



*Personna bioética*  
*Personna bioética*  
*Personna bioética*

# Autonomía y alteridad

## *Reflexiones sobre bioética e interculturalidad*

Álvaro Ramis Olivos<sup>1</sup>

1 Universidad de Valencia, España. Ver más en nuestro link de Autores.

La creciente valorización de la autonomía en el ejercicio de las profesiones ha fortalecido la importancia de la creatividad y el sentido de responsabilidad. Cada vez más los profesionales aprecian la fidelidad a la propia conciencia en el ejercicio de sus tareas, lo que se expresa en un creciente celo en la defensa de las propias prerrogativas a la hora de tomar decisiones. Pero la intrincada relación entre la vida laboral y la pertenencia institucional abre preguntas sobre los vínculos entre la práctica de la profesión y unos mínimos compartidos de justicia de cara a la sociedad. En el caso de la atención médica y sanitaria cabe preguntarse si el sentido de la autonomía moral podría llevar a olvidar la debida atención a las necesidades diferenciadas de los pacientes. Este artículo explora este dilema examinando el paradigma del "aprendizaje intercultural" como una pista que colabore a superar esta disyuntiva.

Desde una perspectiva histórica se puede constatar que las prácticas médicas se han guiado preferentemente por los principios bioéticos de justicia, beneficencia y no-maleficencia, arraigados firmemente en la tradición hipocrática. La ausencia del principio de autonomía justificó que las relaciones médico-paciente, o más ampliamente entre los sistemas de salud y los ciudadanos, estuvieran marcadas por una tendencia al paternalismo que no fue criticada sistemáticamente hasta muy entrada la modernidad. El *Corpum Hipocraticum* argumenta esta orientación muy explícitamente:

"Haz todo en calma y orden ocultando al enfermo durante tu actuación la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura y distrae su atención; repréndele a veces estricta y severa-

mente pero otras anímale con solicitud y habilidad sin mostrarle nada de lo que va a pasar ni de su estado actual pues muchos acuden a otros médicos por causa de esa declaración antes mencionada, del pronóstico de su presente y su futuro"<sup>1</sup>.

Sólo desde inicios del siglo XX se inició un cambio de criterio que introdujo de una forma progresiva el principio de autonomía en la práctica clínica. Este proceso refleja una tardía apropiación de la propuesta ilustrada sobre igualdad y autogobierno, basada en una concepción de la autonomía moral que presupone la capacidad universal de servirse del propio entendimiento. Este proceso surgió por parte de pacientes que reclamaron acceso a la información y respeto a las decisiones que afectaban a su propio cuerpo, fundamentalmente en tribunales de Estados Unidos.

El debate judicial terminó decantando en las propuestas del "Informe Belmont", redactado en 1978 por la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, creada por el Congreso de Estados Unidos con el fin de señalar principios éticos en la investigación con seres humanos. Este documento distinguió tres principios básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Posteriormente, y en continuidad a ese informe, Beauchamp y Childress propusieron en 1979 cuatro principios aplicables a la práctica asistencial: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia también llamados "principios de Georgetown"<sup>2</sup>.

1 Hipócrates: *Tratados Hipocráticos I. Sobre la docencia*. En: Sánchez Caro, Jesús y Sánchez Caro, Javier. *El consentimiento informado en psiquiatría*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid 2003, p. 9.

2 Beauchamp, T. L. y Childress, J. F.: *Principios*

Los principios de Beauchamp y Childress fueron formulados como criterios razonables, no jerarquizados, que deberían ser aceptados *prima facie* de forma universal. Además, estos principios serían posibles de regular y verificar de acuerdo a normas procedimentales. Desde esa perspectiva la bioética de los principios se podría justificar tanto desde un punto de vista tanto deontológico (el punto de vista del “deber” o del “imperativo categórico”) como teleológico (como aspiración de “virtud”, vida buena, o fin natural), por lo que no sería necesaria su justificación.

El principio de autonomía, tal como lo postulan Beauchamp y Childress, entiende que un individuo es autónomo si actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido. De allí se desprenden dos dimensiones generales que se pueden asimilar a la “libertad negativa”, entendida como ausencia de coacción externa, y las garantías que permiten la capacidad de agencia y acción intencional, que serían asimilables a la “libertad positiva”. La formulación de este principio, junto a una creciente conciencia de los derechos de los pacientes, implicó cambios sustanciales en la ética médica tradicional junto a enormes desafíos a la práctica clínica y a la docencia médica.

### Cuestionamientos al principio de autonomía

La crítica al principio de autonomía presenta el riesgo de avalar la regresión a prácticas paternalistas que nieguen la necesidad del consentimiento de los afectados en los procesos que les atañen. Hoy es claro que el principio de autonomía en bioética ha supuesto avances extraordinarios al garantizar a las personas sus libertades en materia de expresión, de opciones, valores y creencias, respeto a su privacidad, acceso a la información y voluntariedad en las prácticas de salud. Sin embargo también se debe reconocer que el principio de autonomía pone en debate varios asuntos, como el posible conflicto entre la autonomía profesional del médico y la autonomía del paciente, o la pregunta por la capacidad de autodeterminación: ¿Cómo y cuando se puede reconocer esa capacidad potencial? ¿Existen límites en esa autonomía? ¿Es un proceso de adquisición individual, o una construcción social?

Por otra parte, la experiencia ha mostrado lo compleja que resulta la articulación simultánea de estos cuatro principios y las tensiones que ha supuesto su incorporación en una práctica médica que ha tendido a asumir tradicionalmente el principio de beneficencia en un sentido absoluto. Diego Gracia ha introducido cuestionamientos a este respecto, por estimar que es nece-

sario priorizar los principios de no-maleficencia y justicia (propios de una ética de mínimos, y por lo tanto exigibles por un ordenamiento legal) por sobre los de beneficencia y autonomía (que serían propios de una ética de máximos y por lo tanto sólo apelarían a la conciencia individual):

“La no-maleficencia y la justicia se diferencian de la autonomía y la beneficencia en que obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas, y que por tanto tienen un rango superior a los otros dos”<sup>3</sup>.

En sintonía con lo anterior, Gracia propone un acercamiento operativo al concepto de autonomía que distingue entre la noción general y la capacidad concreta de actuar autónomamente:

“La autonomía puede ser considerada una facultad o condición sustantiva de la realidad humana; pero puede también ser vista, de modo más simple, como un acto, el acto de elección autónoma. Esta última definición de autonomía es la que ahora interesa, no sólo porque resulta más simple sino además porque tiene mayor operatividad. Las personas autónomas pueden hacer y de hecho hacen elecciones no autónomas; y, por el contrario, las personas no autónomas son capaces de realizar acciones autónomas en ciertos momentos y hasta cierto grado”<sup>4</sup>.

Aunque Beauchamp y Childress admiten que la autonomía es un principio que admite grados, también es evidente que no en todas las culturas y contextos este concepto connota los mismos contenidos y delimita las mismas orientaciones. En América Latina la aplicación del principio de autonomía ha sido objeto de no pocas contestaciones por parte del personal médico, lo que debería ser objeto de atención. Se argumenta que la formulación del principio de autonomía en bioética evidencia una influencia de la tradición norteamericana de los derechos individuales y la libertad personal que parece contradictoria con tradiciones culturales que asumen otras prioridades. Como observa Parker, en Iberoamérica la pertinencia cultural exige modelos que no sean homogeneizantes ni hegemónicos, sino basados en la valoración de “la alteridad religiosa, la asunción de la diversidad y los renovados esfuerzos de cooperación, a partir del reconocimiento de cada identidad particular, familiar, local, regional, nacional, subregional y continental”<sup>5</sup>

3 Gracia, D.: *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema, Madrid 1991, p. 126.

4 Gracia, D.: *Fundamentos de bioética*. Triacastela, Madrid 2007, 2ª edic., p. 65.

5 Parker, C.: *Otra lógica en América Latina. Religión popular y modernización capitalista*. Fondo

de ética biomédica. Masson, Barcelona, 1999.

Para ejemplificar la resistencia al principio de autonomía desde el ejercicio de la práctica médica analizaremos un texto de Ernesto Mundt (1921-2007), médico de larga trayectoria: fundador de la Sociedad de Endocrinología y Metabolismo de Chile, presidente del Colegio Médico de Valparaíso, de la Sociedad Médica y la Academia de Médicos San Lucas, y director el Colegio Médico de Chile en 1973. Su argumento se funda en la posición de Paul Root Wolpe<sup>6</sup>.

El doctor Mundt señala su acuerdo con los principios de beneficencia, no maleficencia, y justicia debido a que "no son más que la expresión del fundamento más básico de todas las éticas"<sup>7</sup>, fundadas en las tradiciones religiosas y deontológicas tradicionales. De otra forma, respecto al principio de autonomía expresa su distancia: "la autonomía, en cambio, ha creado problemas e incertidumbres al quererla aplicar". Sus reparos se afirman en que advierte una contradicción entre el principio declarado y las condiciones que hacen posible ese enunciado: "Soy autónomo y me doy mi propia norma y actúo en conformidad, pero estoy obligado a libremente aceptar la norma que me imponen"<sup>8</sup>.

Por este motivo Mundt expresa una posición esceptica ante la autonomía:

"En verdad no existe la verdadera autonomía moral. Estamos integrados a un sistema social y, en una u otra forma, todos somos dependientes unos de otros; reclamamos nuestros derechos y tenemos que respetar los ajenos, lo que vale para los individuos, para las colectividades, para los países. Cuando una parte no lo acata y quiere imponer su propia autonomía, nacen los conflictos interpersonales, familiares, sociales, políticos, internacionales. ¿Quién no se rebelaría contra aquél que declare ser lícito matar a un inocente, apoderarse de un bien ajeno, calumniar a alguien, y quién sería tan ingenuo como para confiar en otro que justifique la mentira? No somos, pues, autónomos sino dependientes de una ley moral universal"<sup>9</sup>.

Mundt opone iusnaturalismo y autonomía al adscribir a una posición de realismo moral. Al mismo tiempo vincula su escepticismo respecto del principio de autonomía a la naturaleza psicológica del ser humano:

"Los impulsos naturales e inclinaciones muchas veces mueven el subconsciente y la esfera emocional, y éstos modulan los juicios y llevan a discernimientos que están muy lejos de ser autónomos. Otras veces podrá ser la ausencia o la deformación del necesario conocimiento el que lleva a proceder con una falsa conciencia de autonomía"<sup>10</sup>.

Lo que le hace pensar en relación directa a la práctica sanitaria, pues el principio de autonomía puede ser un aval a prácticas de medicina defensiva que recurren a una aplicación sesgada de este principio como una forma de evadir responsabilidades en casos de negligencia o errores culpables:

"Se presta el principio de la autonomía para endosar buena parte de la responsabilidad al enfermo y/o a sus familiares: ¡a ellos se les dio la información y ellos consintieron (o rechazaron) en forma autónoma y, por lo tanto, si algo sale adverso, el médico se puede lavar las manos porque lo había advertido en la información! ¿Se llama esto 'respeto a la autonomía del paciente' o es una velada forma de 'asegurarse' contra un juicio de mala práctica?"<sup>11</sup>

Esta interpretación del "consentimiento informado" como información unilateral y unidireccional da lugar a una crítica al principio de autonomía como expresión de un pensamiento monológico y etnocéntrico. Junto a lo anterior, Mundt apunta a que las asimetrías de información y poder entre médico y paciente presuponen un límite que no es fácilmente superable y que puede ser utilizado de forma arbitraria:

"El médico es el que sabe, e informa según lo que sabe; el paciente y/o sus familiares, que no saben, deciden en base a lo que el médico les informa. Pero el médico que tiene, por ejemplo, interés por ensayar determinado tratamiento u operación, puede verse inducido a maximizar los pro y a minimizar los contra, inclinándose en esa forma la decisión supuestamente autónoma del paciente. Cuando el médico no desea tratar al paciente, sin decirselo abiertamente, podrá proceder al revés, maximizando los contra y minimizando los pro"<sup>12</sup>.

Finalmente, Mundt concluye sosteniendo que "la verdadera responsabilidad moral sigue recayendo en el médico, quien tiene que tener mucho cuidado en controlar sus propios conocimientos, deseos e inclinaciones para que no le alteren el buen juicio"<sup>13</sup>. Esta conclusión vuelve a colocar al médico como actor único en el pro-

de Cultura económica, México, 1993, p. 53.

6 Wolpe, P. R.: "The triumph of autonomy in American medical ethics: A sociological view". En De Vries R. and Subedi J. (Eds.): *Bioethics and Society: Sociological Investigations of the Enterprise of Bioethics*, Prentice Hall, New York 1998.

7 Mundt, E.: "El Mito de la autonomía". *Revista Médica de Chile* 130 (1), 2002, p. 113.

8 Ibid., p. 113.

9 Ibid.

10 Ibid.

11 Ibid.

12 Ibid., p. 114.

13 Mundt, E.: op. cit., p. 114.

ceso de deliberación bioética, reduciendo al paciente a un actor pasivo que debe confiar en el buen juicio del especialista. Aunque se pueda rechazar en principio esta deducción, en aras de impedir el retroceso al paternalismo tradicional, es importante contextualizar las observaciones de Mundt en el marco latinoamericano, ya que su argumento posee credibilidad ante la opinión pública y arraigo en el personal sanitario.

### El contexto de las sospechas del doctor Mundt

Más que apoyar o rebatir al doctor Mundt, creo que es más sugerente reconocer que su texto expresa una serie de apreciaciones que desafían a la "bioética de los principios" desde un contexto determinado. Es más relevante releer estas observaciones desde una hermenéutica que no busque la formulación de juicios o conclusiones sino que los postergue en vistas de una comprensión más amplia de los problemas a los que se apunta.

El contexto social y cultural es importante a la hora de interpretar la desconfianza de una autoridad médica en la aplicabilidad del principio de autonomía en las prácticas sanitarias. Cabe hacer notar que América Latina es la región más desigual del mundo. Como ha constatado el PNUD<sup>14</sup>, la desigualdad de ingreso en Iberoamérica medida por el coeficiente de Gini es 65% más alta que en los países de ingresos altos, 36% superior a la observada en los países de Asia oriental y 18% más alta que en el África Subsahariana. En algunos casos, como Bolivia, Haití y Brasil se constata un índice de Gini superior a 55%. Se trata de una desigualdad críticamente persistente, que se perpetúa generacionalmente debido a una muy baja movilidad social. Esta es una especificidad estructural, que complejiza los procesos que apelan a la autonomía de los sujetos. ¿Cómo garantizar la aplicación del principio de autonomía en un contexto de tan marcadas y profundas asimetrías sociales y culturales, que agudizan las diferencias entre médico y paciente?

Entre los factores que explican estas desigualdades el PNUD ha identificado: la baja estabilidad y credibilidad de las instituciones, la discrecionalidad del ejercicio del poder, la escasa deliberación, el desigual acceso a las redes de influencia, y las fallas institucionales que derivan en prácticas de corrupción y clientelismo. Estos factores imposibilitan contrarrestar las desigualdades, debido a

que los decisores claves responden de manera sesgada y discriminatoria a las necesidades de quienes se han visto históricamente excluidos. ¿De qué forma puede influir este contexto de alta asimetría y desconfianza recíproca en la percepción del principio de autonomía?

Un segundo factor contextual que considero implícito en las observaciones de Mundt se vincula a una arraigada matriz de deliberación comunitaria que impregna muchos sectores sociales de América Latina, que en algunos casos no delimita una clara separación entre decisiones individuales y colectivas. Por este motivo la aplicación del principio de autonomía debería respetar ciertas costumbres asociativas que se arraigan en factores culturales y religiosos, sin descalificarlas a priori como gregarias y heterónomas.

Esta variable es particularmente crítica en relación con la población indígena, que posee formas de deliberación moral comunales fundamentadas en expresiones que se han condensado en las lenguas amerindias en conceptos como "Suma Qamaña" (aymara), "Sumak Kawsay" (quechua), "Ñande Reko" (guaraní) o "Kvmey Monguen" (mapundugun), que se suelen traducir como "buena vida", pero que según antropólogos como Xavier Albó deberían entenderse como prescripciones de un "buen convivir"<sup>15</sup> dada la naturaleza indiferenciada de los sujetos de esta acción. Este "buen convivir" constituye, usando la expresión de MacIntyre, una "unidad narrativa de una vida" que permite unir lo que se es con lo que se ha sido, como definición del presente y del futuro. Se trata de conceptos que operan como equivalentes funcionales a la noción de "felicidad" o "calidad de vida" occidental, pero que evidencian una forma no individualizada de concebir los vínculos entre los seres humanos y el medio natural.

En este contexto el principio de autonomía se puede ver confrontado de una forma muy clara, ya que los ideales occidentales de libertad y soberanía personal son relativizados frente a un ideal de salud que está vinculado de forma estrecha al destino y a los juicios de la comunidad de pertenencia. ¿Cómo expresar el concepto de autonomía de forma que refleje los vínculos sociales del paciente? ¿Cómo comprender esos vínculos comunitarios como fuente de identidad y realización de la propia libertad y no sólo como una posible coacción arbitraria e ilegítima?

Sin considerar estos factores la aplicación del enfoque principialista en bioética puede reducirse a una aplicación puramente procedimental de la justicia como imparcialidad (tal como lo propone la metáfora rawlsiana

14 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD: *Actuar sobre el futuro: Romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. Informe sobre desarrollo humano para América Latina y el Caribe 2011*. [documento en línea [citado 2011-03-23], Disponible en formato PDF en: <<http://www.idhalc-actuarsobrefuturo.org/site/informe.php>>

15 Albó, X.: *Planificando el vivir bien*. CIPCA Notas, 314, La Paz, Noviembre 2009.

del velo de ignorancia), que desconozca las condiciones históricas de su realización. América Latina posee un contexto en el que la aplicación del principio de autonomía en la práctica asistencial debe dar cuenta de condiciones sociales de desigualdad social crónica, de una gran desconfianza en las instituciones y un espacio de legitimidad de la "razón comunitaria" que en ocasiones entra en antagonismo con la "razón individual". Estas condiciones pueden legitimar el paternalismo médico, pero por otro son un marco que exige repensar las relaciones de reciprocidad interpersonal propia de la vinculación entre médico y paciente.

### Hacia una comprensión dialógica de la autonomía

Las objeciones del doctor Mundt pueden tener una respuesta si se refuerza la necesidad de someter las prácticas médicas a los criterios de la pragmática universal de la ética del discurso, tal como las entiende Habermas:

"De conformidad con la ética discursiva, una norma únicamente puede aspirar a tener validez cuando todas las personas a las que afecta consiguen ponerse de acuerdo, en cuanto participantes de un discurso práctico (o pueden ponerse de acuerdo) en que dicha norma es válida"<sup>16</sup>.

Pero dicha participación presupone que todo acto de habla válido opere bajo procedimientos formales -argumentativos- que resuelvan los conflictos públicos derivados del 'politeísmo de los valores' en los que se convive. Pauta que la ética del discurso ha centrado con los criterios de inteligibilidad, veracidad, verdad y corrección normativa.

Sin embargo, una interpretación del principio de autonomía en América Latina exige ir más allá de una bioética del sujeto para entrar en una bioética que comprenda las peculiaridades de la dialéctica del sí y del otro distinto de sí. Una perspectiva que exige una intencionalidad ética cercana a la que propone Paul Ricoeur: "Intencionalidad de la 'vida buena' con y para el otro, en instituciones justas"<sup>17</sup>.

Para Ricoeur "la vida buena es, para cada uno, la nebulosa de ideales y de sueños de realización respecto a la cual una vida es considerada como más o menos

realizada o como no realizada"<sup>18</sup>. La intencionalidad ética es siempre un acto hermenéutico en el que nos entendemos en una historia, por lo que "en el plano ético, la interpretación de sí se convierte en estima de sí"<sup>19</sup>. De esta forma lo que somos sólo se entiende cuando somos "entre los otros". Esta constatación determina que las instituciones justas, en las que sería posible la intencionalidad de vida buena, deberían ser espacios esencialmente relacionales, en los que sea posible "tomar parte", con y para los otros, en proyectos que den sentido a nuestra identidad narrativa. Este enunciado de Ricoeur se tiene que contrastar con los contextos de conflicto y asimetría en los que operan convicciones arraigadas, surgidas de experiencias históricas, que pueden enfrentarse a controversias tal vez irreductibles.

Pensar desde y con el otro desafía a un pensamiento modelado por la lógica cartesiana, en la que un sujeto aislado y reducido a su propia conciencia es el que desglosa los vínculos entre su ser y su conciencia y en la que cualquier relación de alteridad se ha ocultado. Por eso, como destaca Lévinas: "Para la tradición filosófica de Occidente, toda relación entre el Mismo y lo Otro, cuando no es ya la afirmación de la supremacía del Mismo, se remite a una relación impersonal en el orden universal"<sup>20</sup>.

Lévinas interpreta el "dilema del otro" como alteridad asimétrica. En su reflexión se hace referencia a que la tradición occidental ha sido optimista respecto a las posibilidades de entender la alteridad como diferencias basadas en comprensiones distintas pero superables en la medida en que operen procedimientos que permitan relaciones de consenso y fusión de horizontes. Es posible ir hacia el otro ya que es el más próximo y el más lejano a la vez. Más que neutralizar la alteridad, es necesario asumir el carácter irreductible e incluso irracional del encuentro con él. Un otro no es un desconocido que puede llegar a ser conocido, sino un desconocido permanente. Pero también es alguien que siempre sigue allí, aunque no se le reconozca y en su silencio testimonia la ausencia de reconocimiento a su dignidad.

Ante esto cabe acercarse a la propuesta de filosofía intercultural de Raúl Fornet-Betancourt que plantea la necesidad de un giro a la filosofía: "La necesidad del diálogo intercultural es la necesidad de realizar la justicia, de entrar en un contacto justo con el otro libre; lo que quiere decir a su vez que es necesario reconocerle como persona humana portadora, justamente en su diferencia,

16 Habermas, J.: *Conciencia moral y acción comunicativa*. Trotta, Madrid 2008, p. 86.

17 Ricoeur, P.: *Si mismo como otro*. Siglo XXI, Madrid 1996, p. 176.

18 Ibid., pp. 181-184.

19 Ibid., p. 185.

20 Lévinas, E.: *Totalidad e infinito*. Sígueme, Salamanca 1997, p. 110.

de una dignidad inviolable que nos hace iguales”<sup>21</sup>.

Este autor considera que Occidente ha entendido la autonomía como un a priori fuera de toda relación humana: “Este afincamiento en aprender a ser autónomo, ‘dueño de sí’, ha hecho olvidar que la autonomía necesita todo un campo de relaciones. Se es autónomo dentro de unas relaciones. La autonomía no se puede entender nunca como un rompimiento de las relaciones y referentes identitarios. Realizar autonomía es realizar relaciones”<sup>22</sup>. Comprende esta tarea como un desafío epistemológico y hermenéutico que debería desandar los caminos de una filosofía monológica para avanzar hacia una “filosofía que se practica desde la mutua asistencia cultural”, ya que no basta tolerar el pensamiento extraño, sino que entiende que desde el reconocimiento de su alteridad legítima es posible abrirse a un pensamiento verdaderamente universal. En vistas de este objetivo, propone una serie de presupuestos que permiten dar cuenta de las condiciones contextuales que dificultan los procesos dialógicos en perspectiva intercultural.

Aunque no formula presupuestos de forma concluyente, a partir de Fernet-Betancourt se pueden inducir algunas propuestas en la perspectiva de una bioética que asuma las complejidades del principio de autonomía expuestas por Mundt. De esa forma sería necesario reconocer cuatro premisas metodológicas que colaborarían para complementar los principios de Georgetown desde la perspectiva del diálogo intercultural:

1. Garantizar que el otro hable con voz propia. Deponer hábitos de pensar y actuar etnocéntricos que bloqueen la percepción, permitiendo una apertura descentrada que posibilite la interpelación directa de la alteridad.

2. Inter-actuar de forma no selectiva ni instrumentalizadora. Basándose en un espacio común determinado por la con-vivencia.

3. Comprender la verdad como proceso, antes que como situación o condición. Poner en juego el pro-

pio criterio de verdad para someterlo al criterio de contrastación discursivo.

◆ “...los ideales occidentales de libertad y soberanía personal son relativizados frente a un ideal de salud que está vinculado de forma estrecha al destino y a los juicios de la comunidad de pertenencia. ¿Cómo expresar el concepto de autonomía de forma que refleje los vínculos sociales del paciente? ¿Cómo comprender esos vínculos comunitarios como fuente de identidad y realización de la propia libertad y no sólo como una posible coacción arbitraria e ilegítima?”

4. Aprender la realidad sin juzgarla ni relativizarla. Desde la inteligencia “sentiente”, en la tradición de Zubiri, capaz de una apertura que implique no sólo la comprensión intelectual sino también la corporal y emotiva al otro, sin juicios ni indiferencia, sino desde una voluntaria actitud de indefinición.

La propuesta de Fernet-Betancourt cabe matizarla recordando que la necesidad del diálogo intercultural no puede suplantarse el papel de la voluntad del sujeto autónomo. El misterio de la libre decisión siempre será irrebalsable y la responsabilidad médica implica un momento de decisión final indelegable. Aunque el momento de validez supere al indivi-

duo, y se arraigue en las estructuras de reconocimiento recíproco, nunca se podrá superar el momento volitivo de asentimiento personal in foro interno, como bien señala A. Cortina:

“¿Se encuentra un individuo moralmente obligado a cumplir una norma por haber sido fácticamente consensuada? (...) La verdad del asunto es que tras haber dialogado cuanto desee y pueda, el sujeto realiza un experimento mental para formarse su juicio moral y se pregunta qué desearían realmente los interlocutores en lo que él considera condiciones de racionalidad, es decir, en una comunidad ideal o en un reino de los fines”<sup>23</sup>.

Según propone A. Cortina<sup>24</sup> se podría pergeñar un modelo de bioética aplicada en tanto hermenéutica crítica. De acuerdo a esta matriz se debería distinguir entre un primer momento “kantiano”, caracterizado por la delimitación de un marco deontológico, y un segundo momento “aristotélico”, signado por el discernimiento phronético de las prácticas sociales. La primera etapa privilegiaría los principios de Georgetown, en clave procedimental y universalista, pero la segunda fase permitiría introducir las premisas metodológicas del diálogo intercultural propuestas por Fernet-Betancourt en orden a abrir la deliberación profesional a la sabiduría prácti-

21 Fernet-Betancourt, R.: *Transformación Intercultural de la Filosofía*. Descleé, Bilbao 2001, p. 264.

22 Cabrera, A.: “Entrevista a Raúl Fernet-Betancourt”. En Caja Negra. Revista de Ciencias políticas y humanidades. Puebla, México, 2 de diciembre de 2002, nº 6 2007, pp. 103-107.

23 Apel, K-O.: *Teoría de la verdad y ética del discurso*. “Introducción de Adela Cortina”. Paidós, ICE / UAB, Barcelona 1991, p. 32.

24 Cortina, A. “El estatuto de la ética aplicada. Hermenéutica crítica de las actividades humanas”. *Isegoría*. 13, 1996 pp. 119-134.

ca y prudencial que emerge desde el contexto cultural. La integración de estos dos momentos daría pie a que la bioética principialista se pueda inculturar en contextos que demandan el reconocimiento de sus singularidades.

## Conclusión

La filosofía intercultural de Fernet-Betancourt se concibe como una propuesta de "reubicación de la razón" que busca ensanchar las fuentes de razonamiento y de expresión, por medio de "un proceso de aprendizaje intercultural que amplía los criterios de discernimiento y compensa las unilateralidades de la razón en su figura histórica de razón sometida a la dinámica del desarrollo cultural-civilizatorio de la modernidad occidental-capitalista"<sup>25</sup>. Este proyecto, aplicado a las preguntas y desafíos de la bioética latinoamericana, puede aportar a la superación de los desfases entre prácticas médicas y sanitarias ancladas en concepciones paternalistas y las perspectivas actuales de la bioética de los principios. Se trata de un debate que posee pertinencia en un contexto de contraste entre una modernización económica y tecnológica acelerada y un malestar intersubjetivo documentado cada vez más ampliamente.

Para realizar este trabajo de traducción intercultural se requieren ciertos presupuestos metodológicos que garanticen una radical apertura al otro, como depositario de razones que van más allá de los prejuicios y supuestos que puedan anidar en una determinada tradición terapéutica. No se trata solamente de criterios procedimentales, como los de la ética del discurso, (que por lo demás se asumen como un supuesto básico). Además se requiere un principio hermenéutico que colabore en enmendar las aporías de un planteamiento de la autonomía que puede llevar a legitimar la ruptura de los vínculos en los que todo ser humano realiza su proyecto de vida buena.



## Bibliografía

- ALBÓ, Xavier: *Planificando el vivir bien*. CIPCA Notas, 314, La Paz, Noviembre 2009.

- APEL, Karl-Otto: *Teoría de la verdad y ética del discurso. Introducción de Adela Cortina*. Paidós, ICE / UAB, Barcelona, 1991.

- CABRERA, Anastasio: "Entrevista a Raúl Fernet-

Betancourt". En Caja Negra. Revista de Ciencias políticas y humanidades. Puebla, México, 2 de diciembre de 2002, nº 6 2007.

- CORTINA, Adela: "El estatuto de la ética aplicada. Hermenéutica crítica de las actividades humanas". Isegoría, 13, 1996.

- FORNET-BETANCOURT, Raúl: *Transformación Intercultural de la Filosofía*. Descleé, Bilbao, 2001.

- GRACIA, Diego: *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema, Madrid, 1991.

- GRACIA, Diego: *Fundamentos de bioética*. 2ª edición, Triacastela, Madrid, 2007.

- HABERMAS, Jürgen: *Conciencia moral y acción comunicativa*. Trotta, Madrid, 2008.

- LEVINAS, Emmanuel: *Totalidad e infinito*. Sígueme, Salamanca, 1997.

- MUNDT, Ernesto: "El Mito de la autonomía". En Revista Médica de Chile. Disponible en <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872002000100017&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000100017&lng=es&nrm=iso)>. Accedido en 17 dic. 2013. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000100017>.

- PARKER, Cristián: *Otra lógica en América Latina. Religión popular y modernización capitalista*. Fondo de Cultura económica, México, 1993.

- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO – PNUD: "Actuar sobre el futuro: Romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. Informe sobre desarrollo humano para América Latina y el Caribe 2011". Documento en línea (citado 2011-03-23), Disponible en formato PDF en: <<http://www.idhac-actuarso-breelfuturo.org/site/informe.php>>

- RICOEUR, Paul: *Sí mismo como otro*. Siglo XXI, Madrid, 1996.

- RAMOS POZÓN, Sergio: *El Principialismo de Diego Gracia: críticas y alternativas*. Documento en línea, 2008 (citado 2011-03-31). Disponible en formato HTML en: <<http://www.bioetica-ebat.org/modules/news/article.php?storyid=232>>

- SIURANA APARISI, Juan Carlos: *Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural*. En Veritas Nº 22, Marzo 2010, Chile,

25 Fernet-Betancourt, R.: "Filosofía intercultural". En Salas Astrain, R., Coordinador Académico: *Pensamiento Crítico Latinoamericano. Conceptos fundamentales*. Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez, Santiago, 2005, pp. 339-414.

pp. 121-157. Documento en línea, 2010 (revisado 2011-03). Disponible en formato PDF en: <<http://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>>

- SÁNCHEZ CARO, Jesús y SÁNCHEZ CARO, Javier: *El consentimiento informado en psiquiatría*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 2003.