

# Investigación y responsabilidad en ciencias de la salud

Brussino, Silvia\*; Prósperi, Roxana\*\*

Antropología Filosófica y Ética aplicada, Metodología de la Investigación. Escuela Superior de Sanidad, Fac. de Bioquímica y Cs. Biológicas. Ciudad Universitaria. C.C. 242 (3000) Santa Fe. Argentina

**RESUMEN:** En este trabajo se plantea en qué sentido, en la última década, se señalan los límites de la investigación en las ciencias de la salud y cuáles son los aspectos que requieren ser integrados, y se aborda el tipo de responsabilidad de los investigadores y profesionales de la salud a la luz de los lineamientos actuales de la ética.

**Palabras clave:** Ciencias de la Salud – Investigación – Responsabilidad – Ética.

**SUMMARY:** Research and responsibility in health sciences. Brussino, Silvia\*; Prósperi, Roxana\*\*. This work shows how the limits in the investigation in the Health Sciences are pointed out and what are the aspects required to be integrated within the last decade. We will also consider the researchers and professionals' responsibilities according to the actual Ethic.

**Key words:** Health Sciences – Investigation – Responsibility – Ethics.

## Introducción

Durante las últimas tres décadas ha ido cobrando cuerpo progresivamente en distintos lugares del mundo, la conciencia de que las cuestiones de salud están estrechamente relacionadas con las condiciones de vida de las personas, ya sea individualmente consideradas o como miembros de un grupo o comunidad determinados. En forma concomitante, el modelo de diagnóstico-tratamiento, basado en la conceptualización de la enfermedad como entidad, ha recibido gran cantidad de críticas, preponderantemente focalizadas en su visión reductiva de la

salud a hechos biológicos. Con ello se han abierto paso nuevos enfoques de la salud que se pretenden alternativos.

A su vez, en los últimos años, tras la crisis del Estado benefactor, casi todos los países han emprendido reformas en sus sistemas de salud a raíz de la intersección –tan novedosa como problemática– de la atención de la salud, la política y la economía de mercado, lo que presenta el desafío de investigar a fondo los nexos e interdependencias resultantes de esa intersección en orden a producir transformaciones viables y ajustadas a parámetros de justicia y equidad.(1)

En América Latina en general y en nuestro país en particular se advierte un foco de alta conflictividad en la intersección del rol profesional con el ámbito institucional en que los profesionales de la salud desarrollan su actividad, más concretamente, en las políticas de ajuste económico y exclusión social que socavan los cimientos de las instituciones y desvirtúan sus genuinas finalidades. Las preguntas que

\* Prof. en Filosofía, Mgtr. en Bioética. Prof. Titular de "Antropología Filosófica" y "Ética Aplicada" en la Escuela Superior de Sanidad de la Fac. de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la U.N.L.

\*\* Lic. en Filosofía. Prof. Titular Ordinaria de "Metodología de la Investigación" en la Escuela Superior de Sanidad de la Fac. de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la U.N.L.

definen el conflicto son preguntas del tipo ¿Qué significa hoy ser un buen profesional? ¿Es suficiente la solvencia técnico-científica? ¿Es la eficiencia por sí sola lo que define la calidad de una práctica profesional? ¿Cuál es el grado de responsabilidad social que cabe a un profesional?.

La bioética, por su constitución interdisciplinaria, su amplitud temática (desde la relación sanitaria hasta los problemas ecológicos) y su alto grado de desarrollo, es la expresión más estructurada del intento de dar cuenta de la complejidad de los problemas de salud en las sociedades actuales, culturalmente diversas y éticamente plurales, como también de la necesidad de supeditar las prácticas de investigación y asistencia de la salud a criterios éticos universalistas fincados en la inviolabilidad de la dignidad personal y los derechos humanos. No obstante lo cual, los problemas epistemológicos y éticos de las ciencias y prácticas de salud, se trasladan también al ámbito de la bioética. Si bien se da por sentado que el diálogo bioético integra diversas racionalidades en juego, el peso de cada disciplina en ese diálogo dista de ser un consenso logrado, y las distintas formas que el mismo adopta dependen en gran medida de la matriz cultural de la sociedad en la cual se desarrolla.

Las actividades profesionales y de investigación están guiadas por los modos de comprender y explicar la realidad propios de las disciplinas científicas. Esto implica que la producción y la validación de conocimientos que se realizan en orden a problemáticas planteadas, están determinadas por la *manera de formular interrogantes conceptuales*. A su vez, estos conocimientos constituirán un cuerpo teórico con sentido en virtud de su capacidad para comprometerse con la práctica concreta.

### **Ampliación del enfoque de la investigación biomédica**

La complejidad intrínseca de los problemas sanitarios (orientados al individuo o a la población) hace que deban abordarse desde múltiples órdenes interactuantes, como el político, institucional, económico, comunitario, profesional, científico, etc. Interesa aquí centrarnos en este último orden, vinculado con la producción de conocimientos y referido básicamente a la formación profesional y a la investigación científica. El desarrollo científico-tecnológi-

co en el ámbito de la salud tiene una gran preponderancia y una marca distintiva de consenso social, en virtud de su nivel de eficiencia y de rigurosidad para determinar causas y mecanismos patológicos y para diseñar respuestas tecnológicas para eliminarlas.

Esta gran preponderancia se muestra también en la toma de decisiones para la resolución de problemas sanitarios, que involucran siempre un *compromiso con el orden teórico-conceptual*, cumpliendo una función explicativa imprescindible, pero también una función prescriptiva: dicta y dirige la conducta del profesional en el proceso de control efectivo y solución de problemas.

Un ejemplo muy significativo con respecto al compromiso con el orden teórico-conceptual, es la producción científica que *tematiza* la relación entre *condiciones de vida y niveles de salud*, exhaustivamente expuesta y analizada en el Documento *Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida: Análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada* (1999)(2). Ante la gran multiplicidad de condicionantes que obstaculizan la concreción de medidas que aporten soluciones, dicho documento señala particularmente las siguientes:

a- la carencia de información básica sobre la temática de las desigualdades de salud y sobre servicios sanitarios y

b- la carencia de marcos teóricos y de modelos metodológicos que posibiliten que las propuestas de intervención sobre las realidades de salud sean capaces de reunir solidez epistemológica, coherencia política y factibilidad operacional.

Las investigaciones recopiladas (documentos institucionales; textos de postura-opinión; estudios conceptuales, de macromodelos, de áreas centinela, etc.; investigaciones prácticas, metodológicas, historiográficas, etc.; proyectos de investigación), se clasificaron según sus objetivos en tres marcos teóricos preponderantes. Uno de ellos pertenece a la *epidemiología convencional*, de raíz positivista; otros son modelos socioepidemiológicos de base marxista; y finalmente los etnoepidemiológicos, basados en el análisis del modo de vida y en el estudio de las diferencias en la situación de salud incorporando heterogeneidades cualitativas, subjetivas y contextuales.

A partir de estas dos últimas perspectivas, este Documento permite constatar que en la última década en América Latina hay una fuerte incidencia de enfoques críticos con respecto a la epidemiología

convencional empírico-descriptiva. Debe tenerse en cuenta que, por ejemplo, muestran la necesidad de comprender perfiles patológicos de grupos sociales tomando como base la manera en que los procesos y mecanismos históricos de una comunidad se manifiestan en la corporeidad de los individuos particulares (3), o inician la apertura al estudio no sólo de las situaciones de salud, sino también de las representaciones de la salud y sus determinaciones en la cotidianidad del mundo de la vida. (4). En algunos casos, se concibe la necesidad de una reformulación radical de las categorías epistemológicas de la epidemiología convencional. Aún considerando las críticas formulables a estas perspectivas (ya iniciadas en el mismo documento), y que excederían los límites de este trabajo, cabe destacar su valor como alternativas que develan fuertemente las falencias del modelo dominante.

Lo que se pone en tela de juicio es la concepción de las ciencias de la salud como saberes autónomos y determinados exclusivamente por la rigurosidad de la investigación científico-tecnológica de las ciencias naturales. Estos planteos críticos se reflejan también en la proliferación de bibliografía y eventos científicos que bajo el título de "Salud" convocan a una amplia gama de disciplinas, así como en la formación pluridisciplinaria de los comités de ética de la investigación y ética asistencial. No obstante lo cual, la persistencia de ciertas falencias, permite suponer que el mayor déficit está en los niveles de formación profesional que son reproductores de la perspectiva dominante.

En esta última, la información *relevante* y sus modos posibles de aplicación, como puede verse en la Medicina Basada en la Evidencia, proviene de la investigación experimental, considerada como el sustento principal tanto de teorías como de prácticas profesionales concretas (determinando la subdivisión entre *Evidence based medicine* y *Evidence based health care*). Los determinantes del juicio clínico, y de las decisiones que se basan en él, provienen de los ensayos clínicos, en los cuales se caracterizan poblaciones en función de variables preestablecidas, definidas operacionalmente para poder medirlas, estudiadas en una muestra con representatividad estadística y bajo estrictas condiciones de control que impidan la interferencia de otras variables no seleccionadas. La científicidad de sus resultados implica, excluyentemente, responder a los interrogantes en términos cuantitativos.

Esta perspectiva es tildada de *reduccionista*, como puede verse en *Las metas de la medicina* del Hastings Center (5) donde se señala la pertinencia de reflexionar acerca de nuevas formas de abordar los problemas de salud, en las que los aspectos históricos, sociales, culturales, valorativos, etc., resultan tan relevantes como los aspectos biológicos. En dicho Informe se argumenta que dentro del paradigma biomédico y del modelo de diagnóstico-tratamiento, esta metodología de base conduce con gran frecuencia a un enfoque reduccionista sobre la salud-enfermedad en el sentido de no considerar la multiplicidad de sus aspectos determinantes. Una de las premisas de este paradigma, que es la *concepción del cuerpo* como objeto físico o estado fisiológico y junto con ello, la *concepción del paciente* como "colección de órganos" o como "sistema molecular", permite situar a la enfermedad en lo orgánico y tratarla como una entidad objetivable y mensurable.

El hecho de que la aparición de enfermedades se vea profundamente influida por el contexto y el medio ambiente, muestra que las categorías "salud-enfermedad" no pueden ser abordables desde posturas unilaterales, que en nombre de un desarrollo científico "riguroso y objetivo" no integren otras dimensiones como partes constitutivas de la problemática de la salud individual y grupal. Se argumenta que "hay mucho más que causas y reacciones bioquímicas involucradas" y se explicita la necesidad de atender a otros factores (la clase social, los ingresos, la educación, etc) que "pueden afectar poderosamente la incidencia y prevalencia de las enfermedades, sugiriendo que los periplos causales de la enfermedad tienen muchas dimensiones". (6)

Desde el punto de vista de su estructura cognoscitiva, las ciencias de la salud no están formadas por un solo grupo disciplinar, sino que antes bien se constituyen a partir de la integración de conceptualizaciones de las ciencias naturales y las histórico-sociales, las tecnologías, las humanidades y los saberes ligados a determinadas prácticas sociales. No obstante, frente a la pregunta básica ¿convergen en su estudio diferentes tipos de disciplinas?, parece haber una tácita respuesta negativa a favor de las ciencias naturales, o bien no haber ningún consenso entre los profesionales de la salud ni en las discusiones interdisciplinarias.

Si nos centramos en el axioma neopositivista que concibe que la construcción teórica debe atenderse exclusivamente a la lógica de la ciencia y a su

funcionamiento conceptual y que los hechos son el criterio último para justificar el conocimiento, vemos la dificultad de captar la dinamicidad y la *carga de potencialidades* de las problemáticas reales. Una función primordial de la ciencia es la anticipación y promoción de nuevos modelos, para lo cual se necesita dar cuenta de las regularidades de los fenómenos a través de estimaciones estadísticas, pero también el acceso a una instancia que permita *comprender el sentido* de los hechos concretos.

En términos epistemológicos, se trata de un ámbito en el que se integran diferentes tipos de racionalidad. El racionalizar la teoría de la ciencia de manera unidimensional y concebir su funcionamiento en virtud del prestigio de sus éxitos tecnológicos, clausura toda posibilidad de juicio crítico. (7)

En función de lo dicho, remarcamos la necesidad de atender a los aspectos cualitativos de la salud y la enfermedad, basados en la aceptación de que la realidad y sus problemáticas no se reducen a lo captable como fenómeno a través de la observación, sino que también es lo *simbólico* que requiere ser *interpretado*. Interesa remarcar que la implementación de metodologías cualitativas, "permite al especialista satisfacer todos los requisitos básicos de la ciencia empírica: enfrentarse a un mundo susceptible de observación y análisis, suscitar problemas con respecto al mismo, reunir los datos necesarios a través de un examen detenido y disciplinado, descubrir relaciones entre las respectivas categorías de los datos, formular proposiciones respecto de esas relaciones, incorporarlas a un sistema teórico y verificar problemas, datos, relaciones, proposiciones y teorías por medio de un nuevo examen del mundo empírico." (8) ¿Debe atenderse a la dimensión simbólica del cuerpo? ¿Cómo comprenden las personas a la enfermedad? ¿Cómo le dan respuesta? ¿Cómo se construye socialmente el sentido de la enfermedad? ¿Qué incidencia tiene en la problemática de la salud, el sentido del trabajo y las relaciones afectivas? ¿Por qué persisten las conductas perjudiciales para la salud? Negar la pertinencia y valor determinante de estos interrogantes en la construcción de las explicaciones científicas trae aparejada la problemática, ya ampliamente denunciada, de *reemplazar* sin más la "conexión significativa entre eventos por la asociación estadística entre variables". (9)

En otras palabras, se trata de plantear la necesidad de *integrar* el análisis de los problemas de salud a nivel de representatividad estadística con

sus repercusiones en las valoraciones individuales y sus relaciones con las diferentes orientaciones a la acción que implementan los sujetos. La inclusión de esta dimensión netamente idiosincrática permite el acceso a la comprensión de la *magnitud* de los problemas y de las *condiciones* que determinan las tomas de decisiones relevantes.

### La articulación entre saber y hacer en la práctica profesional

A menudo se piensa que la inclusión de esta dimensión idiosincrática se limita al nivel de la práctica asistencial de la salud, habida cuenta del amplio consenso que ha ido ganando la incorporación del paciente al proceso de toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en términos de su propio proyecto de vida. Esto reviste gran importancia por cuanto produce una transformación sustantiva en la relación clínica que se traduce en actitudes más respetuosas del paciente como sujeto moral (autónomo), pero es tan sólo un inicio, necesario aunque no suficiente.

Al acotar la importancia de incorporar valores a la relación clínica por su visible cercanía con la persona concreta del paciente, dejando sin considerar su peso en otras instancias de la investigación en salud más alejadas del trato con las personas (como son, de hecho, la investigación de laboratorio y ciertas fases de la investigación epidemiológica) se oscurece la comprensión de los problemas de salud y la *articulación entre saber y hacer* sobre la cual se estructura la práctica profesional. Ello dificulta la revisión crítica de la propia práctica del investigador que, al igual que toda práctica, contiene un elemento rutinario que tiende a cristalizarse en hábitos incuestionados.

Las profesiones de salud -en particular la medicina como expresión paradigmática de las mismas- basan su prestigio en la investigación científica. El reconocimiento de la investigación como "actividad autónoma y fundamento del saber formal de las profesiones procede del siglo XIX. En esa centuria, junto a notables invenciones mecánicas, se inventó 'el arte de inventar' y se consolidaron algunas disciplinas científicas. En Europa occidental, con el paradigma de la universidad humboldtiana, se creó una casta de personas dedicadas al cultivo del saber (*Bildung*). Se transmitía a los estudiantes de las pro-

fesiones como sustento científico (*Ausbildung*). Cada profesión liberal se dividió en al menos tres grupos: el de los que crean el conocimiento, el de los que administran fueros profesionales y el de los que ejercen directamente el oficio. La profesión médica mantiene hasta hoy esta estratificación en investigadores, líderes gremiales y practicantes". (10)

Esta división del trabajo profesional -paralela a la emergencia del modelo Flexner, predominante en la mayoría de las escuelas de medicina hasta muy recientemente, conforme al cual los estudiantes deben aprender primero las ciencias fundamentales, después las disciplinas pre-clínicas y luego las materias clínicas y el trato con personas- produce una heterogeneidad de racionalidades en juego en la investigación -de fuerte incidencia en la institucionalidad universitaria- y una diversidad de tipos y formas de socialización profesional que la distinción entre investigación básica y aplicada no alcanza a revelar. Tal como afirma Lolás, el investigador en química y física no encuentra los mismos problemas que el fisiólogo o el farmacólogo y no imagina los del investigador clínico.

Si se admite entonces que la investigación es una *práctica social que renueva las disciplinas intelectuales* a través de la invención, la innovación y la transformación personal e institucional, se comprende que la actividad científica deba ser validada no sólo internamente, por la comunidad de pares, sino también en instancias externas a ella. A esta exigencia responde la creación de los Comités de Ética de la Investigación, cuya integración multidisciplinaria, si bien variable, contempla este doble aspecto de la validación: solidez científica y corrección ética. La evaluación ética -pocedimentalmente posterior a la evaluación científica- se realiza no sólo conforme a pautas internacionales que reflejan los lineamientos del universalismo moral (11), sino que también ha de considerar elementos contextuales tales como los rasgos idiosincráticos de los grupos o comunidades en los que la investigación se llevará a cabo.

### **El compromiso social del profesional**

Atendiendo a su significación histórica, el compromiso de un profesional con los valores humanos y sociales no es el mismo que el de otro ciudadano, porque el profesional representa un *poder* en un área

determinada del *saber* y del *hacer*, que lo coloca en una situación diferente con respecto al resto de la ciudadanía. "El profesional es siempre un consagrado a una causa de gran trascendencia social y humana". (12)

La etimología del término *profesión*, ligado en su origen a la idea religiosa de consagración de por vida y por entero a una causa, evoca precisamente ese poder y al mismo tiempo, la necesidad de superarlo a ciertos recaudos éticos especiales.

En los comienzos de la modernidad, determinadas prácticas (el sacerdocio, la medicina y la judicatura) comenzaron a adquirir un nuevo estatuto socio-político que las diferenciaba de las llamadas artes y oficios. Así nacieron las "profesiones", cuyo sello distintivo es la pertenencia a un grupo privilegiado en relación al resto de la sociedad, al cual se accede tras un tiempo de iniciación y una serie de exámenes que habilitan para el ejercicio. La prerrogativa de estos grupos consiste en determinar los derechos y obligaciones de sus miembros entre sí y para con el resto de la sociedad. Es lo que se conoce como *deontología profesional* y se autoregula a través de los códigos de ética profesional.

Estos códigos son cuerpos normativos cuya lógica interna refiere a un *saber específico*, lo que explica que su presunto incumplimiento sólo pueda ser juzgado a la luz de ese mismo saber. Consecuentemente, se instituyen tribunales de ética dentro de cada colectivo profesional cuya misión es juzgar la conducta de pares en los casos en que la misma se vea cuestionada. Esto, que tiene un aspecto necesario y saludable como principio de regulación normativa interna de cada profesión, *no es sin embargo suficiente a la luz de los lineamientos universalistas de la ética contemporánea*. El origen corporativo de los códigos de ética profesional arroja una duda razonable acerca de su imparcialidad, por lo que su validez debe ser mensurada con los criterios de moralidad alcanzados en el ámbito más amplio de la sociedad en su conjunto. En este sentido, el término "ética profesional", si bien designa un particular campo de cuestiones derivadas del ejercicio de una actividad específica, *es una modulación de la ética social* y debe por tanto legitimar sus pretensiones normativas en el ámbito de la sociedad civil.

Pero además, la ética profesional aspira por definición a promover en los profesionales una moral de máximos, es decir, invoca un tipo de responsabilidad que no es jurídica sino moral, que supera

los límites del deontologismo y fomenta la búsqueda de la excelencia profesional. El hilo conductor de esta excelencia es *la unidad del saber hacer experto y el saber obrar ético*.

### No neutralidad del saber experto

Una cuestión de mucho peso en la configuración actual de las profesiones de salud que, como hemos dicho, cimientan su prestigio social en el saber científico, es la distinción –formulada en el siglo XVII y consolidada en el siglo XIX por el positivismo– entre “hechos” científicos y “valores” morales, según la cual a la ciencia –y supuestamente al ejercicio de la profesión en cuanto ejercicio de una actividad basada en evidencia científica– correspondería el dominio *objetivo* de los hechos, desprovistos de toda valoración, en tanto que a la ética le estaría reservado el ámbito *subjetivo* de los valores morales. Ciencia y ética se construyeron de este modo como dos esferas de acción separadas y en cierta forma incomunicadas por la oposición objetivo/subjetivo, o ser y deber/ser.

En el ejercicio profesional, esto se traduce en la pretendida neutralidad moral del técnico o el experto instalado “más allá del bien y del mal”, confiando a la sola eficacia de sus métodos. La eficiencia resulta ser el único parámetro del desempeño profesional y la dimensión ética de la profesión se reduce a los códigos deontológicos, es decir, a preceptos de carácter formal, asimilados en la práctica a los aspectos legales de la profesión.

La presunta neutralidad axiológica del experto está hoy muy cuestionada desde el interior mismo de la actividad profesional: resulta difícil ignorar que, al tomar decisiones en el campo de su saber, el experto pone en juego un esquema de referencias valorativas según el cual jerarquiza y establece prioridades, comprometiendo en ello su integridad personal. El cuestionamiento es tanto más acuciante cuanto más dilemáticas son las situaciones que debe afrontar el profesional, sobre todo en ciertas áreas del conocimiento, como las ciencias de la salud, en que las decisiones técnicas pueden afectar seriamente a otras personas o a la sociedad en su conjunto.

Desde Nüremberg a nuestros días, existe ya suficiente evidencia de que no hay actuación profesional neutral, en la que sólo se juegue la eficiencia en el orden específico del “saber hacer”: las decisio-

nes técnicas son siempre y al mismo tiempo, decisiones éticas. La pretendida neutralidad del experto juega siempre en favor de algún poder instituido, o convierte el saber en mera mercancía que como tal, se compra y se vende. En definitiva, la neutralidad se refuta a sí misma, puesto que siempre tiene en su raíz una opción por la cual entra de lleno en el plano de la valoración ética.

### Un nuevo tipo de responsabilidad profesional

Una característica de nuestro tiempo es sin lugar a dudas la vertiginosidad de los cambios producidos por el enorme potencial transformador y cuasi-creador de la inteligencia humana, cristalizado en la segunda mitad del siglo XX bajo la forma de dominio techno-científico.

El mayor desafío parece estar puesto hoy en la construcción –tanto individual como social– de un *temple moral* que se pone a prueba en el modo de afrontar y resolver los problemas que presenta esa vertiginosa transformación. El entusiasmo inicial ha cedido el paso a una nueva conciencia que resulta tal vez menos optimista, pero más adecuada a la realidad: la enorme disponibilidad de tecnologías e información no es un poder que se legitime por sí mismo. Su validez depende no sólo de la orientación axiológica que se le imprima sino también de la equidad en las condiciones de acceso a sus beneficios para los destinatarios; dos grandes cuestiones que mantienen ocupada a la reflexión bioética actual.

La indole novedosa de ese desafío ético ha sido planteada por Hans Jonas en su libro *El principio de responsabilidad* (13). De lo que se trata en la actualidad –y esto acontece por primera vez en la historia– es de la exigencia para nosotros, los seres humanos, de asumir solidariamente la responsabilidad, en escala planetaria, por las consecuencias de las acciones colectivas de los hombres, fundamentalmente en los campos de la ciencia y la técnica, pero también en la política y en la economía. Porque se trata de consecuencias cuyo carácter probablemente irreversible puede producir alteraciones en la condición humana misma, lo que nos hace responsables también ante las futuras generaciones.

Estas nuevas responsabilidades pueden entenderse como las propias de un nivel moral posconvencional en el sentido asignado a este término por

Kohlberg (14), puesto que van más allá de las responsabilidades imputables a los individuos en el marco de las instituciones propias del Estado moderno, cuya referencia son los roles profesionales, con sus correspondientes controles y sanciones. Esto no significa que las responsabilidades convencionales, imputables individualmente, queden suprimidas o diluidas en una suerte de corresponsabilidad anónima. Ninguna apelación a la responsabilidad social, cualquiera sea el grado de extensión de la comunidad que abarque, puede hacerse sustituyendo la responsabilidad individual, pues "sólo tras haber reconocido su papel esencial podemos ver lo poco razonable y limitado que es confiar de manera exclusiva en ella" (15). Si nuestra interpretación es correcta, lo que sugiere el principio de responsabilidad de Jonas es que la responsabilidad individual queda envuelta en una exigencia mayor de previsión de consecuencias de las acciones por parte de quienes más saben al respecto -los expertos y científicos- como también de quienes tienen mayor poder de decisión política y jurídica en la materia. Ahora bien, esta previsión de consecuencias no es sólo cuestión de cálculo racional sino que exige una nueva clase de humildad debida ya no a un estado defectivo de las capacidades transformadoras del ser humano sino a la excesiva magnitud de nuestro poder, es decir, al exceso de nuestra capacidad de hacer sobre nuestra capacidad de prever y sobre nuestra capacidad de valorar y de juzgar. Ante ello, Jonas recomienda una moderación responsable, que es lo mejor, tras la posesión de la sabiduría.

Semejante empresa tiene el carácter de *apuesta* por las posibilidades de desarrollo moral de las personas y de las sociedades y se vincula a la convicción de que, por mucho que podamos aportar a la fundamentación -siempre necesaria- de la ética en la línea de la racionalidad, ésta ha sido y será una empresa sin garantías de éxito, puesto que la evidencia racional de que *debemos ser morales y de por qué debemos serlo*, aunque se llegue hasta el fondo lógico de la cuestión, nunca resulta suficiente para movilizar de suyo a todas las voluntades ni para garantizar la corrección de las acciones de los hombres en el mundo.

En definitiva, la vieja observación de Aristóteles, para quien la indagación sobre la ética (o la virtud) es para aquellos que de alguna manera ya están encaminados por una voluntad de obrar rectamente, no sólo sigue siendo una excelente brújula para orien-

tar la enseñanza de la ética sino que permite demarcar el ámbito donde la competencia de unas nuevas responsabilidades adquiere su máxima significación.

Por otra parte, si se asume que la ética es más una *tarea* que un logro definitivo de la razón humana, puede entonces plantearse el "deber ser" de modo tal que no resulte utópico y condenado de antemano a una marcha en el mejor de los casos paralela a la del incontenible avance tecnológico.

Se trata entonces del esfuerzo permanente e imbuido del más pleno sentido humano, siempre frágil y tentativo, por definir situadamente si lo fácticamente real o posible, es sin más lo deseable. No es por tanto desde el juego de una razón abstracta que axiomatiza los principios éticos o los derechos humanos, sino *desde las situaciones concretas* como se pueden entender los necesarios matices de una razonabilidad práctica que torne efectivamente viable una ética de la responsabilidad, en la que derechos y principios cobren su auténtica significación, *más allá de una cuestión declarativa*, como las coordenadas que guían la toma de decisiones razonables en condiciones de incertidumbre.

## Bibliografía

- 1- Organización Panamericana de la Salud, 1999. "Principios y conceptos básicos de Equidad y Salud", OPS/OMS (Washington). J. Bello, M. De Lellis, R. Cárdenas (Comp.), 1997. "La salud en crisis y el rescate de la equidad", Fundación Navarro Viola, (Buenos Aires). F. Lolás Stepke (Editor), 2000. "Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos", OPS/OMS, Programa Regional de Bioética, (Santiago, Chile).
- 2- N. Almeida Filho, 1999. "Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida: Análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada", OPS, Div. Salud y Desarrollo Humano, (Brasil).
- 3- S. Franco y otros, 1991. "Debates en medicina social", OPS/ALAMES, (Ecuador). E. Granda y J. Breilh, 1986. "Epidemiología: Instrumento de Liberación o de Dominación", Ed. Universidad Central del Ecuador, (Quito).
- 4- E. Menendez, 1990. "Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones". Casa Chata-CIESAS, (México). M. Testa, 1997. "Saber en Salud: la construcción del conocimiento", Lugar Editorial, (Bs. As.).
- 5-6- The Hastings Center, 1996. "The goals of Medicine: setting new priorities", Hastings Center Report 26, 6: 1-48.

- 7- Th. Adorno y otros, 1973. "La disputa del conocimiento en la sociología alemana". Grijalbo, (Barcelona). M. Horkheimer, 1974. "Teoría Crítica", Amorrortu, (Bs. As). J. Habermas, 1977. "Conocimiento e Interés", Herder, (Barcelona).
- 8- I. Vasilachis, 1993. "Métodos cualitativos. Los problemas teórico-epistemológicos", Centro Ed. de América Latina, (Bs. As), 1, 58.
- 9- J. Coleman, 1991. Social Theory, social research and a theory of action. American Journal of Sociology, 6: 1309-35.
- 10- Lolas Stepke, 2000. Ética de la publicación médica: legalidad y legitimidad, Acta Bioethica, OPS/OMS, (Santiago, Chile), 2, 285-291.
- 11- Declaración de Helsinki, Asociación Médica Mundial, 1964 y sucesivas modificaciones: 1975, 1983, 1989, 1986, 2000.
- 12- D. Gracia, 2000, Calidad y excelencia en el cuidado de la salud, "Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, derechos", OPS/OMS, Programa Regional de Bioética, (Santiago, Chile), 35-52.
- 13- H. Jonas, 1979. "Das Prinzip Verantwortung", Insel Verlag, (Frankfort del Meno).
- 14- L. Kohlberg, 1976. Moral stages and moralization: The cognitive developmental approach, "Moral development and behavior: Theory, research and social issues", Holt, Reinhart and Winston (New York), 34- 45.
- 15- A. Sen, 2000. "Desarrollo y libertad", Planeta, (Barcelona), 339.