
Reflexiones éticas acerca de las prácticas realizadas en el ámbito de atención a la salud

Susana La Rocca

Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata
laroccasusana@yahoo.com.ar

María Marta Mainetti

Facultad de Ciencias de la Salud y de Humanidades - Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata

Resumen:

Toda práctica social demanda el compromiso de instaurar una reflexión ética acerca de la responsabilidad moral de los sujetos que participan en ella. En el ámbito de la salud, la razón práctica exige el respeto a los principios que deben proteger la integridad de todo sujeto, en cuanto éste es digno de recibir beneficencia y no-maleficencia, tener la posibilidad de manifestarse autónomamente y ser parte de un sistema justo de salud.

Si bien es cierto que la fundamentación ética ha realizado aportes teóricos importantes acerca de los principios mencionados, no siempre se ha situado en el ámbito de las prácticas concretas. En este trabajo queremos centrarnos en los aportes éticos de Emmanuel Lévinas, Karl Otto Apel y Enrique Dussel, quienes rescatan la necesidad de considerar la perspectiva del otro en todo proceso de constitución personal y vincular, manifiesto en las prácticas. Para los pensadores mencionados, aunque con matices importantes, todo hombre depende del reconocimiento y el respeto de la alteridad para constituir y constituirse.

Palabras claves: reflexión ética, prácticas en la salud, Emmanuel Lévinas, Karl Otto Apel, Enrique Dussel.

Abstract:

Ethical reflections on the practices carried out in the healthcare context

Every social practice demands the commitment of setting an ethical reflection on the moral responsibility of the subjects involved. In the health context, practical reason demands respecting the principles which must protect the integrity of every subject, as he is worthy of receiving good-will and not ill-will, having the possibility of expressing himself autonomously and being part of a fair health system.

In spite of the fact that the ethical principle has carried out important theoretical improvements regarding the principles above mentioned, it has not always been placed in the context of concrete practices. In this paper we want to focus on the theoretical findings of Emmanuel Lévinas, Karl Otto Apel and Enrique Dussel, who rescue the need to consider the perspective of the other in every process of personal and linking constitution shown in the practices. For the thinkers mentioned above, although with important shades, every man depends on the acknowledgment and the respect for alterity so as to constitute and constitute himself.

Key words: ethical reflection, health practices, Emmanuel Lévinas, Karl Otto Apel, Enrique Dussel.

Fecha de recepción: julio 2010

Versión final: octubre 2010

Introducción

Toda práctica social, que por definición involucra a otros, demanda el compromiso de instaurar una reflexión ética acerca de la responsabilidad moral de todos los sujetos que participan en ella. Parte de la preocupación filosófica contemporánea se inscribe en un giro ético que se manifiesta en una revalorización de la reflexión ético-práctica como solución a la crisis provocada por la extenuación de la racionalidad, concebida exclusivamente desde el plano teórico. La razón científico-técnica, inscrita en ese marco, ha excluido a la racionalidad práctica del ámbito de la razón.

En el espacio específico de la salud, la razón práctica exige el respeto a los principios que deben proteger la integridad de todo sujeto, en cuanto éste es digno de: recibir beneficencia y no-maleficencia, tener la posibilidad de manifestar autónomamente sus intereses y ser parte de un sistema justo de salud. Esta petición de principio debería guiar toda práctica.

Si bien es cierto que la fundamentación ética ha realizado aportes teóricos importantes destinados a sustentar el respeto a los principios mencionados, no siempre se ha situado en el ámbito de las prácticas concretas, lo que incluye tener en cuenta, además de los aportes normativos, los aspectos referidos a la singularidad social y cultural en las que se instancian.

Consideramos que la problemática desarrollada por la ética discursiva- dialógica, con sus distintas variantes, intenta dar cuenta de las falencias señaladas, dado que rescata la necesidad de considerar la perspectiva del otro en todo proceso de constitución personal y vincular, que se manifiesta en las prácticas. En este trabajo queremos centrarnos en los aportes realizados por tres pensadores contemporáneos que se inscriben en esta corriente teórica: Emmanuel Lévinas (1905-1995), Karl Otto Apel (1922) y Enrique Dussel (1934) quienes, con matices diferentes, consideran que todo hombre necesita de un otro para constituirse en sí mismo, superando los solipsismos presentes en las éticas anteriores.

La hipótesis que guía el presente trabajo consiste en suponer que los desarrollos teóricos de los autores escogidos, pueden constituir un aporte significativo en la comprensión y la optimización de las prácticas en el ámbito de la salud. Se desarrollará brevemente el posicionamiento teórico de cada uno de los autores y su incidencia en la consideración de las prácticas de salud.

El aporte de Emmanuel Lévinas

Emmanuel Lévinas ha otorgado una importancia fundamental a la ética, a tal punto de considerarla filosofía primera, entendiéndola como sabiduría que nace del amor, más que como

amor a la sabiduría. Desde esta perspectiva, defiende el argumento de la alteridad desde el concepto de fraternidad universal, considerándolo anterior a todo presente; la responsabilidad con el prójimo es anterior a la propia libertad en un pasado inmemorial, más antiguo que toda conciencia (Lévinas 2006). En la base de su filosofía está la creencia que sostiene que el Bien es anterior al Ser.

Puesto que para Lévinas, los sentidos y las significaciones anteceden a las palabras, lo que define al ser humano no es el *ser*, sino la *diferencia*, que estructura originariamente a lo humano, y a la humanidad. Esta diferencia es la que se nombra con el binomio mismidad-alteridad.

En la experiencia de la alteridad se cuestiona el mutuo reconocimiento personal en base a su inherente deficiencia, ya que: “es producto de la iniciativa del yo, del vencedor, del que lleva orgullosamente la iniciativa, del que tiene la única idea de democracia y libertad. Desde la egoidad, no podemos dialogar. Por eso es necesario un replanteamiento de la propia ética y de su idea social directriz de justicia” (Jaren, 2006).

Se propone así, un humanismo de otro hombre, del hombre que se responsabiliza y responde totalmente por el otro: “Desde el momento en que el otro me mira, yo soy responsable de él sin ni siquiera tener que tomar responsabilidades en relación con él; su responsabilidad me incumbe. Es una responsabilidad que va más allá de lo que yo hago” (Lévinas, 1977, p. 207).

La relación con el otro no se establece para conocerlo, por tanto, no es una relación cognoscitiva, sino una relación de tipo meramente ético, en el sentido de que el otro me afecta y me importa, por lo que me exige que me encargue de él, incluso antes de que yo lo elija.

Lévinas considera que el denominado conocimiento objetivo consiste en ejercer una violencia para abordar y apoderarse del otro a partir de generalidades, pero nunca desde el reconocimiento de su propia individualidad. La relación con el otro es obturada por la mediación del conocimiento objetivo que impide el contacto directo, cara a cara, con él.

El autor considera que todo sujeto está llamado a responder por el otro, hasta de su propia responsabilidad. De este modo, mi yo queda sustituido por el otro, por lo que el otro se impone como límite de la propia libertad (Lévinas, 1977, p. 209). Esta tarea no resulta sencilla, pues en el mundo no sólo se encuentran el yo y el otro, sino que también existe un tercero por el que se condicionan las leyes y se instaura la justicia. Esto se debe a la multiplicidad de hombres y a la presencia del tercero al lado del otro, circunstancia que demanda de la ética una preocupación por la justicia en tanto estamos obligados a juzgar, a emitir juicios, a comparar (Lévinas, 2000, pp. 75-80).

Desde aquí se reclama la presencia imprescindible de un Estado encargado de garantizar seguridad al conjunto, aunque esto implique la privación de una parte de la libertad

individual. Lévinas advertirá que el Estado deberá ser democrático, ya que, “en un Estado fiel a la justicia, existe la preocupación constante de revisar la ley” (Lévinas, 1990, p.14). Así, al tener el mismo peso el Estado y los ciudadanos en una democracia, éstos pueden cambiar poco a poco las leyes e introducir términos como los de caridad y solidaridad, ya que a la justicia debemos exigirle, no que sea solidaria, sino que sea justa. El reconocimiento del otro, del rostro del otro, palabra clave en el pensamiento de Lévinas, que representa el encuentro cara a cara, es la manifestación de un lenguaje anterior a las palabras. El rostro del otro es la expresión de su vulnerabilidad que remite a la propia vulnerabilidad del yo y lo hermana desde la proximidad. Este encuentro no puede estar ausente en las prácticas sociales y menos aún en las del ámbito de la salud, donde el otro en la figura del paciente que sufre, exhibe un rostro vulnerado y concreto.

La propuesta ética de Apel

Karl Otto Apel fundamenta a la filosofía y a la ética desde el paradigma de la comunicación que también refiere al otro. Considera que hablar sobre el mundo es fundamentalmente hablar para decirle algo a alguien y entrar en relación con él. Ambos niveles, el de la semántica y el de la pragmática son distinguibles e irreducibles a una unidad y no pueden someterse sin más a una legislación única que englobe a todos los sentidos y a todos los sentires. El lenguaje tiene una dimensión dativa irreducible, que nunca podrá comprenderse desde un análisis de lo meramente dicho. La pragmática, que remite a la vincularidad con el otro, abre lo dicho al campo de la intersubjetividad, propia de toda comunicación lingüísticamente mediada.

Desde esta perspectiva, Apel reformula el concepto de autonomía que había sido entendido como el derecho de las personas de optar por sus propios intereses sin restricción ni coerción. La autonomía apeliana es definida como la capacidad del sujeto moral de elegir y autoimponerse aquellos intereses universalizables consensuados entre todos los que participan de una práctica. La autonomía se vuelve comunicativa y exige la consideración de los otros sujetos autónomos con los que interactuamos. Es autónomo aquel que manifiesta sus propios intereses (paciente, trabajador de la salud, institución-es), pero los hace posibles sólo en complementariedad con los intereses del otro.

El paradigma de la comunicación requiere al otro como el elemento esencial que posibilita el diálogo en el que están presentes el yo y el otro para fundar el nosotros. Así, la autonomía no es simplemente el respeto a las decisiones individuales, sino el respeto a las decisiones mediadas argumentativamente. Éstas deben ser tomadas en el contexto de un

diálogo válido que demanda ponerse en el lugar del otro, respetar las diferencias (sin hacerlas pesar desde los lugares de poder) y aceptar que es posible lograr consensos entre todos los involucrados o, al menos, sentar las bases para que esto suceda.

Fácticamente todo consenso es falible y perfectible y esta posibilidad es concreta aunque su total realización funcione como utopía. La fundamentación concreta de las normas morales que guían las prácticas de atención a la salud demanda su permanente revisión desde la interdisciplina, la competencia comunicativa de todos los argumentantes (pacientes, trabajadores de la salud, institución- es) y la responsabilidad solidaria ejercida históricamente.

El principio procedimental de la ética dialógica, que conserva para sí una validez incondicionada, presupone que las normas morales pueden cambiar y exige su permanente revisión. Esta provisoriedad de las normas morales que guían las prácticas de atención a la salud, como a todas las prácticas, no conduce a un relativismo moral, puesto que obligan universalmente a todos los que participaron (pacientes, trabajadores de la salud e instituciones) en el proceso de la aceptación de dichas normas, mientras no cambien las condiciones en que han sido tomadas.

Todo discurso práctico, que es el ámbito en el que se desarrollan las acciones humanas, debe garantizar no sólo la representatividad de todos los afectados por las consecuencias de lo que allí se decida, sino también la simetría de las partes en conflicto. Esta tarea se desarrolla cuando los discursos prácticos han sido institucionalizados y permiten la tematización y compensación de las diferencias.

Esta propuesta sitúa a la ética como eje transversal que:

- sostiene y comunica el ámbito personal y el organizacional, en que se incluye el equipo de salud
- defiende la imposibilidad de escindir las prácticas sociales de la reflexión ética y
- exige la necesidad de institucionalizar discursos prácticos que posibiliten esa reflexión.

Lévinas y Apel comparten un mismo punto de partida para abordar la reflexión ética: la presencia del otro que se presentifica, desde la muda e ineludible expresión de su rostro o desde la dimensión interpersonal del lenguaje, que siempre remite a un interlocutor.

Es posible leer en el pensamiento de Lévinas una anticipación de la ética comunicativa apeliana, que da cuenta de la existencia de una situación originaria asimétrica, anterior a todo cálculo, a todo consenso y a todo diálogo. Es en esta disyunción donde se inserta el pensamiento de Enrique Dussel, quien aporta elementos significativos para el desarrollo de las relaciones vinculares que se evidencian en todas las prácticas.

Dussel y la Ética de la Liberación

Enrique Dussel, teórico de la denominada Filosofía de la Liberación, intenta pensar las cuestiones que se han señalado desde la perspectiva que incluye la visión de los oprimidos y/o excluidos de toda totalidad, incluso de la comunicativa. Propone recuperar “lo recuperable” de la modernidad, pero denunciando y combatiendo la dominación que suponen las totalidades pensadas como absolutas.

En la consideración de la autonomía comunicativa resulta ineludible ponderar que la expresión de las preferencias valorativas, los deseos y el sentido que se quiere dar a la vida, se realizan dentro de un dispositivo social que ya nos ha transmitido parte del patrimonio que consideramos propio. El marco político y jurídico vigente normatiza las prácticas, también las que se refieren a cuestiones de salud. Un ejemplo de ello ha sido el denominado modelo paternalista de atención a la salud, en el cual las decisiones de los pacientes parecen autónomas, pero en realidad, han sido determinadas por un modelo de acción asimétrico, al que no se discute por considerarlo inatacable.

Dussel critica la consideración de toda totalidad (por ejemplo, un sistema de salud o un modo de atención) que no reconozca la categoría de excluido o de periferia. Siempre hay alguien que queda afuera del sistema por cuestiones económicas, sociales, y/o de comunicación, las que pueden incluir procedimientos de manipulación y/o de culturización que suelen resultar invisibles para los actores, como resultado de procesos que los naturalizan.

Teniendo en cuenta que la comunicación es el punto de partida de la propuesta apeliana para poder pensar la fundamentación de la ética, Dussel propone reconocer también los fenómenos que quedan fuera de la comunicación y del consenso del “nosotros”. Se obliga a reconocer ontológica y éticamente al otro. Considera que la “razón moderna” debe abrirse al reconocimiento de una racionalidad diferencial y universal resultante de afirmar, reconocer y emancipar la diferencia. El otro no existe como “libre”, sino más bien en continuo proceso de liberación de una totalidad con pretensiones de sentido absoluto. Dussel establece tres categorías de análisis para dar cuenta de estas cuestiones: la totalidad, la exterioridad y la alienación, que desarrollaremos en otro apartado y sostiene que cualquier diálogo grupal o nacional que no tenga en cuenta los intereses de los mundialmente afectados es inmoral e inhumano por naturaleza.

El giro lingüístico que demanda el reconocimiento de la relevancia del lenguaje, priorizado entre otros por el pensamiento de Apel y el giro *descolonizador* de la Ética de la Liberación que propone Dussel, demandan el desarrollo de personas virtuosas que complementen los procedimientos propuestos. El concepto de práctica moral exige también, además de las fundamentaciones teóricas y la consideración de la contextualidad en la que se

desarrollan, el ejercicio de determinadas virtudes, que consideradas como hábitos morales, permitan a los miembros de las prácticas conseguir bienes considerados tales desde relaciones de intersubjetividad.

Al respecto, Adela Cortina sostiene que la Ética de la Liberación toma los logros de las demás éticas y señala que la experiencia de los oprimidos, en la concreta situación de América Latina, exige que las virtudes morales se pongan al servicio de los pobres, puesto que la realidad de la explotación sufrida en carne propia, debe iluminar el proyecto hacia la utopía de un mundo mejor. (Cortina, 2000)

De acuerdo con esto, la autora establece y define los mínimos morales esenciales para la convivencia democrática: el reconocimiento del otro como persona, así como de sus necesidades, intereses y proyectos vitales; la disposición a razonar y a alcanzar acuerdos mediante argumentos; el compromiso en la mejora material y cultural tendiente a alcanzar el máximo de simetría y el reemplazo de la tolerancia por el compromiso activo, es decir, por la solidaridad y la fraternidad.

Podemos caracterizar, en este punto, la complementariedad de los autores señalados, desde el reconocimiento dramático y constitutivo de la alteridad propuesto por Lévinas, el papel desempeñado por el lenguaje junto a la competencia comunicativa señalada por Apel y la defensa del otro concreto y excluido, que destaca Dussel desde el contexto de América Latina.

No hay defensa del otro sin su previo reconocimiento y no puede haber comunicación si no se reconoce también que los sujetos no siempre están en condiciones de ejercer su competencia de interlocutores válidos. Situarse en este contexto teórico puede habilitarnos a desarrollar un análisis de las prácticas morales en el ámbito de la salud desde las perspectivas que introducen los autores considerados.

Las prácticas morales en el ámbito de la salud

Abordaremos entonces el análisis de las prácticas de atención a la salud, considerando que las mismas pueden, desde los conceptos teóricos que se han desarrollado, generar ámbitos que posibiliten la discusión de las cuestiones morales. Sería posible entonces superar la gran desconfianza hacia aquellos valores tradicionales que las han orientado, paradójicamente, hacia un creciente individualismo.

Es interesante destacar en este punto, el papel que ha desarrollado la ciencia en la constitución de las prácticas sociales, sobre todo en aquellas desarrolladas en el ámbito de la salud. La utilización de la razón instrumental ha contribuido a declarar a la ciencia como neutralmente valorativa. Desde esta perspectiva, el conocimiento científico no se obliga a

considerar la corrección de los fines que se derivan de lo *conocido* y por ello es incapaz de imponerse aquellos límites que sólo una ética social, con una dimensión ecológica y humana, puede llegar a consensuar. El gran desafío que la ciencia propone a la ética consiste en pedirle que establezca normas de acción moralmente fundamentadas. Si se reduce la moralidad al ámbito de lo privado es imposible criticar y limitar desde allí a la ciencia, porque ésta se manifiesta exclusivamente en la vida pública. Este posicionamiento teórico que permite a la ciencia declararse neutral, es también axiológico (aunque no explícito) y atraviesa fuertemente a las prácticas, que suelen deshumanizarse en aras de la defensa de un eficientismo instrumental y de un profesionalismo despersonalizado. El sufrimiento de muchos de los actores que transitan esas prácticas revitaliza entonces el interés por los problemas éticos, que no pueden obviarse en relación a una pretendida neutralidad.

Esta posición requiere la cooperación solidaria de toda la sociedad en la ponderación de las consecuencias individuales y colectivas que la aplicación de la ciencia puede acarrear. Es necesario organizar esta responsabilidad de "todos" como praxis colectiva. En este marco, es deber ineludible de los científicos explicitar aquellos valores que guían su actividad y que exceden ampliamente el marco de lo epistémico, porque permiten transformar el mundo. Hacerlo es posibilitar su tratamiento racional y su discusión intersubjetiva.

La situación que hemos descripto someramente se hace más acuciante en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, donde los avances científicos y tecnológicos son mucho más rápidos e implican múltiples significados y referentes. Los dilemas éticos generados por estos cambios han propiciado el nacimiento de la bioética, saber interdisciplinario y secular que intenta resolver los desajustes morales causados por la separación entre ciencia y ética.

La reflexión bioética nace dentro del marco teórico que le imponen tanto el deontologismo kantiano como el utilitarismo. El primero rescata *la autonomía del sujeto moral* en la figura del paciente, quien la ejerce a partir del reconocimiento de derechos expresamente reconocidos y el segundo obliga a quien toma decisiones a ponderar *las consecuencias* de las mismas. Sin embargo, ambos fundamentos teóricos resultan insuficientes si se los invoca aisladamente.

La autonomía se instala como fundamento de la eticidad dentro del paradigma de la conciencia, propio de la modernidad, quien ha considerado autónoma a aquella persona capaz de tomar libre y conscientemente las decisiones que se adecuan o no a las normas que emanan de su autogobierno. Aquí la autonomía se ejerce en el interior de la conciencia, se ejerce en soledad e independiente de las consecuencias.

Como ya se ha señalado, K. O. Apel, corriéndose del paradigma de la conciencia hacia el paradigma de la comunicación, reformula el concepto de autonomía. Allí, el lenguaje argumentativo que se manifiesta en todo acto de habla implica necesariamente al otro y

posibilita que la autonomía se convierta en competencia comunicativa. Es autónomo aquel que manifiesta sus propios intereses, pero los hace posibles sólo en complementariedad con los intereses del otro.

La autonomía sigue siendo la capacidad del sujeto moral de decidir a favor de sus propios intereses, siempre que éstos hayan sido legitimados a través de una argumentación que tenga en cuenta los intereses de todos los otros involucrados en la toma de decisiones. Es por eso que la ética apeliana considera que la autonomía es competencia comunicativa, lo que se traduce como capacidad de la persona por exponer y defender sus preferencias valorativas en una comunidad de argumentantes y a través de un diálogo en condiciones de validez.

Se hace necesario distinguir este concepto de autonomía propuesto por la ética dialógica, de aquél que la reduce al derecho de las personas de optar por sus propios intereses sin restricción ni coerción. La noción de autonomía como competencia comunicativa reconoce limitaciones importantes cuando se la pone en práctica:

- las impuestas por la consideración de los otros y
- las que resultan de la coerción que se autoimpone el sujeto moral, cuando elige intereses consensuados que por ello resultan universalizables.

Los consensos obtenidos en los discursos prácticos reales, por ejemplo una práctica en el ámbito de la salud, son siempre revisables. La fundamentación concreta de la norma que hace necesaria su revisión está condicionada al saber interdisciplinario, a la competencia comunicativa de los argumentantes y a la responsabilidad solidaria ejercida históricamente. La falsabilidad de la norma está prevista por el principio procedimental, quien conserva sólo para sí la validez incondicionada. Las normas son situacionales y revisables y el procedimiento por el cual se las legitima es un *imperativo categórico*. Esta flexibilización de las normas morales, que no supone aceptar el relativismo de la acción moral, obliga a generar producciones éticas que permitan abordar casos singulares, los que requieren la ponderación de circunstancias muy variadas.

Lévinas, estableciendo un matiz respecto al posicionamiento de la ética comunicativa, sitúa a la autonomía en un segundo plano, proponiendo una heteronomía y enalteciendo la responsabilidad como fundamento de la libertad. "La libertad es posible, pero la responsabilidad le antecede porque viene de la mano de la culpabilidad que es el sentimiento que despierta la conciencia hacia la trascendencia alterativa. Responder al otro no nos hace esclavos, sino libres" (Jaren 2006).

Esta trascendencia de la que habla Lévinas significa entonces el respeto al otro y no su dominio. Rompe con el esquema sujeto-objeto que había sostenido la metafísica de la filosofía occidental, y construye un nuevo esquema: yo-otro, en el que hay una descentralización del yo

y de la conciencia, en cuanto a que yo me debo al otro y es el otro quien constituye mi yo. En este contexto, aparece la ética como la única vía para la salida del ser. Lévinas considera que la ética es la filosofía primera ya que nos permite pensar al otro, pensamiento que resultaba imposible mediante la ontología. (Jaren 2006)

Esta propuesta sitúa a la ética como eje transversal que sostiene y comunica el ámbito personal y el organizacional en que se incluye el equipo de salud; defiende la imposibilidad de escindir las prácticas sociales de la reflexión ética y exige la necesidad de institucionalizar discursos prácticos que posibiliten esa reflexión.

La ética dialógica aporta interesantes novedades para pensar las prácticas en el ámbito de la salud. En ella se incluye tanto a los trabajadores de la salud, como a las instituciones y a los pacientes y se considera su derecho y obligación de participar, opinar, respetar y ser respetados, ser reconocidos y compensados en su diferencia y en su capacidad de aceptar, rechazar y modificar los consensos. Cuando los acuerdos son entendidos como expresiones de la totalidad, demandan, según Dussel, procesos de rupturas y de liberación que imponen ir contra lo instituido.

Como adelantamos, Enrique Dussel, consciente de las limitaciones de la ética dialógica, propone considerar la reflexión de todas las acciones, también las éticas, desde las categorías de totalidad, exterioridad y alienación.

La categoría de totalidad refiere a un "mundo de vida" histórico y definido que se relaciona intrínsecamente a un sistema político y económico determinado y determinante. Toda totalidad es histórica, contingente y por tanto susceptible de ser criticada desde una perspectiva ética, lo que no conlleva necesariamente a un relativismo cultural, sino a un permanente desafío: aspirar a lograr una comunidad de sujetos felices, cuyas necesidades vitales se encuentren responsablemente colmadas. Esta aspiración de Dussel se va a consolidar en un principio ético material¹, diferente al principio formal de la ética apeliana. En la propuesta de Dussel, el principio material obliga a obtener para todos los sujetos, primero, las condiciones de felicidad en una comunidad de vida y sólo después los acuerdos relativos a la razón dialógica.

Para obtener dialécticamente esta meta se hace necesario reconocer la categoría de exterioridad, que complementa la de totalidad y presentifica al otro, diferente del nosotros. La exterioridad es entendida aquí como la capacidad de los seres mínimamente libres de abrirse o

¹ "El que actúa éticamente debe (como obligación) producir, reproducir y desarrollar autorresponsablemente la vida concreta de cada sujeto, contando con enunciados normativos con pretensión de verdad práctica, en una comunidad de vida (desde una vida 'buena' cultural e histórica, con su modo de concebir la felicidad, en una cierta referencia a valores y a una manera fundamental de comprender el ser como el deber ser, por ello con pretensión de rectitud también) que se comparte pulsional y solidariamente teniendo como horizonte último a toda la humanidad, es decir con pretensión de universalidad." En Dussel, E. (1997) ¿Es posible un principio ético material, universal y crítico? México: UAM, página 7.

cerrarse a la totalidad. Esta facultad constituye una fuente subjetiva de múltiples y posibles constituciones de sentido.

Dussel señala que a pesar de esta diversidad manifiesta, la exterioridad tiene un aspecto "absoluto" y "trascendental" con respecto a cualquier totalidad histórica, puesto que no depende de la relatividad de posibles sentidos otorgados al mundo de la vida. Es, en realidad, una extensión de la dignidad de la persona que es en sí misma absoluta y trascendente porque es fuente y objeto de constitución de sentido. Esta capacidad solo se pone en acto frente a un "otro" que expresa una diferencia.

Tenemos hasta aquí dos categorías que vistas desde un aspecto se oponen, pero a la vez son necesarias. La otredad de la exterioridad sólo lo es desde el reconocimiento de una aparente totalidad que la ha excluido u oprimido.

Es desde la categoría de la alienación, clave de la ética dusseliana, donde es posible superar y conservar las categorías de totalidad y de exterioridad.

Toda totalidad con pretensiones de sentido absoluto, implica alienación:

- Cuando se usufructúa el trabajo
- Cuando los fines no son discutidos sino impuestos.
- Cuando el "bien sustancial" establecido es absoluto y niega la dignidad del otro.

La práctica moral fue definida por MacIntyre como: "una actividad cooperativa que cobra su sentido – su racionalidad específica- en perseguir determinados bienes internos, lo cual exige el desarrollo de determinados hábitos por parte de quienes participan en ella" (MacIntyre, 1987, p.77). Las virtudes de quienes participan en esas prácticas convertidas en hábitos morales posibilitan a los miembros de una organización conseguir bienes y alcanzarlos con mayor excelencia. Si incorporamos a esta caracterización la noción de alteridad levinasiana, el concepto de interlocutor válido de Apel² y el de exterioridad de Dussel, que remite a los de alienación y totalidad, el concepto de práctica resulta positivamente fortalecido. Entonces las metas o bienes, propios de una organización, serán el resultado de poner en acto las dimensiones de las categorías señaladas. Sólo así adquirirán significatividad y legitimación social.

Las prácticas de salud orientadas por los principios detallados se realizan en un complejo sistema de relaciones que es necesario visualizar, porque también la determinan y que podríamos agrupar en tres niveles:

- a. Las relaciones institucionales

² Se entiende por interlocutor válido, aquella persona capaz de participar de un diálogo que se instancie en las condiciones de validez descritas en la página 5.

b. Las relaciones entre los miembros del Equipo de Salud.

c. Las relaciones directas con los pacientes.

Trataremos de describir estas relaciones explicitando cómo se manifiestan en ellas, algunas de las categorías de análisis que hemos considerado:

Convicción de que el diálogo es posible

Nivel a

No se concibe el funcionamiento de ninguna institución sin el reconocimiento de este requisito. La existencia misma de la institución de salud supone aceptar el diálogo como recurso argumentativo básico en las relaciones comunicativas. Pero aquí se hace necesario considerar que si la institución es percibida como totalidad absoluta, la alteridad de la periferia quedará excluida. Si la institución es sólo el *nosotros*, los *otros* no son reconocidos. Además, debido a que no todos los miembros de la institución tienen claro lo que significa entablar un diálogo en las condiciones de validez que hemos descrito, se requiere establecer estrategias de acción comunicativa destinadas a la información necesaria para cumplimentarla.

La institución debe generar la posibilidad de sustentar cambios, sin caer en la dogmatización de propuestas vigentes. También es necesario trabajar en aspectos complementarios que la ética discursiva no ha atendido, por ejemplo, los aspectos simbólicos e irracionales de los conflictos y aquellos intereses que por su naturaleza no son universalizables, puesto que el otro aún está presente, antes del lenguaje y de la racionalidad.

Nivel b

La naturaleza interdisciplinaria del equipo de salud hace del diálogo un requisito a priori para legitimar las normas de acción. Sin embargo, las dificultades pueden aparecer en la implementación del diálogo, ya que ésta exige renunciar a la certeza de los propios conocimientos y aceptar el carácter dialéctico de la interacción comunicativa. Se requiere por ello un compromiso antidogmático con los conocimientos y dogmático con el procedimiento: el diálogo válido.

No debemos olvidar que toda comunidad real de argumentantes, en este caso quienes integran el Equipo de Salud, está constituida por seres reales, sujetos a condicionamientos de toda índole que deben tratar de ser explicitados para consolidar el diálogo. Esta tarea no es

siempre posible porque, en algunos casos, la controvertida naturaleza humana hace difícil el ejercicio de la racionalidad intersubjetiva y en otras circunstancias es posible que ignoremos esos condicionamientos. Cada miembro del equipo de salud debe tratar de superar las barreras que pueden impedirle alcanzar los fines propuestos.

También es necesario destacar que los miembros del equipo de salud ostentan niveles de jerarquías que a veces dificultan la tarea dialógica y otras veces directamente la impiden. Estamos pensando en las relaciones entre médicos de planta, residentes, enfermeros, camilleros, mucamas y otros.

Nivel c

El reconocimiento de la autonomía, principio que fundamenta el quehacer bioético, sería imposible si no reconociéramos que las personas son interlocutores válidos capaces de dialogar. El paciente debe reconocer, junto con el profesional de la salud, que la participación comunicativa conlleva deberes y derechos irrenunciables. Esto en el campo de la salud es un desafío permanente, una tarea destinada a informar al paciente de su derecho ineludible de participar.

Sin embargo la comunicación, aunque necesaria, no es suficiente para dar cuenta de la complejidad de las prácticas. Quienes interactúan en ellas ya están mediados por ciertos procesos comunicativos vigentes que alienan a todos los actores. Se hace necesario también reconocer la posibilidad de aceptar cambios que nos liberen de los procesos comunicacionales cristalizados o realizados desde perspectivas de poder.

En situaciones en las que la enfermedad se apropia del cuerpo del paciente las vías de la comunicación quedan reducidas a su mínima expresión. Pero si el otro nos afecta y nos importa, la exigencia de ocuparme de él es anterior a la expresión de su autonomía. La exigencia de ocuparme del otro, como dice Lévinas, es anterior a mi propia elección de hacerlo.

Por ejemplo, puede pensarse esta obligación en relación a la implementación de los cuidados paliativos, que obligan a las instituciones atravesadas por el cientificismo utilitarista a asistir al enfermo aún cuando la ciencia y la biología no tienen nada que hacer.

Reconocimiento y respeto a la autonomía

Nivel a

Que el Equipo de Salud se encuentre integrado a la institución hospitalaria y reciba el apoyo de las autoridades será condición necesaria pero no suficiente para su funcionamiento autónomo. Si éste no visualiza su propia tarea como complementaria de la que realizan otros sectores de la institución para lograr la optimización del proceso salud - enfermedad, pueden aparecer comportamientos individuales o grupales contrarios a las metas institucionales.

En un contexto en el que la atención a la salud se ha convertido en mercancía las instituciones pueden priorizar, por elección u obligación, los beneficios económicos por sobre los intereses de los trabajadores de la salud y los pacientes. En esos casos muchos actores se ven impedidos de ejercer autónomamente sus derechos porque las mismas legislaciones, tanto a nivel institucional, nacional e internacional, producto muchas veces de políticas neoliberales en el campo de la salud, se lo impiden.

Las situaciones de aislamiento que impiden la comunicación entre todos los miembros de la institución limitan los cambios necesarios para el ejercicio de la autonomía comunicativa. No habrá autonomía si no están dadas estas condiciones y no habrá instituciones justas si los sujetos no pueden construirse autónomos.

Nivel b

Es en el nivel de las relaciones entre los miembros del Equipo de Salud donde el ejercicio de la autonomía se convierte en un deber y en un derecho. Es perentorio desarrollar actitudes que, basadas en el respeto por el otro, tiendan a considerar las diferencias personales y disciplinarias como instancias que pueden ser superadas.

La relación entre pares comprometidos en la búsqueda consensuada de los dilemas abordados, aunque representen perspectivas diferentes, facilita el ejercicio de la autonomía, debido a que ella está presupuesta y valorizada permanentemente. Esto no impide que existan individualidades menos propensas a escuchar que a escucharse pero, en esos casos, la acción del conjunto puede neutralizar los desvíos.

Nivel c

El derecho del paciente a que se le respeten sus decisiones también debe darse en el contexto de un diálogo válido. Para que éste se efectivice los profesionales de la salud deberían ser conscientes de que existe un nuevo contexto en el que pueden manifestarse las relaciones. Cuando falta esta visión, muchas veces como resultado de la aplicación de un modelo médico paternalista altamente arraigado, la conducta del profesional puede llegar a colisionar y/o a perturbar la autonomía del paciente.

El profesional de la salud debe garantizar que el asesoramiento que realice tenga en cuenta los intereses de todos los afectados, compensando las asimetrías existentes, ya que las decisiones obligan moralmente sólo cuando han sido tomadas teniendo en cuenta los intereses de todos los involucrados. Cuando esto no ocurre se hace necesario crear procesos de liberación y éstos están legitimados por el reconocimiento de las categorías de exterioridad y alienación.

Un elemento imprescindible para resguardar el respeto de la autonomía de los pacientes es la correcta aplicación del consentimiento informado. Debido a que éste es un tema complejo que no puede desarrollarse aquí sólo se puntualizará que cualquier omisión o defecto en el proceso de información al paciente para que pueda consentir respecto a cuestiones que le atañen invalida la corrección moral de la acción.

También es necesario destacar que no siempre se está en condiciones de ejercer la autonomía o de que ésta pueda ser respetada. En ese caso la beneficencia y la no maleficencia hacia el otro se convierten en principios ineludibles.

Compensación de las asimetrías y transparencia estratégica

Nivel a

Es importante que en las relaciones con la institución se compensen las situaciones de poder. Si la institución ejerce presiones sobre el accionar del Equipo de Salud éste puede legitimar decisiones que no tengan en cuenta los intereses de todos los afectados. Toda decisión que no contemple estas circunstancias no es ética.

Nivel b

Las asimetrías están generalmente originadas por el status social de los miembros del Equipo de Salud. Es necesario realizar un esfuerzo conjunto que comprometa a todos a reconocer la función de cada profesión y a lograr la decodificación de los lenguajes específicos. Estas metas viabilizan el diálogo desde el discurso bioético. Sin la tematización y aceptación de las diferencias que permiten comprender al otro la relación se convierte en un diálogo de sordos.

Nivel c

La tematización y compensación de las diferencias en relación al paciente se hacen generalmente a través del profesional de la salud y bajo la figura de lo que llamamos consentimiento informado. Es tarea del Equipo de Salud y de la institución clarificar la relevancia de este requisito, cuya omisión consciente (falta de información y/o engaño) daña los derechos del paciente y el beneficio que toda acción del prestador de salud debe, en principio, ocasionar.

Esta tarea sólo podrá cumplimentarse a través de políticas educativas que concienticen a los pacientes de sus derechos y obligaciones en el campo de la salud

Universalidad de lo consensuado

Nivel a

El Equipo de Salud debe colaborar en el establecimiento de pautas de acción que, elaboradas en un diálogo como el que estamos describiendo, puedan ser aceptadas e implementadas por la institución. Estas pautas son preferibles a otras y obligan moralmente porque han sido elaboradas en un diálogo válido, de acuerdo a intereses universalizables y en un contexto pluralista.

Nivel b y c

Aceptar la universalidad de lo consensuado no supone adherir a una simple posición convencionalista, sino realizar un buceo profundo de todas las posibles consecuencias de las acciones elegidas, resguardando los intereses universalizables de todos los afectados. Esta tarea debe ser abordada por el Equipo de Salud desde los ángulos diversos, ya que el consenso no se reduce a una simple negociación que genera acuerdos entre algunas de las partes.

Nunca la universalidad de lo consensuado debe tener la pretensión de una totalidad inexpugnable. La tarea que se realiza en las prácticas debe ser permanentemente revisada por todos los que participan en ellas: institución/es, equipo de salud y/o pacientes.

Falsabilidad de las normas

Nivel a, b y c

El veloz avance científico - tecnológico y la sociedad pluralista en la que vivimos son circunstancias que agravan la estabilidad de las normas morales situacionales. En todos los niveles de relación que se han analizado se debe admitir que la verdad no es posesión, sino búsqueda. Las normas morales participan de la provisionalidad de esta indagación y son construcciones históricas que tienen su fundamentación en el procedimiento por el cual se llega a ellas, pero que requieren la revisión permanente de sus contenidos.

El bien no es algo natural, ni innato, es algo ganado a la realidad (Conesa, 2008). Se accede al bien desde el reconocimiento permanente de la exterioridad, que contiene a la alteridad. Las nociones de exterioridad y totalidad se demandan y desde ciertas perspectivas se complementan. La alienación de ignorar en qué categoría nos encontramos impide el reconocimiento del otro y el propio reconocimiento.

Conclusión

La ética de la comunicación aporta interesantes novedades para pensar la ética desde la perspectiva del otro. Es Enrique Dussel, quien señala algunas de sus limitaciones y propone considerar la reflexión ética desde las categorías de totalidad, exterioridad y alienación.

Como ya se ha dicho, la categoría de totalidad refiere a un "mundo de vida" histórico y definido que se relaciona intrínsecamente a un sistema político y económico determinado y determinante. La categoría de exterioridad, que complementa la de totalidad y presentifica al otro, es entendida como la capacidad de los seres mínimamente libres de abrirse o cerrarse a la totalidad. Esta facultad constituye una fuente subjetiva de múltiples y posibles constituciones de sentido. Es desde la categoría de la alienación, clave de la ética dusseliana, donde es posible superar y conservar las categorías de totalidad y de exterioridad.

La irrupción del otro en el ámbito ético ya sea como el paso del yo al nosotros y del nosotros a un otro diferente sitúa a la autonomía en otro plano. Lévinas rompe el esquema sujeto-objeto que había sostenido la metafísica de la filosofía occidental y construye un nuevo esquema: yo-otro, en el que hay una descentralización del yo y de la conciencia, en cuanto a que yo me debo al otro y es el otro quien constituye mi yo.

En este contexto, aparece la ética como la única vía para la salida del ser. Es decir, Lévinas considera que la ética es la filosofía primera ya que nos permite pensar en el otro, pensamiento que resultaba imposible mediante la ontología. Este suceso de pensar al otro, que en tanto prójimo acontece en la fraternidad, es posibilidad ética del ser yo. La fraternidad que acontece en la lengua y en la cultura es simplemente tácita pero se patentiza desde la reflexión y desde allí a la acción.

La moral de la biomedicina, emplazada entre la manipulación y la humanización y presente en las prácticas de salud debe ser revisada por una ética capaz de reconocer no sólo los consensos, sino de manera especial los disensos desde una perspectiva pluralista y de convergencia integradora, del yo, el nosotros y el otro.

Nuestras sociedades presentan una composición plural en lo étnico y en lo cultural que exige establecer una forma de convivencia más o menos armónica. Ello implica, por un lado, aprender a respetar las diferencias, descubriendo en ellas la riqueza multifacética de lo humano; por otro, reconocer ciertos deberes mínimos que todos están obligados a respetar para salvaguardar los iguales derechos de todos. La ética contemporánea tiene que coordinar, por lo tanto, las dos aspiraciones aparentemente contradictorias entre sí, pero igualmente necesarias dadas las condiciones de la vida en sociedad: la del respeto a las diferencias valorativas y la de descubrir un fundamento de validez universal para algunas normas.

Partir de las consideraciones antedichas nos permite visualizar, desde una perspectiva ética, una manera diferente de realizar las prácticas en el ámbito de la salud, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones:

- El ejercicio de la autonomía en un paradigma comunicativo.
- La afirmación de la alteridad como elemento indispensable para reconocernos como sujetos morales.

- La condición otorgada a la comunicación en el ejercicio de la autonomía ejercida con otros, que remite a una situación originaria pre-comunicativa que también debe ser ponderada.
- El papel desempeñado por las categorías de totalidad y exterioridad como posibilidad de legitimación de las diferencias.
- La función de la categoría de alienación que exige procesos liberadores de toda dogmatización del saber y de la cristalización de algunas prácticas.

Si las instituciones y los trabajadores/profesionales de salud, así como también los pacientes son llamados a otorgar sentido a las prácticas que los convocan, desde las dimensiones aportadas por algunas éticas contemporáneas, creemos posible su transformación positiva y solidaria en beneficio de todos.

Bibliografía

- Apel, K.O. (1990). Una Ética de la Responsabilidad en la era de la ciencia. En *Tras Jornadas de Ética, Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Almagesto.
- Apel, K.O. (1991). *Teoría de la verdad y Ética del discurso*, Barcelona: Paidós.
- Apel, K.O. (1994). *Semiótica Filosófica*, Buenos Aires: Almagesto.
- Apel, K.O. (1994). Las aspiraciones del comunitarismo anglo-americano desde el punto de vista de la ética discursiva. En D. Blanco, J. Pérez y L. Sáez (Eds.), *Discurso y realidad. En debate con K.-O. Apel* (pp. 24-25). Madrid: Trotta.
- Conesa, D. (2008). La actualidad de Lévinas. Una ampliación ética de la racionalidad teórica, *Pensamiento y Cultura, Vol. 11 (2)*, 303-312.
- Cortina, A. (1990). *Ética sin moral*, Madrid: Tecnos.
- Cortina, A. (1993). La persona como interlocutor válido en Bioética. En F. Abel y C. Cañón (Eds.), *La mediación de la Filosofía en la construcción de la Bioética* (pp. 25-36). Madrid: Univ. Pontificia Comillas.
- Cortina, A. (1994), Ética del discurso y Bioética. En D. Blanco, J. Pérez y L. Sáez (Eds.), *Discurso y realidad. En debate con K.-O. Apel* (pp. 75-89). Madrid: Trotta.
- Cortina, A. (2000). *El mundo de los valores. Ética mínima y educación*. Bogotá: Editorial El Búho.
- Dussel, E. (1974). *Método para una filosofía de la liberación*. Salamanca: Sigueme.
- Dussel, E. (1988). *Introducción a la filosofía de la liberación*. Bogotá: Nueva América.
- Dussel, E. (1997). *¿Es posible un principio ético material, universal y crítico?* México: UAM.
- Dussel, E. (1998). *La ética de la liberación*. México: UNAM.
- Dussel, E. (1999). *La filosofía de la liberación ante el debate de la postmodernidad* (pp. 768-780) [CD-ROM]. Puebla, México. Disponible en www.afm.org.mx
- Gracia, D. (1989). *Los fundamentos de la Bioética*. Madrid: Eudema.
- García Leal, J. (1994). El a priori corporal: insuficiencia de la ética discursiva. En D. Blanco, J. Pérez y L. Sáez (Eds.), *Discurso y realidad. En debate con K.-O. Apel* (pp. 46-74). Madrid: Trotta.

- Habermas, J., (1991). *Escritos sobre moralidad y eticidad*. Barcelona: Paidós.
- Jaren, E. (2006) Emmanuel Lévinas: una revisión crítica en el centenario de su nacimiento. *A Parte Rei; Revista de Filosofía*, 48 (nov). Obtenido de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/jaren48.pdf>.
- Lévinas, E. (1990). *La ética*. Madrid: Pablo Iglesias.
- Lévinas, E. (1977). *Totalidad e infinito*. Salamanca: Sígueme.
- Lévinas, E. (2000). *Ética e infinito*. Madrid: A. Machado, S. A.
- Lévinas, E. (2006). Ética como filosofía primera. *A Parte Rei, Revista de Filosofía*, 43 (ene) <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/lorca43.pdf>.
- Macintyre, A. (1987). *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica.
- Mainetti, J. A. (1989). *Ética médica*. La Plata: Quirón
- Mainetti, J. A. (1991). *Bioética sistemática*. La Plata: Quirón.
- Maliandi, R. (1990). Teoría y Praxis en Ciencia y Ética. En *Anales de la Academia Nacional de ciencias de Bs. As.* (Tomo XXI). Buenos Aires.
- Maliandi, R. (1991). *Ética: conceptos y problemas*. Buenos Aires: Biblos.
- Maliandi, R. (1997). *Volver a la razón*. Buenos Aires: Biblos.
- Pellegrino, E. (1990). La relación entre la autonomía y la integridad en la Ética Médica. *Boletín de la OPS*, 108 (5-6), 379-390.

Notas

Los autores manifiestan no tener potenciales conflictos de interés relacionados con el presente artículo. Declaran también que reciben subsidios de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) de la República Argentina.