMAS DE ANTROPOLOGÍA MÉDICA: SIGNIFICADO Y ALCANCE

Dos sentidos tiene en la actualidad la expresión “antropología médica”. En la literatura anglosajona se refiere a la fusión entre la antropología cultural y la medicina y sus estudios presentan una suerte de etnografía de las prácticas curativas. En la tradición alemana y continental europea, alude a los radicales antropológicos del arte de curar, sin duda más antiguos que la institución social de la medicina.

Será en este segundo sentido que entenderé la expresión para referirme especialmente a la forma que adoptó el pensamiento antropológico en la escuela de Heidelberg, que tuvo el privilegio de conocer en forma personal y directa⁴¹. Mi maestro, Paul Christian, fue el sucesor y heredero intelectual de su más importante figura, Viktor von Weizsäcker.

La antropología médica, en el sentido filosófico del término, tiene un largo pasado pero una fragmentaria historia. Lo antropológico aparece y desaparece en el pensamiento médico a tenor de los cambios en las prácticas sociales, el desarrollo de las ciencias y la maduración del pensamiento filosófico. Antropologías hay en la medicina de muchas formas y con diversas expresiones⁴². Algunas cabe rotular de “implícitas”, pues lo humanístico es como un decantado que el observador experto puede extraer de los escritos técnicos sin que en ellos se le formule en forma inequívoca. En algunas épocas y tradiciones, por el contrario, adquiere lo antropológico densidad y entidad propias, al punto que se convierte casi en una especialidad más. Cabe hablar aquí de “antropologías explícitas”.

Es posible hacer todavía una distinción adicional. Dentro de las antropologías explícitas, algunas pueden considerarse “cerradas”. Al modo de una doctrina, ofrecen un panorama conclusivo, abarcativo y global, sin resquicios, que se presenta cual cosmovisión y fundamento. Sin duda, la medicina romántica puede considerarse dentro de este grupo. Mas otras ofrecen lo antropológico más como método que como contenido, más como clave que como espectáculo, y en tal sentido se constituye en herramienta disciplinaria y llave de interpretaciones. Cuando con mi maestro Christian hablábamos de “patología teórica”, en realidad indicábamos la clave antropológica bajo la cual interpretar la profesión, la práctica y la teoría de la medicina⁴³. Esta expresión adquiere por ende el valor de una propuesta instrumental y la antropología resultante podría ser llamada “abierta”. Está, al modo de las disciplinas de base empírica, sujeta a la mutación y la ampliación.

Puede decirse por lo tanto que con matices y énfasis diferentes, la medicina “reinventa” lo antropológico cada cierto tiempo. En cada época, la reedición del pensamiento humanista acontece bajo claves distintas. Aunque nunca ausente, la *filo-antropía* se hace teoría junto a la *filo-tecnía* en lenguas y contextos diversos.

ESPACIO, TIEMPO, PERSONA, SOCIEDAD

La época que ahora concluye, época “baconiana” por las características del método que la funda y sostiene, ha tenido momentos formativos que procede reseñar. Fue lo antropológico como un fruto tardío de sucesivos des-cubrimientos. Foucault advierte que el “espacio” fue la primera cristalización de lo médico. El *morbis* tuvo su ubicación en el espacio tridimensional del cuerpo, en el tejido, en el órgano, en la célula. Lo enfermable es el espacio y el ojo, la mirada, pone de manifiesto lo patológico. Luego, en el siglo XIX, la medicina descubrió el “tiempo” y se configuró la disciplina de la fisiología, primero como *anatomia animata*, luego como registro del cambio morfológico, como el gráfico

de la función. Instrumento señero fue el kimógrafo de Ludwig, instrumento mediante el cual se pudo registrar y conservar el cambio en los músculos y glándulas, inaugurando una etapa funcional⁴⁴.

La medicina finisecular estaba ya preparada, con notables anticipaciones, para la emergencia de la “persona”. Fue el psicoanálisis, bajo el modelo de la escucha, la disciplina que inauguró la constitución de ese factor intangible que con historia y conflicto presentaba coherencia a la mirada y agrupaba las dispersas apariencias. Había nacido la persona en el lenguaje y en los avatares biográficos narrados a una atención universal y sin censuras. El oído reemplazó al ojo, la palabra a la célula, la persona al órgano.

Probablemente en las primeras décadas del siglo XX se consolidó una etapa adicional. Del espacio, del tiempo, de la persona, el pensamiento médico pasó a una nueva etapa antrópica con el descubrimiento de “lo social”. Un nuevo espacio, no tridimensional como el del objeto cuerpo sino pluridimensional como el alma, el lenguaje y la cultura se agregaba. Un espacio no “dentro” de las personas sino “entre” ellas. Todavía se resiste la teoría a asignarle a este espacio el rango de un *locus* enfermable, pues la medicina ha permanecido cogida en el sistema del individuo humano y la individualidad médica es siempre individualidad somática. La “medicina psicosocial” y los términos “sociedad enferma” nunca alcanzaron respetabilidad académica, salvo en las fugaces “sociopatías” y otras designaciones de fortuna fugaz.

Es probable que debamos clausurar nuestro siglo con la última revolución conceptual y reinención de lo antropológico ejemplificadas en el “discurso bioético”⁴⁵. Es éste la exaltación del “diálogo” como fundamento del consenso y de las decisiones que afectan a las personas. No revitaliza ni reformula la ética filosófica ni es simplemente una versión democrática de las deontologías médicas. Es una auténtica revolución del pensamiento humanista en medicina, una clave dialógica que enriquece el espacio, el tiempo, la persona y la sociedad, concreciones previas de la medicina, “objetos” que han fundado disciplinas

incorporadas con mayor o menor facilidad al “corpus” de lo que hoy llamamos medicina⁴⁶.

LA ESCUELA DE HEIDELBERG

La escuela de Heidelberg brinda un excelente ejemplo para estudiar la concreción histórica de lo antropológico en medicina. A través de sus hombres eminentes pueden reconstruirse sus etapas formativas y su desarrollo, culminación y estagnación.

Fue primero Ludolf von Krehl. Como clínico avezado, Krehl sabía que no hay enfermedades sino enfermos y en la mejor tradición hipocrática trasunta prudencia y tacto en sus escritos, incluso los más técnicos y didácticos. En la tradición de Karl Kraus y otros, Krehl dignificó lo “espiritual”, otorgándole un sitio en la teorización clínica y convirtiéndolo en un factor unificador de la personalidad.

Richard Siebeck redescubrió lo “biográfico”, pues puso la historicidad personal en la base de una amplia concepción de la “anamnesis” como historia vital. Introdujo el movimiento y el diálogo como herramientas espirituales para la reconstrucción de la unidad biográfica.

Para Viktor von Weizsäcker, la ambiciosa tarea de construir una antropología médica debía abordarse reconstituyendo sus estadios formativos. Así, desde la patología funcional de von Bergmann podía observarse el tránsito hacia la medicina psicosomática y de ésta a la medicina antropológica. Pero de allí, el pensamiento médico, abandonando tal vez el reducto de lo conocido por técnico y de lo familiar por cotidiano podía lanzarse a una reconstrucción total de la vida social. La medicina se transformaría en teoría de lo humano en antropología “more medico”. Esta antropología médica de von Weizsäcker alcanza en sus últimos escritos, especialmente en la “Patosofía” una reciedumbre teológica y una profundidad de atisbo que hacen difícil su lectura y aceptación.

Mi maestro Paul Christian, cuya última obra *–Medicina antropológica–* traduje y edité, hizo la síntesis final antes de que el pensamiento antropológico de la escuela de Heidelberg se estancara en un

ritual histórico sin asidero en la Alemania de la postguerra y en los cambios institucionales que la afectaron. Quedaron, aislados, algunos interesantes aportes, persistió el hálito integrador en algunos proyectos y programas pero la energía creadora, el entusiasmo de la construcción teórica se habían perdido cuando conocí la tradición y busqué sus raíces institucionales y humanas.

ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y BIOÉTICA: LA SÍNTEISIS QUE AGUARDA

Me ha parecido siempre que el discurso bioético de las últimas décadas, unilateralmente estadounidense como le hemos conocido en la América Latina, se “vería enriquecido” si la tradición antropológica, especialmente la de Heidelberg, “viniera a enriquecerlo”. Tal fue tarea y propuesta que abordara durante mi estancia en la Villa Serbelloni, en Bellagio, en la que gracias a la munificencia de la Fundación Rockefeller medía la tarea de rescatar el pasado y hacerlo presente del presente. Traduje artículos de los maestros, reescribí sus historias y repensé sus hechos. Desde entonces abrigo la convicción de que nuestra bioética, la hispana, la latina, la americana del sur, tiene entre sus misiones la de rescatar esa dormida aportación. No nos quedaremos solamente en la reivindicación de algunos principios que al modo de algoritmos de ingenieros, podrían ayudarnos a tomar decisiones. Con todo lo que eso significa de avance, aporte y riqueza, es para nuestra mentalidad una empresa deslucida, sin la substancia de la reflexión concienzuda y madura. Tengo para mí que el mejor futuro para nuestra antropología de cuño bioético se fraguará, como en el pasado de nuestro continente, en el sincretismo de tradiciones sólo en apariencia divergentes, en la integración de lo perenne que tienen las distintas medicinas.

Y esa perennidad de que hablamos le viene a la medicina de sus radicales antropológicos. De que, implícitas o explícitas, hay en ella muchas antropologías que desarrollar todavía en el futuro.

NOTAS

1. Un interesante análisis histórico-conceptual de la famosa afirmación de Francis Bacon, “conocimiento es poder”, se encuentra en el libro de Gernot Böhme, *Am Ende des Baconischen Zeitalters* (Suhrkamp, Frankfurt, 1993).
2. Véase a este respecto el libro de Günter Ropohl, *Technologische Aufklärung* (Suhrkamp, Frankfurt, 1991).
3. Hemos elaborado algunos de estos tópicos en *Notas al margen. Ensayos*, (Cuatro Vientos, Colección Travesía, Santiago, 1985).
4. No es este el lugar para elaborar con mayor latitud las implicaciones que tiene la relación estructura-función en las instituciones académicas dedicadas a la producción y la reproducción del conocimiento formal en la edad técnica. La conflictualidad propia de esas instituciones convierte a éste en uno de los numerosos focos de tensiones que caracterizan su evolución y desarrollo. Como tiene implicaciones para el ejercicio y enseñanza de las profesiones y para su eventual presencia en la sociedad es un tema ético.
5. En un viejo escrito elaboré más extensamente este punto. Ver Lolas, F. *Notas al Margen* (op. cit., 1985),
6. Un caso especialmente notorio es el de Charles Darwin, cuya contribución individual se cuenta entra las más relevantes del siglo XIX. Nunca perteneció a una universidad, aunque sus trabajos fueron conocidos a través de academias y sociedades científicas en cuyo seno se discutían sus hallazgos e ideas.
7. Se alude aquí al “modelo” de universidad que preconizara Wilhelm von Humboldt y cuyo más acabado exponente fue la Universidad de Berlín.
8. Gadamer H. G. *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, (Suhrkamp, Frankfurt am Main), 1993.
9. Buytendijk J. *Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung*. Springer, (Berlin - Heidelberg, 1957).

10. Una buena discusión sobre el proceso de construcción de un “objeto” científico, en el sentido de Gegenstand, ofrece Bruder, K. J., “Die historische Konstruktion des Gegenstands der Psychologie”, en: *Subjektivität und Postmoderne*, (Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1993), págs. 12 - 49. La ciencia psicológica se articula como “una exploración de construcciones posibles”.
11. Véase Whitley, R. D. “Cognitive and social institutionalization of scientific specialities and research areas”. En Whitley, R. D. (ed.), *Social processes of scientific development*, (Routledge and Kegan Paul, Londres, 1974).
12. Para una discusión del tema de la profesionalización, puede verse Lolas, F. *Proposiciones para una teoría de la medicina*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1992.
13. Véase Lolas, F. “La evaluación de la productividad científica”. *Vida Médica* Santiago de Chile, 42 (1): 46 - 48, 1990.
14. Mayor extensión para este argumento en Lolas, F. Los azares de la cientificidad. En: *Notas al margen*, ob. cit.
15. Böhme G. *Alternativen der Wissenschaft*. (Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1993). La noción de que lo cohesionador es un factor de procedimiento comunicativo permite entender la “represión” a que son sometidas presuntas verdades descubiertas por métodos heterodoxos. Se presta, como argumento, para el desarrollo de una teoría del desarrollo científico de raigambre psicoanalítica. Lo alternativo es, precisamente, el discurso reprimido o eliminado (¿o censurado?) de la historia oficial (¿consciente?) de una disciplina.
16. Véase Lolas, F. “Los azares de la cientificidad”. En: *Notas al margen*, ob. cit.
17. Comentarios adicionales en Lolas, F. Communication modes in research. En: Day, S. B., Lolas, F., Kusnitz, M. (eds.) *Biopsychosocial Health. International Foundation for Biosocial Development and Human Health*, (New York, 1980), págs. 149 - 160.
18. Este ejemplo está tomado de Böhme, G. *Am Ende des Baconschen Zeitalters. Studien zur Wissenschaftsentwicklung*, (Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1993).
19. Las connotaciones sociales y la impronta en el imaginario colectivo son distintas para *science* y *Wissenschaft*, por ejemplo. Los hablantes de una lengua, aunque intuitivamente pueden reconocer los alcances del término “ciencia” en su espacio semántico, difieren en su aprecio por ella según el grado de instrucción formal que posean o sus experiencias formativas.
20. Llámase así, en este contexto, el daño inducido por la intervención curativa.

21. Laín Entralgo, P. *La relación médico-enfermo*, (Alianza Editorial, Madrid, 1983).
22. Balint, M. *El médico, el paciente y la enfermedad*, (Libros básicos, Buenos Aires, 1961).
23. Lolas, F. *Psicofisiología de la personalidad*, (Ediciones Bravo y Allende, Santiago de Chile, 1998).
24. Habermas, J. *Theorie des kommunikativen Handelns*, (Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main, 1988).
25. Lolas, F. *Proposiciones para una teoría de la medicina*, (Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1992).
26. Lolas, F., von Rad, M. "Alexithymia". En Cheren, S. (editor) *Psychosomatic Medicine*, Volume I, (International Universities Press, Madison CT, 1989).
27. Lolas, F. *Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud*, (Editorial Andrés Bello, Santiago, 1997).
28. Lolas, F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*, (Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1998). (Segunda edición revisada, Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 2001).
29. Lolas, F. *La perspectiva psicosomática en medicina*, (Ensayos de aproximación. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2ª edición, 1995).
30. Lolas, F. *Bioética y antropología médica*, (Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 2000).
31. Lolas, F. *Proposiciones para una teoría de la medicina*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1992.
32. Lolas, F. Efectos laterales, compliance, placebo: consideraciones psicosociales. En Retamal, P. & Lolas, F. (editores), *Indicaciones psicofarmacológicas en la práctica médica*. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago de Chile, 1991), págs. 15-24.
33. Lolas, F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. 2ª. edición. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 2001.
34. Lolas, F. "Aspectos éticos de la prescripción farmacológica". En *Informe Final, Grupo de Trabajo sobre Uso Racional de Medicamentos Psicotrópicos en los Países del Cono Sur*, (Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud, 1994). (Documento OPS/HPP/HSS/94.01).
35. National Bioethics Advisory Commission, USA *Ethical and Policy Issues in Research Involving Human Participants*, (Bethesda, Maryland, 2001).
36. Pellegrini, A., Macklin, R. (editors), *Research on Human Subjects: International Experience*. (PAHO Regional Program on Bioethics, Santiago de Chile, 1999).

37. Levine, R.J., Gorovitz, S., Gallagher, J. (editors), *Biomedical Research Ethics: Updating International Guidelines*, (CIOMS, Geneva, 2000).
38. Hanson, M.J., Callahan, D. *The Goals of Medicine*, (Georgetown University Press, Washington DC, 1999).
39. Lolos, F. "Aspectos éticos de la investigación biomédica. Conceptos frecuentes en las normas escritas". *Revista Médica de Chile*, 129: 680-684, 2001.
40. Conferencia pronunciada en las Terceras Jornadas Argentino-Chilenas de Medicina organizadas por la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y la Academia Chilena de Medicina, Santiago de Chile, 24-26 de Mayo de 1999.
41. Véase Christian, P. *Medicina Antropológica*, (Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1997). (Traducción, prólogo y notas de Fernando Lolos).
42. Cf. Lolos, F. *La perspectiva psicosomática en medicina. Ensayos de aproximación*, ob. cit.
43. Cf. Lolos, F. *Proposiciones para una teoría de la medicina*, ob. cit.
44. Véase Lolos, F. *Notas al margen*, ob. cit.
45. Lolos, F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*, ob. cit.
46. Lolos, F. *Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud*, ob. cit.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Advisory Committee on Human Radiation Experiments. (1996) *The Human Radiation Experiments*. Nueva York, Oxford University Press.
- Banta, D., editor, (1982) *Resources for Health*. New York, Praeger.
- Blaxter, M. (2000) "Medical sociology at the start of the new millennium", *Social Science and Medicine*, 51:1139-1142.
- Böhme, G., (1993) *Am Ende des Baconschen Zeitalters*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Callahan, D. (1998) *False Hopes*. Simon & Schuster, New York.
- Castaño de Restrepo, M. P. (1997) *El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad del médico*. Editorial Temis, Santa Fe de Bogotá.
- Christian, P. (1997) *Medicina antropológica*. (Traducción, prólogo y notas de Fernando Lolas). Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Council for International Organizations of Medical Sciences. (1993) *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Ginebra, CIOMS.
- Day, S. B., Lolas, F., Kusnitz, M. *Biopsychosocial Health*. (1980) International Foundation for Biosocial Development and Human Health, New York.
- Fox, R. (1999) "Is medical education asking too much of bioethics?", *Daedalus*, (Cambridge, MA), Fall 1999, págs. 1-25.
- Freidson, E. (1986) *Professional Powers. A study of the institutionalization of formal knowledge*. University of Chicago Press, Chicago-London.

BIBLIOGRAFÍA

- García de la Huerta, M. (1985) *Crítica de la razón tecnocrática*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Habermas, J. (1988) *Theorie des kommunikativen Handelns*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Henry, J. (1967) *La cultura contra el hombre*. Siglo XXI, México.
- Kass, N., Sugarman, J., Faden, R., Schoch-Spana, M. (1996) "Trust: the fragile foundation of contemporary biomedical research", *Hastings Center Report*, 26: 25-29.
- Lavados, M., Salas, S. (1997) "Problemas éticos en los proyectos de investigación biomédica presentados al Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile", *Revista Médica de Chile*, 125:1011-1018.
- Levine, R. J., Gorovitz, S., Gallagher, J., editors (2000) *Biomedical Research Ethics: Updating International Guidelines*. CIOMS, Geneva.
- Lolas, F. (1985) *Notas al Margen. Ensayos*. Editorial Cuatro Vientos, Colección Travesía, Santiago de Chile.
- Lolas, F. (1985) "Dato y noticia. Observaciones sobre el periodismo científico". En Lolas, F. *Ensayos sobre ciencia y sociedad*. Estudio Sigma, Buenos Aires, págs. 119-128).
- Lolas, F. (1989) "Postura publicitaria y postura comunicativa. Hacia una ética de la publicidad en medicina". *Rev. Med. Chile*, Santiago, 117:1305-1309.
- Lolas, F. (1989) "Ética médica y publicidad". *Vida Médica*, Santiago, 41(2):106-108.
- Lolas, F. (1992) *Proposiciones para una teoría de la medicina*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Lolas, F. (1994) "Medical praxis: an interface between ethics, politics, and technology". *Social Science and Medicine*, (Oxford) 39: 1-5.
- Lolas, F. (1995a) *Ensayos sobre ciencia y sociedad*. Estudio Sigma, Buenos Aires.
- Lolas, F. (1995b) *Apología del texto de estudio, literatura terciaria de la ciencia. Testimonios Universitarios*, Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Lolas, F. (1995c) *La perspectiva psicosomática en medicina. Ensayos de aproximación*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2ª edición.

- Lolas, F. (1996) Theoretical medicine: A proposal for reconceptualizing medicine as a science of actions. *The Journal of Medicine and Philosophy* (Dordrecht) 21: 659-670.
- Lolas, F. (1997) Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud. Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile.
- Lolas, F. (1998) Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Loas, F. (1999) La bioética en el contexto de los programas globales de salud. *Rev Panam Salud Pública* 6:65-68.
- Lolas, F. (2000) Bioética y antropología médica. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile.
- Lolas, F. (2000) Ética de la publicación médica: legalidad y legitimidad. *Acta Bioethica* (Santiago de Chile) 6: 283-291.
- Lolas, F. (2001) Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida. 2ª. Edición. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile.
- Lolas, F. & Marinovic, M. (1995) La dimensión humana del ambiente. Vicerrectoría Académica, Universidad de Chile.
- Mead, N. & Bower, P. (2000) Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine* 51: 1087-1110.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1979.
- Pellegrini, A. , Macklin, R., editors (1999) *Research on Human Subjects: International Experience*. Programa Regional de Bioética, Organización Panamericana de la Salud, Santiago de Chile.
- Rohbeck, J. (1993) *Technologische Urteilskraft. Zu einer Ethik technischen Handelns*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Ropohl, G. (1991) *Technologische Aufklärung. Beiträge zur Technikphilosophie*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Satel, S. (2000) PC, M. D. *How political correctness is corrupting medicine*. Basic Books, New York.

BIBLIOGRAFÍA

Schon, D. A. (1983) *The reflective practitioner. How professionals think in action*. Basic Books, New York.

Simon, P. (2000) *El consentimiento informado*. Editorial Triacastela, Madrid.

WHO/TDR. *Guías operacionales para comités de ética que evalúan investigación biomédica*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000.