

Jimmy Washburn

Compasión y bioética: ¿Qué tiene que ver una con la otra?

Abstract. *Beneficence is a brandished principle by bioethics. Its purpose is to protect the life of the patients and users of health care services. It presents itself in regulations, decrees and laws, all of which ensure the attainment of a minimum of well-being. Nevertheless, even when this, which is the just thing, is fulfilled, it seems that lives remain uncovered, without protection and support, particularly in the cases of persons whose autonomy is lessened by health problems. Ethical argumentation gives room to compassion, an ethical attitude absent of every rule, and which, without being a matter of obligation for anyone, is still required in order to have a good life, one in which nobody's existence is lost or suffers deterioration.*

Key words: compassion, ethics of care, bioethics, physician-patient relationship.

Resumen. *La beneficencia es uno de los principios enarbolados por la bioética, con el propósito de proteger la vida de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Normativamente, se presenta en reglamentos, decretos y leyes, con lo cual se determina y garantiza un mínimo de bienestar. Sin embargo, aún cuando esto, que es lo debido, se cumple, pareciera que las vidas quedan al descubierto, carentes de protección y apoyo, particularmente en los casos de personas cuya autonomía se ve menoscabada por problemas de salud. Argumentar máximamente en ética abre un espacio a la compasión, actitud ética que no aparece en ningún lado, no es obligada, pero sí requerida para una vida*

buena en la que la existencia de nadie se pierda ni sufra deterioros.

Palabras clave: compasión, ética del cuidado, bioética, relación médico-paciente.

1. Introducción

Finitud y compasión, sufrimiento y solidaridad. La ética se ocupa de estas constantes humanas ya que la convivencia requiere de fortalecerse, que la vida signifique humanización, la exclusión no sea norma, la existencia valga para ser vivida y no mediatizada. El dolor humano y los abusos permean la convivencia e incluso, la eficiencia mediática ha contribuido a que el sufrimiento ajeno entre a los hogares bajo presentaciones espectaculares. La comprensión de la finitud humana y la respuesta bioética aparejada a ella es el tema que aquí queremos bosquejar. La compasión es una respuesta en particular que examinaremos. Aliada con una percepción de lo ético, es una actitud controversial: se ha dicho que es un sentimiento, una pasión, una virtud, un mandamiento, está más allá de la justicia; es una debilidad moral, una forma de egoísmo encubierto, una actitud femenil, contraria a la "naturaleza" más racional de los hombres (Cf. López de la Vieja, 2000, 61-66). Además, su significación para las relaciones intersubjetivas no es la misma entre extraños, que es el caso de las relaciones clínicas, que entre cercanos. Aunque las respuestas compasivas pasan por un momento cognitivo –reconocimiento de la desgracia del otro–, pareciera ese momento insuficiente para justificarlas.

En esta ocasión intentamos establecer relaciones entre la compasión y el principio de beneficencia. Procurar el bienestar de pacientes, extraños en su mayoría, y una actitud, aunada a una percepción de lo ético, que no es objeto de obligación normativa. Alguna relación deben tener y de haberla, sería en los términos de una ética mínima –normativa– y una ética máxima.

2. ¿Qué decir de la compasión?

La reflexión sobre la compasión muestra la relación entre el compasivo y el compadecido, y sus direcciones: ¿qué ve e interpreta cada uno del otro? La definición de sí –quién soy– pasa por la definición del otro –quién es para sí y para mí– y por ambas se establece la relación. Examinar la relación es notar la dialéctica entre la finitud y el compromiso.

La compasión es una actitud ética inervada por condiciones originarias como la fragilidad y la finitud¹, a las cuales sobrevienen intuiciones morales a modo de respuestas y sin las cuales los individuos se condenarían al dolor y a la muerte en el primer instante de vulnerabilidad. En virtud de esto, la piedad o compasión se la comprende en virtud de la condición mortal universal de contingencia o finitud que grava la existencia. Estas condiciones rebasan las mediaciones (méritos, diferencias) que embargan las relaciones intersubjetivas. Y se ocupan del alejamiento de la desgracia y la miseria, de la amenaza de muerte. Esta es la esperanza que se deriva de la compasión, en sentido trágico: combatir la fatalidad y salvaguardar la vida humana. El sufrimiento y la desgracia, o el desprecio, del otro no son inútiles, la solidaridad² y la compasión afloran como respuestas éticas por las cuales la vida de las personas no pierde terreno (A. Arteta, 1996, 247).

Los símbolos dan que pensar, y el texto del Buen Samaritano sugiere elementos relativos al valor de la compasión y su validez ética. Habla de dilemas morales, de compromisos, de estilos de vida, de marginaciones y desprecio, de discernimiento y razón práctica.

La interrogante inicial del texto es por el prójimo: no se sabe quién es. No se le reconoce a simple vista. La Parábola responde con la identificación de ese prójimo: aquel que está en desgracia, el que tiene su fragilidad expuesta y no puede

solo con ella. Situación típica de los usuarios de los servicios de salud, en mayor o menor grado. La protección de la integridad es imperativa y se la entiende en virtud de los atentados cometidos contra las personas que minimizan su arraigo y pertenencia a la sociedad y deslegitiman la cultura a la cual aporta y de la cual se nutre (A. Honneth, 1992, 78-79). El prójimo se muestra en su desgracia, en las humillaciones y rebajamientos que las personas sufren³. Cuidado y auxilio coadyuvan a sacar a la persona despreciada de esa anulación. De ahí su valor y el compromiso de salvaguardarla, actitud ésta la del samaritano. Los cuidados y auxilio se conjugan para la compasión. Al igual que el infortunio del hombre auxiliado por el samaritano, la experiencia del dolor se torna elocuente y explica el auxilio profesional y afectivo de familiares como también el requerimiento de sentido y valor con miras a la capacidad de resistencia de los pacientes. La interrogante permanente es por la indiferencia ante las experiencias de desequilibrio y resquebrajamiento de las condiciones vitales de los pacientes en nombre de una objetividad que estima exclusivamente signos y síntomas fisiológicos. ¿Es admisible? Pues no, ya que esta actitud únicamente silencia las experiencias de los pacientes, el significado personal que tiene estar enfermos.

El prójimo es el cercano y fue el samaritano el único que no dio un rodeo cuando lo encontró. En lugar de alejarse, se aproximó, sin familiaridad ni nacionalidad común. Los otros dos hombres lo evitaron, le negaron la proximidad y evitaron compromisos. Se mantuvieron extraños (E. Lèvinas, 1991, 90). La desgracia tanto diluye como refuerza distancias y extrañezas.

De los márgenes de la sociedad⁴ –el samaritano era un judío impuro– proviene la compasión, que significa atender sus necesidades, levantarlo del suelo y cargar con su existencia que se le torna insoportable y metafóricamente, no puede levantarse por sus propios medios. Ambos se hacen próximos el uno para el otro. Hablar de las experiencias de despojo o disminución no niega otras situaciones que ameritan conmiseración: el autoengaño, el error, las dependencias, todas experiencias que requieren intervención, discernimiento y deliberación. Tan solo nos referimos a las experiencias que son semejantes a las clínicas.

La experiencia del desprecio⁵ es común a ambos: una herida causada intersubjetivamente a la autocomprensión y a la comprensión de la colectividad. El atropello sufrido es ocasión de rescate y afirmación de la dignidad humana y de los compromisos que de ella se derivan. No presta atención a las diferencias, a los alejamientos que imperan en la sociedad, entre una persona y otra. Por encima de esas mediaciones simbólicas el samaritano responde a las exigencias de la situación, el compadecido reconoce su situación y su contingencia se le muestra. Se ve frágil y cercano a la muerte, pero también ve la mano ajena próxima, única vía para no perder la vida, aun cuando admitir la insuficiencia y la dependencia no es sencillo.

Compadecido y compasivo comparten el desprecio y la experiencia común establece puentes de comunión, de re-afirmación y reconocimiento. Si la ofensa y la marginación son formas de intersubjetividad que destruyen la confianza en sí (la autosuficiencia del hombre en desgracia ha sido invalidada por la expropiación de la cual ha sido objeto) y en el otro (ser asaltado y evadido restan credibilidad a la sociedad en la cual vive), asimismo estas formas de desprecio se traducen en vías por las cuales reconstruir la dignidad alienada. Una vez más la relación dialéctica entre finitud y compasión. Para el samaritano, la diferencia de condiciones se transmuta en aproximación y comunión: hace suyas las desgracias ajenas, las asume como responsabilidad inmediata –el infortunio ajeno apremia (E. Lèvinas, 1991, 89-96)–. La marginación, la contingencia de la existencia, saberse frágiles y mortales develan una posibilidad de “redención”.

Entre los rasgos de racionalidad que pueden indicarse de la misericordia, tenemos la experiencia de la vulneración física y social, y también en la privación de los derechos comunes a la sociedad. Es plausible pensar que el prójimo del que se pregunta al comienzo del relato no corresponda con el deber de la ley, y ello justificaba el rodeo de ambos hombres, mas ¿por qué esos distingos de personas pueden tener más peso que la desgracia o miseria humanas? Y ello se arredra más al exigir ese prójimo disminuido una respuesta. ¿La miseria humana (ajena) impone exigencias de auxilio? El amor no es exigible. De acuerdo.

Pero de ello no se puede concluir que todas sus derivaciones –la compasión es un caso– no pueden ser mandadas u obligadas. ¿Qué pasa con los vínculos que dan cohesión a la convivencia? ¿Se agotan en la vida institucional? ¿Será que los extraños morales (H.T. Engelhardt) no conciben formas de acercamiento en sus discursos morales como un patrón deseable de vida social?

Experiencia compleja la compasión: el rebajamiento del otro que conmueve al auxilio, la desgracia ajena como potencialmente propia y la condición común que aproxima y por esta vía la revelación de los límites de la propia existencia. La respuesta dada al final del relato es una afirmación del reconocimiento: el otro interpela, cuestiona y devela la finitud de la vida humana⁶.

El reconocimiento introduce el acercamiento, que no se divisa por las diferencias que mantienen separadas a las personas. Y posiblemente ello actuó en el sacerdote y el levita que esquivan al infortunado. El reconocimiento se esboza por las percepciones con que se responde al prójimo y el texto lo muestra aumentado por el atropello y anulación del que fue objeto el hombre compadecido. Por otra parte, el reconocimiento del otro tiene un efecto o resonancia sobre o para sí mismo –yo soy como el otro– y la comunión, aproximación por encima de las mediaciones de cualquier orden que les distancie. A las pretensiones del compasivo de salvar a la persona desdichada, persigue para sí lo mismo en virtud de una misma condición compartida (A. Arteta, 1996, 256). El reconocimiento, con un mismo significado fundamental, corre en ambas direcciones, la existencia humana contingente y las acepciones que se deriven relativas al desprecio vivido por las personas en desgracia (A. Honneth, 1992, 86).

La pregunta del relato obtiene respuesta: identifica al prójimo y comprende en qué consiste ser misericordioso. El pasaje de un elemento a otro indica una disposición psicológica, de otra manera el interrogador no hubiera entendido el relato ni hubiera sabido acatar la prescripción. Digamos que hay un paso cognitivo, intuitivo –la parábola, un símbolo, da que pensar– por el cual se justifica el mandato dado al final. Correlativamente, el texto no es explícito en el modo como se aprende la compasión, tan solo se ordena su práctica. Es

el cierre del relato *–Vete y haz tú lo mismo–*, para el que no sabía quién era su prójimo. La identificación del prójimo es un develamiento por medio de la desdicha del sufriente *–de otra manera no hubiera sido posible–*. Su fragilidad recuerda la propia y la misericordia se muestra como compensación y alivio de las heridas sufridas. De lo contrario, la compasión es un sinsentido.

La pregunta inicial del relato despierta una preocupación ética *–quién requiere de mí, autoconfesión ésta de la fragilidad y miseria argumentadas hasta ahora–* y suponemos que la convivencia de extraños no implica una indiferencia correlativa, aunque es posible. La respuesta apunta a la indicación práctica. La compasión resulta de una interpelección, para la cual basta la desgracia del otro que es o puede ser la mía, mas pareciera que ello no es evidente, el mal o sufrimiento ajeno no es *a priori* un móvil ineludible de respuestas. Se hace necesario, entonces, hacerlo consciente, *aprender* a reconocer al otro en su desdicha y a descubrirla como condición compartida *–a mí también me corresponde–*. Es éste un momento *pedagógico: desarrollar una capacidad para reconocer al prójimo*. Es igualmente un momento *prescriptivo*, agravado por la pretensión de *universalización* para la vida ética: *¿cómo es posible extenderla a todos los hombres y mujeres?* Para responder debemos decir que el reconocimiento del otro es una forma de autocomprensión y de afirmación de la fragilidad de la existencia humana *–que es mía y del otro–* en demanda de protección y humanización, como aspiración de una forma de vida realmente buena.

Asimismo, la universalización de la compasión solo sería posible no a partir de una prescripción “ciega”, sino del involucramiento de todos los seres humanos en virtud de la fragilidad y miseria originaria que comparten, condición común ineludible que se expresa biográficamente. La apelación a la conciencia de las personas parece el único camino viable, mas no es sencillo, antes bien, plausible es pensar que la experiencia juega un peso mayor que la sola prescripción en tanto que “abre los ojos” a aquella realidad que no es evidente. De ahí el papel del símbolo. No es hasta ese momento que la compasión cobra sentido en los términos hasta aquí expuestos. Poco no cuesta darle un correcto status racional.

No se nace compasivo, como no se nace virtuoso, ni la razón práctica se da de una vez desarrollada. Ante la desgracia del otro siempre hay un sentimiento de conmiseración que remueve las entrañas. Pero, “la sensibilización es sólo epidérmica” (D. Innerarity, 2001, 194), y la indiferencia fácilmente se alimenta de reacciones emotivas que podrían confabular contra la desgracia de las personas enajenadas. No, no es ésta la compasión a la cual se refiere el texto bíblico, ni es esa la prescripción ni el carácter que le acompañan. Bien sea que se considere la compasión una actitud que los individuos desarrollan o una virtud que consistiría en una cualidad humana adquirida, queda en claro que no se posee, aunque puede admitirse una disposición para ella. La adquisición no significa una apropiación “desde fuera” de las personas, a modo de una cualidad que se suma al talante ético, sino que es el resultado de un esfuerzo racional y afectivo. Con el concurso de los demás, sale de sí mismo. Es a través del ejercicio de la compasión que se llega a ser compasivo y por medio de la compasión se sabe quién es el prójimo. La paradoja reside en el hecho de la desgracia y miseria del otro para su cultivo.

3. ¿Qué significa la beneficencia para la bioética?

La bioética es un asunto de sociedades democráticas, liberales y plurales. Y defiende un tipo de relación clínica entendida como un asunto de corresponsabilidad entre el profesional de la salud y el usuario o paciente; y la beneficencia es un móvil del discurso bioético: detener abusos y vejaciones, no tolerar más irrespetos ni manipulaciones. Ante todo evitar daños y luego procurar el bien del otro, así lo estipuló la tradición hipocrática. Los cuidados terapéuticos pasan por las obligaciones para con pacientes, y en ese sentido no constituyen la compasión, pero se suma a ellos de diversas maneras.

Primum non nocere. Aunque asociado con la no-maleficencia, lo primero es prevenir daños, eliminar males y promover el bien. Es un principio materializado en derechos, diversos según el tipo de relación o situación clínica que sea, pero que apuntan todos a garantizar un bienestar en su

salud y su vida. Ningún menoscabo es admisible, ni la existencia de cada quien ha de sufrir expropiación alguna de sus cuerpos. Así, la beneficencia se coloca en lo debido y puja por *algo más* que se puede hacer por las personas disminuidas (V. Camps, 2002, 172).

En lo que respecta a lo debido, los códigos de moral profesional y la normativa y legislación nacional –dejemos de lado la internacional– tipifican modos de bienestar obligados: respeto a la vida en todas sus manifestaciones, mitigar el dolor, cuidar la salud, fomentar estilos de vida saludable, disponibilidad casi total. En calidad de derechos y deberes, cuenta nuestro país con una nutrida normativa que atiende a la generalidad de usuarios así como a poblaciones vulnerables. Estos derechos plantean un patrón de relación clínica y son una garantía de vida buena colectiva. Por otra parte, se convierte el conjunto de derechos en un telón de fondo contra los cuales valorar distintas situaciones específicas, como el caso de la investigación clínica en que participan sujetos humanos, la atención a personas con enfermedades mentales, discapacitados u otras como los dilemas de eutanasia. La beneficencia cuenta con muchas acepciones en virtud de esta normativa, lo cual nos da una descripción variopinta e inagotable.

La bioética ofrece un terreno común a todos los interlocutores de los ambientes clínicos. Imprescindible, por esta vía, deliberar las posibilidades de bienestar a procurar. Además, la bioética ofrece una *orientación* a los actores de práctica clínica (profesionales, pacientes, otros). En ese sentido, la búsqueda de bienestar pasa por varios significados: *i.* la relación clínica no admite fragmentación de la vida, y así los derechos reflejan aspectos como el trato digno, la confidencialidad, la intimidad. Por otra parte, *ii.* beneficencia significa una relación articulada por obligaciones y demandas, lo cual matiza las asimetrías que caracterizan la relación clínica. Recibir información, dar el consentimiento, colaborar con el tratamiento, son algunos de los rasgos pintados en los derechos que reflejan esto. Asimismo, *iii.* la beneficencia indica que la relación clínica no es para diagnosticar, aplicar procedimientos o dar tratamientos únicamente. La relación clínica, en general, se mueve en las conexiones entre la historia individual y

colectiva de las personas y el mundo sanitario (vida institucional), entre la subjetividad del paciente y la objetividad de las prácticas clínicas, acotadas por pretensiones de aislamiento de los síntomas y signos mórbidos por medio de procedimientos estandarizados.

D. Gracia ha insistido en distintos lugares que la beneficencia es un principio de obligación imperfecta, junto con la autonomía, ya que ambos son rasgos éticos de la vida de cada individuo (D. Gracia, 2000a, 48) y remiten a la estimación de sí mismo: mi cuerpo y proyecto o plan de vida (P. Ricoeur, 1996). Límites que corresponden de un lado, a lo propio del individuo –ámbito de la excelencia⁷–, y por ende es inalienable, y por otro, lo que corresponde al conjunto humano, a la colectividad. La beneficencia es una obligación de cada quien, como también un deber definido profesional e institucionalmente, tanto lleva una carga de subjetividad considerable como es objeto de intervención pública.

Los mínimos éticos plasmados en derechos no tienen dispensa, son ganancia de la vida democrática que no permite abusos ni descuidos. Tampoco son favores prometidos. Lo que muestran los derechos aquí invocados, y con los cuales se entiende la beneficencia, destacan la participación del paciente en la relación clínica. Por lo que los matices biográficos, de profesionales y pacientes, cobran más relieve en los actos clínicos. Piénsese en la intimidad, privacidad y la confidencialidad a la cual tienen derecho los pacientes, así como su participación a la hora de elaborar el diagnóstico: relatos de síntomas y exámenes clínicos.

Lo biográfico, las percepciones que se tienen de la vida y de la muerte, pasan a ser un insumo de los procedimientos bioéticos, y constituyen un bien a salvaguardar. En este sentido, lo biográfico –en cuanto estimación de sí– tiene un peso *normativo* que se plasma en las decisiones que toman las personas. La valoración liberal de la autonomía pasa por la biografía de cada persona y no primeramente por una condición ontológica. En ese sentido, imposible soslayar las vidas de las personas cuando los tratamientos y decisiones afectan sus vidas.

La beneficencia es la vía para garantizar la protección de la vida y/o recuperar vidas disminuidas. Tiene lugar, así, la solidaridad y una

ampliación de la responsabilidad con quienes sufren desgracias o deterioros. Es un bienestar moldeado por el quehacer profesional— lo que pueden hacer, la capacidad de respuesta— y por la mediación institucional —se beneficia según las disposiciones políticas y administrativas, con recursos escasos—. Una ética mínima, cifrada en principios y normativa como estos, se mueve entre lo suficiente e insuficiente, considera demandas fundamentales pero deja otras por fuera, y en virtud de ello queda la impresión si la vida no estará o tiene continuación en otra parte. Las situaciones o casos clínicos, difíciles o rutinarios, remiten y extienden sus dilemas a las percepciones éticas de sus interlocutores y tocan la convivencia. Razón por la cual se hace necesario argumentar “máximamente”⁸, cuando los mínimos se hacen insuficientes. Algo más allá de lo obligado.

Algunos pensadores han colegido que la beneficencia posee contenidos de compasión, y otros ni siquiera la indican. Algunos la colocan más allá de la justicia y con ello la sacan del ámbito de estos principios intermedios. El caso más detallado es el de Beauchamp & Childress (2001), quienes afirman a la par de los principios, cinco virtudes, la compasión entre ellas. H. M. Sass ha insistido en este carácter de la compasión. Se empareja con la solidaridad y el respeto a la vida. En casos como estos que la mención es marginal, se asocia con una ética de máximos que corre por cuenta de cada persona, supererogatoriamente, en contraste con una ética [aplicada] que es más un asunto público y político (H. M. Sass, OPS, 1990, 22).

4. ¿Posee la compasión un lugar dentro del discurso bioético?

Veíamos anteriormente el aporte de la compasión a la teoría ética: una mirada puesta sobre las experiencias biográficas y ligada con concepciones de vida buena. También indicamos que se alimenta de la fragilidad humana, y se articula por la proximidad, reconocimiento y aproximación —dilución de la extrañeza—, la estima de sí y del otro, la interpelación provocada por la desgracia ajena. Estos rasgos son indicadores éticos de una dirección distinta —no opuesta— a la normativa

institucional y las vivencias del desprecio o de la desgracia constituyen un terreno común a todos los individuos. Frágiles y mortales, los seres humanos compartimos esta condición, y de ello se deriva una *fuerza prescriptora* que obliga a salvar a quien está en desgracia. La compasión, hendida en esta experiencia común, es un móvil articulador de la intersubjetividad.

Otras caras indican otras miradas. El desvío de la atención es un descentramiento de la mirada, una distracción, por la cual *reconocer* al otro en *desgracia* y *descubrir* la desgracia o miseria *ajenas* como *mías*. Es la mirada que se fija en los *lazos intersubjetivos* y la compasión llevada a la clínica es una *restauración* de miradas perdidas⁹. La beneficencia consistiría en prestar atención a estas realidades, no solo a lo debido.

No es discutida, no impera en el análisis, la compasión es una actitud presente, o ausente, en pacientes y familiares. No es argumentable ni obligante, parece que está fuera de lugar, es un asunto de moral privada. No llega a principios, pero los supone, y se sustenta en juicios prácticos (siempre de menor abstracción), asentados en la intuición de la desgracia humana (ponerse en el lugar del otro) y la exigencia de respuesta. Al entrar en relación con otros parámetros éticos, piénsese en los derechos y deberes de pacientes, es necesario buscarle una ubicación en la taxonomía ética.

Ahora bien, la bioética se relaciona principalmente con normas y principios éticos, con la regulación de las prácticas profesionales sanitarias y con la protección de la vida de usuarios de los servicios de salud. Ante todo se busca evitar daños adicionales al deterioro vivido. En segundo lugar procurar su bien, lo cual pone el acento en lo que cada quien considera que es su bienestar. Las prescripciones garantizan el bienestar de los pacientes. Beneficios generales (trato digno, recibir información, consentimiento) se distinguen de beneficios específicos, propios de poblaciones vulnerables y de situaciones altamente críticas (como el caso de las directivas anticipadas). La acción profesional no admite claudicaciones de proporcionar el bienestar demandado. A pesar de ello, queda pendiente un bienestar que no es obligatorio y empatiza con ideales. ¿Cómo saberlo? Necesariamente las concepciones de lo bueno

pasan por las distintas caras de lo ético que acontecen en el medio clínico: enfermos disminuidos, mutilados, con dolor, discapacitados, terminales. Caras de lo humano lejanas de la ficción asociada con la clonación o la medicina restauradora. La beneficencia permite, yendo más allá de lo debido, una localización de lo ético en la existencia –vida, reproducción, muerte, intersubjetividad– como perteneciente a sus sujetos inmediatos y no a otros.

Una ética de máximos: excelencia, traspasar lo debido, dar contenidos específicos. La subjetividad así reivindicada, cobra relevancia junto a la normativa institucional. Por lo tanto, la compasión pasa a ser parte de la bioética a través de la materialización de intenciones de vida buena dadas en acciones de solidaridad y “rescate”, contrarias a la invisibilización de la fragilidad o la fragmentación de la vida.¹⁰

La normativa obligatoria para todos, se explica por carencias que sufre la convivencia. Los derechos de civiles y particularmente de pacientes y toda la normativa se erigen sobre la convivencia entre extraños, obligatoriamente, al estilo de la sociedad hobbesiana. Sin embargo, los acercamientos no se agotan por las disposiciones institucionales, y la *φιλία* aristotélica recuerda los vínculos de cercanía y familiaridad, los cuales facilitan la benevolencia y la solidaridad. Pero, ¿qué pasa con los extraños, con los que se relacionan sin vínculo alguno fuera de la carencia o debilidad experimentadas? Pareciera que no puede justificarse la compasión con esas personas, sin amistad que la preceda. A lo sumo como una “espontaneidad benévola” (P. Ricoeur, 1996, 198). Mas hay un apremio porque el sufrimiento no quede desprotegido, ni escatimar cuidados adicionales. Tampoco se pueden medicalizar las experiencias que pasan los pacientes (desilusión, tristeza, malestar, frustración), por cuanto ello las enajenaría.

La compasión anida en la beneficencia y concede una ampliación de la ética por el reconocimiento positivo de las vidas enajenadas. Por esta vía, más bien, ha de entenderse que la compasión mantiene puentes con la normativa. Piénsese en los derechos de las personas adultas mayores y derivaciones complementarias como la conversación y atenciones no procedimentales.

Lo mismo sucede con enfermos terminales o con personas privadas de libertad. Lo ético no se nutre de las experiencias positivas, autoimpuestas o no, que no implican compromisos significativos con los demás.¹¹ Son las experiencias del desprecio y del dolor las que detonan la dimensión ética y abren realidades humanas que permanecen ignotas. Si la bioética se ocupa exclusivamente de los dilemas que se abren con la intervención de la tecnología en los procesos vitales de las personas –nacimiento, muerte, manipulación genética, asignación y distribución de recursos–, pareciera que otros ámbitos de la práctica sanitaria quedan desprotegidos, son considerados como marginales o “ya resueltos” por la deontología imperante. Y la vida de cada quien, ¿dónde queda? Mas esto solo significaría un desplazamiento de los órdenes de importancia en el terreno de la salud de las personas: ¿están los distintos saberes biomédicos para asegurar y apoyar los estilos de vida de las personas y por ende, su calidad? ¿De qué manera se explica la negligencia, la mal praxis y la indiferencia de la que son víctimas las personas sometidas a procesos de curación o rehabilitación? Una vez más la tensión entre lo debido y lo merecido, entre la obligación y la excelencia. La percepción del organismo humano como una realidad para ser intervenida y manipulada, ha conducido a la expropiación de la vida¹², y las decisiones relativas a la vida y la muerte de las personas se han transferido a otros sujetos. Ello ha contribuido a la fragmentación y al silenciamiento de las experiencias personales. Gadamer había insistido que la salud y la enfermedad así como cualquier proceso de curación o rehabilitación no son obra médica, sino del sujeto que las vive. En él se realizan y cobran sentido, mientras que el médico solo interactúa con sus pacientes para que la naturaleza haga lo suyo¹³. La responsabilidad de la propia existencia (autocuidado, autodeterminación) se convierte en una estrategia para combatir formas de abuso y vejación, para reclamar derechos no reconocidos¹⁴. Lo biográfico y la compasión por la fragilidad, esa presión por conquistar su lugar social, son formas de evitar exclusiones y conquistar la propia subjetividad.

El bienestar puja por rebasar lo obligatorio y es así como la compasión cobra su lugar. Nunca en oposición con lo obligatorio, sino como

una continuación, sin derivarse de derechos, tiene sus contenidos específicos, los de cada quien: cuidar, escuchar, mediar, reír, llorar, rezar, soñar juntos, son algunas experiencias, mínimas, con las cuales se puede ilustrar lo que significa la compasión en sitios clínicos. Igualmente con las situaciones más polémicas: pedir la muerte, no tolerar mutilaciones, acompañar los sufrimientos y los deterioros. Nada de ello evita los desenlaces, solo hace la vida soportable, con sentido.

5. Conclusiones

El despojo y la desgracia, al igual que la enfermedad, rebajan la vida humana, y desdibujan los vínculos con la sociedad. Esta fragilidad humana permite entender los sitios clínicos como comunidades éticas: procurar el bien de cada paciente es el imperativo que domina en las profesiones sanitarias. Ello redundaría en la autopercepción que los pacientes alcanzan: autodeterminación y merecedores de beneficios (bienes, servicios, reconocimiento de derechos, etc.). Es la garantía de lo obligado y las experiencias muestran compromisos por debajo de lo mínimo. La subjetividad de los pacientes sufre de ser fragmentada, expropiada, delineada sin consentimiento. Los mínimos, aun cuando estén garantizados, se hacen insuficientes.

Una voz amplia de la bioética contemplaría que los individuos efectivamente recuperen su salud y cuiden de sí mismos de manera que los deterioros no se den o bien que puedan manejarlos. Así, la beneficencia y la autonomía no serían únicamente una dirección de la conducta profesional, sino principalmente una dimensión de las vidas de sus pacientes. H-G. Gadamer insiste en que la salud y la enfermedad son ante todo una vivencia "subjetiva", y ante ellas el médico solamente ofrece un "arte" para que el cuerpo mórbido pueda recuperar su ritmo vital (H. G. Gadamer, 51). En ese sentido, frente a la objetividad científica erigida sobre la escisión entre lo valórico y lo fáctico, la subjetividad reivindica su lugar y su peso ético. Habría que pensar entonces, si la bioética pone atención a este aspecto o solamente

es una componenda con un orden médico de cosas que no es humanizador.

La compasión se fija en lo biográfico así como en la intersubjetividad inmediata. Distante de lo normativo. Sin embargo, esta distinción no garantiza nada, solo la desgracia ajena mueve a la compasión. Pero podría no suceder. Es más cercana a la intuición y el razonamiento práctico, lidia con las conductas obligadas, dispuestas de antemano, las que no pueden dejar de cumplirse. Para llegar a la compasión es necesario seguir el trayecto de la desgracia, de la enfermedad en cualquiera de sus expresiones, de manera que toque fibras profundas. Solo así se descubre la existencia humana como una tarea de solidaridad y acompañamiento, no solamente como una realidad por moldear a través de regulaciones.

Notas

1. Al respecto conviene tener presentes las reflexiones de M. Heidegger en *Ser y tiempo*, § 45, de K. Jaspers en *La fe filosófica*, 56-57, y lo apuntado por K-O Apel con su tesis de la finitud, en su artículo "¿Es la muerte una condición de posibilidad del significado?"
2. "La repetida llamada al antiguo Israel a abrir las puertas a la viuda, al huérfano y al extranjero es una ilustración inicialmente ejemplar de la presión ejercida por el amor sobre la justicia, de forma que puede considerarse un ataque frontal a las prácticas de exclusión que son quizás la contrapartida de todo vínculo social fuerte." (P. Ricoeur, 2001, 143). Destacado nuestro.
3. "Todo dolor, incluso el más leve, nos revela nuestra impotencia y nuestra fragilidad, no tan sólo altera la relación del hombre con su cuerpo, sino que invade más allá: contamina la relación total del hombre con su mundo." (R. Bustos, 2000, 109).
4. A. Honneth, al hablar de la autocomprensión normativa de las personas, sugiere que "ello alude a tipos de desprecio personal que causan a un sujeto de manera que quede estructuralmente excluido de la posesión de determinados derechos dentro de una sociedad" (1992, 81).
5. El mismo autor entiende el desprecio como "aquel aspecto de una conducta dañina por el que las personas son heridas en la comprensión positiva de sí mismas que han adquirido por vías intersubjetivas" (80).

6. Sentirse interpelado y verse obligado son respuestas que dependen de quienes experimentan esas reacciones. Son respuestas deseables, esperables y hasta argumentables: el dolor ajeno es intolerable. Pero siempre es posible que el compromiso no se de, que no haya una obligación final de respuesta. Por ello optamos por un análisis de la compasión desde condiciones antrópicas que son compartidas por todos. Así como la fragilidad biológica se compensa culturalmente, la fragilidad biográfica remite a la compasión.
7. También puede consultarse D. Gracia, 2000c, 11-28.
8. Cf. D. Gracia, 2000b. Nos interesa mencionar estas contribuciones del Dr. Gracia por cuanto ponen de relieve lo que venimos diciendo de la bioética, su corto alcance y su carácter orientador, procedimental. Una ética de máximos, continuación de una ética mínima, conecta con la ética vivida por los agentes y hasta con tradiciones morales pervivientes en la sociedad que se rigen con estimaciones máximas.
9. Insistimos en la mirada porque ella está presente en la Parábola, y también, en otra línea, la mirada clínica se ha elaborado de una manera que solo ha puesto atención al cuerpo, a tejidos y órganos, a síntomas y alteraciones fisiológicas, como lo expusiera M. Foucault en *El nacimiento de la clínica*.
10. "...porque el *ethos* de la medicina es tratar al paciente como un todo y no los síntomas o enfermedades aisladas." (H. M. Sass, en OPS, 1990, 20).
11. "...no es fuente positiva de motivación, como el altruismo o el respeto, donde la moral puede encontrar un apoyo práctico dentro de la realidad social, sino en la experiencia del desprecio social, experiencia que se presenta espontánea y reiteradamente." (A. Honneth, 1992, 87).
12. "To a great extent, a commitment to wage this battle [to defer death] has driven medicine to develop procedures and technologies that extend how much we can control practically all the aspects of the human body. The medical field has access to body parts that are increasingly mechanical, artificial and replaceable." (Ch. Sabatino, 1999, 377)
13. "Desde un comienzo, la medicina es una especie de hacer y lograr, que no hace nada propio ni se interesa por lo propio. Su saber y su capacidad se subordinan por completo al curso natural, a procurar restablecerlo allí donde se ha visto perturbado, y a hacerlo en forma tal que su acción desaparezca dentro del equilibrio natural de la salud."

(Gadamer, 48). También puede consultarse a H. Jonas, 1997, 99-108.

14. Ver cita de A. Honneth en la nota 4.

Bibliografía

- Apel, Karl. (1992) ¿Es la muerte una condición de posibilidad del significado? *Estudios Filosóficos*, 117, Vol. XLI, 199-213.
- Arteta, Aurelio (1996). *La compasión. Apología de una virtud bajo sospecha*. Barcelona: Paidós.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2001) *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Bustos, Reinaldo. (2000) Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton. *Acta Bioética*, año VI, N° 1, 105-111.
- Camps, Victoria. (2002) *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Ares y Mares, Editorial Crítica.
- Gadamer, Hans-Georg. (1996) *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- Gracia, Diego (2000a). *Bioética clínica*. Bogotá: Editorial El Búho.
- _____. (2000b) Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. En Lolas, 2000, 35-56.
- _____. (2000c) *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá: Editorial El Búho.
- Heidegger, Martin. (1980) *Ser y tiempo*. México: FCE.
- Honneth, Axel. (1992) Integridad y desprecio. Motivos básicos de una concepción de la moral desde la teoría del reconocimiento. *Isegoría*, N° 5, 78-92.
- Innerarity, Daniel. (2001) *Ética de la hospitalidad*. Barcelona: Península.
- Jaspers, Karl. (1968) *La fe filosófica*. Buenos aires: Losada.
- Jonas, Hans. (1997) *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Paidós
- Kant, Emmanuel. (1999) *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, edición de Luis Martínez de Velasco. Madrid: Espasa Calpe.
- Ladrière, Jean. (2000) El sentido de la bioética. *Acta Bioethica*; año VI, N° 2. 197-218.
- Lèvinas, Emmanuel. (1991) *Ética e infinito*. Madrid: Visor.
- Lolas, Fernando (ed.). (2000) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. OPS-OMS, Programa Regional de Bioética.
- López de la Vieja, Teresa. (2000). *Principios morales y casos prácticos*. Madrid: Tecnos.

- Marlasca, Antonio. (2001) *Introducción a la bioética*. Heredia, Costa Rica: Universidad Nacional.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990) *Bioética: temas y perspectivas*. Washington, D.C.: OPS-OMS.
- Ricoeur, Paul. (1996) *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI.
- _____. (2001) *Pensar la Biblia. Estudios exegéticos y hermenéuticos*. Barcelona: Herder.
- Sabatino, Charles. (1999) Reflections on the Meaning of Care. *Nursing Ethics*, 6(5), 374-382.