

LA ÉTICA MÉDICA COMO EJEMPLO DE ÉTICA REGIONAL EN PAUL RICOEUR: A partir de Ejercicios* de ética aplicada en «Lo justo 2».

La circularidad de la ética: visión desde tres niveles

En su propuesta ética de *Sí mismo como otro* —estudios séptimo, octavo y noveno o “pequeña ética”—, Ricoeur adopta el orden cronológico de la sucesión de las grandes filosofías morales: ética del bien de inspiración aristotélica, moral del deber en la línea kantiana y sabiduría práctica frente a situaciones particulares.

En su reelaboración complementaria del primer estudio de *Lo justo 2*, «De la moral a la ética y las éticas», divide el “reino de la ética”, tomando como plano de referencia la moral, en una ética fundamental o anterior y “un ramillete de éticas regionales” o posteriores, dominios dispersos de aplicación, como por ejemplo las éticas: médica, judicial, de los negocios, del medio ambiente, etc. De la ética fundamental, pasando por la moral de obligación, a las éticas regionales, es en estos campos de acción determinados, superadas las pruebas del juicio moral y de la aplicación práctica, que la fundamentación del proyecto de vida buena se muestra, se expresa y se despliega.

En los “Ejercicios” de *Lo justo 2*, Ricoeur ilustra su propuesta ética desde la tercera fase, la de la sabiduría práctica o juicio prudencial. El juicio ético se ejercita así en regiones determinadas de la práctica moral, ejemplificándolo, entre otras, en la práctica médica.

Estructura su análisis del juicio médico en tres niveles: prudencial, deontológico y teleológico. En su fluido recorrido se reconoce, aunque en sentido inverso, la triple articulación de la “pequeña ética”. Ello no es casual, por cuanto la ética médica es expresión de la ética general del vivir bien con otros y del vivir juntos. El orden inverso tampoco es fortuito, ya que lo específico de la ética médica es la circunstancia inicial que suscita su estructuración misma: el sufrimiento humano. Éste, junto al deseo implícito de su superación, motivan el acto médico nuclear con su terapéutica y ética fundamentales: el pacto de cuidados, con la confianza y confidencialidad en él implícitas. Esta relación singular, cara a cara entre tal paciente y tal médico, nace entonces ella misma del sufrimiento, expresión máxima de la individualidad. Desde este nivel se forman preceptos que implican el saber-hacer y el compromiso personal de los protagonistas. Son estos preceptos los que dan un contenido al juicio prudencial y nos ponen en camino del juicio deontológico.

En estos ensayos Ricoeur destaca dos puntos innovadores: el primero, la progresión de la escala del juicio del plano de la ética fundamental al de las éticas regionales; el segundo, el desarrollo del entrelazamiento cumplido por el trabajo del juicio desde el plano de las normas al de las situaciones concretas.

* Ricoeur, Paul: “La diferencia entre lo normal y lo patológico como fuente de respeto”, “Los tres niveles del juicio médico”, “La toma de decisiones en el acto médico y en el acto judicial”. En *Lo justo 2*. Editorial Trotta 2008.

La pluralidad de las éticas regionales y la singularidad del acto médico

Ricoeur hace énfasis en la pluralidad de éticas regionales, diversidad determinada por la realidad de la vida cotidiana, que impone una variedad de situaciones empíricas de sufrimiento y conflicto, previo a todo establecimiento de las prácticas e instituciones que ellas promueven. Son situaciones límites (según Karl Jaspers y Jean Nabert), comparten la condición de insuperable de aquellas situaciones contingentes, no repetibles, pero igualmente apremiantes que señalan nuestra condición de paciente, nuestra fragilidad y nuestra vulnerabilidad. Situaciones siempre allí y desde siempre “sufribles”, a la vez irreductiblemente distintas y siempre múltiples, que sólo las prácticas que ellas suscitan les ofrecen la ocasión de formularse y darse a comprender.

La situación que origina el acto médico es el sufrimiento del enfermo y su petición de ayuda. Si bien no le concierne exclusivamente, el sufrimiento es, desde tiempos inmemoriales, la motivación fundamental de la práctica médica. En el deseo de ser liberado de este y en la esperanza de ser curado se encuentra la estructura misma del acto médico.

A diferencia de, por ejemplo, el acto judicial, que opone a los protagonistas, el acto médico reúne a dos personas: una que sufre y lo manifiesta pidiendo ayuda a un experto, la otra que conoce y sabe-hacer en su práctica y ofrece cuidados. El núcleo de toda la ética médica es el establecimiento de un pacto de cuidados fundado en la confianza mutua: el enfermo confía en que el médico quiere y puede cuidarlo y, en lo posible, curarlo, y el médico confía en que el enfermo se hará co-responsable como agente de su propio cuidado. La fuerza de una promesa unirá a ambos protagonistas singulares: tal médico a tal paciente, en el mismo proyecto también singular: el hacerse cargo de la enfermedad mediante un proyecto terapéutico.

Acto médico que reúne a los protagonistas en el pacto de cuidados, pero guardando la justa distancia: El pacto de cuidados no se disuelve en una confusión de roles y la fusión de las personas, sino que preserva la distancia del respeto. La búsqueda de la justa distancia pone al acto médico íntegramente en el dominio de lo justo.

Los tres niveles de la ética médica clínica

La ética médica clínica o de orientación terapéutica, suscita actos de juicio que comprenden tres niveles: El primer nivel es el prudencial, en el que se ejercita la aplicación de una sabiduría práctica de naturaleza más o menos intuitiva, resultante de conocimientos y del ejercicio práctico mismo, y la prudencia, virtud que se emplea en las situaciones de juicio singulares de una relación interpersonal entre un paciente y un médico específicos. El segundo nivel es el deontológico, en el cual los juicios revisten la forma de la prueba por las normas, contenidas en los diferentes Códigos Deontológicos de la profesión médica. Así, el juicio trasciende de diferentes maneras la singularidad de la relación médico-paciente, adoptando pretensión de universalidad. Y el tercer nivel o de fundamentación, que corresponde a los juicios reflexivos con intento de legitimación de los juicios prudenciales y deontológicos de los dos niveles anteriores.

Nivel prudencial

Reconociendo el fundamento del acto médico en el sufrimiento humano, expresión última de la singularidad, corresponde partir el análisis por el nivel prudencial. En la base de los juicios prudenciales, que son el dominio de las decisiones en situaciones singulares, se encuentra la estructura del acto médico mismo: el deseo de ser liberado del sufrimiento y la esperanza de ser curado.

El núcleo ético de la relación singular médico-paciente es el pacto de cuidados basado en la confianza y confidencialidad, así como en la promesa de mantenerlo, que compromete a uno con otro, tal paciente con tal médico. Los dos protagonistas —el que sufre y el que conoce y sabe-hacer—, inicialmente separados por una gran brecha que expresa una disimetría considerable, mediante una serie de hitos que parten en los dos polos de la relación, van acortando la distancia. El pacto de cuidados supera así la disimetría del encuentro, pero es repetidamente puesto a prueba en el compromiso del médico de “seguir” a su paciente y en el de éste de “cumplir” con su tratamiento. El pacto de cuidados deviene en una alianza, para hacerse cargo en común de la enfermedad.

De este modo, el carácter moral se debe a la promesa tácita compartida por los dos protagonistas de cumplir sus compromisos respectivos, promesa que es constitutiva del estatuto prudencial del juicio moral implicado en el “acto del lenguaje” de la promesa.

Desde el principio, pacto frágil, por los riesgos de la desconfianza y de la sospecha, presentes en todas las fases de instauración del contrato y que atentan contra la recuperación de la estima y el respeto de sí. Desconfianza por parte del paciente ante la posibilidad de abuso de poder por el médico. Riesgo de cientificismo o interferencia de los aspectos públicos en el actuar del médico.

A pesar de su carácter singular, el pacto de cuidados no está ajeno a recursos de generalización, en la forma de preceptos originados en la enseñanza de conocimientos y en el ejercicio de la aplicación práctica misma, preceptos que encaminan al juicio prudencial por la vía hacia el juicio deontológico.

Preceptos de sabiduría práctica médica

Estos preceptos, que actúan como articulación entre el juicio prudencial y el juicio deontológico, son:

1° El carácter insustituible, no intercambiable, de la persona, implicado en lo singular de la relación de cuidados y del paciente mismo que la integra, significando que no es la especie la que se cuida, sino un ser humano único.

2° La indivisibilidad de la persona. No son órganos, sino un enfermo a quien se trata integralmente.

3° La recuperación de la dignidad. Más allá del respeto debido a todo ser humano, se busca equilibrar el carácter unilateral del respeto, recuperar el reconocimiento del propio valor por el enfermo, la estima dirigida a sí mismo, para así contrarrestar la regresión y conductas de

dependencia, manifiestas sobretodo en situaciones de hospitalización. En la estima de sí, situados en el nivel prudencial, la persona acepta existir y expresa la necesidad de saberse reconocida. Pone el toque de amor propio en la relación consigo mismo, es el fondo ético de lo que se designa como dignidad.

Nivel deontológico

El juicio médico es una situación de decisión singular, pero regida por reglas de varias clases. En primer lugar, tenemos las reglas de la deontología médica válidas para todas las circunstancias terapéuticas:

- Regla de confidencialidad o secreto médico: Representa un deber para el médico.
- Regla de informar la verdad al enfermo sobre su caso: Corresponde a un derecho del enfermo, sin embargo, tiene sus límites, provenientes sobretodo de la prudencia: revelar la verdad en forma proporcional a la capacidad del enfermo para recibirla y aceptarla.
- Consentimiento informado: Se sitúa en el punto de articulación de las dos precedentes. Compromete al paciente con los riesgos de su tratamiento, haciéndolo un aliado en el asumir común de su enfermedad.

En paralelo a estas normas generales, se reconocen otros dos cuerpos de reglas que velan por el acto médico concreto:

Un segundo grupo regula al conjunto de saberes de las ciencias biológicas y médicas. El avance científico vertiginoso, cuyo objetivo primario es el conocimiento y no el alivio del sufrimiento, arriesga que el centro de gravedad de la acción se desplace sin contrapeso del saber-hacer al saber. Las ciencias bio-médicas tienden así a tutelar el acto terapéutico, reduciéndolo al simple rango de técnica de aplicación, al sólo hacer. Si bien la práctica moderna logra un gran avance con su paradigma de la Medicina basada en la validación del saber médico, es necesario mantener un equilibrio o equidad entre el saber y el saber-hacer, entre las ciencias biológicas-médicas y el acto de cuidar. Es preciso siempre recordar que el lugar de nacimiento de la medicina es el sufrimiento humano y que el primer acto de esta práctica consiste en proporcionar cuidados a las personas que necesitan ayuda, no sólo terapéutica con un propósito curativo, sino junto al acto de acompañar en el sufrimiento y en el trabajo de duelo. Y todo ser humano tiene derecho a ser cuidado, cualquiera sea su condición social, raza, etnia, religión, costumbres o creencias. Es ésta la norma de normas.

El tercer grupo de normas corresponde a las referentes a la salud pública. Si bien el sufrimiento, la petición de cuidados y el deseo de curación son privados, las enfermedades y su atención son, a la vez, privadas y públicas. Las situaciones sanitarias, los costos y políticas públicas de salud interesan a toda la población. La salud, que para el individuo no tiene precio en sentido de valor, tiene un costo monetario para la sociedad, convirtiéndose en un problema político en términos de solidaridad. La medicina, incluso en sociedades liberales, se encuentra en la encrucijada entre dos requerimientos potencialmente conflictivos: los derechos de la persona individual y el bien común.

Es así como el nivel deontológico es necesario por las propias funciones múltiples que cumple:

1° La función de universalizar los preceptos del nivel prudencial y que proceden del pacto de cuidados singular, de modo a elevarlos al rango de imperativos. Así este momento deontológico busca elevar el núcleo ético, el pacto de confianza y promesa de fidelidad en su mantención, y que se afirme en el rango de norma, lo que se expresa como una prohibición: la del secreto médico que no puede ser roto. La confidencialidad del plano prudencial, a modo de afinidad electiva entre dos personas y expresión de la virtud de amistad, ahora en el nivel deontológico bajo la figura de la prohibición, como norma incluye a un tercero, situando el compromiso en el plano de la justicia.

2° La segunda es una función de conexión. Dado que la norma del secreto médico forma parte del código deontológico de la profesión, hace estar religadas a las demás normas que rigen para el cuerpo médico, al sistema político general, cumpliendo así una función de conexión al interior del campo deontológico.

3° La tercera es arbitrar en una multiplicidad de conflictos de la práctica de una medicina “humanista” y liberal, centrada en el bien de la persona y su dignidad, pero a la vez enfrentada a los intereses de la sociedad y su preocupación por la salud como un bien social, a la opinión pública y al poder político.

Nivel teleológico: La función reflexiva del juicio deontológico. Lo no-dicho de los códigos

En toda codificación de normas queda un vacío de lo no-dicho, que se relaciona más bien con la legitimación de la norma misma y la falibilidad manifiesta en cada momento. Siguiendo el ejemplo de los potenciales conflictos siempre latentes, que implica la dualidad de intereses a que debe servir la práctica médica: los de la persona individual y los de la sociedad, subyace aquí un conflicto entre varias filosofías, desplegándose lo que podría llamarse la “historia entera de la solicitud”: el fundamento prudencial expresa lo mejor de la reflexión griega sobre las virtudes vinculadas a una práctica, posteriormente el cristianismo y San Agustín introducen el sentido de persona insustituible y la Ilustración el de autonomía; por otra parte, la filosofía anglosajona presenta una aproximación racionalista y utilitarista.

De este modo, reconocemos diferentes fuentes morales, que no es en el plano deontológico donde pueden expresarse pues, al referirse a nociones fundamentales de salud/enfermedad, vida y nacimiento, muerte y sufrimiento, sexualidad, identidad, el sí mismo y el otro, nos encontramos, ya franqueado el umbral de la deontología, en el plano de la antropología filosófica, que no permite escapar a la situación de pluralidad de las convicciones de las sociedades democráticas que, en términos de John Rawls, funcionan en situación de “consenso entrecruzado” y “desacuerdos razonables”.

El acto médico como juicio ético en situación

Como en otros actos de juicio y toma de decisiones, el acto médico consiste, en una primera aproximación, en pasar de un saber constituido por normas y conocimientos teóricos a una decisión concreta en una situación particular: la prescripción médica. Se trata de situar una decisión singular,

única, relativa a una persona singular, bajo una regla general y, a su vez, aplicar una regla a un caso. El acto del juicio médico es el ir y venir entre la regla y el caso en un proyecto terapéutico particular.

Dentro del marco descrito del acto médico, del pacto de cuidados concreto, el juicio médico es el acto que une, pone en funcionamiento, un nivel con el otro: por un lado, el nivel deontológico, con el conjunto de normas esquematizado en los tres grupos antes mencionados —normas generales, del saber bio-médico y público-administrativas— y, por el otro, el acto médico concreto en esa situación específica, la concreción de ese pacto de cuidados singular que conduce a una decisión concreta: la prescripción médica, punto crucial de no retorno, pues tras él tendremos la efectucción del tratamiento.

La dinámica del juicio médico: su función de integración deóntico-prudencial

La toma de decisión no es una operación automática ni exacta. Cada caso es nuevo, incluso en lo que respecta al conocimiento científico y el saber-hacer propios de la práctica médica, por lo que es preciso interpretar adecuadamente el saber médico disponible, por medio de un manejo inteligente de la nosología, y también, en el plano narrativo, implica describir adecuadamente la historia personal del enfermo. En otras palabras, interpretar la norma, para decidir sobre qué acepciones conviene esta al caso, e interpretar el caso, bajo la forma narrativa, para establecer el grado de conveniencia mutua entre la descripción de este y el punto de vista bajo el cual la norma es interpretada.

Es así como el intervalo que conduce del nivel normativo al decisorio es el espacio en que necesariamente se despliegan la argumentación y la interpretación. Si por someter a un juicio entendemos el situar un caso singular bajo una regla —juicio determinante de Kant—, cuando se conoce mejor la regla que su aplicación, también implica buscar una regla para el caso —juicio reflexivo de Kant—, cuando se conoce mejor el caso que la regla. En la toma de decisión médica se entrecruzan el trabajo de argumentación, que designa el proceso lógico, deductivo o inductivo, y el trabajo de interpretación, que implica originalidad y creatividad. Su combinación, que mejor se designa como aplicación, efectúa alternativa e integradamente las dos operaciones: aplicar una regla al caso o encontrar una regla para cada caso. Es en ambas situaciones producir sentido, el momento culminante, creativo de la ética.

Nueva criteriología de lo normal y lo patológico: la vulnerabilidad digna de respeto

En el ensayo «La diferencia entre lo normal y lo patológico como fuente de respeto», Ricoeur logra consolidar el respeto y la amistad que meritan, más allá del respeto debido indistintamente a todo ser humano, los discapacitados mentales en particular y todos los enfermos en general, corrigiendo la noción simplista de lo patológico, que lo entiende sólo como déficit respecto a una cuestionada normalidad, articulando en su reemplazo un sentido diferenciado de respeto a una noción cargada de valores positivos, esto es: respeto dirigido a lo patológico, reconocido como constitutivamente digno de respeto.

A diferencia del mundo físico, en que imperan estrictamente las leyes físicas, con la vida el individuo constituye más que sólo una variante singular: la individualidad implica la posibilidad de

irregularidad, de desviación, de anormalidad. Pero, ¿respecto a qué? La respuesta a la pregunta por lo “normal” no puede ser más que ambigua. Lo normal puede definirse de dos maneras: como una media estadística, en que el criterio es la frecuencia y la desviación no es más que la distancia con respecto a la media, o como un ideal, en sí mismo múltiple: éxito, bienestar, satisfacción. De esta idea ambigua de lo normal, en sus dos acepciones, se deduce aquella vinculada a la noción de salud.

A partir de una noción pretenciosa de salud como poder: poder hacer esto o aquello, la enfermedad no puede más que ser definida en términos de impotencia: lo que ya no puedo más hacer. Lo que caracteriza a la salud, en el planteamiento de Canguilhem (1904 - 1995) es la capacidad de tolerar variaciones de normas, que sólo una aparente estabilidad parece conferirles un engañoso valor de normas definitivas. De esta ilusión resulta la depreciación de lo patológico. Saberse, sentirse, comportarse enfermo es ratificar esta evaluación negativa. La sola existencia de los médicos y de la práctica médica, así como la petición —a veces exigencia— de curación, presupone esta depreciación.

Así, la salud se presenta como la capacidad, siempre precaria, de administrar amenazas, peligros, disfunciones, entre ellas: la enfermedad. En lectura sólo negativa, lo patológico representa déficit, insuficiencia.

En lectura positiva significa una organización distinta de la relación entre el ser humano y su medio, una programación diferente que tiene sus propias leyes, otra forma de ser-en-el-mundo con sus valores propios. Estos no se despliegan más que en un tercer nivel existencial, más allá de los niveles biológico y social, pero tienen su razón biológica en esta noción de “ajuste a un medio reducido”, con su doble significado: positivo y negativo. En su real dimensión, esta nueva criteriología es un correctivo a la tendencia a caracterizar la vulnerabilidad como simple defecto, como puro déficit, reconociéndole una dignidad constitutiva, meritoria en sí misma de respeto.

En otras palabras, es iluminador plantearse una reformulación de la relación de lo vivo con su medio en términos de “dialéctica”, y del estatuto de la enfermedad como deficiencia con otra organización, en relación ciertamente con un “medio encogido”, pero portadora también de valores positivos, alternativos a los de la salud. Esta reformulación de la enfermedad, desde el plano biológico, está en la base de un argumento dirigido contra el desprecio de los enfermos por sí mismos y contra los prejuicios que conducen hasta su exclusión en el plano institucional. Se puede hacer así justicia a lo patológico frente a los prejuicios que contribuyen a su exclusión social. Si la enfermedad es portadora de valores en el plano vital, social y existencial, no es solamente la autonomía de la persona la que debe ser tenida por fuente y objeto de respeto, sino además esa vulnerabilidad misma. Lo patológico es digno de estima y de respeto en su diferencia respecto a lo normal y sobre la base de los valores vinculados a esa diferencia.

La falibilidad específica de la ética médica

Ésta se expresa en los tres niveles: En el plano prudencial, por la desconfianza y sospecha que amenazan el pacto de cuidados, y por la fragilidad de los tres preceptos situados en la articulación entre los planos prudencial y deontológico: la insustituibilidad de la persona, su indivisibilidad y la estima de sí. En el plano deontológico, la ética médica está expuesta a la doble amenaza que se cierne sobre la práctica de una medicina humanista: la inevitable objetivación del

cuerpo humano —objeto de estudio epistémico—, y el conflicto de intereses entre el enfermo en tanto persona y la protección de la salud pública.

En este ámbito, la falibilidad de la ética médica se puede graficar en tres paradojas:

1° La persona humana no es cosa, no obstante su cuerpo es parte de la naturaleza física objeto de estudio.

2° La persona no es mercancía, ni la medicina comercio, no obstante la atención en salud tiene un precio y es costosa para la sociedad.

3° El sufrimiento es privado, pero la salud es pública.

Para Ricoeur, no sería extraño si el conflicto de la salud pública sigue agravándose, considerando que el costo en salud y en investigación es cada vez más elevado, y las expectativas de las personas hacia el cuerpo médico, del que paralelamente temen abusos de poder, son más desmedidas y poco razonables. El abismo entre la reivindicación de una libertad individual ilimitada y la igualdad solidaria en la distribución de cuidados no puede más que acrecentarse.

Palabras finales

Ricoeur completa un fluido recorrido por los tres niveles de la ética médica, como ejemplo de ética regional, en el que se reconoce la estructura fundamental, aunque en sentido inverso, partiendo por el nivel prudencial, del juicio moral expuesto en la “pequeña ética” de *Sí mismo como otro*. Reconocimiento que no es casual, por cuanto la ética médica es expresión de la ética general del vivir bien y del vivir juntos. El orden inverso tampoco es fortuito, ya que lo específico de la ética médica es la circunstancia inicial que suscita su estructuración misma: el sufrimiento humano. Este, junto al deseo implícito de superación del mismo, motivan el acto médico básico, terapéutica y ética fundamentales: el pacto de cuidados, con la confianza y confidencialidad en él implícitas. El deseo de salud es la expresión del deseo de vivir bien bajo la amenaza siempre latente del sufrimiento. El pacto de cuidados, a través de la fase deontológica del juicio, remite a la estructura triádica de la fase teleológica de la ética: implica una relación con el otro, el médico, y al interior de una institución de base, la profesión médica.

En el recorrido desde la sabiduría práctica, con sus preceptos que encaminan al nivel deontológico de las normas, cuyas dificultades, a su vez, suscitan el movimiento reflexivo que reconduce al nivel teleológico, se reconoce en la ética médica la estructura básica de toda ética, sintetizada en la fórmula ricoeuriana: deseo de vivir bien con y para otros en instituciones justas.

Hasta aquí una breve síntesis, no carente de inexactitudes, del brillante pensamiento de Paul Ricoeur dedicado a la ética médica. Desde nuestra condición de médicos clínicos pediatras, reconociéndonos actores en nuestro ámbito, en el nivel prudencial de la ética ¿qué reflexiones, inspiradas en lo antes tratado, podríamos plantearnos?

La primera dice relación con una modesta expresión de gratitud hacia el filósofo por su colosal trabajo intelectual, el cual, luego de centrado su interés en la ética fundamental y la

deontología, dedicó a la revalorización del saber-hacer, a la sabiduría práctica y el ejercicio de su virtud constitutiva, la prudencia, en el actuar del *phrónimos*, del hombre prudente, de inspiración aristotélica. La comprensión de nuestro quehacer diario, de la labor médica como juicio ético que actualiza el acervo filosófico relativo a los fundamentos, la moral y la sabiduría práctica, a la luz de sus análisis, nos resulta así extraordinariamente enriquecida.

En el mismo sentido, no podemos dejar de notar la honrosa elección del autor, de la práctica médica, entre otras, para ejemplificar su propuesta referida a las éticas regionales. Es que la labor médica constituye un gran y privilegiado espacio de expresión de la ética, y el interés que despierta no es sino la prueba del reencuentro de la ética con su aplicación práctica, de las funciones básicas de la filosofía, “analizar y aclarar” en unión estrecha con la cotidianeidad, con el deseo, la aspiración y acción del hombre.

Nuestra segunda reflexión está referida a la dificultad intrínseca de la gran tarea que debe asumir el médico en nuestra época. El juicio médico, un acto siempre nuevo y singular, pero a su vez regido por normas con pretensión de universalidad vinculante, en busca de lo bueno y de lo justo, de conseguir situar la decisión en la justa distancia, la equi-distancia entre todos los valores en conflicto de las distintas áreas, tarea siempre realizada en condiciones de esencial falibilidad, siempre a riesgo de la ocurrencia del “mal moral”.

Es también particularmente iluminadora la nueva criteriología de Ricoeur referente a lo normal y lo patológico que, corrigiendo la visión simplista y aún vigente de enfermedad, consigue valorizar y dignificar la condición de enfermo en particular y la de ser-vulnerable en general, todo ser humano en definitiva. Centra esta criteriología en la vulnerabilidad que se hace digna de respeto: se reconoce en la enfermedad su carácter de modelo propedéutico privilegiado de la vulnerabilidad humana “siempre allí”. Integrar esta condición constitutiva del hombre, así como su dialéctica con la justicia y la equidad, se plantea en consecuencia como cambio necesario para equilibrar la valorización sin contrapeso de la autonomía en nuestra sociedad actual.

Es que, en el logro de la estima de sí, en la recuperación de su autoestima, de la creencia en su “poder hacer” por parte del enfermo, el otro —el médico y demás cuidadores— y los otros —la sociedad en su conjunto—, cumplen un rol fundamental. Anterior a la obligación generada por la interpelación del paciente, se reconoce sin embargo, un sentido ético más profundo, una cierta “espontaneidad benévola”, un reconocer al otro que posibilita la intención de superar la disimetría agente-paciente. Así, el pacto de cuidados, esencialmente asimétrico en su inicio, se nivela en virtud de la solicitud por el otro, que es la base de la relación. En la dialógica cuidador-paciente se inicia el camino hacia la recuperación de su autoestima por parte de este último, hacia un proyecto de una nueva forma de ser-en-el-mundo. Se reconoce aquí el fundamento del modelo horizontal de relación médico-paciente cada vez más valorado en la actualidad respecto del modelo vertical paternalista, un nuevo pacto de cuidados establecido entre “dos expertos”: el facultativo, experto en el saber médico, y el paciente, experto en su proyecto singular de vida buena. Vida buena en salud con y para otros, al alero de una práctica médica justa.

Con todo, debemos reconocer que la ética médica, enfrenta una crisis de múltiples facetas que, en sus aspectos centrales, no es sino expresión de la que ha afectado a toda la ética contemporánea. La medicina humanista se debate, en un frente, con el cientificismo derivado del positivismo a ultranza, en el otro, con la primacía sin contrapeso del valor atribuido a la autonomía

en nuestra sociedad occidental, la que, con el devenir de los tiempos, se nos presenta nihilista, hedonista, perdido su “núcleo ético-mítico”, vagando sin orientación ni sentido.

Sociedad enfrentada a las consecuencias, en sus dos vertientes, de la ampliación de los alcances de la acción del hombre. Por un lado, la intervención sobre la naturaleza con la consecuente devastación del medio humano, situación que amenaza el bienestar e incluso la sobrevivencia misma de las generaciones futuras, por el otro, los alcances y consecuencias del avance de la tecno-medicina, la que, interviniendo desde antes del inicio de la vida hasta incluso más allá de la muerte, se nos presenta con la posibilidad cierta de modificar la propia constitución genética de la especie, del hombre mismo.

Todos los factores antes esbozados colocan a prueba a las éticas en cada una de las situaciones particulares, característicamente a las que atañen a la ética médica. En este nuestro mundo globalizado y conectado, con su confusión entre medios y fines, en que parecen primar aquellos valores orientados según una lógica estratégica y de intercambio, en la inmediatez y la fugacidad, la falibilidad y vulnerabilidad constitutivas del hombre se expresan también en los integrantes del pacto de cuidados, en su condición de seres-en-el-mundo, de agentes y sufrientes en nuestra sociedad.

Los protagonistas singulares de la promesa de cuidado, origen de toda la práctica médica y de su ética, tal médico y tal enfermo específicos, inevitablemente partícipes de nuestra sociedad, se encuentran expuestos a que sus identidades narrativas tiendan a alejarlos uno del otro. Para compensar, en parte, su fragilidad y falibilidad humanas constitutivas, reducir la disimetría y el consecuente riesgo de desencuentro agente-paciente y, a modo de fortalecer el fundamento y la práctica ética de la relación, requieren reinterpretar permanentemente la realidad y proyectar nuevos mundos posibles. Aparece clara entonces la necesidad de recuperar para la práctica médica su fundamento original, que conserva su firmeza y su vigencia: la solicitud por el otro y la estima de sí que, en una permanente atestación ante el sufrimiento y el deseo implícito por superarlo, ante un “medio encogido” a causa de la enfermedad, hace surgir la promesa de ayuda solidaria para acometer la tarea humana esencial, el *ergon* del hombre: “re-crearle sentido” a la vida, haciendo de este un mundo más y auténticamente humano.

Bibliografía

- Escribá, Ana: *Ética narrativa: antecedentes y posibles aportes al juicio moral*. Ediciones Universidad Diego Portales. 2013.
- Ricoeur, Paul: *Sí mismo como otro*. Siglo veintiuno editores. 1996.
- Ricoeur, Paul: Proyecto universal y multiplicidad de las herencias. En: Jérôme Bindé (Director), *¿Hacia dónde se dirigen los valores? Coloquios del siglo XXI*. FCE. 2006.
- Ricoeur, Paul: *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Editorial Trotta. 2008.
- Ricoeur, Paul: *Vivo hasta la muerte seguido de fragmentos*. FCE. 2008.