

Filosofía de la Medicina o Filosofía de la Bioética Médica¹

Dra. Elena Lugo

¹ *Seminario Taller de Bioética y Educación*, realizado en la Universidad Tecnológica del CIBAO (República Dominicana), del 26 al 28 de noviembre de 1998, **Primera conferencia (26.11.1998)**.

Introducción

A primera vista, podría pareceros que la filosofía y la medicina tienen muy poco o nada que ver entre sí. El posmodernismo cultural, tan difundido actualmente, duda de la capacidad humana para conocer las verdades fundamentales. Así pues, las interpretaciones que nos ofrece de tales verdades no se basan en la realidad objetiva, sino que están sujetas a las influencias del momento histórico, del contexto social y de las exigencias humanas.

Junto con otras influencias culturales, el posmodernismo considera a la filosofía una actividad en crisis; una actividad que difícilmente desempeñe un papel en los asuntos de importancia para la existencia humana, como sí, en cambio, lo desempeñan otras como las profesiones de la salud. Y entre estas la medicina ocupa un lugar central.

En contraste con la filosofía, la medicina se presenta como una ciencia sólida e independiente, rica en teorías y logros prácticos. Se desarrolló segura de sí y promete diagnósticos y terapias novedosas. Por todo ello la medicina difícilmente se interesaría (y menos aún necesitaría) por la filosofía, máxime si ésta se presenta insegura y ambigua en su papel.

Sin embargo, el análisis que trasciende la primera impresión nos revela que la medicina necesita complemento, necesita autorreflexión. Al mismo tiempo advertimos corrientes o métodos filosóficos que revitalizan la misión cultural tradicional de la filosofía.

Podemos decir que la medicina presenta componentes tales como un sistema de conocimientos (ciencias naturales básicas y ciencias clínicas), destrezas (técnicas y procedimientos), instituciones sociales, investigación y actividades interpersonales con pacientes y sus enfermedades. No ha sido fácil mantener en equilibrio todos estos elementos. Por ejemplo, cuando la medicina se concentra en las ciencias biológicas (biología molecular - genética), puede caer en una reducción de la persona a su enfermedad, y ésta, a su sintomatología. A su vez, el énfasis en la técnica puede llevar a una mayor intervención, o inclusive a una preferencia por lo artificial, como ya ocurre en la procreación médicamente asistida (inseminación artificial, fecundación in vitro, manipulación de embriones humanos), y en la asistencia para el suicidio. La medicina puede asimismo mezclarse negativamente con la economía y el control de costos, poniendo en riesgo la relación personal entre médico y paciente.

En resumen, una medicina nueva sin un sistema de valores renovados que correspondan a sus posibilidades científicas y técnicas, puede reducir al paciente a un objeto de interés diagnóstico e intervención técnica. Así pues el paciente, al

igual que el médico, se hace dependiente de una sola racionalidad: la científico - técnica.

Hoy, en el comienzo del siglo XXI, podemos intentar una definición de los objetivos de la medicina para comprender su necesidad de un saber de racionalidad humanística. Para ello puede ayudarnos un trabajo realizado por el prestigioso Hastings Center. Según este importante centro de bioética norteamericano, la medicina se plantea actualmente los siguientes objetivos:

1. Prevención de la enfermedad y de los daños, al igual que promoción y mantenimiento de la salud.
2. Alivio del sufrimiento y control del dolor.
3. Curación en lo posible y cuidado siempre, en particular a los incurables.
4. Prevención de la enfermedad prematura y facilitación de la muerte pacífica, lo cual no significa eutanasia.

Para alcanzar mejor estos objetivos, el mismo estudio recomienda que la medicina sea:

1. Honorable, autónoma y responsable en dirigir su propia actividad;
2. moderada y prudente en su uso de la ciencia y de la técnica;
3. justa y equitativa en la distribución de sus recursos y
4. respetuosa de la dignidad y libertad humanas².

Retomemos ahora nuestro interrogante inicial sobre la filosofía y la medicina. En virtud de los objetivos de la medicina de cara al próximo milenio, de las recomendaciones planteadas y de los desafíos que señalamos para la medicina científico - técnica, nos preguntamos de qué modo la filosofía puede pasar a ser dicha racionalidad humanística que necesita la medicina actual.

Según su tradición, el pensamiento filosófico ofrece cuatro funciones distintivas:

1. Esclarecimiento o definición rigurosa de los conceptos que suponga cualquier disciplina intelectual o práctica que admita reflexión;
2. ordenación de los argumentos según normas de inferencia lógica;
3. evaluación de las implicancias de una posición o decisión, e
4. intento de establecer, mediante la explicación y justificación racionales, el fundamento real de nuestras ideas o conceptos.

Muy a pesar del posmodernismo, la filosofía, particularmente por medio de métodos contemporáneos de análisis (como la fenomenología, que describe e interpreta cada experiencia) se ha hecho capaz de percibir una mayor variedad de realidades. Gracias a perspectivas que prestan atención particular a la persona

² Hastings Center, Report, nov – dic. 1996, págs. 21-27.

individual en su sentir, decidir y pensar (sin menospreciar lo emotivo), la filosofía se acerca a temas de la medicina (como el dolor, el sufrimiento y la muerte) y a los aspectos morales de su ejercicio.

Tampoco podemos perder de vista los estudios del lenguaje y de sus funciones en el contexto histórico y cultural, lo cual amplía la función esclarecedora de la filosofía ante los conceptos.

Intentaremos formular una síntesis cultural entre medicina y filosofía, en consonancia con las exigencias de la experiencia clínica actual y de las posibilidades de una filosofía de orientación personalista. Pero hagamos primero una revisión histórica sumamente breve de cuatro modalidades de esa relación:

1. filosofía y medicina;
2. filosofía **en** la medicina;
3. filosofía médica;
4. filosofía **de** la medicina.

Destacaremos una versión contemporánea que nos parece prometedora de una síntesis que la medicina necesita urgentemente.

Brevísimo panorama histórico

1. Filosofía y medicina

Desde la Antigüedad grecorromana, el ser humano percibió la necesidad de una visión global que integrase y ordenase la complejidad de su vida e intentase dirigir sus múltiples acciones. La filosofía, al igual que la medicina, se preocupó por estudiar temas de interés humano tales como la vida, la enfermedad, el sufrimiento, la contingencia, las limitaciones, el morir y la muerte. Es decir, tanto la filosofía como la medicina estudiaron temas similares, cada cual con su método específico. Pero precisamente se han mantenido separadas por operar con métodos distintos: la medicina se hacía empírica y experimental, mientras que la filosofía se mantenía especulativa y abstracta.

Aunque las dos ciencias dialogan manteniéndose independientes la una de la otra, ambas contribuyen a comprender al ser humano en su corporeidad como objeto, y también en su pensar y decidir como sujeto de experiencias. Más recientemente, la filosofía ha servido de explicación y justificación de teorías éticas (principalismo, casuística, virtudes) aplicadas en el análisis y resolución de dilemas morales en la práctica médica. La filosofía ha examinado, desde una perspectiva independiente y crítica, los beneficios y riesgos de los cambios en la medicina y los dilemas que esto plantea a la comunidad humana. Es decir, la teoría y la práctica

médica han sido y serán objeto de estudio de la investigación filosófica, con fines o preocupaciones marcadamente filosóficos. Esta es la visión más tradicional de *la relación filosofía - medicina*.

2. Filosofía en la medicina

Esta modalidad de la relación consiste sobre todo en tomar en cuenta las ramas principales de la filosofía, aplicándolas con su método (e incluso con su contenido) a áreas correspondientes de la medicina.

Por ejemplo, si tomamos la *metafísica* (o, como mejor la entendemos hoy, la ontología) en cuanto examen de la estructura y dinámica de la realidad, podemos estudiar, entre otros, los siguientes temas: la naturaleza de la enfermedad, el sentido de la salud y su vinculación esencial al ser persona.

Si tomamos la *epistemología* (o estudio de la naturaleza y funciones del conocer), podríamos analizar críticamente el juicio clínico, la cuestión de la certeza o probabilidad del pronóstico, lo que se denomina evidencia en la medicina, y las reglas intelectuales de la investigación clínica.

Las normas de la *lógica* regulan asimismo los tipos de racionalidad (intuición, inferencia inductiva o deductiva) inherentes al quehacer clínico y a la investigación.

La *ética* filosófica sirve de marco teórico para las modalidades de la ética médica conocidas en las décadas inmediatamente anteriores al surgimiento de la bioética (1970) como estudio interdisciplinario.

Estudios filosóficos de la fundamentación científica de la medicina, al igual que interpretaciones de su ubicación cultural, podrían incluirse en esta modalidad de la relación filosofía - medicina. También podría hacerse lo mismo con la argumentación a favor de los cuatro principios de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) atribuida al trabajo de Childress y Beauchamp en bioética. Así se lograría una relación de mutuo beneficio: la medicina recibiría un tipo de fundamentación filosófica, aunque un tanto externa e independiente, y la filosofía mostraría su pertinencia a un área de gran interés cultural y práctico.

3. Filosofía médica

Esta modalidad se define menos formalmente, pero puede ser la más común entre los médicos. Se refiere a la reflexión informal - y tal vez espontánea - que hacen los médicos luego de una larga experiencia práctica, a raíz de alguna experiencia dolorosa e inclusive traumática (por ej., ante el primer paciente que muere bajo su cuidado, o en un caso de impericia). El filósofo - médico o el médico

- filósofo diseña un estilo personal de práctica que puede ser compartido y apreciado por otros, sean o no médicos. La sabiduría práctica adquirida en la experiencia, y la meditación personal en torno a la práctica clínica (expresada en los trabajos de Osler, Peabody y Cabot), representan esta modalidad de relación filosofía - medicina.

4. Filosofía de la medicina

Expondremos con más detalle esta modalidad por ser la que nos promete una síntesis contemporánea de las dos disciplinas. Está emparentada con ramas de la *filosofía de la ciencia*, *filosofía de la tecnología* o *filosofía de la historia*. La similitud reside en lo siguiente: las funciones de la filosofía, en tanto reflexión crítica más allá del contenido y método de la disciplina bajo estudio, busca hacer una fundamentación en la realidad del objeto enfocado u objetivado por la disciplina específica.

No obstante, la filosofía de la medicina puede presentarse como más amplia que la filosofía de la ciencia. Iremos precisando esta idea gradualmente. En primer lugar, intentaremos una definición en general; luego la explicaremos de modo que se comprenda que la filosofía de la medicina es un área definida de estudio con una finalidad (τελος), diferente de las ciencias básicas (naturales, sociales, humanísticas) que integran la práctica médica.

Entendemos a la filosofía de la medicina como el estudio reflexivo, crítico y sistemático de los conceptos y supuestos del encuentro interpersonal entre el paciente y el médico, en un contexto comunitario y social que es complejo y cambiante.

Dicho de una forma aún más rigurosa para los filósofos, y siguiendo a Edmund Pellegrino, podemos decir que la filosofía de la medicina es la reflexión crítica sobre el contenido, método, conceptos y presupuestos particulares de la medicina en cuanto ésta trasciende sus propios componentes (técnica, arte, comunicación y aspectos éticos).

En torno de esta modalidad de la relación filosofía – medicina, en primer lugar debemos destacar que su procedimiento analítico se centra en la práctica clínica con su correspondiente finalidad: *sanar, cuidar y asistir al necesitado, con el objeto de restaurar su salud o atender su condición de quebranto, sin abandonarlo jamás*.

Toda otra consideración sobre las ciencias básicas u otras reflexiones de carácter filosófico acerca de la persona, el cuerpo y el alma, el dolor y el sufrimiento, se orientan a precisar y esclarecer la intención fundamental de la práctica clínica en sí, es decir, sanar y cuidar siempre, y curar si es posible. De acuerdo a la tradición de Laín Entralgo, se busca fundamentar la actividad médica en su singularidad y distinguir la interacción médico - paciente de toda otra relación humana. Aunque la relación médico - paciente es el tema previsto para la

segunda conferencia, es necesario definir en qué consiste dicha relación en el plano estructural de la práctica clínica.

En primer lugar podemos decir que se trata de una descripción fenomenológica, de un estudio de la aparición de esa experiencia nueva que define a una persona como paciente y a otra como experto al servicio de ella. Es un encuentro entre una persona que experimenta un quebranto o síntomas que lo debilitan e interrumpen su ritmo de vida (haciéndolo vulnerable y ansioso), y otra persona que promete intervenir benevolentemente y con evidente competencia y autoridad (socialmente reconocida) para ayudarlo. Si antes del encuentro eran extraños, ahora se vinculan con una relación de *confianza*.

En este contexto de interacción o intersubjetividad (dos sujetos humanos colaborando dinámicamente para lograr la sanación), surge a nivel existencial concreto la problemática ligada a cuestiones como la salud, la enfermedad, el dolor y el sufrimiento. Del mismo modo, también surgen temas de mayor amplitud filosófica como la causalidad y la interdependencia de cuerpo y alma. Es decir, todos estos aspectos tienen su punto de referencia original y su contexto de interpretación en el encuentro individualizado de dos personas: una vulnerable, que se hace dependiente y se ve forzada a confiar, y otra en situación de autoridad, que promete un servicio benevolente y se esmera por ser digna de tal confianza. Todo ello en un contexto de comunidad - familia, y con la presencia de instituciones hospitalarias, sociales y estatales.

Considerando que la práctica clínica, en su sentido más profundo, supone la virtud o el valor de la confianza, las implicaciones morales y éticas resultan evidentes y ameritan una exposición apropiada.

- La finalidad de la práctica médica es la búsqueda del bien para el paciente concreto, lo cual supone también una ponderación de los valores de la vida, de la salud y del bienestar en general. En consecuencia, es necesario explicar y justificar los diversos sentidos del bien incluidos en el *principio de beneficencia*.
- Al mismo tiempo, la interacción personal entre el paciente y el médico se basa en el respeto a la persona en su autonomía responsable, lo cual nos conduce a exponer el *principio de autonomía* en su contexto comunitario.
- Existe la posibilidad de que el médico, en su intención de promover la salud, proteger la vida, prevenir y predecir la enfermedad, pueda infligir dolor y sufrimiento al paciente. Este reto lleva al profesional a estar alerta a las exigencias básicas del *principio de no maleficencia*.
- Por otra parte, en la medida en que la práctica clínica no puede ofrecer todo lo que los pacientes desearían, es preciso reflexionar sobre las

necesidades de aquél en un contexto comunitario y social, tal como lo exige el *principio de justicia*.

Así pues en la práctica clínica o encuentro interpersonal entre el paciente y su médico surgen consideraciones éticas de bienes, principios, deberes y derechos derivados. No podemos olvidar que la confianza que cimenta la relación médico - paciente, y que a la vez anima el acto clínico y conduce al juicio clínico (diagnóstico, terapia, pronóstico) es frágil y difícil de fomentar y mantener. Por eso es necesario insistir en que las virtudes deben ser componente básico de las consideraciones de la práctica clínica. El médico virtuoso podrá, con mayor coherencia y perseverancia, completar su juicio con la pregunta: *¿Qué es lo que debo hacer, en mi calidad de persona buena, para sanar, aliviar y acompañar al paciente?*

Pasamos a exponer ahora nuestra síntesis de filosofía y medicina como un intento de ofrecer una visión cultural integradora y orientadora de la experiencia humana en lo que hace al cuidado de la salud. *La filosofía de la medicina señala cuál es la fundamentación real de la medicina en la actividad o práctica clínica.*

Esta práctica se define como encuentro interpersonal de un ser humano debilitado, vulnerable y dependiente de otro para su bienestar (el paciente), con otro dispuesto y capacitado para sanarlo, cuidarlo y curarlo (el médico). Este encuentro interpersonal se refuerza mediante la confianza, lo cual exige fidelidad recíproca entre el paciente y el médico (relación fiduciaria).

Así pues la confianza intersubjetiva se presenta como condición existencial que exige diseñar una ética clínica inherente a la práctica clínica. Dicha ética se centra en las personas particulares pero responsables de cumplir los principios que regulan la interacción y cultivar las virtudes que fortalecen a los agentes de tal interacción.

La filosofía de la medicina presenta entonces la realidad práctica sobre la cual descansa la ética clínica y por la cual se explica y justifica.

La filosofía de la medicina demuestra que la práctica clínica exige un modo de racionalidad o modo de conocimiento atento a la teoría del saber científico. Se trata de una racionalidad que incluye lo intuitivo del encuentro interpersonal y las inferencias, tanto inductivas (a partir de la experiencia clínica), como deductivas (a través de los conocimientos científicos). Una racionalidad que requiere destrezas técnicas y desarrollo del arte de la comunicación, enraizados en la disponibilidad y presencia personal del paciente y el médico. Esta filosofía de la medicina resalta además el valor clínico de la afectividad como componente del encuentro e interacción fiduciaria. También se deja complementar por consideraciones teológicas en torno de la vida y muerte, y particularmente reconoce la importancia de la religiosidad integrada a las virtudes del paciente y del médico.

Para finalizar, y de cara a las exigencias del siglo que comenzamos, les planteo el desafío de aplicar esta filosofía de la medicina para fomentar una medicina responsable. Esta nueva medicina debe ser:

1. *Autónoma y noble en el diálogo intraprofesional.*

Se complementa respetuosamente y es fiel a su compromiso fundamental de promover la salud, aliviar el dolor y/o sanar, evitando la industrialización y comercialización de sus servicios.

2. *Moderada y prudente*

En este sentido reconoce:

- que el dolor se puede controlar pero no siempre eliminar;
- que el sufrimiento se puede aliviar pero no siempre explicar;
- que la muerte puede ser pospuesta pero no derrotada;
- que siempre debe cuidarse al paciente, aunque no sea posible su curación;
- que el cuerpo es un instrumento o expresión del espíritu, y no una máquina para manipular o perfeccionar técnicamente; y
- que debe procurarse una sabiduría para balancear la técnica y la naturaleza.

3. *Medicina económicamente viable pero que:*

- no acepte que las técnicas empresariales y las leyes del mercado tengan prioridad sobre el juicio clínico;
- que recuerde que la salud es un bien fundamental y no un mero producto;
- que tenga en cuenta que la salud no es el único bien, y que su cuidado debe ser administrado de modo efectivo, eficiente y democrático, procurando acceso universal a sistemas amplios, justos y de calidad.

4. *Medicina pluralista y socialmente responsable:*

- atenta a las necesidades socioculturales de diversos grupos; y
- receptiva y abierta a las modalidades alternas, pero fiel a su raíz científica en la prestación de su servicio profesional.

5. *Medicina justa y equitativa:*

- no se deja dominar en su gestión por el dinero ni el poder;

- no permite que las presiones políticas la inclinen a la infidelidad para con el fin primordial de la salud;
- procura una justicia articulada en términos de “*a todos por igual según necesidades reales*” (salud óptima y no mero mínimo), y se confíe más en la salud pública que intenta promover la salud y prevenir la enfermedad.

6. *Medicina respetuosa de la dignidad de la persona y de la solidaridad interpersonal:*

- promueve la educación de los miembros de los comités de ética institucionales;
- educa preventivamente a los pacientes en el respeto a determinadas pautas;
- participa democráticamente en la discusión pública en torno de temas de salud y vida.

De este modo, se ilustran las funciones tradicionales de la filosofía (esclarecer conceptos, ordenar el encadenamiento de las ideas, evaluar las implicaciones de una posición o decisión y buscar fundamentos en la realidad objetiva para las ideas) en relación con la medicina como actividad clínica. En otra ocasión examinaremos filosóficamente algún otro aspecto de la medicina, pero insisto en que el aspecto básico es la práctica o el encuentro médico - paciente.

Modelo personalista de la relación intersubjetiva médico - paciente³

Introducción

En la primera conferencia, hemos enfocado la filosofía *de* la medicina en cuanto reflexión metódica y crítica en torno del encuentro e interacción personal de un paciente y un profesional médico. Hemos tratado de aclarar filosóficamente los conceptos *paciente* y *médico* ante el acto clínico, de ordenar y evaluar las implicancias éticas de dicho encuentro e insistir en la práctica clínica como constitutiva de la realidad misma de la medicina.

Asimismo hemos visto lo que significa sentirse dolorido y vulnerable, y por ello dependiente y necesitado de asistencia profesional. Describimos además lo que significa tener la competencia y disponibilidad benévola del experto para prometer la asistencia necesaria. En base a ello se configura una interacción de *fidelidad y confianza* orientada al cuidado. De esta relación se derivan bienes y valores, principios normativos para evaluar la relación y virtudes para fortalecer el carácter de los agentes de dicha relación.

En esta conferencia se profundizará en el encuentro en sí, con el fin de generar un modelo de relación médico - paciente capaz de superar dos situaciones: el *paternalismo* tradicional (aún enraizado en nuestra cultura hispana), y el *contractual*, propio de algunos modelos anglosajones, que se cimienta en un exagerado énfasis en la autodeterminación o autonomía del paciente.

Cuatro modelos de la relación médico – paciente

Veamos cuatro modelos de la relación médico - paciente conocidos en la literatura de la bioética norteamericana, para luego intentar una superación de las dificultades que ellos tienen.

Paternalista

En primer lugar, el modelo paternalista presenta al médico como custodio o figura paternal ante un paciente cuya autonomía se reduce básicamente al acto de aceptar lo propuesto por el profesional. Éste se orienta en particular por el

³ Seminario - Taller de Bioética y Educación, Segunda Conferencia (27.11.98).

principio de beneficencia, pero solamente de acuerdo a un criterio clínico o terapéutico. La confianza en la relación es generada por sus arraigadas virtudes de benevolencia y altruismo.

Contractual

En contraste con el paternalista se encuentra el modelo contractual o de informática. En él, el médico es un técnico o experto que suministra al paciente todo tipo de información, esperando que éste entienda y decida todo lo que ha de hacerse, en el marco de un intercambio de servicio - remuneración.

Ninguno de estos dos modelos, ni el paternalista (por ser ajeno a la democracia) ni el contractual (por ser ajeno a la tradición médica) ha tenido aceptación general.

Interpretativo

En los últimos años, autores como E. y L. Emmanuel han elaborado los modelos denominados *interpretativo* y *deliberativo*. En el interpretativo, el médico funciona como un consejero: toma como referencia el sistema de valores del paciente y lo orienta hacia sus mejores opciones, fomentando su autoentendimiento y el examen crítico de sus preferencias. Se conjuga así el sentido benéfico del médico con la capacidad del paciente para decidir responsablemente. En esta situación, la confiabilidad mutua da una nota de virtud a la relación recíproca.

Deliberativo

Por su parte, el modelo deliberativo supone el interpretativo. Pero se diferencia en cuanto que el médico, como amigo del paciente, se adelanta a educarlo y a procurar su desarrollo moral tomando como punto de partida su sistema de valores. El profesional examina los distintos sentidos del bien según el principio de beneficencia (bien clínico, bien de preferencia del paciente, bien dependiente del hecho de ser persona y, por tanto, también con una finalidad trascendente). Este modelo está enmarcado por el cuidado, sustentado en la empatía y animado por la compasión.

Interpretación personalista de la relación médico – paciente

Nos preguntamos por la base existencial del modelo deliberativo, pues nos interesa fundamentarlo en la relación interpersonal. Ello nos conducirá a una interpretación personalista de la relación médico - paciente, la cual se caracteriza por ser:

Interactiva

Cada agente de la relación aporta un elemento constitutivo: el paciente, la experiencia misma de la dolencia; y el médico, la interpretación de la experiencia y la recomendación terapéutica. Ambos agentes se orientan corresponsablemente hacia la sanación, cuidado y curación.

Personal

Es un intercambio orgánico en el cual se da lugar a la razón, la voluntad y la afectividad.

Dinámica

La meta de cuidar o curar se va evaluando gradualmente sin prisa pero sin pausa. El consentimiento ilustrado funciona como proceso a lo largo de la relación.

Comprometedora

Se procura coherencia e integridad en la aplicación de los principios morales y clínicos, y competencia en el orden de conocimientos, destrezas y carácter virtuoso (particularmente en el caso del médico en cuanto profesional).

Comunitaria

La relación debe incluir la justa solidaridad con la comunidad institucional y social, sin caer en la rigidez burocrática ni en el anonimato.

La relación aquí caracterizada se inicia en el encuentro médico - paciente ya descrito en general en la primera conferencia, pero que ahora he de explicar con más detalle basándome en el distinguido bioeticista estadounidense, Dr. Edmund Pellegrino⁴. En esta presentación no enfocaré al paciente en situación de persona sujeta a exámenes clínicos preventivos, sino en cuanto paciente crítico, terminal o crónico en general.

⁴ **The Lived-World of Doctor and patient: A Phenomenological Perspective on medical ethics**, Conferencia dictada en la Universidad de Yale el 11 de abril de 1996.

Génesis del paciente

En primer lugar, es importante detenerse en la experiencia existencial que define al paciente: una vivencia personal que lo obliga a plantearse el sentido y dirección de su propia vida.

A la persona en vías de ser paciente se le presenta una molestia, daño o desviación del curso normal de su experiencia vital. Se percata de unos síntomas, estado o condición a los que puede afrontar decididamente o, por el contrario, menospreciar, minimizar o negar. Si la molestia persiste y causa ansiedad, cambiando su perspectiva de la realidad circundante y de su lugar en este mundo, se genera entonces una dolencia que puede conducirlo a buscar asistencia, al menos a nivel de diagnóstico.

La ansiedad que provoca dicha situación puede haber perturbado la paz del paciente. Si la dolencia persiste, comienza a considerarla un asunto serio y amenazante que puede provocar su incapacidad o inclusive su muerte. En consecuencia, la dolencia puede suspender, posponer o poner en duda la realización de sus planes de corto y/o largo plazo.

En definitiva, la constatación de estas limitaciones disminuye la seguridad en la autonomía propia y revela el carácter finito, contingente y cambiante de la vida humana en sí. El paciente empieza a entender la vida como riesgo y a sentirse vulnerable. Si se agrava su condición, el cuerpo asume la prioridad en su autopercepción y estima, con lo cual puede llegar a considerarlo como un enemigo u obstáculo. Asimismo, tarde o temprano podría surgir una experiencia de *desintegración* o *fragmentación* de la totalidad y unidad de cuerpo y alma. En este estado empiezan a surgir interrogantes sobre la identidad e integridad, y algunas veces también sobre la dignidad misma de la existencia personal.

Ante la experiencia aquí descrita, la persona se reconoce como carente de autosuficiencia, y obligada a buscar la asistencia de un experto o autoridad para considerar, evaluar y juzgar su condición. La persona se hace entonces *paciente* necesitado y dependiente, ya que debe soportar una carga que lo hace sufrir y padecer. Precisa descansar en otro que le inspire confianza y le brinde cuidado.

Intervención del médico

El médico que ha de intervenir debe ser libre para actuar, teniendo en cuenta los límites del conocimiento científico y las posibilidades técnicas para intentar restaurar la condición normal del paciente y reintegrar la unidad de su totalidad fragmentada. Ante la dolencia, el sufrimiento, la vulnerabilidad y la dependencia

del paciente, el médico aparece como obligado, en benevolencia y beneficencia, a respetar a la persona en la condición que ésta presente.

Intersubjetividad

Vale decir que la vulnerabilidad de uno es el llamado a la beneficencia respetuosa del otro. Esta intersubjetividad entre el necesitado y el capacitado representa un núcleo de la experiencia moral como tal, o una condición para el pensamiento ético que se funda en la realidad existencial de ser persona. En efecto, todo hombre puede ser, en principio, vulnerable, y ser también quien esté capacitado para asistir a otro. Se trata de experiencias universales que suscitan consideraciones morales de asistencia solícita y de dependencia que solicita.

El médico se presenta con la promesa de sanar - curar y cuidar; aparece como un ser altruista que transfigura su mundo privado y personal mediante el compromiso de asistir al paciente en su integridad. El médico es el experto, con autoridad responsable para sostener al paciente como persona en el proceso de *regenerar* su vida quebrantada, sin por ello permitir que su autoridad degrade en poder agresivo o dominante. El médico es responsable de iniciar y dirigir el proceso curativo, pero en diálogo respetuoso con su compañero inseparable en la relación clínica, y también con la familia de éste, que participa de la experiencia de dolor, vulnerabilidad y dependencia.

La relación médico - paciente surge como una mezcla única de realidades personales y culturales, de requisitos clínicos, sociales, morales y hasta religiosos. Todos estos aspectos necesitan de algún grado de consideración de parte del médico, quien asume la responsabilidad principal en la relación.

La relación continúa con el acto clínico, el cual culmina en un juicio prudente de parte del médico, en colaboración con el paciente. El profesional actúa preguntando: *¿Qué puedo hacer por Ud.?, ¿Qué tiene?, ¿Cómo se siente?, o ¿Qué pasa?, ¿Qué puedo hacer?, ¿Qué debo hacer?* De este modo, se invita a sí mismo a ingresar al mundo existencial de su paciente y a compartir su vivencia dolorida, a la cual promete atender con su competencia clínica, con su voluntad de rectitud al servicio de la vida y de la salud, y con su amor benevolente desprendido de egoísmos. El médico se concentra en la individualidad de su paciente y no en sí mismo, ni en su familia, ni en su bienestar económico o político, ni en las exigencias de las aseguradoras de mentalidad mercantil.

Personalismo fiduciario

Profesando o prometiendo asistencia, el médico suscita confianza no sólo por su conocimiento y actuación sino también por su *ser persona* ante el paciente. Como éste puede no haber elegido a su médico o no saber si puede confiar en su capacidad, rectitud o integridad, hay que promover confiabilidad, *confianza* (lat. *fiducia*).

Presupuestos básicos del encuentro médico - paciente

Presentamos ahora ciertos presupuestos sin los cuales el encuentro médico - paciente no sería posible, luego analizaremos la importancia de la ética clínica y, finalmente formularemos los componentes que esta ética sustenta con respecto al cuidado.

La interacción de los dos *mundos vivenciales* debe suponer la intención común de sanar (finalidad inherente al encuentro). La sanación o cuidado, en el contexto de la curación, es equivalente a la restauración de la totalidad física, mental y espiritual del paciente. De no ser posible tal restauración, al menos debe tratarse de aliviar y disminuir el impacto del dolor, del sufrimiento y de la incapacidad.

Por todo ello el acto clínico debe ser técnicamente correcto, moralmente bueno y humanamente compasivo. La forma en que se manifieste cada aspecto de la interacción dependerá del carácter único de cada persona, y su significado variará de acuerdo a los mundos vivenciales que configuran la personalidad del paciente y del médico. Sin embargo hay elementos en común basados en la dignidad, integridad e identidad del ser persona en sí. Por ejemplo, la confianza, a la cual seremos fieles cultivando una ética inherente al acto y juicio clínicos, descansa en una antropología filosófica cimentada en la intención de curar.

Considero que es básica una ética clínica centrada en la promoción de las virtudes inherentes al acto clínico en sí, que no excluya sino que sirva de sustento a la ética de principios, bienes y valores.

- En el caso del médico

El médico que promete sanar y cuidar debe hacerse digno de la confianza que el paciente deposita en su competencia y carácter. Es decir, la servicialidad y benevolencia de parte del profesional debe apoyarse en la honestidad intelectual y moral, en la veracidad, en la valentía, en el altruismo compasivo y en la virtuosidad de su carácter (en otro artículo expongo cómo las virtudes animan la perseverancia y coherencia en la aplicación de los principios de autonomía, beneficencia, no - maleficencia y justicia, particularmente en la intersubjetividad que caracteriza al encuentro clínico).

- En el caso del paciente

Por su parte, el paciente ha de ser veraz, revelando su intimidad como condición para la intervención médica. También debe ser valiente, para enfrentar las dificultades de su dolencia y tener una gran esperanza de cara a las alteraciones de su horizonte vital. La teoría ética de las virtudes, integrada a la ética clínica, resulta útil para la prevención de conflictos en la relación médico - paciente, a la vez que despierta interés en la formación del carácter. El tema de la formación del carácter ha sido muchas veces desatendido, porque se ha sobreacentuado una ética de reglas y normas interpretadas, a veces, como simples límites externos de la acción humana.

Regresemos ahora al tema central: el modelo de la relación médico - paciente como intersubjetividad responsable. Hemos identificado el origen de la relación no en un mero contrato (aun cuando éste exista) sino en el encuentro de dos mundos vivenciales que en un principio son mutuamente extraños. Uno de estos mundos es el de la persona afectada, debilitada y sufriente que se reconoce vulnerable y dependiente. Esta situación la lleva a confiarse a la asistencia de un experto.

El otro mundo es el del profesional capacitado y dispuesto a prometer o profesar una ayuda digna de confianza. Así se constituye el encuentro intersubjetivo o de reciprocidad íntima y de interdependencia en el orden de la confianza. Cada integrante de la relación debe contribuir virtuosamente para lograr la meta de sanar - cuidar.

Señalemos brevemente los componentes del cuidar que caracterizan la interacción de dos mundos vivenciales que se conjugan en un *mundo nuevo*: el mundo clínico.

1. Conocer

Estar presente con alma y vida, atento a todas las necesidades del paciente para comunicar su respeto a la dignidad de la persona.

2. Personalizar

Elaborar un plan de cuidado, interpretando la terapia o acciones clínicas a tono con la individualidad del paciente.

3. Intervenir

Actuar eficiente y eficazmente, con el conocimiento científico y arte propios de la clínica.

4. Evaluar

Comparar los resultados positivos y los riesgos de la terapia y ayudar a discernir intervenciones futuras.

5. Interactuar

Promover la recuperación, bienestar, autosuficiencia y autoestima del paciente, por vía de la cordialidad, empatía y servicialidad.

El cuidado se manifiesta en la consideración de la totalidad de la persona y su entorno; en el uso de su nombre de pila (según la costumbre de cada cultura); en la serenidad ante la impaciencia o desasosiego del paciente; en el tono de voz gentil pero a la vez firme y, sobre todo, en la presencia concentrada en el paciente como antídoto contra la soledad y sentimiento de abandono.

¿Qué recomendaciones pedagógicas se desprenden de los componentes del cuidado?

1. *Leer literatura y filosofía* para familiarizarse con el mundo existencial de las vivencias personales ante la vida, el dolor, la enfermedad y la muerte. De este modo se cultiva y valora mejor lo intuitivo.
2. *Cultivar la espiritualidad religiosa* para facilitar la meditación sobre el verdadero sentido de valores como la vida y la salud, y también para fortalecer virtudes muy importantes para la interacción clínica. Es necesario plantearse la cuestión del origen y finalidad de la vida con el objeto de cuidar al paciente dolorido, con compasión pero a la vez sin perder esperanza.
3. *Reconsiderar el papel de la corporalidad* en la persona, para desarrollar una mayor reverencia ante la privacidad de la misma y evitar la medicalización y tecnologización del cuerpo.
4. *Fomentar el arte de la comunicación* como expresión de la complementariedad humana, y no como mera destreza mecanizada. Esto supone el desarrollo personal de la empatía como desprendimiento de sí y concentración en el otro (confianza benéfica).

En general, propongo una formación filosófica, particularmente una formación en antropología personalista, con una epistemología que valore el papel de lo afectivo en el plano del conocimiento. También una teoría de los valores y una ética dispuesta a complementarse por una espiritualidad de trascendencia religiosa, tal como lo expondré en la próxima conferencia.

Teología y ética clínica⁵

Introducción

A modo de aproximación al tema, quisiera hacer una aclaración y también una advertencia. Debo aclarar que me concentraré, más que en la teología en sí misma, en un aspecto de ella que está asociado a la pastoral. Para lograrlo, es preciso distinguir breve y sencillamente entre:

- religión,
- teología, y
- espiritualidad,

para luego centrar la atención en esta última.

Entendemos por religión un conjunto organizado de creencias, normas morales, prácticas, ritos y símbolos que facilitan la vinculación entre los seres humanos y una divinidad. La religión cristiana supone la Revelación como iniciativa divina en la creación y como conducción providente y finalidad que realiza al ser humano.

Por su parte, la teología supone un intento de reflexión intelectual sobre el contenido de la religión, y en particular sobre sus creencias (fe) y normas. Naturalmente cada religión tiene su propia teología. Existen asimismo diferentes planteamientos teológicos en el marco de una misma religión. Resulta interesante destacar este aspecto para comprender que la relación entre teología y bioética depende muchas veces del tipo o modalidad teológica que se vincule a las cuestiones de la ética biomédica, como también de lo que se entienda por ética y por ética clínica.

Ahora bien, entiendo por espiritualidad la progresiva liberación del egoísmo e inserción en la totalidad de la realidad. Es un proceso que tiene lugar en lo profundo de la conciencia individual y genera energías que motivan, inspiran, orientan y transfiguran a toda la persona. La espiritualidad supone una experiencia, visión y misión nuevas que nos sostiene, ilumina y da significado a cada momento de nuestra existencia personal. Si es religiosa, la espiritualidad supone el descanso en Dios como fuente de toda la existencia. Poseída por Dios, el alma ama a todos aquellos a quienes Dios ama, se gloria en la creación (que es el trabajo de Dios) y se responsabiliza por ella para dar más gloria a Dios.

Hago ahora una advertencia: En el caso particular que nos interesa exponer, quiero evitar dos posiciones extremas en la relación entre teología y ética o bioética:

⁵ Seminario - Taller de Bioética y Educación, Tercera Conferencia (28.11.98).

1. En primer lugar, no podemos pensar *que la teología determina cada juicio concreto en el ámbito clínico*, pues evidentemente se necesita experiencia y conocimiento clínico para hacerlo. Siendo la teología una reflexión sobre la fe, esta posición extrema supondría que basta la fe para saber con exactitud qué hacer en una situación específica. Pensar de este modo es equivalente a definir a la teología como un saber absoluto o dogmático, que domina el pensamiento y decisión de la persona, menoscabando así la capacidad para el discernimiento racional y moral.

2. El otro extremo sería *declarar a la teología inútil y superflua en las discusiones sobre principios, bienes y virtudes* en el orden de la moral, por considerar a la persona autosuficiente o existencialmente neutra ante los planteamientos religiosos. Sin embargo, la experiencia concreta y práctica demuestra, por el contrario, que las experiencias religiosas sí influyen en el modo de acercarse a los problemas morales y en la evaluación de las alternativas para una decisión.

Aporte de la teología católica a la ética clínica

Aproximación a una definición de teología

La teología enfoca más bien los aspectos doctrinales y morales de una religión y no tanto los ceremoniales o institucionales. Si bien esta ciencia busca arraigo personal en los creyentes, su acercamiento se realiza por medio de la comunidad o Iglesia. Aunque admite evolución y expresión en consonancia con los momentos históricos y contextos culturales, la teología destaca los aspectos fundamentales y esenciales que dan continuidad y permanencia universal al conjunto de creencias. De ese modo llama la atención sobre la dimensión trascendental o sobrenatural de la religión revelada.

Aproximación a una definición de bioética

Por su parte, el concepto de bioética (que incluye a la ética clínica) designa el estudio multidisciplinario de la dimensión ética en las actitudes, acciones y políticas referentes a la vida. Ello incluye acciones como promoción y protección de la vida, asistencia en la conservación o restauración de la salud y regulación normativa de intervenciones científicas y técnicas.

En la bioética existen diversas cuestiones contemporáneas dignas de atención:

1. *Cuestiones de hecho*: por ej., ¿cuándo puede decirse que un feto es viable?

2. *Cuestiones conceptuales*: por ej., ¿cuál es la diferencia entre causar y permitir la muerte?
3. *Cuestiones normativas*: por ej., ¿cuándo es correcto retirar un respirador?
4. *Cuestiones relativas a la prudencia*: por ej., ¿qué medio debo emplear para lograr una finalidad terapéutica determinada?
5. *Cuestiones profesionales*: por ej., ¿qué exige el código de la sociedad o colegio profesional?
6. *Cuestiones legales*: por ej., ¿qué establece la ley vigente en el país?

Entre las cuestiones anteriores que integran el discurso bioético se distinguen las cuestiones éticas en su sentido estricto: ¿Qué es lo correcto de acuerdo a los principios señalados? ¿Qué es lo éticamente bueno, de acuerdo al concepto de bien y a los valores que de dependen de este? ¿En qué estriba la virtud de un carácter íntegro o de una persona auténtica?

Teología y moral

Intentaremos a continuación ser más precisos con respecto a la relación entre lo teológico y lo clínico. Hemos dicho que la teología estudia la fe religiosa, que es el componente central de una religión revelada. Enfoquemos pues la fe religiosa en cuanto reflexivamente planteada por la teología y preguntémosnos *cómo afecta la teología a la moral, en el contexto de la ética clínica*.

No está de más recordar que la fe religiosa y la moral se han vinculado históricamente por varias causas: porque en muchas culturas surgieron simultáneamente; porque se complementan psicológicamente en su motivación de la acción humana y porque en algunos sistemas filosófico - teológicos se vinculan epistemológicamente. Estas vinculaciones suponen un diferente nivel de demanda mutua, de modo que una puede existir sin la otra.

La causa epistemológica es, en particular, inquietante. En este contexto cabe preguntarse lo siguiente: **¿Es necesaria una visión teológica de la fe religiosa para demostrar que una acción es en principio correcta, o que por su finalidad es benéfica o virtuosa?** Quienes sostienen actualmente la autonomía de la ética y del secularismo filosófico independiente (posiciones que a veces son hostiles para con la teología), responden en forma negativa. De este modo fomentan una separación mecanicista entre lo divino y lo humano, entre lo natural y lo sobrenatural.

Es concebible pensar la ética como una disciplina o teoría que se mantiene neutral en relación con la teología y la religión. De hecho, nadie puede negar la autenticidad ética de personas agnósticas e inclusive ateas. Por supuesto, ello depende mucho de la teología y de la ética en cuestión.

La teología católica (en particular la corriente neoescolástica) ha argumentado lo siguiente: la metafísica teísta que estudia la realidad del ser humano y del universo en relación con su finalidad última, es relevante y fundamental para la teoría ética de la ley natural, aun cuando ésta haya sido planteada independientemente de la relación con lo divino.

En resumidas cuentas, la ética, al menos en la práctica, presupone una posición normativa en relación a la persona, a la naturaleza y a la historia. Volvamos a nuestra pregunta modificándola un poco: ¿Es necesaria una visión teológica para la acción moral?

Contestare en tres partes:

1. ¿De qué visión teológica se trata?
2. ¿Cómo influye en la moral en general y en las cuestiones de la ética clínica en particular?
3. ¿Cómo influye, a modo de espiritualidad, en la persona del clínico -eticista?

1. ¿De qué visión teológica se trata?

En virtud de nuestra orientación católica, transcribo una cita del Concilio Vaticano II sobre la fe: *“La fe ilumina con una luz nueva a todo, manifiesta el designio de Dios para la vocación plena del ser humano, y así orienta la mente hacia soluciones que son plenamente humanas”*.

Se trata de una razón iluminada por la fe; una experiencia/visión/misión humana renovadas, corregidas y elevadas. Es decir, la fe no sustituye a la razón (eso sería fideísmo, extremo que queremos evitar), pero tampoco hay razón sin fe (eso sería racionalismo, que tampoco podemos aceptar). Se trata de una razón formada y fortalecida por la fe, que garantiza en plenitud el cumplimiento de los anhelos de entender y comprender la verdad en sus raíces más profundas.

Ahora bien, ¿En qué consiste esta nueva experiencia o perspectiva que otorga una nueva visión y misión a la ética clínica?

Resumo lo que esta experiencia presenta:

- a) *Revelación de Dios en Jesucristo* (amor generoso y entrega radical de sí); evento que no necesita justificación por presentarse intuitivamente como un bien supremo;

- b) *Jesucristo*, como imagen perfecta del Padre, no es sólo un legislador sino que encarna la ley (“imperativo categórico” hecho persona). Así pues vincularse a Él por amor *es la suprema norma moral*;
- c) *El universo cobra un significado cristocéntrico*: la persona adquiere una relación nueva en Cristo, contemplado ahora como su luz, centro, base y eje de su existencia;
- d) *La meta absoluta e incondicional en la vida es el regreso al Padre Dios*, por intercesión del redentor (Jesucristo) y de la corredentora (María, Madre de Dios);
- e) Es decir, *la entrega de sí mismo por amor* (vivir y morir al servicio de otros) *es raíz y eje del seguimiento de los principios*, al igual que del cultivo de las virtudes morales. La caridad es el núcleo de todas estas virtudes;
- f) *En esta fe se transforma* (se perfecciona, purifica y eleva) *la persona humana, al asemejarse a la Inmaculada Virgen María*. Ella es modelo antropológico por excelencia.

Resumamos ahora este segmento, señalando los componentes esenciales de la narrativa de nuestra fe católica:

- Creación (luz, libertad, integridad, **salud**, paz).
- Caída o pecado (ceguera, cautiverio, fragmentación de sí, **enfermedad**, alienación).
- Redención (iluminación, liberación, **sanación**, reconciliación comunitaria).

Nótese que se ha resaltado las palabras **salud**, **enfermedad**, **sanación**, pero no para sugerir que la enfermedad sea causa del pecado personal (si bien es cierto que el pecado original hizo vulnerable nuestra existencia). Sólo se ha querido destacar, simbólicamente, el papel del médico, a nivel humano y vinculado a Cristo y María, en la obra de la redención. Volveré sobre el tema más adelante.

2. ¿Cómo influye la razón, iluminada por la fe, en el orden de la moral en general y de la situación cínica en particular?

La razón iluminada por la fe no ofrece una respuesta directa y concreta por vía de la deducción. Más bien lo hace mediante la prudencia o discernimiento que

permite un acercamiento y contextualización de las dimensiones morales que la razón autónoma puede reconocer. La fe iluminada **confirma** lo siguiente:

- a) *La vida humana es un valor fundamental*, base de todos los demás valores o bienes. Sin embargo, no es absoluta, pues puede sacrificarse por el Bien Supremo; esta valoración se extiende a la vida prenatal y a la situación del incapacitado, del retrasado y del comatoso;
- b) *la integridad de la persona* significa la plenitud de la vida o la expresión de su dignidad intrínseca y única;
- c) la persona es fundamentalmente *comunitaria* y la interdependencia es un valor;
- d) existe una unidad orgánica inviolable entre entrega amorosa matrimonial (radical, plena y permanente), procreación y familia como entidad moral;
- e) la autonomía personal ha de ser responsable, de acuerdo al principio de beneficencia (lo que incluye evitar el mal, o no - maleficencia) y al de justicia.

Antes de considerar las implicaciones de la visión teológica en la ética clínica, *reafirmamos la importancia de la teología* para la ética en general, sin por ello ingresar de lleno en la temática. Sabemos que muy a menudo en una sociedad pluralista y secularista se busca consenso o acuerdo provisional y práctico ante los problemas, sin entrar en cuestiones profundas y sustanciales en cuanto a la verdad objetiva y al bien en sí mismos. En este contexto se puede aceptar al teólogo como una voz más entre otras, sin que exista presunción de prioridad en su planteamiento. Por lo tanto, el teólogo católico ha de ser audaz, valiente y afirmado en su fe, para exponer al menos los siguientes elementos esenciales:

- a) *Implicancias éticas de la teología* que puedan apreciarse también desde la perspectiva ética en sí misma (ya que la fe no sustituye a la razón, y la gracia supone la naturaleza);
- b) *una metafísica teísta* que implique un cierto grado de objetividad y trascendencia en los principios éticos, más allá de las variaciones histórico - culturales, fundamentándose para ello en una concepción necesaria y universal de la persona;

- c) *destacar la profundidad y magnitud de la sensibilidad moral* en el contexto de la intersubjetividad y de la convivencia;
- d) *claridad para advertir la fragilidad* y la contingencia de toda perspectiva humana (tanto teológica como ética), y la dependencia de todo lo humano en relación con el orden de la gracia.

Veamos ahora las implicancias que tienen la conexión entre visión teológica y visión ética para la moral en la ética clínica. De nuevo permítaseme, a manera de motivación, hacer una presentación esquemática, para que luego Uds. continúen reflexionando por su cuenta.

1. *La primera implicancia se refiere a los principios.* La ética clínica modera el principio de autonomía en su versión individualista y liberal (desarrollado por algunos bioeticistas anglosajones como Engelhardt), **insistiendo en que tal principio debe implementarse en armonía con los principios de beneficencia y justicia: ellos nos orientan hacia el bien común que trasciende el egoísmo.**

De todo esto se desprende una responsabilidad moral por la naturaleza (en tanto intrínsecamente valiosa) que se ve agredida en situaciones como, por ejemplo, experimentación con embriones humanos, práctica del aborto y asistencia para el suicidio.

2. *La segunda implicancia se refiere a la naturaleza humana.* La vida humana no se identifica con una mera corporeidad o con funciones fisiológicas, sino que es una entidad compleja y orgánicamente integrada de procesos orientados hacia bienes correspondientes y ordenados (los espirituales sobre los psicosociales, y éstos sobre los físicos y materiales).

La santidad de la vida humana presupone su dignidad, y ambas características esenciales regulan todo cálculo de beneficios y riesgos en torno a la vida. En cierto sentido, el cristianismo no confiere dignidad a la vida humana, sino que la reconoce, afirma, protege, promueve, celebra y, al acercarla a Dios, también la santifica.

Resumiendo esta parte, diría que la fe religiosa:

- a) *Protege los valores humanos esenciales* del ser persona (en su dignidad, integridad e identidad), más allá de la secularización, la tecnologización y la interpretación de la vida únicamente en términos de funciones;

- b) *dispone a la persona a la caridad* mediante la aplicación de los cuatro principios clásicos de la bioética como núcleo de la interacción médico - paciente. También la dispone a un estilo o actitud inherente a las decisiones clínicas (situación que ilustraré en la próxima parte, al hablar de espiritualidad), e impregna de una concepción sobrenatural a la tan temida sujeción del paciente al sufrimiento y a la muerte;
- c) *Conduce a poner en práctica los elementos esenciales de la fe religiosa*, en el contexto de las relaciones médico - paciente e interprofesionales de la institución.

3. ¿Cómo influye la visión teológica, a modo de espiritualidad, en la persona del clínico - eticista?

Es necesario preguntarse cómo hemos de describir la espiritualidad del clínico que en el trato amoroso con Dios halla seguridad existencial y la experiencia radical que ilumina su visión ética y anima su misión profesional.

Entre la creencia religiosa y el funcionamiento profesional podría abrirse un abismo, a no ser que esa fe se transforme en fuerza vital de autoeducación para madurar, crecer y purificarse. Ello conduciría al médico a la santidad en la vida diaria del consultorio y del hospital, ambientes en los cuales existen grandes presiones y conflictos.

Por ello dicha espiritualidad debería tener determinadas características:

- a) La prestación del servicio debe asumir una estructura y dinámica acordes a la realidad de ser creatura nueva u hombre nuevo, a semejanza de Cristo y la Sma. Virgen; por lo tanto cada situación clínica es un encuentro con Jesús o con María en la persona del paciente. La caridad, así como la fe y la oración, se integrarán a la intervención clínica en todas sus variantes.
- b) El médico considerará la finalidad de sanar al paciente como una vocación, acción instrumental o causalidad segunda, en dependencia de la Providencia Divina. Se sentirá llamado por Dios a una entrega de sí en un servicio (a menudo heroico) que supone a la vez santificación por el fiel cumplimiento del deber diario. Aceptará las tareas más difíciles, particularmente por el bien de los más pobres en salud o en bienes económicos, e inclusive de los pobres en moral y espíritu.

El médico espiritual se dispondrá al sacrificio de sus intereses personales, aun cuando éstos sean legítimos, y disciplinará sus sentimientos nobles para orientar su conocer, hacer y sentir hacia el beneficio de su paciente. Permanecerá libre de la comercialización de la medicina, y no considerará a su paciente como un consumidor de recursos clínicos sino como una persona vulnerada y confiada a su cuidado.

Permítaseme insistir en que la espiritualidad católica, según lo planteamos aquí, transfigurará los principios éticos sin menoscabar su identidad propia. Por lo tanto:

- Se afirmará la autonomía en su respeto por la persona y responsabilidad por lo bueno y justo;
- la beneficencia se perfeccionará en la generosidad;
- la justicia se acercará a la misericordia;
- la caridad animará la ordenación de estos principios, en su mutua relación y en la relación de cada uno con sus objetivos correspondientes.

La espiritualidad católica fomentará la relación médico - paciente en los términos ya expuestos: alianza en fidelidad a la confianza o intersubjetividad responsable, superando así el paternalismo tradicional pero conservando a la vez la benevolencia de este último. El profesional de la salud también fomentará el autonomismo, respetando el aporte del paciente a su cuidado.

Asimismo hemos visto que la vulnerabilidad y dependencia del paciente exigen empatía y compasión de parte del médico, virtudes fortalecidas por la esperanza y la reciedumbre ante el dolor y el sufrimiento. La religiosidad del paciente es un recurso terapéutico empíricamente comprobado que el médico puede motivar y sostener aunque el paciente profese una fe diferente a la suya.

Ante otros temas de la ética clínica, el médico católico encuentra en su espiritualidad la convicción para ser valiente y prudente, enfrentándose al secularismo y a su influencia cultivando actitudes como:

- a) *Moderación* en el uso de la tecnología en la asistencia artificial a procesos de procreación humana;
- b) *Oposición* fundamentada a la experimentación y utilización de embriones humanos viables con fines terapéuticos;

- c) *Compasión* por la madre que busca abortar, procurando ofrecerle alternativas y jamás participando directa o indirectamente en esta práctica;
- d) *Cautela y actitud crítica* ante las implicancias éticas del Proyecto del Genoma Humano, aun cuando éste prometa transformar a la medicina en genética predictiva de las enfermedades o en una técnica eugenésica;
- e) *Promoción del cuidado paliativo*, con actitud afirmativa del significado del dolor y del morir, sintiéndose privilegiado de compartir con el paciente terminal una situación que es fuente de sabiduría acerca de la vida y de la muerte como evento Pascual;
- f) *Estar atento a las posibilidades de caridad* cristiana en lo que hace a transplantes de órganos, siempre y cuando ello suponga respeto por el cadáver y la autonomía del donante vivo. También debe tener misericordia para con el receptor que lucha por sobrevivir con el órgano transplantado.

Regresando a nuestro punto inicial, los invito a considerar su práctica clínica como una vocación religiosa por la cual se colabora con la redención. La naturaleza humana afectada por el pecado original busca a Cristo en la competencia clínica y destreza técnica, y podría decirse que también busca a la Sma. Virgen en la empatía y compasión. Por lo tanto, más allá de la ética de reglas y normas, está la ética personalizada en su modo de ser virtuoso y amoroso, y en la servicialidad generosa y desprendida de sí.