

Posibilidad de un nuevo humanismo médico desde una matriz común: bioética global y neohumanismo universal

FERNANDO HERRERA-SALAS¹



Resumen

En el presente trabajo se pone de relieve la pregunta ¿qué significa *hacer experiencia* del humanismo? Y encontramos que implica en principio, que ese saber de lo humano se interconecta con el examen, la participación y la vivencia de los sucesos, bajo la suscripción de valores e ideales éticos –en nuestra vida cotidiana y nuestra vida profesional– tales que emplazan la libertad y la dignidad humana. Desde ese lugar se discute la relación entre la ética médica, la bioética global y el neohumanismo universal, para determinar las coordenadas que instituyen la posibilidad de un *nuevo humanismo médico*, el cual está llamado a orientar la praxis médica y fundamentar la ética médica, más allá de su actual apego a una bioética principialista y casuística, como una *vigilancia por la humanización del hombre*. Se concluye con la enunciación de diez premisas programáticas del neohumanismo universal como marco que interpela al nuevo humanismo médico.

Palabras clave: Nuevo humanismo médico, Bioética, Libertad, Dignidad humana.

Possibility of a New Medical Humanism from a Common Matrix: Global Bioethics and Universal Neohumanism

Abstract

This work highlights the question: what does it mean to experience humanism? And we find that it implies in principle, that this knowledge of the human is interconnected with the examination, participation and experience of events, under the subscription of values and ethical ideals –in our daily life and our professional life– such that place the freedom and human dignity. From that place, the relationship between medical ethics, global bioethics and universal neohumanism is discussed, to determine the coordinates that institute the possibility of a *new medical humanism*, which is called to guide medical praxis and base medical ethics, more beyond its current attachment to a principalist and casuistic bioethics, as *vigilance for the humanization of man*. It concludes, with the enunciation of ten programmatic premises of universal neohumanism as a framework that challenges the new medical humanism.

Key Words: New Medical Humanism, Bioethics, Freedom, Human Dignity.

Recibido: 11 de mayo de 2021
Aceptado: 17 de julio de 2021
Declarado sin conflicto de interés

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. fherresal@gmail.com

Introducción

Tanto las condiciones actuales que enfrenta la humanidad en su conjunto, como aquellas particulares a la praxis médica, encierran la necesidad de refundar el humanismo y, de manera más importante, hacer práctica del mismo.

Afirma González (1996), que “el humanismo lleva implícita una ontología del hombre”, e impulsa una tarea o quehacer, en una dimensión propiamente ética: “procurar la humanidad del hombre humano”. La suscripción a esta tarea, consideramos nosotros, no es de la competencia exclusiva de la reflexión filosófica, aunque ella la orienta de manera importante, y se deben esperar contribuciones desde distintos ámbitos del saber, particularmente de aquellos bajo connotados compromisos prácticos; uno de ellos es el campo médico.

Pero ¿a qué nos referimos cuando convocamos al humanismo como eje de reflexión y de posible ejercicio? Una aproximación histórica nos llevaría a situar formalmente la emergencia del humanismo en el Renacimiento (del siglo XIV a la primera mitad del XVI), como un característico afán por revivir los valores grecorromanos, el impulso del pensamiento racional y técnico, así como la autonomía del arte. Pero también nos permitiría notar que, esta preocupación por lo humano del hombre, es una preocupación que atraviesa todas las épocas, a la vez como *una reflexión que como una vigilancia por la humanización del hombre*.

El neo-humanismo como una necesidad contemporánea y los imperativos del nuevo humanismo médico

Al deslindarse así, la universalidad del humanismo como una reflexión y una vigilancia por la humanización del hombre, nos permite apreciar que el momento que vivimos interpela de una manera importante al humanismo en general y al humanismo médico en particular. El humanismo aparece así, como *un saber y una experiencia* pero, sin duda, también como *una búsqueda y un compromiso* con el devenir del hombre.

Si nos detenemos un momento en estas cuatro notas del humanismo, lo encontramos como *un saber* que apunta a determinar “la autenticidad del hombre humanizado”, implica precisar esa dimensión ontológica que lo ubica como un ser finito o temporal y un ser al que le es inherente una ambigüedad que, como aclara González (1996), retomando un pasaje de *Antígona*

—una de las tragedias tebanas de Sófocles— donde el hombre es calificado como *deinóteron*: “que significa ‘asombroso’ o ‘maravilloso’, al mismo tiempo que ‘terrible’... digno de horror”. De ese modo el humanismo resulta un saber no confiado o ingenuo, es un saber que nos alerta de la desmesura (*hybris*) en nosotros y en los otros, pero que además nos alienta a la *búsqueda* de la excelencia de la condición humana, como heredad de la *areté* griega.

Pero por otra parte, se pone de relieve la pregunta ¿qué significa *hacer experiencia* del humanismo? Implica que ese saber de lo humano se interconecta con el examen, la participación y la vivencia de los sucesos, bajo la suscripción de valores e ideales éticos —en nuestra vida cotidiana y nuestra vida profesional— tales que emplazan la libertad y la dignidad humana. En este sentido se acerca al programa kantiano de una “antropología pragmática” que estudia lo que el hombre “como ser que obra libremente, hace, o puede y debe hacer de sí mismo” (Figueredo, 2011).

Y finalmente el humanismo nos insta a *un compromiso*, un encargo u obligación que apunta a una lectura y una participación activa para cuidar nuestro destino, nuestra condición presente y futura; es en este sentido que aquí sondeamos las condiciones de posibilidad de un neo humanismo en general y de un nuevo humanismo médico en particular.

Hacer la experiencia del humanismo en el contexto actual

Podemos asumir que hacer experiencia del humanismo, entonces nos compromete a realizar una lectura de nuestra contemporaneidad, y determinar cuáles son los contextos de la actual demanda y encargos a los que debe responder un potencial neo humanismo.

Realizar un inventario de tales contextos, implica un espacio muy amplio, por lo que aquí sólo la afrontaremos a manera de un boceto o bosquejo, sin pretender ser exhaustivos. Este inventario implica los cambios que enfrentamos, las preocupaciones que de ello emergen y perfilan los retos que surgen a partir de estas transformaciones.

Así encontramos que para algunos actores (Arlington Institute, DATOR, Club de Roma, entre otros), las preocupaciones surgen en virtud de una creciente crisis de la economía fósil basada en los hidrocarburos; el cambio climático, asociado fundamentalmente a la emisión de gases de efecto invernadero; el patrón de crecimiento económico que se acompaña con el deterioro de las condiciones de vida de determinados gru-

pos de la población, mayor inestabilidad e incremento de las condiciones de inseguridad; el reto demográfico dado el crecimiento y reconfiguración de la población humana; la supervivencia de los ecosistemas, que resultan indispensables para toda la vida en la Tierra; la tecnología como elemento de quiebre; la crisis global del agua; las especies en extinción, el rápido cambio climático, que es un hecho empírico.

Por su parte, para Dreifuss (2007), nos habla de una mundialización del almacenamiento y distribución de la información, de los productos y de los servicios; una nueva racionalidad de la producción, de la gestión y del consumo en una emergente “geonomía global; y subraya cambios radicales de la organización productiva y de la estructuración social por la vía de la entronización –integrada a gran escala– de un conjunto de innovaciones tecnológicas relacionadas con las telecomunicaciones y la informática, la computación y la microelectrónica, la automoción y micro robótica, la opto electrónica y la ingeniería espacial.

Escenarios que también comprometen lo humano en su dimensión anatomo-fisiológica: a) implantación de nano chips en el cuerpo humano para la búsqueda de informaciones mediante la creación de redes neuronales vivas y redes neuronales artificiales (RNAs), y la micro computación cuántica, la cual, en vez de transistores, dispondrá de partículas subatómicas actuando como (qu)bits; b) desarrollos en optoelectrónica, extendiéndose hasta la micro fotónica e interactuando en la búsqueda de chips ópticos y transmisión de datos a la velocidad de la luz; c) biotecnológicos, “... en la biorrobótica, en la biónica, en la biometría digital, en la bioquímica, en la bioinformática y en la bioingeniería”; d) robótica, avanzando en las investigaciones de circuitos integrados híbridos (moléculas de semiconductores y células vivas); y e) desarrollos en genética, pugnando con la descodificación y computación genética (chips de ácido desoxirribonucleico, DNA), terapia genética y neuromedicina de trasplantes entre seres vivos, llegando hasta el “inicio” clónico, con la posibilidad de modificaciones sin fin de la configuración básica de los seres vivos.

Donde este alcor tecnológico, que en analogía con las “montañas de hielo” (icebergs), los *tecnobergs* –nos precisa Dreifuss (2007)– poseen una masa bajo su “superficie económica”, lo que significa que se nutren de su basamento cultural civilizatorio. De lo que concluye: “Tecnobergs que convierten al consumidor –individual, corporativo o institucional– en un reformulador de las prácticas cotidianas, desplazando al ciudadano del ejercicio de sus derechos... Se consoli-

da así, un consumidor despolitizado, tanto ante el producto como ante el productor...” Un ciudadano “consumido” en su *ethos* “político que se torna objeto de orientación en las decisiones mercadológicas de la empresa ... “agente socioeconómico” y entidad que define, a su manera, “la normalidad cotidiana ante el consumidor y ciudadano”.

Finalmente, desde la perspectiva de González (2007), estos cambios revolucionarios que conllevan los hallazgos de la biología evolutiva molecular, los avances de la biotecnología como “tecnociencia”, con el pasaje de la genética a la genómica y de ahí a la proteómica, así como el surgimiento de la medicina genómica y de la farmacogenómica, acarrear consigo la nueva idea de un “hombre biológico”, “hombre genético”, “hombre neuronal”, lejos de las tradicionales verdades religiosas y filosóficas. Por lo que se trata de la identificación plena del ser humano con su naturaleza biológica, que sólo se reconoce en su genoma y ve radicadas en su “cerebro” todas las funciones de su “alma”.

Debemos considerar que algunas de estas premisas, además de constituir un verdadero programa de acción para hacer experiencia del humanismo, pueden a su vez traducirse en principios del nuevo humanismo médico, como mostraremos más adelante.

La relación de la bioética, la ética médica y neo humanismo: hacia un nuevo humanismo médico

Podemos considerar que el nuevo humanismo médico deba emerger de una matriz común con la bioética general, la ética médica y un nuevo humanismo universal. Frente a lo cual debemos considerar que cada uno de estas tres, tiene una determinación conceptual y una implicación práctica particular, la cual debe ser considerada en su especificidad y su aportación.

Inicialmente, debemos considerar que el campo de lo médico ha recibido una clara influencia de ambos, los modelos bioéticos *principalista* y *casuístico*, hacia la definición de una ética médica y la formación bioética en los centros de enseñanza. En el primero de los casos, el modelo principalista formulado por Beachamp y Childdres (1983), ha sido recuperado para generar un “ideario deontológico” bajo la suscripción de cuatro principios éticos con aplicación en los contextos de la investigación, la práctica clínica y los cuidados de la salud hospitalaria: el *principio de beneficencia*, el cual enuncia la obligatoriedad del profesional o del investigador de promover siempre y en

todo momento el bien del paciente; el *principio de no-maleficencia* como imperativo de no infligir ningún tipo de daño; el *principio de justicia* que impone la obligación de un trato equivalente a toda persona independientemente de su condición y de sus diferencias; y, finalmente, el *principio de autonomía* que le atribuye a la persona una mayoría de edad para autorregularse.

Por su parte el modelo casuístico de Jonsen y Toulmin (1988), el cual propone un análisis de *caso por caso* en su dimensión analógica y bajo una postura pragmática, dando énfasis a las necesidades humanas del momento, sin asumir ningún principio a priori para orientar la acción, ha orientado la didáctica clínica y fortalecido la actitud pragmática de los médicos en los centros educativos y hospitalarios.

Sin embargo, esto describe una tendencia de consumo interno de la bioética dentro de la ética médica la cual, como nos subraya Osornio (2005), es cuestionada por el propio Potter quien:

...insiste en que los eticistas médicos deben considerar el significado original de la bioética y extender sus pensamientos y actividades a las cuestiones de salud pública mundial. Para Potter una ética médica reconstruida desde esta perspectiva, daría como resultado la segunda fase de la "bioética puente" que estaría preocupada por las acciones a largo plazo. Potter llamó a esta segunda fase de la bioética, la «bioética global».

En este sentido, el nuevo humanismo médico debe considerar, más allá de un fortalecimiento inicial de la ética médica con la bioética, la propuesta total de Potter (1995) y alcanzar la más "profunda" implicación bioética, a saber: "La bioética ha de ser más que global, una «bioética profunda» que demanda reflexión sobre las cuestiones de la supervivencia a largo plazo en términos de la naturaleza de la existencia humana" (Osornio, 2005).

El programa completo trazado por Potter (1995), establece la posibilidad de una articulación de estos tres elementos que venimos situando: la ética médica, la bioética y el neohumanismo:

El concepto de bioética puente fue la primera etapa en el pensamiento bioético. La segunda etapa fue la idea de la bioética global como una moralidad en expansión que resultaría de la construcción de un puente entre la ética médica y la ética medioambiental. El reconocimiento en la década de los noventa de una serie de dilemas éticos ha llevado a reconocer que un puente entre la ética médica y la ética medioambiental no es suficiente.

Todas las especialidades éticas necesitan ser ampliadas de sus problemas de corto plazo a sus obligaciones de largo plazo (necesitamos una bioética profunda).

Donde, a decir de Potter (1995), esta bioética profunda debe responder a dos interrogantes: "¿Pueden las profesiones educacionales o éticas relacionarse con la rapidez de los nuevos desarrollos, los nuevos descubrimientos científicos, que unen los genes a las personalidades y que unen la conducta humana a nuestra herencia biológica y a la interacción dinámica entre procesos cerebrales complejos, y una vasta y progresiva lista de aportes sociales?". Y la necesidad de una *sostenibilidad bioética*: ¿Sostenibilidad para quién? ¿Para qué? ¿Y por cuánto tiempo? A lo que el propio Potter (2000), responde:

"...Mi respuesta es sostenibilidad bioética para las diversas poblaciones mundiales, y para la biosfera, y para una sociedad decente a largo plazo. Por los siguientes cien años necesitamos una bioética política con un sentido de urgencia... la acción política para la supervivencia social a largo plazo constituye un mandato bioético... hoy tenemos una clase diferente de urgencia: una urgencia bioética. Necesitamos acción política. Necesitamos exigir que nuestro liderazgo logre una *bioética global humanizada* orientada hacia la sostenibilidad bioética a largo plazo. Al enfrentar el futuro, tenemos dos posibilidades: el tercer milenio será la edad de la bioética global o será la edad de la anarquía. ¡La elección es nuestra!".

El vínculo de esta última etapa de la bioética del modo en que la formula Potter (2000), con un *neohumanismo universal*, es prefigurado por González (2005), cuando nos dice: "La bioética humanista lleva en su entraña la Ecología, no únicamente como un área de conocimiento y de políticas públicas, sino como la tarea histórica fundamental del ser humano contemporáneo: del presente y del porvenir.

Pero ello implica, también como lo señala Potter (2000), acceder a una "mayoría de edad" *bioética*, que interpela esa "ética del cuidado de sí" (Foucault, 1981), la cual implica: "una manera determinada de considerar las cosas, de estar en el mundo... una actitud con respecto a sí mismo, con respecto a los otros, con respecto al mundo". O, como lo expresa Gracia (1987), "...una transformación de nuestro propio ser... la posibilidad de un cambio en la perspectiva de abordaje de los problemas, y hasta en la orientación

en la propia vida. Este cambio es lo que los griegos llamaban *metanoia*, término que los latinos tradujeron por *conversio*, conversión”.

González (2007) expresa el vínculo necesario de este *proceso personal de etificación* o *mayoría de edad bioética*, con un posible programa del neohumanismo, cuando nos dice que: esta

...auto-conciencia del hombre exige una verdadera conversión ético política... el (neo) humanismo implica, transformar o convertir el “dominio” en “cuidado”, tramsutar la explotación irracional, en responsabilidad; pasar del predominio económico a una verdadera y prioritaria cultura ecológica, al cuidado de la casa propia, de la casa de todos, que es la Tierra.

Encontramos entonces que la ética médica se ve ahora interpelada por esta “bioética global humanizada” y que, no obstante que se había apuntalado con una bioética principialista y también casuística, ahora debe atender a un ignorado horizonte de posibilidad pronunciando un “nuevo humanismo médico”, y que como deja entrever González (2007), implicará su comprensión del neohumanismo universal:

Son los valores del humanismo en definitiva, los valores propios de una bioética laica y “ontológico-antropológica”. Pero serían los valores de un humanismo renovado, de un neohumanismo, a la altura de nuestro tiempo, que encuentra en la naturaleza humana el fundamento de la ética, sólo que en una naturaleza no esencialista, sino histórica, ética, abierta a su propio devenir, constitutivamente libre, y en una libertad que, a su vez, se reconoce dialécticamente conjugada con la necesidad y la responsabilidad.

Premisas programáticas del neohumanismo universal

La formulación o enunciación de un *nuevo humanismo médico* implica, como hemos mostrado, su penetración con una “bioética global humanizada” y un neohumanismo universal, y supone para su edificación distintos momentos. El primero de estos momentos consideramos nosotros, resulta la compilación sistemática y la asunción de los compromisos a los que nos invita el neohumanismo universal, por lo que se requiere inicialmente la realización de un inventario de sus premisas.

La eficacia de este *inventario de premisas programáticas del neohumanismo universal* que, como se podrá apreciar,

se funda en la recuperación de la aportación de diversos teóricos, científicos y eticistas de su certera lectura de nuestra contemporaneidad, radica en que tiene un papel instrumental, es decir, nos instruye para la acción comprometida y nos insta a la asunción de nuestra responsabilidad de hacer una contribución – por mínima que sea y desde el lugar que se quiera – para hacer realidad este neohumanismo universal. Algunas de sus premisas programáticas pueden ser enunciadas del modo siguiente:

1. El hambre y la pobreza del mundo tendrá que reducirse y los soportes de vida del ambiente natural de la Tierra tendrán que mantenerse (Bolívar, 2009).
2. Que el avance científico continuo oriente el desarrollo de tecnologías efectivas y limpias y procesos de decisión ponderados e informados por parte de los gobiernos.
3. Donde esta apertura a lo científico –nos aclara González, 2007–, proceda “...desde la conciencia del legado histórico y humanístico, conciliando valores de conservación e innovación, de seguridad y riesgo... trascender por igual las regresiones tradicionalistas, siempre cercanas al oscurantismo, que la soberbia científicista y tecnocrática (siempre cercana al fanatismo)”.
4. Que “el poder de vida y muerte, poder benéfico o dañino, que particularmente tiene la medicina y que caracteriza ahora a las ciencias y tecnologías de la vida”, reinscriba los principios de la ética médica, ahora interrogada bajo nuevos alcances: “primero no dañar: *primum non nocere*”, ¿cómo investigar sin dañar?, ¿cómo mejorar la naturaleza sin falsearla ni deformarla?, ¿cómo curar sin discriminar? (González, 2007).
5. Reorientación de la tecnología y la biotecnología para enfrentar grandes retos: problemas de salud y demandas sociales como “grandes cantidades de alimentos saludables y nutritivos, un ambiente no contaminado”.
6. Apoyo decidido de la investigación de la biodiversidad, la utilización de la biotecnología con referencia a la ecología, la salud humana, los sectores productivos y los aspectos sociales, (Bolívar, 2009).
7. Desarrollo de marcos legales de bioseguridad para el manejo de organismos genéticamente modificados, garantizando la protección del ambiente, la biodiversidad y la salud humana, condenando la fabricación de armas biotecnológicas y el bioterrorismo.

8. Lo decisivo es que el neohumanismo no puede ser subjetivista y antropocéntrico, en el sentido de concebir al hombre como centro dominador del universo que cosifica cuanto le rodea, lo manipula y devora –muchas veces con el goce de la crueldad– como algo absolutamente “otro”, pero puesto a su servicio.
9. El humanismo de hoy y de mañana, se funda en un ser humano que, sin soberbia, se reconoce a sí mismo en el árbol, en el lobo en la piedra. Que percibe en sí la vida universal, y asume su hermandad con ella, su no diferencia radical. Y esto implica que la ética se expanda y asuma responsabilidades y deberes, particularmente para con los seres vivos (capaces, entre otras cosas, de sufrimiento) (González, 2007).
10. Pero esta auto-conciencia del hombre exige una verdadera conversión ético política... el (neo) humanismo implica, transformar o convertir el “dominio” en “cuidado”, transmutar la explotación irracional, en responsabilidad; pasar del predominio económico a una verdadera y prioritaria cultura ecológica, al cuidado de la casa propia, de la casa de todos, que es la Tierra.

Conclusiones

La ética médica ha arribado a un momento en el que debe superar su autocontención, es decir, debe mirar no únicamente a la interioridad de su praxis clínica y remedial inmediata, así como a la formación de nuevos cuadros, sino que requiere inscribirse en la tarea de *vigilancia de una humanización del hombre*. Se trata de construir el programa de un nuevo humanismo médico, el cual se inserte en una matriz común con una bioética global y con un neohumanismo universal.

Adicionalmente, debemos aclarar, la enunciación de este nuevo humanismo médico, refiere una tarea que reclama un esfuerzo sostenido para completarla y su elaboración implica distintas fases o momentos de su proceso de construcción. Sospechamos que un momento importante será la determinación de sus principios generales, como fase de formalización, se tendrán que generar mecanismos para consensuar tales principios entre organizaciones e instituciones interesadas del campo médico, con la participación a nivel de invitados de organizaciones no gubernamentales y otras instancias públicas y privadas.

Aquí únicamente avanzamos en un paso preliminar, como supone la elaboración de un *inventario de pre-*

misas programáticas del neohumanismo universal, el cual, debemos aclarar, no consideramos exhaustivo, y requerirá nuevas formulaciones y cotejos con una bioética global.

Referencias

- Beachamp, T. & Childress J. (1983). *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford University Press, 1983.
- Benítez, B. (2007). Medicina y humanismo, *Acta Médica Grupo Ángeles*. Volumen 5, No. 2, abril-junio 2007.
- Bolívar, Z. F. (2009). Biotecnología y bioseguridad para el desarrollo global y nacional. En *Filosofía y ciencias de la vida*, México: Fondo de Cultura Económica/F.F.L. UNAM.
- Dreifuss, R.A. (2007). Tecnobergs globales, mundialización y planetarización. *Revista Aportes*, Facultad de Economía, BUAP, Año XII, Número 34, Enero-Abril de 2007.
- Figueredo, N.H. (2011). *La pregunta antropológica en Kant*. I Jornadas de Estudiantes del Departamento de Filosofía 2011. Recuperado de: <http://eventosacademicos.filo.uba.ar › paper › view>
- Foucault, M. (1981). *La hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France 1981-1982*. México: Fondo de Cultura Económica.
- González, J. (1996). *El ethos, destino del hombre*. México: Fondo de Cultura Económica.
- González, V. J. (2007). ¿Qué ética para la bioética? En *Perspectivas de Bioética* (Introducción). México: Universidad Nacional Autónoma de México, FFL.
- Gracia, D. (1987). La bioética, una disciplina académica, *Revista Jano* No 33, páginas 69-74; (1998). Recuperado de <https://docplayer.es › 40935525-Rev...>
- Jonsen, A. & Toulmin, S. (1988). *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*. Berkely.
- Martínez, C.F. (2002). Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica *Anales Médicos*, Vol. 47, Núm. 2 Abr. - Jun. 2002 pp. 112-117.
- Osorio, S. N. (2005). Van Rensselaer Potter: una visión revolucionaria para la bioética. *Revista Latinoamericana de Bioética*, núm. 8, 2005, pp. 1-24.
- Pérez-Tamayo, R. (2015). Humanismo y Medicina. *Revista de Hematología*, Méx. 2015; 16:1-2.
- Potter, V. R. (1995). *Bioética puente, bioética global y bioética profunda*, Cuadernos del Programa Regional de Bioética, Organización Panamericana de la Salud.
- Potter, V. R. (2000). Temas bioéticos para el siglo XXI. *Revista Latinoamericana de Bioética*, Número 2, págs. 150-157.
- Potter, V.R. (1988). *Global Bioethics. Building of the Leopold Legacy*. Michigan State University Press.
- Reich, W. T. (1978). *Encyclopedia of Bioethics*, MacMillan Publishers. New Jersey, Londres.
- Tajer, C.D. (2014). Las sociedades científicas y el humanismo médico. *Revista Argentina de Cardiología / Vol. 82 N° 4 / Agosto 2014*.