

El complejo Bioético: pigmalión, narciso y knock

► **José Alberto Mainetti***

► **O30**
 Bioética

THE BIOETHICAL COMPLEX:
 PIGMALION, NARCISSUS AND KNOCK

► RESUMEN

Las transformaciones de la medicina que han dado lugar a la bioética como nueva ética médica son de triple naturaleza, si bien guardan entre sí unidad de sentido. En primer término, la transformación tecnocientífica, orientada hacia una medicina del deseo o antropoplástica, remodeladora del hombre. En segundo lugar, una transformación social de la relación médico-paciente, introductora de este último como protagonista de las decisiones terapéuticas. En último orden, una transformación política de la salud, vuelta un bien social primario de economía expansiva en el mundo actual. Tres figuras simbólicas encarnan, respectivamente, estas transformaciones de la medicina hoy. La primera es Pigmalión, el escultor chipriota que da vida a la estatua salida de sus manos; la segunda es Narciso, el bello adolescente que sucumbe a la contemplación de su propia imagen especular; la tercera es Knock, el personaje dramático que con su fanatismo profesional realiza la medicalización de la vida. Pigmalión, Narciso y Knock identifican nuestra cultura posmoderna y dentro de ésta definen la trama moral de la presente medicina.

► Palabras Clave

Principismo, beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, posmodernismo.

► **Fecha Recepción: Julio 15 de 2008**

► **Fecha Aceptación: Septiembre 8 de 2008**

* Doctor en Medicina y en Filosofía de la Universidad Nacional de la Plata en Argentina. Presidente de la Escuela Latinoamericana de Bioética y Director en la Fundación Mainetti. E mail: elabe@satlink.com



► ABSTRACT

The transformations of medicine, which gave birth to Bioethics as a new medical ethics, are of three different kinds, though they keep a sense of unity among them. In the first place, the techno-scientific transformation oriented to the anthropoplastic medicine, or medicine of desire, remodeler of man's nature. In the second place, a social transformation of the doctor-patient relationship, introducing the latter into therapeutic decision-making, and finally, a political transformation in health, which has become a primary social good in the expansive economy of this time. Three symbolic characters embody respectively these transformations of medicine. The first is Pygmalion, the Cypriot sculptor who gives life to the statue he made with his own hands; the second one is Narcissus, the beautiful youth, who succumbed to his own reflection; the third is Knock, the dramatic character, who realizes the medicalization of life through his professional fanaticism. Pygmalion, Narcissus and Knock identify our postmodern culture, and within it they define the moral matter of today's medicine.

► Key Words

Principlism, beneficence and non-maleficence, autonomy, justice, postmodern culture.

INTRODUCCIÓN

La bioética como disciplina se ha basado históricamente en el modelo normativo de los Principios. Principismo es un desarrollo filosófico racional, deductivo, ejemplificado por el texto fundacional de Beauchamp & Childress, que da un lugar central en la deliberación y justificación morales a un cuarteto de principios: Beneficencia y no-maleficencia, autonomía y justicia -la llamada "Georgetown Mantra"; la "letanía de Georgetown". (Beauchamp, T. and Childress, J. 1983). Si bien son ampliamente reconocidos los méritos del principismo y todavía hoy domina el discurso de la bioética, no faltan críticas al mismo, desde hace años por muy distintos aspectos y más recientemente por la condición posmoderna de la ética¹. Criticado en un comienzo metodológicamente como "ingeniería moral", hoy el racionalismo principista es atacado desde el relativismo moral de la posmodernidad, en la cual hay invencibles dificultades para aplicar principios éticos en el *vacuum* de una narrativa moral universal, en relación a la ilimitada posibilidad de posiciones éticas incommensurables al interior de una sociedad democrática, pluralista, multicultural. El proyecto moderno de una respuesta racional inequívoca a los problemas éticos, la que puede deducirse a partir de un conjunto de principios morales regularmente repetidos, se descarta como una racionalidad reificada y simplificada.² (McGrath, P.,A 1997).

Dicha racionalidad evita enfrentar lo complejo de la construcción de la realidad a través del discurso, e ignora la "voluntad de poder" tras la "voluntad de moral". La exploración en la genealogía de la bioética revela el poder del discurso biomédico y los límites de la racionalidad³. La voluntad de poder está presente en todo discurso -todos los discursos los produce el poder- y la misma idea de racionalidad es una ilusión: "no hay razón sino razones"(Featherston, M., 1988: 2-3: 195-216) El foco de la reflexión bioética se mueve desde el interés en la "idea clara y distinta" expresada en un bien articulado principio, hacia los temas del poder, el discurso, la subjetividad y la voluntad de moral. Fuera de estos temas no puede considerarse la aplicación racional de los principios. La "voluntad de comportamiento ético" no se ve como una dinámica racional manifestada por la aplicación de principios éticos a situaciones difíciles. Más bien el análisis sugiere que esa ética "voluntad de poder" es una función del mismo discurso en el cual se sitúa, para el caso el poder del discurso biomédico.

Una lectura posmoderna del discurso principista revela el "complejo bioético" de la medicina actual. Complejo en

el sentido genérico, porque se trata de tres (o cuatro) principios diversos y entre sí conflictivos, lo cual puede figurarse en una relación no lineal sino triangular con tres vértices, en los cuales se inscriben respectivamente los protagonistas del drama de la enfermedad: el médico, el paciente y la sociedad. (Dietrich von Engelhardt, 1982: 99-119). Como es sabido, con el nacimiento de la bioética se produce un deslizamiento de la moral médica desde el juramento hipocrático, añadiendo el deber de respeto a la autonomía del paciente al más viejo deber paternalista de beneficencia al mismo; y otro paso más lo constituye el añadir un deber de considerar los intereses de terceros en la sociedad. Pero también se trata de un complejo en el sentido específico o psicológico, porque detrás de cada principio y su protagonista respectivo hay una narrativa de la actual medicina con el correspondiente sujeto, trama y moraleja. Tres narrativas -Pígalión, Narciso y Knock- encarnan los principios de la bioética -beneficencia (y no-maleficencia), autonomía y justicia- en el escenario posmoderno.

PIGALIÓN O LA BENEFICENCIA (Y NO-MALEFICENCIA)

Desde Ovidio a Bernard Shaw, el tema de Pígalión frecuente las letras y las bellas artes de Occidente, inspirando muchos argumentos y mereciendo otras tantas interpretaciones en nuestra cultura. Según la narración de Ovidio -excelente muestra del estilo narrativo del autor y de su manera de presentar un mito- el escultor chipriota se volvió misógino cuando las desvergonzadas Propétides negaron la divinidad de Venus y fueron por ésta castigadas siendo las primeras en ejercer la prostitución. Recluido en su atelier, consagrado al arte, Pígalión se enamora de la estatua femenina por él plasmada y logra darle vida con la intervención de Venus, la diosa del amor, conmovida por este amante tan original. Pígalión está animado por el deseo de construir al otro, concretamente de fabricar el cuerpo femenino y realizar la mujer de su sueño. (Manetti, J. A., 1981: 14-24) (Manetti, J. A., 1993: 23-31).

El sentido pígaliónico de la técnica es antropoplástico, consiste en el arte de esculpir o remodelar la propia naturaleza humana. Y éste es justo el objetivo de la actual revolución tecnocientífica, orientada por un deseo antropoplástico o voluntad demiúrgica que cuenta con dos grandes líneas de continuidad histórica y proyección utópica: una es la biogenética y otra la cibernética, por las cuales el hombre busca reproducirse a sí mismo biológica y artificialmente, recreando el cuerpo orgánico

e informando la razón al artificio (“inteligencia artificial”, robótica). Sendas técnicas demiúrgicas cuentan con su estereotipo imaginario en la historia de la cultura occidental, el hombre biogenético con el tema del Homúnculo, el hombre cibernético con la leyenda del Golem⁴.

La revolución antropoplástica de Pigmalión no lo sería sólo en el sentido científico y tecnológico, sino fundamentalmente en el sentido de una “tercera revolución cultural” en el proceso de civilización o el devenir de la humanidad, por la que a diferencia de las dos anteriores revoluciones en la edad de piedra, el hombre no está ya limitado a adaptarse al medio como lo hizo en el Paleolítico, ni a modificar su ambiente como desde el Neolítico lo viene haciendo por diez mil años y en escala planetaria con la revolución industrial, sino que tiene la posibilidad de transformarse a sí mismo y dirigir la propia evolución biológica y cultural.

Revolución somatoplástica es entonces en particular la revolución biológica, por cuanto marca un punto de inflexión histórica en el sentido de la técnica, dirigida ahora a superar las limitaciones naturales o los condicionamientos biológicos del hombre, en vías de nuevas formas de nacer, procrear y morir. La medicina, consecuentemente, ya no se contenta (como alegaba Chesterton), con el cuerpo humano normal, según la finalidad curativa o restauradora de la terapéutica tradicional o “fisiológica”. La nueva medicina, la medicina del deseo o pigmaliónica, aspira a plasmar, esculpir o transformar la naturaleza humana, en pos de nuevas metas o dimensiones desiderativas del arte de curar, como las *medicinas predictiva, psicoconductiva, paliativa, permutativa y perfecta*. (Mainetti, J. A., 1994: 17-29).

Pigmalión, el artista que anima la estatua salida de sus manos, el que por su creación se ha separado de la vida y luego identificado en plenitud con ella, es símbolo de la ambivalencia del hombre respecto de la naturaleza, a la vez límite y norma, resistencia a superar y modelo a imitar. El drama pigmaliónico consiste en la ambivalencia del deseo atrapado en la finitud del cuerpo: el artista pretende escapar de la carne, rechaza la naturaleza -el sexo que es su servidumbre- para abrazar la materia más noble del arte, pero cuya forma definitiva es la vida misma, que comprende esta contradicción. “Todo el cuerpo humano es así; como construcción no está mal, pero como material, un fracaso: la carne no es un material, sino una maldición”, dice el protagonista de la novela de Max Frisch *Homo Faber*. En esta ambivalencia está particularmente atrapada la presente medicina, cuyo giro pigmaliónico se inició con la tecnología de soporte vital y su imperativo tecnológico de prolongar la vida a cualquier costo, lo

que distorsiona los principios de beneficio y no-maleficio tradicionales de las intervenciones terapéuticas, ahora ambiguas en su poderío e inciertas en su posibilidad. Y con el devenir tecnocientífico cada vez más plástico del cuerpo humano se generaliza una medicina del deseo o de conveniencia, que utiliza las técnicas biomédicas a fines no terapéuticos, esencialmente estéticos. (Este término debe tomarse en doble sentido, ya sea en relación a una apariencia corporal determinada por estereotipos socioculturales, o como una expresión de una elección individual y subjetiva, en último término un asunto de gusto personal.) (Mainetti, J. A., 1995: 115-137).

La cuestión ética y filosófica fundamental se refiere a la naturaleza protésica del cuerpo humano, con su auto-transformación tecnocientífica, y al rol de la medicina hoy día, cuando deja de ser el tradicional tratamiento de una enfermedad y de administración de cuidados. Se plantea así el dilema del fin de la medicina entre la conveniencia y la necesidad. Beneficio y no-maleficio, ¿deberán ser ellos única y últimamente determinados por el individuo, sus deseos y sus gustos? A medida que la salud se convierte en calidad de vida -concepto biográfico antes que biológico- y se instala una medicina del deseo (que incluye las medicinas alternativas), la atención médica se comprende como bien de consumo o conveniencia, de modo que lo que cuenta como un buen servicio de salud no es algo objetivo sino lo que sirve a los fines de los individuos (aborto, eutanasia, procreación asistida, cirugía estética, realce físico y mental, etc., engrosan la lista sanitaria a la atención médica básica). Pero de este modo se debilita el fundamento natural o terapéutico - restaurar la normalidad fisiológica -del principio de beneficencia (y no-maleficencia) médica. ¿Puede la medicina prescindir de su construcción científica en la patología y de su legitimidad moral en la terapéutica, base de la mayor parte de las intervenciones biomédicas? Sería muy aventurado afirmarlo.⁵

NARCISO O LA AUTONOMÍA

También en Ovidio encontramos la narración de Narciso, mito floral que el poeta latino introduce como prueba de la infalibilidad profética de Tiresias, el ciego vate tebano, quien había dicho que Narciso viviría sólo “si no llega a conocerse a sí mismo”⁶. Narciso -el bello adolescente que sucumbe a la contemplación de su propia imagen especular- es la figura mitológica simétrica a la



de Pígalión y con ambas se identifica nuestra condición posmoderna, la cultura del cuerpo. De una parte, la fascinación del cuerpo en los saberes y en las formas de vida revela el narcisismo que caracteriza a la sociedad occidental contemporánea, ese "somatismo, herejía del fin de los tiempos"; según decía Paul Valéry. De otra parte, la revolución biológica con sus nuevas técnicas del cuerpo expresa el pigmalionismo de nuestro tiempo que ha sacado a Narciso del espejo para remodelar la naturaleza humana o recrear el hombre. Los atisbos de una nueva corporeidad flotan en el enrarecido aire finisecular, cuando la bioética representa el *habeas corpus* ante la transformación de la vida.

Hoy es Narciso la figura mítica que nos identifica como estilo de vida, la llamada "cultura del narcisismo" por algunos autores, especialmente norteamericanos. Estaríamos en la era posmoderna, del desinterés por lo social y lo político, donde sólo cuenta el individuo y su autosuficiencia existencial. Constituiría una nueva fase en la historia del individualismo occidental, después del ideal ascético protestante, con el mínimo de austeridad y el máximo de deseo, legitimación hedonista de la realización personal: búsqueda de la calidad de vida, gusto autobiográfico, sensibilidad ecológica (personalización de la naturaleza ..., la ninfa Eco del mito), renuncia a los grandes sistemas de ideas (la reforma social, el progreso tecnocientífico, la razón política y moral), época de la información y de la expresión antes bien que de la producción y de la revolución (Lipovetsky, G., 1992)

En este contexto posmoderno se desarrolla el concepto de calidad de vida, que significa el nuevo nombre de la salud, según la definición positiva de ésta por la carta fundacional de la OMS (1946). Desde que empieza a circular el nombre en 1950, pasando por su mayor precisión en los años 70 y hasta hoy, los distintos matices del concepto de calidad de vida son expresivos del cambio histórico en el modelo salud y enfermedad y sus cinco componentes fundamentales: *bienestar* o la calidad de vida desde la perspectiva económica como PBI; *ambiente* o la calidad de vida como equilibrio de los ecosistemas naturales; *estilo de vida* o la calidad de vida como hábitos individuales o colectivos que generan factores de riesgo; *servicios de salud* o la calidad de vida como calidad de atención de la salud y tratamiento médico; *genética* o calidad de vida como lotería natural en el curso biográfico humano. El concepto de calidad de vida es a la vez subjetivo, multidimensional, complejo y dinámico, siempre referido a la persona, única capaz de cualificar su vida de

bueno o mala. De esta manera el concepto de calidad de vida se reformula en la autonomía como principio bioético fundamental del respeto a la persona (Lolas Stepke, 1998, 44 (4): 305-309)

El principio de autonomía significa el respeto a la autodeterminación del agente moral, vale decir racional y libre, e implica un derecho de no-interferencia y una obligación de no coartar acciones autónomas. Más allá de las dificultades conceptuales de la autonomía y de los cada vez más evidentes aspectos problemáticos de sus versiones libertaria y racionalista, se trata de un principio extraño y en algún modo contradictorio respecto de la tradición hipocrática, autoritaria y paternalista, que no deja espacio para la participación del paciente en las decisiones médicas. Pese a ser el principio introductorio del sujeto moral en medicina, fundamento del consentimiento informado y movilizador de la bioética como reforma social, la absolutización de la autonomía al estilo norteamericano conspira eventualmente contra el buen juicio clínico, las buenas relaciones médico-paciente y los mejores intereses de este último. La autonomía de Narciso es el deseo que emerge entre el yo y el otro, entre el individuo y lo social; la moral del deseo es dudosa, puede desearse tanto el bien como el mal y el consumismo confunde la elección personal y crea la expectativa de que el deseo debe y puede satisfacerse. (Mainetti, J. A., 1991:42-49).

El dilema de la autonomía se plantea en la relación médico-paciente: ¿Es esta relación contractual o fiduciaria? En las últimas décadas el principio de la autonomía del paciente ha reemplazado gradualmente al paternalismo médico como clave de la relación profesional-paciente. El paternalismo benevolente se considera impropio en un mundo en el que el estándar para la relación terapéutica es más un encuentro entre iguales que una relación paterno-filial. Sin embargo, algunos elementos del buen cuidado del paciente sugieren una mirada precisa a ciertos aspectos remanentes del paternalismo. Si el principio de respeto a la autonomía es rectamente entendido, más allá del facilista *caveat emptor*, ¿puede la relación terapéutica, en cuanto agencia moral corresponsable y de recíproco respeto (ninguno debe hacer del otro un medio), prescindir de la confianza que no es una ilusión empírica ni una idea incoherente sino el fundamento antropológico del acto médico? ¿Deben los médicos limitarse a ser neutrales proveedores de información, sin evaluación axiológica del juicio clínico, en vez de hacer juicios de valor acerca de lo que es mejor para sus pacientes? Tampoco parece sencillo admitirlo.

KNOCK O LA JUSTICIA

Knock o el triunfo de la medicina, la pieza de Jules Romain, representa dramática, tragicómicamente, la medicalización de la vida hoy. Se trata de una verdadera profecía en un testimonio literario de 1923, cuyo argumento es un caso paradójico y extremo de fanatismo profesional, que en una rústica comarca del sur francés logra un éxito completo. Knock, estudiante crónico recientemente graduado, viene a suceder al veterano doctor Parpalaïd en el cantón Saint Maurice, donde en pocos meses transforma la magra clientela anterior de atrasados y avaros campesinos, renuentes a la atención de la salud, en una población consumidora de servicios médicos, con un gran sanatorio-hotel como principal atractivo y actividad económica de la región. La lectura y comentario del texto es un grato ejercicio de comprensión del triunfo de la medicina o cultura de la salud en el mundo real que nos toca vivir (Mainetti, J. A. 1990: 41-61).

La tesis central de Knock se resume en el epígrafe "los sanos son enfermos que se ignoran", hoy reformulado así: "sano es un sujeto insuficientemente explorado". Knock es un drama clave para el análisis del poder de la medicina y arroja una nueva luz sobre la cuestión bioética y la genealogía de la moral médica. El poder médico se funda sobre la vulnerabilidad del enfermo. La falta de escrúpulos de Knock consiste en convertir la *infirmitas*, que es una categoría ontológica del hombre, en "enfermedad", vale decir una categoría nosológica de la medicina. Confunde así, estratégicamente, la dimensión científica con la dimensión metafísica, aquélla positiva con ésta existencial de la naturaleza humana. Y la medicina imaginaria de Knock deviene peligrosamente real con el presente mito tecnológico de un arte de curar las mismas situaciones-límite de la condición humana, como el sufrimiento, la vejez y la muerte, nuestra humanidad.

La medicina, con su triple dimensión científica, profesional y política, se ha convertido en institución paradigmática de moderna reforma social. La salud ya no es más privadamente pagada, un bien individual de valor secundario y entendida como ausencia de enfermedad; la salud es ahora cosa pública, objetivada como bienestar y un bien social primario de alto beneficio. De esta forma el progreso sanitario para la calidad de vida es quizá el de mayor relevancia en la historia reciente de la humanidad; pero así también crecen los costos del éxito, los perjuicios en salud y dinero que no alcanzan a disimularse por los beneficios del sistema en sus límites

éticos y económicos, en plena crisis de sus valores morales y financieros. El progreso biomédico por el progreso mismo antes bien que la buena salud para la sociedad ha llegado a ser una preocupación médica. Han surgido obstáculos científicos y económicos para la continuidad de este progreso aún en las naciones industrializadas y las políticas en los países en desarrollo se cuestionan acerca de si deben emular las tecnologías costosas y los sofisticados sistemas de salud de los países desarrollados. La medicina y la atención de la salud enfrentan un futuro incierto en casi todos los países a causa del envejecimiento poblacional, el acelerado cambio tecnológico y la siempre creciente demanda de servicios. El comportamiento de la salud como bien de consumo determina un generalizado aumento del gasto sanitario, volviéndose escasos los recursos disponibles y necesario asignarlos racionalmente. El costo de atención se alza virtualmente fuera de control y desafía la tradición que aboga por los intereses del paciente sin tener en cuenta el gasto, conforme al popular dicho de que "la salud no tiene precio". Hoy parece cumplirse lo que Goethe proféticamente temía: "También yo comparto ese amor al progreso; pero a la vez temo que la humanidad llegue a una situación en la cual cada hombre tenga que ser el enfermero de otro hombre".⁷

La teoría y la praxis de la justicia configuran entonces el concepto y el cuidado de la salud. El problema de la justicia distributiva -paladín de la bioética en la política sanitaria- es complejamente ético y económico, de principios y de resultados, deontológico y utilitarista, con niveles de macro y micro asignación de recursos. La tres principales doctrinas de la justicia social -igualitarista, liberal y redistribucionista- compiten en la fundamentación de los sistemas alternativos de acceso a la salud -socializado, libre y mixto. El principio de justicia, que es dar a cada uno lo suyo (*ius suum cuique tribuere*), según la tradición jurisprudencia romana, en el sentido moderno de equidad en la distribución de cargas y beneficios entre los miembros de una sociedad, tampoco ha sido familiar para la ética hipocrática, abogada de los intereses individuales antes bien que de los sociales. La justicia sanitaria ha entrado recientemente en la arena de la asignación de recursos para la atención médica, presionada por el alza de los costos en el sector. La situación hoy de una doble agencia moral del médico entre los intereses del paciente y los societarios, plantea un conflicto de obligaciones

profesionales que ubica la teoría de la justicia en el meollo de la bioética frente al actual desafío político planetario de los sistemas de salud.

El dilema de la justicia sobre la atención de la salud -¿racionada o irrestricta?- se plantea al interior de la revolución económica en medicina, la comodificación de la salud y la promoción de un libre mercado de atención médica. En el nuevo silogismo de la economía médica finisecular, el profesional es un actor económico como cualquier otro: los recursos escasos son un *factum* de la vida; la atención médica consume más y más recursos sociales; los médicos son quienes toman decisiones clave sobre el consumo de la atención médica; luego los médicos deben internalizar los costos de sus decisiones clínicas de modo que el consumo sanitario pueda ponerse bajo control. ¿Puede el médico prescindir del principio de servicio al enfermo, dejando de ser el abogado de éste para serlo de la sociedad en el rol de guardabarra del gasto? ¿Puede ejercerse moralmente la medicina bajo la economización de la salud, la presión de contener costos y el afán de lucro, privilegiando el egoísmo sobre el altruismo? La respuesta es todo menos sencilla.

CONCLUSIÓN

El "complejo bioético" de los principios es la respuesta disciplinaria a las transformaciones tecnocientíficas, sociales y políticas de la actual medicina, cuya realización moral enfrenta el desafío de la ambivalente beneficencia y no-maleficencia de Pigmalión, la supuesta autonomía de Narciso y la sospechosa justicia de Knock. La *genealogía* de los principios nos pone en guardia contra la bioética como acrílica legitimación moral del modelo biomédico dominante (centrado en la enfermedad), cuya reforma (centrada en la salud) se necesita tanto cuanto se proclama. Si en cambio la bioética quiere hacer las veces de crítica de la razón médica práctica, tiene que investigar a la medicina en el global escenario de la cultura posmoderna a la que paradigmáticamente representa.

Las cuestiones de la ética médica se inscriben en un campo más vasto de interrogación moral en nuestro fin de siglo. Si bien padecemos la "diselpidia" (trastorno de la *elpis*, en griego "esperanza") de un nuevo milenio, queda en la caja de Pandora finisecular una *ethica spes*, una esperanza ética. El discurso moral, en efecto, goza de un crédito sin precedentes en el mundo de hoy, la ética filosófica muestra la mayor vitalidad en el pensamiento actual. Al gran desencanto ideológico

sucede un despertar axiológico, ético y político. Las mutaciones de nuestra época, tan cargadas de acechanzas como también de esperanzas, exigen un renacimiento de la ética, incluso su refundación radical ante su demanda como panacea -lo cual ha sido señalado como la paradoja de la ética contemporánea, que pasa por una crisis de fundamentación en el momento en que es más necesaria para la vida. Entramos en una época donde la "ciencia de la libertad" se requiere como dominio del dominio, como poder del poder; la ética misma concebida como una técnica, indispensable para la eficiencia económica y política. (Russ, J. 1994).

El complejo bioético puede extenderse a toda nuestra cultura, donde la medicina ocupa un lugar central y constituye un factor de universalización de la ética, por su construcción de un discurso moral propio y con pretensiones a la validez universal. (Drane, J. F. 1998: 53-64). La bioética vendría a ser así un diagnóstico y un tratamiento de nuestro tiempo, como respuesta médica y moral al desafío de tres formas culturales contemporáneas que configuran el complejo bioético, a la vez pigmaliónico, narcisista y knockista.

Pigmalionismo tecnocientífico define el cambio de naturaleza de la ciencia y de la técnica, cuando Prometeo liberado se vuelve Pigmalión antropoplasta, la acción humana no ya orientada a la transformación de la realidad cósmica sino hacia el hombre mismo como objeto de esa voluntad y capacidad transformadora. Lejos de ser el amo, el hombre es manipulado por la tecnociencia. De modo que ésta plantea un problema fundamental e inédito; se trata de la salvaguarda de la humanidad del hombre, empezando por su humanidad, la finitud humana, con sus límites reales y posibilidades espirituales. ¿Cómo conciliar en el humanismo la finitud infinitamente recreada con la infinitud finitamente concretada?⁸

Narcisismo individualista describe al sujeto replegado sobre sí mismo como valor supremo respecto de la sociedad, cuando se desfondan los discursos globalizantes en el seno de una modernidad que rechaza lo trascendente y los finalismos. El individuo narcisista, lejos de ser virtud y autonomía, es un sujeto *light*, no confiable en su conducta existencial, cuestionado en su moralidad del posdeber, atento a la buena vida sin cuidado de la vida buena. El individualismo promueve valores hedonistas, permisivos, no el acceso a la autonomía o la conquista de la libertad. Si el individualismo modela nuestra modernidad avanzada, si la sociedad está así atomizada en Narcisos, ¿cómo conciliar a éstos

con el imperativo ético de la formación del sujeto y la apertura social, la autorealización personal y el compromiso comunitario?

Knockismo economicista caracteriza la era del mercado tras la crisis del Estado benefactor, cuando el nuevo orden económico liberal globalizado impone la competencia, la eficiencia y la sostenibilidad. Pero el economicismo es una teoría ideológica y la desigualdad creciente de los individuos una realidad contra la cual choca siempre la ética. El dinero es un falso dios, como el bíblico becerro de oro nos lo recuerda. "El dinero motiva a la gente, lubrica el movimiento de los recursos y derriba algunas barreras. Pero el dinero tiene también un lado oscuro; puede distraer, corromper, distorsionar y cruelmente excluir. El dinero es un sirviente útil pero sin reglas; a veces, un duro patrón" (May, W. F. 1997:1-13). ¿Cómo equilibrar en el mercado los valores económicos, que imponen su propia ley, con los valores morales y los principios éticos insobornables de la equidad y la solidaridad?

El pigmalionismo tecnocientífico, el narcisismo individualista y el knockismo economicista configuran el complejo bioético de la posmodernidad, la era del nihilismo anunciado por Nietzsche, el gran clínico de la cultura occidental, que utilizó la imagen del "médico de la civilización" o "terapeuta de la cultura", el "médico filósofo": "Espero siempre que un médico filósofo, en el sentido excepcional de la palabra, esto es, un médico que estudie el problema de la salud general del pueblo, de la época, de la raza, de la Humanidad, tenga el coraje de llevar a mi sospecha hasta las últimas consecuencias y que se atreva a decir: hasta aquí en ninguna filosofía se ha tratado de la verdad, sino de otra cosa, digamos de la salud, del futuro, del crecimiento, de la fuerza, de la vida" (Nietzsche, F. 1970).

NOTAS

- 1 Véanse *inter alia*, Alderson, P. "Abstract Bioethics Ignores Human Emotions"; *Bulletin of Medical Ethics*, May:13-21, 1991; Degrazia, D. "Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism"; *The Journal of Medicine and Philosophy*, 17:511-539, 1992; Nicholson, R., "Limitations of the Four Principles" en *Principles of Health Care Ethics*, Gillon, R.,(editor), John Wiley and Sons, Chichester 1994; Williams, B. *Ethics and the Limits of Philosophy*, London, Fontana Press 1985.
- 2 Seguimos los lineamientos de la crítica posmoderna a la bioética en este libro, que incluye una abundante bibliografía sobre el tema.
- 3 *Genealogía de la moral* es un título de Nietzsche que lo dice todo. Genealogía significa historia (origen y evolución), y legitimación, investigación de la legitimidad de un título o de un derecho.

- 4 Véase mi artículo en Mainetti, J. A., "El Homúnculo", en *Bioética Ficta*, Quirón, La Plata 1993: 43-45
- 5 Véase mi artículo en Mainetti, J. A., "Reforma y contrarreforma moral de la medicina", en *Antropobioética*, 1995:25-41.
- 6 Véase mi artículo en Mainetti, J. A., "Narciso", en *Bioética Ilustrada* 1994: 44-53.
- 7 Carta a Carlota von Stein en la que el autor del Fausto comenta el optimismo progresista de Herder (cit. P. Lain Entralgo, *Antropología Médica*, Barcelona, Salvat 1984, p. 453).
- 8 Mainetti, J. A. "Medicina y humanidad: sufrir, envejecer, morir", en *Antropobioética*, 1995: 61-96.

37

REFERENCIAS

- Alderson, P. (1991) "Abstract Bioethics Ignores Human Emotions"; *Bulletin of Medical Ethics*.
- Beauchamp, T. and Childress, J. (1983) *Principles of Biomedical Ethics*, 2nd edition, Oxford, Oxford University Press
- Degrazia, D., (1992) "Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism"; *The Journal of Medicine and Philosophy*, 17
- Dietrich von Engelhardt, (1982) "Betrachtungen zur Grundstruktur der medizinischen Ethik"; en A. J. Buch y J. Splett, Hrsg. *Wissenschaft, Technik, Humanität*, Frankfurt a. M.
- Drane, J. F. (1998), "La medicina y la posibilidad de una ética médica universal" (trad. Liliana Barletta), Quirón vol. 29 (2).
- Featherston, M., (1988) "In Pursuit of Postmodern: An Introduction"; *Theory, Culture and Society*, 5.
- Manetti, J. A., (1981) "La revolución de Pigmalión"; en *Introducción a la Bioética*, La Plata, Quirón
- Mainetti, J. A. (1990) "La medicalización de la vida"; en *Bioética fundamental. La crisis bioética*, La Plata, Quirón,
- Mainetti, J. A., (1991) "Autonomía"; en *Bioética sistemática*, La Plata, Quirón
- Mainetti, J. A., (1993) "El Homúnculo"; en *Bioética Ficta*, Quirón, La Plata
- Mainetti, J. A., (1994) "Medicina desiderativa"; en *Bioética Ilustrada*, La Plata, Quirón
- Mainetti, J. A., (1995) "Pigmalión en pantalla o las transformaciones cinematográficas del cuerpo humano"; en *Antropobioética*, La Plata, Quirón
- May, W. F. (1997) "Money and the Medical Profession". *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 7 (1), March
- McGrath, P.A (1997). *Question of Choice. Bioethical Reflections on Spiritual Response to the Technological Imperative*. Sidney, Ashgate
- Nicholson, R., (1994) "Limitations of the Four Principles" en *Principles of Health Care Ethics*, Gillon, R.,(editor), John Wiley and Sons, Chichester
- Nietzsche, F. (1970). *La Gaya Ciencia* (Prefacio, 2) trad. P. Simón, Buenos Aires, Prestigio
- Lipovetsky, G., (1992) *Le crepuscule du devoir*, París, Gallinard,.
- Lolas Stepke, F. (1998) "Salud mental y calidad de vida en la sociedad posmoderna"; *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*, 44 (4).
- Russ, J. (1994). *La pensée éthique contemporaine*, París. P.U.F.
- Williams, B. (1985). *Ethics and the Limits of Philosophy*, London, Fontana Press