

# Salud, medicina y derecho: aporías del discurso bioético

---

Health, Medicine, and Law: Aporias of the Bioethical Discourse

*Fernando Lolas Stepke\**

---

\* Post-Doctoral Fellow para investigaciones en Neurociencias por el National Institutes of Health de Estados Unidos. Profesor Titular en la Universidad de Chile. Correo electrónico: flolas@uchile.cl. ORCID: 0000-0002-9684-2725.

### **Resumen**

Este artículo examina concepciones sobre salud y la institución social de la medicina en el contexto de su evolución histórica y sus regulaciones sociales y jurídicas. De este examen se desprende una crítica de las formas de aplicar el discurso bioético a la resolución de conflictos y dilemas y se propone la noción de aporías bioéticas. Entre éstas, la dificultad para armonizar distintas formas de praxis profesional en el derecho y la medicina, el establecimiento de jerarquías en los principios bioéticos, la burocratización y “juridización” de la deliberación bioética y las dificultades para arribar a consensos entre grupos humanos.

**Palabras Clave:** Salud, medicina, aporías bioéticas

### **Abstract**

This paper examines conceptions about health and the social institution of medicine in the context of their historical evolution and social and juridical regulations. From this analysis, a critique is developed regarding how bioethical discourse is applied for resolving conflicts and dilemmas and the notion of bioethical aporias is proposed. Among these, the difficulties for harmonizing different forms of professional practice in law and medicine, the hierarchization of bioethical principles, the bureaucratization and “juridification” of bioethical deliberation, and the difficulties for arriving at a consensus between human groups.

**Key words:** Health, medicine, bioethical aporias

## La medicina científica y los albores de la medicina antropológica

En 1992, en un volumen sobre ciencias sociales y medicina, abordé las transformaciones de la medicina y el contraste entre la tradición biomédica, alopática o científica, y las ciencias sociales, a veces antagónicas al llamado modelo médico (Lolas, 1992).

Recordé el informe de Abraham Flexner de 1910. Su impacto sobre la educación médica en Estados Unidos llevó a la eliminación de formas de medicina consideradas no científicas y redujo el número de escuelas médicas. Condenaba al olvido o la marginalidad la quiropraxia, la homeopatía y la osteopatía insistiendo en el *ethos* “científico” que Flexner admiraba en la tradición alemana.

Flexner era educador. En Louisville, Kentucky, había organizado un colegio y ganó reputación de innovador, lo que movió a la Fundación Carnegie a pedirle evaluar la enseñanza de la medicina en Estados Unidos. Como no era médico, las resistencias serían menores. En la Universidad Johns Hopkins ya existía un grupo progresista, con expertos como Welch y Osler. Este último, canadiense, después de 1905 sería nombrado *Regius Professor* de Medicina en Oxford y destacó que el arte médico debe integrar la *ecuanimidad* para ser plenamente eficaz.

El Informe Flexner destacó que la medicina debía ser científico-natural. Pasar de un simple arte a una disciplina con leyes inmutables. Tal era el credo de la medicina alemana, la más prestigiosa en Europa a comienzos del siglo XX. Paralelamente se desarrollaba otra vertiente, no hegemónica, destacando los fundamentos antropológicos del arte de curar, aparecía el psicoanálisis y se aceptaba que la medicina no solamente es ciencia natural, sino también ciencia social. Rudolf Virchow, el fundador de la patología celular, afirmaba que muchos problemas de salud no los resuelven las ciencias fisiológicas ni la racionalidad instrumental. Hacia 1930, Viktor von Weizsäcker fundaba la medicina antropológica y concebía una *medicina política*, subrayando una perspectiva que integrara las condiciones sociales y las regulaciones jurídicas (Lain Entralgo, 1950).

La reforma Flexner significó asentar la formación médica en las ciencias experimentales. Tendió a silenciar las dimensiones interpersonales del cuidado y la promoción del bienestar no avaladas por evidencia empírica, como entonces se la entendía. La medicina enseñable era una bioquímica, una fisiología y una física aplicadas al organismo humano.

Tal espíritu de la medicina colapsó en muchos frentes: insatisfacción de pacientes tornados “impacientes” al ver insatisfechas sus demandas. Destacaba von Weizsäcker en 1926 que las personas acuden al médico no solo para saber qué tienen sino para preguntar quien soy, por la necesidad de escucha y ayuda. La *Gegenseitigkeit* (reciprocidad) era piedra angular de la introducción del sujeto en la medicina y la biología; la complementaría Paul Christian con la noción de *bipersonalidad*, fusión de subjetividades en tareas comunes (Christian y Haas, 1949). Se criticaba la insuficiencia de las estructuras sanitarias, segmentadas por saberes médicos (especialidades) y no basadas en demandas de las personas. La teoría médica no respondía a éstas, si bien la práctica, basada en la experiencia, siempre ha sido integradora, holística, psico-somática (o como quiera llamársela). Las teorías científicas escinden a las personas y sus malestares según cánones ajenos a la vida, con una racionalidad instrumental que fragmenta, simplifica y reduce. Para investigar la vida, decía von Weizsäcker, se debe participar en ella y no mirarla a través de los lentes de las disciplinas científicas que reducen lo humano a biología, bioquímica o física.

La adopción de la medicina alemana por la enseñanza médica en los Estados Unidos ocurre en 1910, antes de la crisis europea de las ciencias y las artes, en ese periodo turbulento pero fértil en innovaciones que medió entre las dos guerras mundiales. En Alemania, el clima espiritual de la República de Weimar, con inestabilidad económica y política, crisis mundial y el sentimiento de derrota que experimentó el pueblo alemán no impidió una reformulación de las ciencias, las artes y la medicina. Cabría destacar la creación del vocablo *bioética* por Fritz Jahr, casi el mismo año en que Viktor von Weizsäcker inauguraba la *medicina antropológica* acogiendo el psicoanálisis en una forma vista con escepticismo por el mismo Freud, al cual Weizsäcker escribiera a propósito de su obra *Körpergeschehen und Neurose*, de 1933 (Lolas, 2012).

Los conceptos nucleares de lo que Laín Entralgo llamara “escuela de Heidelberg” incluyeron la reintroducción del sujeto en la medicina y la biología, dotando al vocablo *vida* de una acepción cercana a la de *sentido*. La *Gegenseitigkeit* (reciprocidad), luego reformulada como Bipersonalidad por Paul Christian, fundaba un arte médico “personalizado” en el encuentro (*Begegnung*), considerado *Urszene* (escenario original) de la medicina. Aunque sin impactos institucionales, estas ideas manifestaban la crisis de la medicina y las ciencias en Europa, reflejada en la sensibilidad filosófica de Scheler, Husserl, Löwith y algunos médicos que reformularon lo vital como “radical existencial” de lo humano. Max Weber, con su noción de *Entzauberung der Welt* (desencantamiento del mundo) contribuyó a explicar las tensiones doctrinales e institucionales (Weber, 1996). La oposición de Karl Jaspers y Kurt Schneider cuando Mitscherlich y Weizsäcker propusieron introducir el psicoanálisis en la Universidad de Heidelberg mediante una psicopatología de rasgos imprecisos da cuenta de dilemas no resueltos. La herencia del kantianismo que, como el cartesianismo, contribuyó a la dicotomización de las miradas, separando la pura razón del acontecer natural, fue motivo de profundas disquisiciones y produjo una crítica que reclamaba perspectivas integradoras. Esto es distinto de lo que después la medicina norteamericana rescataría como *modelo biopsicosocial*, postura caracterizada por yuxtaponer *métodos*. Aquella intentaba instaurar un *modo* de concebir la medicina, una hermenéutica fenomenológica que también dejó impronta en la psiquiatría.

Las ciencias se distanciaron de lo teórico por el positivismo lógico y las aportaciones del Círculo de Viena; en opinión de Weizsäcker, la medicina se hizo mecánica del cuerpo y se desespiritualizó su práctica. Para algunos, la filosofía debía subordinarse a las ciencias empíricas, ser meramente teoría del conocimiento. A propósito del juicio de Nürenberg (1946-1947), a los médicos y científicos nacionalsocialistas, observa Weizsäcker que en el banquillo de los acusados no solamente se sentaron personas sino especialmente el espíritu de una medicina objetivadora que reducía lo humano a algo ajeno a la vida espiritual. No es éste el sitio para discutir este tema; quede señalada la dirección de su pensamiento y sus ideas sobre una antropología médicamente fundada, intentando superar la crisis de legitimidad de las ciencias, la racionalidad instrumental

y la aparente neutralidad valórica de su ejercicio. Debe recordarse que la expresión *Wertfreiheit* (libertad valórica) de Max Weber no equivale a *Wertneutralität* (neutralidad valórica), sentido erróneo en que se la interpretó. Weber quería insinuar que el científico debe tener una perspectiva no comprometida; en modo alguno una abstención en lo valórico, que lleva a la falacia naturalista, por un lado, y por otro a la confusión entre lo realizable o factible y lo éticamente justificable (Lolas, 2010).

## Para una definición de la salud

Las personas padecen todos los días. A veces son limitaciones corporales, menoscabos de las capacidades físicas, inquietudes, agobios, dolores repentinos e inexplicables, síntomas vagos, aprensiones sobre el presente y el futuro.

Suele decirse que una persona sana es simplemente una persona enferma que ignora su condición. En nuestra era técnica, sano es un enfermo insuficientemente estudiado. Cualquier individuo mostraría anormalidades en más de alguna medición instrumental, transitoria o permanentemente.

Cuando se contrasta la salud “objetiva” (normalidad estadística), de las máquinas, con la “subjetiva”, del bienestar personal, se observan discrepancias. Personas sin quejas pueden tener graves enfermedades. Sujetos quejumbrosos no muestran alteraciones físicas demostrables. Distinguimos entre *sentirse enfermo*, *tener una enfermedad* y *ser considerado enfermo* (en inglés, *illness*, *disease*, *sickness*) (Lolas, 1995).

Las imprecisiones de la definición canónica de OMS, promulgada en 1948, son manifiestas.

Primero, el estado de total bienestar que propugna es un nirvana y una plenitud raramente alcanzables, si es que se puede, en contados momentos. Lo que define es la felicidad. Cuando se exige como derecho plantea dificultades.

Ignora —como declaración desiderativa y aspiracional—, las condiciones que harían posible la plenitud. Es pura utopía; acercarse al estado ideal depende de factores económicos y sociales. Hay muchas “salu-

des” no comparables; dependerán de lo que es factible en un lugar y momento determinados. Tomar como modelo lo que ocurre en algunas sociedades no sirve y lleva a falsas esperanzas sobre lo que es posible o deseable.

La definición canónica (salud = bienestar = felicidad) no identifica al sujeto. ¿Se trata del individuo, de la sociedad toda, de grupos especiales? En sociedades en las cuales el individuo no es necesariamente la persona socialmente válida, esta definición es poco comprendida. Hay sociedades en las que el individuo es incomprensible sin una ligazón estrecha con los demás. Esto también es válido incluso en las sociedades occidentales, aquellas de las multitudes solitarias, porque siempre las personas están constituidas por otros: se es padre, hermano, discípulo, amigo/a. Algo que la medicina dialógica de un Rof Carballo, inspirada en la antropología médica alemana, destaca a cada instante. El individuo, aparente poseedor de autonomía, es una abstracción cómoda con fines analíticos; suele ignorar que toda enfermedad existe en una relación, no sólo en su dimensión patoplástica o expresiva, sino también patogénica. Y la patogenia deriva de otras personas, del sistema social, de la moralidad.

La definición nirvánica ignora un factor que casi todos los axiomas sobre la naturaleza humana tienen por obvio: la proyección hacia el futuro. Esta perspectiva proléptica, anticipatoria, no es solamente una peculiaridad de los espíritus ansiosos o hipocondríacos. No se justificaría la prevención si no se incluyera la noción de *riesgo* (probabilidad de daño, real o imaginado) que siempre apunta al futuro. En la idea de “wellness” se complementa la definición canónica de salud con la idea de que estar bien supone un “ever expanding tomorrow”. Que me sienta bien hoy me permite esperar, y exigir, que también mañana lo estaré. Se tratan muchas condiciones asintomáticas no por el menoscabo presente sino por el riesgo de futuros trastornos. Y la *medicina del deseo* hace esperar que se derrotará la vejez, la mala fortuna y las limitaciones en algún futuro. La idea de una “frontera sin límites” (la frase es de Vanevar Bush referida a la ciencia estadounidense de posguerra) es causa y consecuencia de la insuficiencia de los sistemas sanitarios para responder a expectativas y explica sus reiteradas crisis. Como de educación y riqueza, nunca de salud se tiene suficiente.

Reemplazar la idea de salud por “wellbeing” parece una solución. Pero este *bien-estar* no es un *bien-ser*. Es transitorio, subjetivo, multidimensional, dinámico y paradójicamente complejo, pues de algunas cosas es bueno tener mucho, pero otras es mejor que falten.

En la plenitud o totalidad, base de la idea de salud, intervienen muchas voces y lenguajes con muchas retóricas y muchos hablantes.

Considerando estas perspectivas la idea de *wellness* es plenitud anticipatoria de personas y entornos (yo y mi circunstancia, diría Ortega) y la de *wellbeing* sensación individual de bienestar.

La Salud —con mayúscula— puede predicarse del alma, de la sociedad y de las personas. La vieja universidad, con sus tres facultades: teología, salud del alma, derecho, salud de la sociedad, y medicina, salud del cuerpo. Es cierto que la *medicina mentis* puede ser la reflexión y la filosofía, no necesariamente la trascendencia teológica. Y que la *medicina corporis* es una abstracción que considera tanto la subjetividad encarnada del *Leib* como la mecánica armoniosa del *Körper*. Esto es, del cuerpo que *soy* y del cuerpo que *tengo*. En situaciones especiales —por ejemplo, el dolor— entran en una dialéctica iluminadora. Yo *tengo dolor* pero *no soy* ese cuerpo adolorido. O soy un individuo adolorido con un cuerpo indemne. Base para usar el pleonasma “salud mental” cuando se aísla la subjetividad y la cognición emocional del cuerpo entero.

No se olvide que, para Rudolf Virchow, fundador de la patología celular, la medicina era (también) una “ciencia social”. La medicina es como la *política del cuerpo*, la política es *medicina de la sociedad*. Ideas que merecen examen y reflexión.

## Sobre el discurso bioético

Independientemente del uso y abuso de la palabra *bioética* en el siglo XX, primero en los años veinte (Jahr) y luego en los setenta (Potter y Hellegers), repetir lo del estudio de las repercusiones éticas y la relación entre *bios* y *ethos* no ayuda. Mejor es concebir procedimentalmente lo bioético como el *uso del diálogo y la traducción interdiscursiva para*

*formular dilemas que aquejan a las personas y las sociedades y buscar a través de la integración de perspectivas, si no la total resolución, al menos la disolución de tales dilemas en la convivencia.*

Lo aporético deriva de que se necesitan principios, pero no siempre se puede escoger o inventar los más aplicables a la situación. El principialismo sirve para resolver conflictos; es poco fértil para plantear nuevos problemas o disyuntivas. Al usar el mantra de Georgetown (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) deben invocarse otros (como reciprocidad y solidaridad).

Una aporía es un problema sin solución aparente. La más crucial de las que enfrenta el discurso bioético, en tanto procedimiento para arribar a decisiones razonadas y razonables, es que muchas de sus conclusiones posibles ya están definidas por el marco jurídico. Discutir sobre el comienzo y el fin de la vida cuando ya hay legislaciones vigentes supone pedir su reemplazo o derogación. Si bien esto es posible y ocurre, la fluidez de la deliberación bioética se ve limitada por las normas jurídicas. Una de las ventajas de la postura bioética rectamente concebida es “experimentar” con distintas formas de plantear los problemas y “ensayar” soluciones no necesariamente vinculantes. En nuestras conclusiones comentaremos las principales aporías del discurso bioético. Lo cual requiere, sin embargo, un examen de la mentalidad profesional, pues es allí donde se ejecutan los actos deliberativos de la bioética.

## **Las profesiones y sus interacciones aporéticas**

En toda profesión hay tres grupos de personas. La sociedad medieval se componía de *oratores*, que oraban, *bellatores*, que luchaban (de *bellum*, guerra) y *laboratores*, que labraban la tierra; de modo similar, en las profesiones se encuentran *investigadores*, que amplían los límites del saber, *dirigentes gremiales*, que resguardan su campo ocupacional y sus fueros, y *practicantes*, que ejercen el oficio. Una profesión es una *respuesta institucionalizada a una demanda social*. Sus integrantes responden con formas de *praxis* ennoblecidas por *ethos*.

Jürgen Habermas propone distintas formas de praxis, “Handeln” (Habermas, 1988). Una praxis es un *saber-hacer* y un *saber-estar*. Hay una forma *teleológica*, con actos dirigidos a un fin (*telos*); su bondad se juzga por su consecución. Un médico que realiza una intervención quirúrgica o un abogado que litiga, persiguen una meta. Su finalidad es tener éxito (remover el tumor, ganar el juicio) y ello cualifica la acción. Es posible que para obtener el fin propuesto sea menester el concurso de otras personas. La praxis es entonces *estratégica*; requiere de organización y división del trabajo, descompuesto en partes constituyentes asignadas a miembros del equipo profesional. La acción es así el *conjunto de funciones* supeditadas a la consecución del fin. Una intervención quirúrgica depende de un equipo de profesionales y ayudantes. Un litigio requiere personas que obtengan datos para la argumentación. Un edificio se construye con muchas mentes y muchas manos.

La forma de praxis caracterizada por sentar principios se conoce como *normativa*. Los profesionales aceptan qué se debe hacer “según el arte” (*lege artis*). La abogacía tiene íntima relación con lo normativo, aquello que el código o la costumbre prescriben. Pero lo normativo permea todas las esferas de la vida. Como moda, como uso, como tradición, los grupos sociales aceptan normas de muchos tipos.

Cualquier acto en sociedad suele asociarse a un ritual prescrito por la tradición o el arte. Quien “sabe hacer” es confiable. Se perpetúa la sacralidad que algunos oficios parecen tener. Es una praxis *dramatúrgica*. Un buen profesional no solo sabe hacer y sabe estar. También sabe *representar y representarse*. Puede sonar artificioso y teatral, lo cual tiene un sesgo peyorativo; piénsese en lo poco confiable de un abogado de formas sociales poco ortodoxas o un sacerdote que rompe las convenciones de su profesión. A veces se invoca la ruptura de lo tradicional como elemento innovador. No pocas “sagas heroicas” se escriben con el médico que oficia de payaso o el sacerdote que actúa de *rock star*. La prudencia —virtud máxima de toda profesión— indica cuales son los límites que la trasgresión del papel social (o del “rol”) puede permitirse. Es interesante investigar por qué bajo ciertas condiciones la forma de comportarse de un profesional cambia, en qué dirección y con qué efectos o consecuencias. No está de más recordar que la dramaturgia médica

puede a veces rozar lo sacerdotal y que todo experto se considera a sí mismo depositario de un divino don.

La forma de praxis llamada *comunicativa* alude a cómo las personas se relacionan entre sí. El discurso compartido supone que cada hablante reconoce a sus interlocutores la condición de ser también hablantes, tener opinión. Esto no solamente es tolerancia sino aceptación de una pluralidad que así se convierte en pluralismo; base de una ética social que legitima los usos del consenso social y de los modos en que se obtiene. Las profesiones modernas, al extremar su componente cognoscitivo, dividen a la sociedad entre “los que saben” y “los que no saben”. Las *expertocracias* son fuente de poder en un mundo que confía en el saber formal como garantía de eficacia y solidez. Las profesiones “verticalizan” el saber. Arriba, los que saben. Abajo, los ignorantes, profanos o legos (obsérvese las connotaciones religiosas de estas palabras).

La praxis comunicativa, y la ética del discurso con que suele asociársela, implican una “horizontalización” de los discursos técnicos, identificando la condición de hablantes con su común base de humanidad. El médico, aunque *dis-pone* de un saber específico, no lo *im-pone* a sus enfermos, más bien *pro-pone* cursos de acción. El experto abandona su posición de experto avalada el conocimiento-poder y mediante la prudencia colabora en la construcción de la vida social.

## La ética como diálogo

La ética, como fundamentación dialógica de las prácticas sociales (Lolas, 2001, 2002), es a la moral lo que una disciplina intelectual a una práctica: la musicología a la música, la agronomía a la agricultura, la óptica a la fotografía, etcétera. A veces se asocia la ética a la prescripción de ciertos comportamientos y la prohibición de otros. Unos buenos, los otros malos. No interesa a muchos pensadores lo que en realidad ocurre, sino lo que *debería* ocurrir. Esto puede tener como origen y fundamento una creencia religiosa o la razón humana, que escogería aquello que es justo o bueno y por ende deseable. Una ética puede ori-

ginarse en libros, textos, dichos sagrados o razonamientos apropiados. Spinoza es recordado por haber propuesto una ética como geometría y Kant se asocia con la idea de que la razón es supremo árbitro de las acciones humanas. El cristianismo y otras religiones monoteístas “del libro” (como el judaísmo y el Islam) fundamentan su ética en tradiciones ejemplares y textos.

*Monológica* es esta forma de proponer principios y reglas de conducta porque de un conjunto de fuentes deriva consecuencias morales y distingue entre lo bueno y lo malo. Las tradiciones más sustantivas de Occidente pueden diferenciarse según si asignan primacía a las consecuencias de los actos, siendo buenos y deseables los que llevan a buenos resultados o bien respetan acciones derivadas de la revelación o la creencia. Se habla de éticas *teleológicas* (por fines) o *de responsabilidad* versus éticas *deontológicas* (por deberes) o *de convicción*, una distinción que Max Weber elaborara con gran sutileza (Weber, 1996). Pero siempre se trata de prescripciones, procripciones, autorizaciones y prohibiciones fundamentadas en narrativas que sus autores dan por fiables, buenas o sagradas. Empleo el término narrativa para indicar que son construcciones verbales conclusas, monolíticas en estructura, doctrinales en sustancia y dogmáticas en aplicación. El comportamiento bueno lo es porque sigue lo preestablecido, aunque cambien los tiempos, haya nuevos conocimientos, vengan nuevas generaciones de personas.

Una ética dialógica reconoce que existen muchas narrativas diferentes. Creemos en algo que a veces ni sabemos qué es o qué significa. Tampoco sabemos, al abrazar una doctrina, a qué nos llevaría en sus extremos porque raramente los rozamos. Muchos cristianos pueden pasarse la vida sin poner su fe a prueba ni recibir los embates de una realidad que no acepta los fundamentos de su conducta. Es en los momentos difíciles donde las creencias efectivamente se prueban. Si bien se elogia permanecer fiel a las propias convicciones es bueno preguntarse qué tan personalmente aceptado es aquello que se proclama. Crisis de fe hay en las personas. Falta de coherencia hay en muchos sistemas filosóficos cuando la historia induce cambios; lo que ayer era ortodoxia y seguridad vital se transforma en estigma (piénsese en el colapso global del marxismo o las potencialidades de intervención de la genética moderna).

Afirman algunos que la cultura posmoderna consiste justamente en la pérdida de las ortodoxias y el descrédito de ilusiones que las narrativas presentaban como autoridad incontestable.

En contemporaneidad muchos términos se han modificado y algunos problemas antiguos han mutado. No todo el mundo se sume hoy en profundas y torturantes angustias pensando en la vida después de la muerte. No todos piensan que es herejía mencionar a Jesús fuera de un contexto sacro. No siempre los que detentan poder ignoran que el fin justifica los medios. Las inocencias se han transformado en sospechosas.

Es probable que los dilemas contemporáneos no se resuelvan con acrítica repetición de dogmas o creencias. Ya no se trata de vencer o convencer: si mi narrativa es mejor que la de otros será asunto de poder o de mayorías aprobatorias. Hoy la mayor parte de los dilemas son problemas cuya solución es otro problema. O son aporías, problemas sin aparente solución. La ética, en estas circunstancias, es de procedimientos. Pongamos reglas, concordemos procedimientos y démonos por satisfechos si logramos que las conclusiones derivadas de aplicarlos sean respetadas por aquellos a quienes afectan. Para lograr esto se requiere reconocer en todos los seres humanos —y aún en los no humanos— una capacidad de interlocución e interpelación y entrar en diálogo. Y cuando ese diálogo no es posible (porque quienes debieran dialogar no hablan o no existen aún, como las generaciones futuras), hacer uso de la “imaginación moral”, una forma de comprensión empática, y ponerse en el lugar de otros, algo que debe y puede aprenderse. También se requiere tolerancia, que convierte la pluralidad de hecho en pluralismo de derecho.

Para las profesiones —la medicina y el derecho, que tratan directamente con personas— esto implica la virtud de la *prudencia*. No todo lo que es posible debe hacerse ni todo lo que podría decirse debe decirse. El tiempo, el lugar, la circunstancia, determinan cuando y cómo el diálogo, fuente y fundamento de la moral, será puesto eficazmente a resolver dilemas. Y cuando no se puedan resolver intentar al menos disolverlos en el interés superior de la convivencia y la supervivencia solidaria de la humanidad.

El desafío de la posmodernidad no es tener más ciencia y más técnica sino mejor ciencia y mejor técnica al servicio de la humanidad. Tal vez

la vieja utopía de Francis Bacon, resumida en la expresión “conocimiento es poder”, refleja el anhelo de que ese poder humanice y mejore la condición humana. Una auténtica dimensión antropológica para las profesiones no es delicuescente sentimentalismo; tampoco pseudociencias y “holismos” que de cuando en cuando pregonan iluminados gurúes. Se precisa sobria comprobación de límites. Límites del saber, límites del poder y límites de la intervención sobre los asuntos humanos. Límites, que no limitaciones, pues cuando son legítimos, esto es, aceptados por consenso, no son impuestos sino aceptados.

## Las aporías de la bioética

Casi todas las afirmaciones anteriores dan lugar a *dilemas*, problemas cuyas soluciones plantean otros problemas. Se han hecho evidentes en las aplicaciones prácticas de la deliberación bioética las numerosas aporías que plantea su uso habitual.

Como se comentó, una aporía es un problema sin aparente solución. Un camino sin salida. Una solución exige apelar al poder decisonal que algunos agentes sociales adquieren o ganan por convencimiento o fuerza.

La mayor parte de los conflictos bioéticos son aporéticos pues siempre admitirán más de una solución y con frecuencia ninguna de las aceptadas es totalmente aceptable para todos los interlocutores.

Ya en los modos de abordar la medicina hay aporía. La *medicina antropológica* de Viktor von Weizsäcker representó la *faz casuística* —y por ello, transitoria e insuficientemente científica— de una eventual disciplina que sería la *antropología médica*. Cada vez que la medicina se ha hecho científica —como física, biología, sociología o economía aplicadas— ha operado el principio de la “puerta giratoria”: la mirada hegemónica ignora aspectos, que quedan ocultos o se vuelven ineficaces en la argumentación. La idea de una ciencia de lo humano total, como ya advertía Jaspers y como se comprueba a menudo, es utópica. La especialización no es solamente una demanda técnica. Es una necesidad

de eficacia. Y el dualismo práctico de la medicina convencional plantea dificultades cuando se trata de complementarlo con otras perspectivas.

Hay aporías cuando los principios entran en conflicto. Ya indicamos que el principialismo, útil para formular y resolver problemas, raramente abre nuevos cauces a la reflexión o plantea nuevas propuestas. Cabe preguntarse cómo conciliar la importancia de la autonomía en algunas sociedades con el valor mayor de la no maleficencia en otras. Propuestas hay, y varias, para asignar primacía o importancia a los principios, pero ello va ligado a un contexto cultural y una tradición específica (Lolas, 2017b).

Es aporético comprobar cuanto de burocratización existe hoy en la práctica de la bioética. Insalvables dificultades para “acreditar” comités o personas a veces impiden el diálogo provechoso o el avance en las discusiones. Tanto como la “juridización” de la bioética, que la reduce a anquilosadas formas del derecho, la obturación de los procesos deliberativos para cumplir con normativas y preceptos regulatorios, plantean dificultades sin solución aparente (Martínez *et al.*, 2020). Las “nuevas humanidades” que se incorporan al discurso profesional exigen una revisión crítica (Lolas y Rodríguez, 2020)

Es también paradójico —y por eso también aporético— cómo se ignora el “principio de grupalidad” que debe considerarse constitutivo de la vida humana individual (Bueno, 2001). Nadie nace en el vacío: ingresa a una comunidad lingüística, religiosa, económica, a una “socialidad” específica. Nadie entenderá lo mismo, aunque se usen las mismas palabras, pues entenderse y entender son logros civilizatorios que exigen distanciamiento de la propia identidad.

Es una aporía, también, pensar que la “salud” —que una única forma de salud— puede ser modelo e ideal para todo el mundo. Es problema sin solución aparente comprender que hay tantas saludes como sociedades y aún como individuos. Pues la salud, como hemos comentado, es construcción personal para la cual las sociedades, el estado y el mercado pueden proporcionar recursos y medios. Pero nunca podrán crear salud a la medida de cada persona.

## Conclusiones

En la trivialización del discurso bioético y la aparición de “expertos” ubicuos se observa la polisemia del término y lo ambiguo de sus alcances. En algunos entornos adopta el carácter de una consigna, que solamente refleja la popularidad de un término de fácil acceso. En otros, se confunde con disposiciones normativas que destacan su papel instrumental (Lolas, 2017a). En las formulaciones más simples, suele hablarse de una disciplina o de una “ética aplicada”, expresiones ambas que abren preguntas sobre qué exactamente se significa con ellas. Es destacable que constituye una aporía el determinar si las aseveraciones bioéticas deben ser consideradas descriptivas o prescriptivas y cual debe ser su relación con la jurisprudencia y los usos normativos en un momento determinado y, sobre todo, en contextos culturales diversos (Lolas, 2017b).

El ejercicio profesional se ha visto enriquecido por el punto de vista dialógico, que es sin duda alguna lo más rescatable de la orientación que se ha impuesto a partir de hacer de la deliberación grupal y del procedimiento del intercambio lo esencial de la práctica bioética. Sin embargo, mientras persista limitada a un casuismo simplificador, la posibilidad de una mejor teoría exigirá mayores esfuerzos, si bien como método el comprensivo-hermenéutico parece ser adecuado (Lolas, 2018). Las demandas impuestas a las sociedades por la reciente pandemia de coronavirus han permitido reexaminar muchos supuestos y acceder a una mejor comprensión de las “aporías” que se esconden tras la expensación del término bioética (Woesler y Sass, 2020)

## Bibliografía

- Bueno, G. (2001). *¿Qué es Bioética?* Oviedo: Fundación Gustavo Bueno/ Ediciones Pentalfa.
- Christian, P. (1949). *Wesen und Formen der Bipersonalität*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag (Beiträge aus der Allgemeinen Medizin). (Traducción castellana de Fernando Lolas [2009]. *Esencia y formas de la bipersona-*

- alidad. Monografías de Acta Bioethica. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética/Universidad de Chile).
- Habermas, J. (1988). *Theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt/Main: Edition Suhrkamp.
- Laín Entralgo, P (1950). *Introducción histórica al estudio de la patología psicósomática*. Madrid: Paz Montalvo.
- Lolas, F. (1992). Las transformaciones de la medicina: modelo farmacéutico y ciencias sociales. En F. Lolos, R. Florenzano, G. Gyarmati y C. Trejo (eds.). *Ciencias sociales y medicina. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 21-29). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Lolas, F. (1995). *La perspectiva psicósomática en medicina. Ensayos de aproximación*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, segunda edición.
- Lolas, F. (2001). *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Mediterráneo, segunda edición.
- Lolas, F. (2002). *Temas de Bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Lolas, F. (2010). *La medicina antropológica y el juicio de Nürenberg. La aportación de Viktor von Weizsäcker*. Monografías de Acta Bioethica núm. 5. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile.
- Lolas, F. (2012). Viktor von Weizsäcker and Fritz Jahr. A Challenge for Cultural Analysis. En A. Muzur y H.-M. Sass (eds.). *Fritz Jahr and the Foundations of Global Bioethics* (pp. 121-124). Berlin-Münster: LIT Verlag
- Lolas, F. (2015). The medizinische Anthropologie of the Heidelberg School. Implications for Bioethics. *Jahr. European Journal of Bioethics*, 6 (11), 9-28.
- Lolas, F. (2017a). El valor instrumental del discurso bioético. Su relevancia en el ámbito de los derechos humanos. *Jurisprudencia Argentina*. Número Especial de Bioética II, 56-63.
- Lolas, F. (2017b). Hacia una bioética cultural. *Bioethics Update*, 3 (1), 32-44.
- Lolas, F. (2018). The Hermeneutical Dimension of the Bioethical Enterprise. Notes on the Dialogical/Narrative Foundations of Bioethics. *Acta Bioethica*, 24 (2), 153-159.
- Lolas, F., y E. Rodríguez (2020). *Bioética y humanidades médicas*. Buenos Aires: Hygea
- Martínez, J. A., J. S. Arellano y R. Ruiz (coords.) (2020). *Bioética y derechos humanos*. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro/Gedisa.
- Weber, M. (1996). *Economía y sociedad*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

*Fernando Lolas Stepke*

Woesler, M., H.-M. Sass (2020). *Medizin und Ethik in Zeiten von Corona*.  
Münster:Lit Verlag.

Recibido: 3 de enero de 2022

Aceptado: 12 de abril de 2022