



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
CAMPO DEL CONOCIMIENTO EN LAS CIENCIAS DE HUMANIDADES EN SALUD
CAMPO DISCIPLINARIO DE BIOÉTICA

**FUNDAMENTOS Y METODOLOGÍA DE LA BIOÉTICA MÉDICA: UN ESTUDIO
ANTROPOLÓGICO FILOSÓFICO**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS

QUE PRESENTA:

ALEJANDRO LUJÁN VERÓN

TUTORA PRINCIPAL: MARÍA DE LA LUZ LINA CASAS MARTÍNEZ
FACULTAD DE MEDICINA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DR. CARLOS VIESCA TREVIÑO
FACULTAD DE MEDICINA
DR. VICTOR MANUEL MARTÍNEZ BULLE GOYRI
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. OCTUBRE DE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCIÓN	3
1. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y SU PROBLEMÁTICA HUMANÍSTICA	6
1.1 Ética y Moral.....	9
1.2 Ética para la bioética médica.....	13
1.3 Bioética médica.....	19
2. FUNDAMENTACIÓN ÉTICA DE LA BIOÉTICA MÉDICA	32
2.1 Forma	32
2.1.1 Fenomenología Hermenéutica.....	32
2.1.2 Fenomenología de la conciencia.....	33
2.1.3 Hermenéutica de la Facticidad	37
2.2 Contenido.....	42
2.2.1 Ética hermenéutica	42
2.2.2 Ética de las virtudes.....	46
2.2.3 Principios éticos.....	50
2.2.4 La categoría ética del cara-a-cara.....	53
2.3 Antropología médica	56
2.3.1 Enfermedad y salud como dimensiones humanas.....	56
2.3.2 Insertar el sujeto en medicina	59
2.3.3 Bipersonalidad	67
2.4 Recapitulación.....	69
3. METODOLOGÍA NARRATIVA EN LA RELACION MÉDICO-PACIENTE	72
3.1 Pluralismo de experiencias	75
3.2 Ficción	78
3.3 Medicina narrativa	81
3.4 Bioética narrativa.....	85
4. DIFUSIÓN DE LA METODOLOGÍA NARRATIVA	88
4.1 DIPEX (<i>Database of Individual Patients Experiences</i>).....	88
4.2 El consentimiento informado	90
4.3 El papel del bioeticista en la relación médico-paciente.....	92
5. ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO: CANCER DE MAMA	95
CONCLUSIÓN, REFLEXIÓN Y PROPUESTA	104
BIBLIOGRAFÍA	107

INTRODUCCIÓN

El discurso de la medicina, entendida como ciencia positiva del siglo XX, no considera plausible hablar de naturaleza o finalidad de la profesión médica. Esto se debe a que el modelo que actualmente domina la atención médica concibe la enfermedad primero como una lesión, luego como una alteración de la estructura anatómica y por último como una desviación estructural (Viesca, 2001, p.18). Desde este modelo, sólo es posible hablar descriptivamente, algo insuficiente cuando se habla de finalidad.

La carencia de fines en la medicina fue el motivo para que existiera un proyecto encabezado por el Hasting Center, que se proponía especificarlos, en éste, participaron catorce países con grupos multidisciplinarios, conformados por médicos, biólogos, juristas, filósofos, teólogos, etc. El resultado inicial fue publicado en la revista del mismo centro. El reporte termina enfatizando las aspiraciones para la medicina del futuro: 1. Una medicina honorable, que dirija su propia vida profesional, que sea prudente, asequible, sustentable, sensitiva, pluralista y equitativa. (Hanson et al. 1999, pp. 1-53). Aunque se destacan estas aspiraciones, es necesario especificarlas para que se conviertan en guías concretas; tanto en el ámbito teórico como práctico es necesaria la factibilidad de dichas propuestas.

Esta ha sido la aspiración de la bioética médica desde sus orígenes: cerrar la brecha entre una fundamentación ética y las acciones morales de la práctica médica (Gracia, 2007, p.15; Kraus & Cabral, 1999, p. 4-5). De este modo, nos encontramos ante dos niveles de análisis: uno teórico, en el que se encuentran las teorías éticas; y otro práctico, en el que se utilizan herramientas, perspectivas o metodologías que posibilitan la ejecución de acciones concretas.

Se trata, en efecto de dos niveles distintos. Hay en la literatura bioética textos dedicados exclusivamente a la fundamentación (Ferrer & Álvarez, 2005), y textos dedicados a casos particulares (Hurwitz et al, 2004). Con el fin de encontrar estos extremos, desde la bioética médica se han justificado herramientas específicas, que no necesariamente funcionan con otro tipo de bioética, como la referida las políticas públicas, por ejemplo. Esto se debe a que la bioética médica requiere una fundamentación centrada en la relación médico paciente, mientras que en la bioética en

políticas públicas se necesitan herramientas de las ciencias sociales para valorar intereses de una población (Evans, 2012).

En el caso de la relación entre fundamentación ética y conductas morales en bioética médica se ha hecho énfasis en el fomento de la autonomía relacional, la reciprocidad, la responsabilidad, empatía, etc. Valores que implican al médico y al paciente, con ello se pretende alejarse de las éticas decisionistas y liberales de la bioética norteamericana.

Este énfasis dirige al mismo tiempo una crítica a códigos, guías o juramentos como única fundamentación de una conducta moralmente correcta en las decisiones médicas; ya que éstos no son una fundamentación, sino su difusión (Engelhardt, 2004, p. 14-17). Para enfrentar esta situación, se ha cultivado la filosofía y la historia de la medicina. En el caso de Latinoamérica, se han recuperado en mayor medida las tradiciones de la filosofía continental, lo que ha dado por resultado una bioética más crítica, fundamental y global. Tres características del saber filosófico (Engelhardt, 2004, p. 9). Para hablar de tradiciones concretas, cabe destacar la escuela de Heidelberg, y la escuela de Madrid con Pedro Laín Entralgo y Diego Gracia. La característica que comparten estas escuelas es que parten de una comprensión del ser humano para realizar la fundamentación de la ética y, por ende, de la bioética. Sin embargo, su aporte necesita ser complementado continuamente en relación con diferentes ciencias y disciplinas y desde contextos particulares.

Al concebir a la bioética médica de manera crítica, fundamental y global se abre la posibilidad de incluir otras ciencias y disciplinas para que contribuyan en el análisis de casos concretos; sin embargo, queda por responder: ¿Cuál es la mejor manera de discriminar el aporte de cada disciplina? Es cierto que el caso marca las pautas para contestar esta pregunta, pero hay ciertos puntos de partida que son ineludibles, por ejemplo: ¿Qué es la bioética? ¿Cuál es su función? ¿Cómo se adapta a un sistema de salud particular? Para responder estas preguntas no basta con citar un código o filósofo, ni tampoco cabe esperar a que un caso paradigmático lo responda. La justificación principal se deriva de la importancia de una visión de conjunto entre fundamentación, metodología y factibilidad.

A partir de lo anterior, el objetivo general de este texto es: Analizar si la bioética médica es adecuada para proporcionar un modelo humanístico en la relación médico-paciente. Entendiendo por “modelo humanístico” la fundamentación, metodología y factibilidad de la bioética médica.

Los objetivos particulares son:

- i. Presentar los modelos actuales en la relación médico paciente y su problemática humanística
- ii. Presentar el modelo de la bioética médica
- iii. Fundamentar éticamente el modelo de la bioética médica
- iv. Analizar las principales herramientas de la bioética medica en la relación médico-paciente.
- v. Justificar la narrativa como una metodología en bioética médica
- vi. Analizar un caso clínico bajo la visión de la bioética médica
- vii. Ofrecer una reflexión y conclusión

Las preguntas que guiarán esta investigación son: ¿Cuáles son los fundamentos éticos de la bioética médica? ¿Cómo se aplican estos fundamentos a una situación concreta? ¿Cómo puede enfrentar la bioética médica el modelo biológico-lesional en la relación médico paciente?

La metodología por usar será de tipo documental, de análisis y síntesis. El método que se ocupará para la fundamentación de la ética será el fenomenológico en tanto ética formal o protomoral. Para tener en cuenta el contenido ético se recuperará la categoría ética de la otredad. Estas metodologías éticas permitirán complementarse con la narrativa desde diferentes disciplinas, a saber, la antropología, literatura, medicina y bioética narrativas.

Por último, quisiera plasmar mi agradecimiento a las personas que se involucraron directa e indirectamente en el proyecto: Mi asesora María de la Luz Casas, a mis sinodales: Carlos Viesca, Víctor M. Martínez Bulle Goyri, Mariblanca Ramos y Ángel Alonso Salas. A los profesores del posgrado: Ricardo Páez, Beatriz Vanda y Asunción Álvarez. A mis compañeras del posgrado: Marilyn González, Thalía García y Carmen de la Sierra. A mi familia y a mi esposa Betsy Varela.

1. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y SU PROBLEMÁTICA HUMANÍSTICA

La fundamentación de los modelos actuales en la relación médico-paciente dependen de distintos factores. Podemos enumerar los tres que considero más importantes. 1. El modelo de conocimiento de la ciencia moderna. 2. La moralidad actual que celebra los derechos humanos, civiles y políticos. 3. Una visión histórica de la medicina que considera los dos anteriores como metas de un progreso ético y científico.¹ En efecto, los modelos actuales de la relación médico paciente son el resultado de fenómenos más amplios, y en la medida en que se relacionan, resultan tres posturas principalmente. El modelo basado en el paternalismo, en la autonomía y en la reciprocidad.

“Paternalismo es el modo de entender las relaciones humanas de acuerdo con los esquemas propios de la vieja sociedad patriarcal” (Gracia, 2008, p. 101). Este esquema se reproduce en la relación médico paciente, mediada por el conocimiento de la ciencia moderna y de la moralidad contemporánea. Si consideramos el conocimiento y moralidad de manera separada, habrá que tener en cuenta la brecha entre una verdad científica y una verdad moral, aunque en ambos casos se apliquen leyes universales a casos prácticos, se trata de dos realidades distintas. Y si se mantiene dicha división lo que resulta es una teoría estéril, incapaz de relacionarse con la práctica cotidiana. Menciono esta situación porque en muchos casos el paternalismo suele justificarse desde un conocimiento objetivo. Tal es el caso del paternalismo fuerte, donde no se toman en cuenta los deseos del paciente, aun cuando se acepte que tiene capacidad e información para tomar sus decisiones. Al contrario de esta postura, el paternalismo débil se justifica debido a que el paciente tiene una autonomía disminuida. En efecto, en este caso el conocimiento científico y la moralidad (derechos civiles) se entrelazan. La moralidad dicta qué seres humanos son sujetos de autonomía (sanos mentalmente, adultos) y sin importar el conocimiento científico, se respeta una decisión.

¹ Para aclarar esta idea un poco mejor es conveniente pensar en la presentación de histórica de la ética médica: En muchas ocasiones esta historia comienza describiendo el paternalismo de la Grecia clásica y termina con algún código de ética médica que rescate los derechos y autonomía del paciente, como los que han producido la Asociación Americana de Medicina o la Asociación Médica Mundial. Esta manera de presentar la historia de la ética médica puede dar la impresión de que se ha llegado a una meta. Sin embargo, esto puede confundir porque no en todos los casos el paternalismo es indeseable. A lo largo del texto veremos cómo se trata más de una cuestión deliberativa que de derechos.

Existe otra clasificación del paternalismo que no depende de la autonomía sino de la beneficencia: el paternalismo directo e indirecto. El primero se justifica por la autoridad moral del médico para beneficiar al paciente, sin tomar en cuenta sus deseos. El paternalismo indirecto, se finca en la beneficencia, pero de manera indirecta, por ejemplo, a través de regulaciones ambientales.

Este tipo de distinciones, lejos de ser meramente conceptuales, reflejan la manera en que se dan las relaciones humanas y qué elementos se valoran más. Al valorar el conocimiento de la ciencia y la igualdad de derechos, parece que el camino es claro: es deseable que exista una relación médico paciente simétrica u horizontal. Sin embargo, es necesario decir cómo funciona esta simetría en casos concretos, cómo ayuda y qué se deja de lado. En el caso de nuestro país se ha privilegiado en mayor medida la autonomía. Muestra de ello es el pronunciamiento de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA):

“El tipo de decisiones que debe tomar el personal de salud ha cambiado, a partir del reconocimiento de que el paciente es una persona con igual valor moral, para efecto de decidir sobre su cuerpo, a pesar de estar enfermo. Esto aumenta el grado de complejidad en cada caso. La definición de lo que es adecuado y conveniente para el paciente no se limita a los aspectos técnicos, que son de dominio obligatorio del personal de salud. El concepto de calidad de vida y beneficio está determinado por los planes de vida y valores del paciente, por lo tanto, no necesariamente deben coincidir con los del personal de atención a la salud y es allí donde pueden surgir conflictos bioéticos.” (Ruiz de Chávez, 2012, pp. 18-19)

En el otro extremo del paternalismo, la relación médico paciente está determinada por la autonomía del paciente. En este caso el médico se convierte en un proveedor de servicios más que en un profesionalista, aquí no importa la capacidad del paciente; su decisión sobre la terapia y diagnóstico es incuestionable. Esta preferencia se ha fomentado en occidente, en donde se defiende el pluralismo, la democracia y el liberalismo. Pacientes y médicos son considerados agentes morales autónomos, libres y responsables (Gracia, 2007, p. 17).

Tanto en la postura que acepta el paternalismo fuerte, como en la que acepta la autonomía se ocupan presupuestos epistemológicos y morales extremos, y sus consecuencias prácticas no son las más afortunadas. Si se aplican los fundamentos de

una democracia liberal a la relación médico paciente, esta relación se convierte en una transacción. Y si se aplican los fundamentos epistemológicos o científicos, la relación se basa en un reduccionismo, ya que, al identificar la enfermedad con términos clínicos, se deja de lado la enfermedad en tanto experiencia vivida. Por ende, no hay comunicación intersubjetiva, sólo se informa el diagnóstico y terapia correspondiente a la enfermedad, pero no hay una relación de experiencias frente a la enfermedad

En este sentido, cualquier modelo actual de la relación médico paciente entra en tensión desde que se acepta la ciencia moderna y la autonomía del paciente, ya que el respeto por la autonomía implica que la medicina sea un servicio a disposición del gusto personal y autónomo, al tiempo que cancela los procedimientos clínicos basados en una medicina basada en la evidencia. Sin embargo, hay una postura que intenta responder a la tensión entre paternalismo y autonomía, proponiendo que, tanto el médico como el paciente formen una diada para enfrentar la enfermedad: El modelo basado en la reciprocidad. Este modelo ha sido justificado desde fundamentos éticos, humanísticos y antropológicos. Esta justificación ha sido un gran reto teórico y práctico debido a que es necesario enfrentar la idea de enfermedad en tanto un estado observable y objetivo, además del lugar que tiene la autonomía en la moral contemporánea.

Por tanto, la problemática humanística a la que me refiero en el título de este apartado es problema en tanto enfrenta prejuicios epistémicos y éticos en los modelos actuales de la relación médico paciente. Y es humanista en tanto propone criterios éticos contextuales. En efecto, puede haber criterios éticos que se pretenden añadir a una sociedad o comunidad y resultan ajenos. Para evitarlo, se enfatiza en que los criterios surjan de la comunidad y no de fuera, y que al mismo tiempo sean motivo de reflexión, para que no sólo sean morales sino éticos, distinción de la que hablaré en seguida.

1.1 Ética y Moral

El modelo basado en la reciprocidad ha motivado distintos análisis, aunque por lo regular se encuentra como punto de partida (fundamento) la distinción entre ética y moral. Se considera el punto inicial por varias razones: 1. Distinguir ética y moral caracteriza a la autonomía como la norma de una sociedad y no en un sentido universal. 2. Se busca especificar la relación que tiene la medicina con la ética y la moral, para después superar a la ética médica normativa a través de una ética médica interdisciplinaria y transdisciplinaria; es decir, la bioética médica.

La pregunta que puede resultar de lo anterior es ¿Por qué es importante la relación médico paciente para la ética o bioética médica? En la medicina se observan otras problemáticas que parecen más importantes: el poco tiempo disponible para la consulta médica, la falta de recursos e incluso las relaciones de poder dentro de un hospital. Hay dos respuestas: 1. Tales circunstancias, aunque importantes, no están dadas, también son el resultado de valoraciones y de significados dentro de una sociedad moderna. 2. Centrar la atención en la relación médico paciente se justifica debido a que la medicina, en tanto actividad moral y ética, tiene como principal tarea el encuentro entre médico y paciente, no la gestión de recursos económicos, políticos, etc. En otras palabras, la relación médico paciente es el eje de la bioética médica.

En este trabajo se tendrá en cuenta la distinción entre ética y moral junto con una distinción adicional: la forma y el contenido de la vida moral y ética. Comencemos explicando cómo se diferencian habitualmente estos conceptos.

Regularmente se distingue la ética de la moral del siguiente modo: la moralidad es el conjunto de normas que subyacen en una sociedad y en un momento determinado, mientras que la ética es una reflexión de segundo orden que cuestiona estas normas, pregunta el porqué de su existencia, validez, etc. (Cortina & Martínez, 2001, p. 22). Algunas de las notas que hay que tener en cuenta en esta distinción son las siguientes.

1) Centrarnos únicamente en la diferencia entre ética y moral hace pasar por obvia una separación: reglas o normas determinadas, y nuestra capacidad para ser éticos. Parece que, al establecerla de tal manera, estamos hablando de cosas distintas, como

si por un lado tuviéramos la capacidad de actuar moralmente y por otro la capacidad ética.

2) También se ha dicho que para hablar de ética en la actualidad se necesitan recuperar elementos del contexto en donde se pretende aplicar, no es suficiente elaborar una teoría ética consistente en sí misma, sino que además debe ser contextual. En este sentido, distinguir ética y moral puede dar la pauta para elaborar una teoría ética que no responda a las necesidades específicas de una sociedad.

Frente a estas críticas propongo complementar la distinción entre ética y moral con la de forma y contenido, ya que ésta permite una reciprocidad más clara. Como introducción podemos decir que la formalidad moral o ética no se refiere a una normatividad, o a un conjunto de proposiciones coherentes entre sí, sino a la *posibilidad* de cada persona para relacionarse con el entorno. Y el contenido se refiere, tanto a las condiciones contextuales, como a la reflexión ética que hacen efectiva dicha posibilidad. Para explicarlo con un ejemplo pensemos en los colores. Se sabe que la existencia de los colores es el resultado de una percepción cerebral del contacto de la luz con los fotorreceptores del ojo. Y no puede haber colores si alguno de estos elementos no está presente. En este símil, las teorías de la óptica conforman la formalidad del color; las longitudes de onda particulares, el estado de salud de un cerebro y un ojo particular serían el contenido.

En este orden de ideas, la formalidad de la vida moral y ética se refiere a la inevitable relación del hombre con el mundo (como la relación entre un ojo y la luz) y el contenido a las condiciones específicas de una persona o sociedad en particular (como el color verde que estoy viendo). Al relacionar forma y contenido resulta una bioética médica fundamentada en una filosofía de lo humano; pues en última instancia toda ética y moral es y refiere a lo humano. El esquema quedaría del siguiente modo.

(Relación hombre-mundo) Forma	Moral	Ética
	Contenido	Contenido

En un sentido muy básico, lo que se afirma a partir de este esquema es, que tanto las normas de una comunidad, como su reflexión forman una relación inextricable. Cada

pensamiento tiene significado desde un contexto, no importa si es una norma, una ciencia o una reflexión filosófica. Antes de todo ello hay una relación dada entre sujetos que posibilita el surgimiento de teorías, etc. Desde este punto de vista, al estudiar las diferentes moralidades médicas, se cae en cuenta de que siempre han estado relacionadas con la moralidad de la sociedad en la que residen. Ciertas normas morales determinan las normas en la práctica médica. Tal es el caso del Juramento hipocrático, que se considera el modelo paradigmático de ética médica, donde se incluyen obligaciones morales como el respeto al maestro, a la vida, la negación al aborto y a la eutanasia. Cabe aclarar que esta moralidad era solamente una más dentro de la sociedad griega. Menciono el ejemplo de la Grecia clásica a propósito, ya que este mismo contexto provee el terreno para hablar de una ética médica: reflexiva, responsable y filosófica; distinta de una etiqueta médica: apariencias pulcra, manera de hablar y de vestir adecuadas (Viesca & Sanfilippo, p. 25). En este contexto, se puede observar que en un mismo lugar puede existir moral y ética médica. Es importante subrayar este fenómeno porque nos hace cuestionarnos acerca de la medida en que reflexionamos acerca de la moral médica actual.

Uno de los obstáculos para comprender la coexistencia de ética y moral es una manera de entender los valores seculares. Hay por lo menos, dos maneras de entender un valor secular. 1. Valores universales que no apelan a alguna autoridad, sino que se justifican racionalmente. 2. Valores que no tienen un compromiso con alguna visión del mundo; son pautas de conducta que establecen límites coercitivos de convivencia necesarios; aquí el juicio valorativo no busca ni se deriva de un valor independiente, como lo sería en el primer caso. Nótese que estas dos comprensiones implican dos maneras distintas de entender un criterio de racionalidad: en el primero hay una razón perfectamente delimitada de la que participamos los seres humanos, y depende del grado de participación la medida en que somos más o menos racionales. En el segundo, la racionalidad está en función de las costumbres de una sociedad particular. De este modo la secularidad se puede caracterizar como una búsqueda racional de valores universales o los mejores límites de convivencia de una sociedad particular.

En la medida en que se ha abordado el tema, se ha llegado a la conclusión de que no hay valores universales. De hecho, esa conclusión marca el cambio de la

modernidad a la posmodernidad, en esta última prima la decisión individual acerca de qué valorar y cómo hacerlo. La relación médico paciente está inscrita en estos antecedentes, ya que la comunidad médica, además de desarrollar un conocimiento, ha producido diversos códigos éticos que guían maneras de relacionarse con el enfermo. En la posmodernidad, el código aceptado es que no hay una sola manera de valorar, todo puede ser considerado valioso. Así, se suele sostener una ética que sirve de marco regulador, que no prescribe, sino que limita. Este tipo de presupuestos van de la mano con una idea de individualismo; en efecto, se asume que el criterio médico debe estar centrado en el individuo, y sólo éste tiene la máxima autoridad moral.

El presente capítulo encuentra su lugar en este debate, y, por tanto, toma postura frente al individualismo, representado por el principio de autonomía en la bioética contemporánea. Se enfrenta este principio porque impide una relación médico paciente vinculante, ya que una autonomía liberal implica que esta relación sea sólo una transacción. Como había mencionado, para enfrentarlo es necesario cierto grado de profundidad, que se puede lograr haciendo algunas preguntas filosóficas: ¿Qué es un individuo? y ¿Cuál es la relación que éste guarda con una conciencia ética o moral? De este modo se pueden esclarecer las bases que permiten vincularnos, o no, con otros seres humanos, en este caso entre el médico y el paciente.

1.2 Ética para la bioética médica

Hay que decir que recurrir a la filosofía para abordar temas de ética o bioética médica es muy frecuente, se suelen citar autores o teorías para sostener o desacreditar una postura. En este caso para sustentar un modelo en la relación médico paciente. Un error en el que se puede es usar a conveniencia tales discursos o figuras. Lo que propongo en su lugar es comenzar con una noción básica de filosofía: No es algo o alguien, es más bien una situación que acontece y su mejor presentación es en forma de problema. Un problema filosófico surge debido únicamente al hecho de que existimos, preguntamos por la vida, el conocimiento, la moralidad, etc., y cada pregunta toma un sentido particular en la medida en que se centra en un organismo, un sistema biológico, un diseño divino, un método de conocer o un código de conducta. En este sentido, se ha preguntado y respondido un problema filosófico de muchas maneras; se dice de la vida, por ejemplo, que es “un cambio incesante”, o del conocimiento que es creencia verdadera justificada. Tales definiciones no son esencialmente filosóficas y tampoco hay problemas filosóficos listos para ser analizados, es la misma relación entre el mundo el hombre y su constante cambio lo que ha marcado la pauta para preguntar y responder de una manera determinada. En otras palabras, los problemas filosóficos no son, ni pueden establecerse como por proposiciones universales y tampoco la filosofía se identifica con contenidos específicos.

Al estudiar con detenimiento el resultado que ha traído la relación entre el hombre y el mundo, se puede notar que hay situaciones recurrentes que han tomado mucha de nuestra atención. Por ejemplo, las funciones vitales que compartimos con otros seres vivos como la reproducción, respiración o la muerte, mismas que han motivado respuestas acerca de cómo funciona el mundo, ya sea en ciclos regulares, jerarquías de seres, etc. En este sentido, se ha llegado a notar que tenemos posibilidades que no tienen otros seres, como la capacidad para volver sobre la experiencia, lo que conlleva distinguir entre vivir y vivir bien; conocer y conocer verdaderamente; pensar y pensar correctamente.² Se habla entonces, de ética, epistemología y lógica. Los problemas

² Desde la filosofía clásica, la reflexión filosófica (*analogizomai*) se entendía como un fenómeno que subyace a la ponderación sobre los actos buenos, malos y de conocimiento. No hay distinción entre

epistemológicos, por ejemplo, aquellos que tienen que ver con la reflexión sobre el conocimiento, están relacionados con nuestra condición finita. Una vez que volvemos sobre nuestra experiencia, podemos dar cuenta de que vamos a morir y estamos tentados a acceder a un conocimiento incondicionado. Así surge la búsqueda de un conocimiento verdadero.

Detrás de la búsqueda por el conocimiento se encuentra el problema filosófico de la verdad, a saber, reflexionar sobre, qué es, cómo se obtiene, qué herramientas son necesarias para develarla y comprenderla, etc. Este problema se puede reformular preguntando: ¿La verdad es una necesidad humana por fundamentar su existir? ¿Es una propiedad? ¿Es un producto independiente de los humanos? Con estas preguntas quiero señalar que los problemas filosóficos no se encuentran en ningún aspecto ajenos a nuestra condición, se reflexiona con la finalidad de ir al fundamento, o llegar al límite para afirmar que no hay tal cosa. En el caso de la epistemología, se reflexiona sobre las condiciones que hacen posible el conocimiento verdadero, y estas condiciones no radican en lo puramente conceptual; es decir, responden a una realidad humana o antropológica. Lo que significa que el mundo está inevitablemente antropomorfizado.

Con lo dicho hasta aquí se sigue que no hay una filosofía sino culturas que desarrollan filosofías; estos productos culturales tienen un sentido y un valor dentro de ella y por eso se fomentan o se relegan. Paul Ricoeur identifica un momento anterior a la formación de un producto cultural, le llama, núcleo ético mítico de una cultura: imágenes y símbolos que constituyen las representaciones más básicas de un pueblo (Ricoeur, 2010). Este núcleo no es lo dado, sino lo que permite la creación de significado dentro de una cultura. Por ello —dice Ricoeur— la extrañeza entre culturas nunca es absoluta, siempre hay semejanza entre los hombres, pues la transferencia de una perspectiva a otra es constitutiva al hombre. Al respecto, Enrique Dussel lo relaciona con la filosofía y dice que existen problemas filosóficos comunes³ y el intento por explicarlos.

conocer y actuar correctamente, ya que en todo caso se parte de una vuelta sobre la experiencia (*aísthēsis*, estética) con el fin de articularla (*lógos*, lógica). (Alcalá, 2015).

³ Enrique Dussel presentó un artículo en el XXII Congreso Mundial de Filosofía en el cual argumentaba que el ser humano se confrontaba con la totalidad de lo real para manipular cosas de tal manera que pudiera reproducir la vida en comunidad, con ello, el hombre se preguntó por la fundamentación última de todo lo que es real. En un segundo momento se desarrolla racionalmente la narración mítica y después el lenguaje se hace unívoco a través de las categorías filosóficas. De este modo, la posibilidad de crear un diálogo intercultural es posible gracias a que compartimos la misma experiencia primigenia (Dussel, 2012).

Estas explicaciones se concretan en las diversas tradiciones filosóficas, como la latinoamericana, la china y la hindú. Mismas que se integran a la explicación mítica y racional de manera no excluyente.

La ética, en tanto disciplina filosófica, habla sobre cuestiones propiamente humanas: la totalidad de la experiencia moral, que puede cifrarse en términos de bondad, rectitud, deber, virtud y sus contrapartes. Es decir, se reflexiona sobre lo bueno, lo recto, etc., con el propósito de encontrar aquello que subyace a la conducta bondadosa, a la rectitud, a la validez de la norma, a la afirmación de un contenido ético, etc. Esta tarea se conoce como *fundamentar éticamente*. Como en cualquier disciplina filosófica, existen tradiciones que especifican de varias maneras esta tarea. En efecto, las pautas de la conducta moral pueden identificarse con las leyes de la naturaleza, el derecho, un mandato de Dios, la autonomía de la razón, un hecho moral, etc. Por tanto, no siempre se entiende la actividad de fundamentar de la misma manera y el producto de la fundamentación varía con relación a estas actividades. A su vez, la búsqueda por la mejor fundamentación también es parte de la fundamentación misma, pues un solo sistema moral no puede dar cuenta de manera acabada de la moralidad humana en su totalidad.⁴

Como ejemplo, hay dos casos en relación con la bioética que pueden ser de utilidad. i. En el prólogo que le escribe Diego Gracia a Jorge Ferrer y Juan Álvarez, en su libro: *Para fundamentar la bioética*, dice que la conducta moral es un “hecho original e irreductible a cualquier otro”. ii. Bauman Zygmunt, caracteriza el hecho moral como un impulso de naturaleza, impredecible, que carece de oportunidad para ser un fundamento y por tal razón, es una producción que depende de la *decisión* del hombre (2005, p. 59).

Aunque ambas posturas parecen referir a lo mismo: la conducta moral es un fenómeno irreductible. Gracia justifica su postura desde la ética en tanto fenómeno primigenio, mientras que Zygmunt habla desde la posmodernidad, en donde la ética se reduce a mero gusto. Ambas posturas parten de comprensiones distintas de la ética y, por tanto, llegan a conclusiones distintas respecto de ella. Por ejemplo, hablando de principios bioéticos; para Gracia un principio sería una formalización de un hecho moral,

⁴ Aunque la ética no se identifique con un contenido moral no significa que sea neutral, pues se compromete con valores (Cortina, 2001, p. 22-23). Por ejemplo, la solidaridad, la paz, etc.

una abstracción de un deseo compartido por los humanos, mientras que para Zygmunt sería la manifestación de la autonomía de la razón, una determinación por seguir las normas que uno mismo se dicta. La primera postura no admitiría fácilmente el relativismo moral mientras que la segunda sí. Es importante destacar desde donde se parte en la reflexión ética porque regularmente se alude a ésta cuando se habla de fundamentación, además de que determina en buena medida las implicaciones a temas éticos, por ejemplo, el estatus y función de los valores, principios, normas, etc.

La pregunta que surge con ello es ¿Es conveniente seguir argumentado por una fundamentación ética? Sí lo es, pues enmarca una dificultad a la que se enfrenta la bioética médica, a saber, el prejuicio que indica que las acciones morales no tienen fundamento o grado de universalidad, sino que son una decisión subjetiva. Pero, ¿cómo fundamentarla? Aquí podemos adelantar que el procedimiento que seguiremos será a través del análisis fenomenológico-hermenéutico de la experiencia moral y ética. De manera inicial, me parece que se puede entender esta experiencia como parte de la naturaleza humana. Conviene hacerlo de esta manera porque nos enfrenta con el otro prejuicio para entenderla: no hay naturaleza humana. En efecto, con la razón matematizante y el mecanicismo se canceló esa posibilidad. En principio, cualquier parte de nuestro cuerpo y mundo es manipulable, y si no se ha realizado es porque se necesita más conocimiento y técnica, pero nada es inalterable en principio. En contraste, una idea de naturaleza humana presupone algo natural, único e inviolable. Desde presupuestos mecanicistas no hay seres naturales, no hay condiciones primigenias, impulsos, ni alguna condición que pertenezca exclusivamente a algún ser, todo responde a la ley de causa-efecto, a cuestiones mecánicas, predecibles y replicables.

Esto no siempre ocurrió así; por ejemplo, en la filosofía clásica, la totalidad de la experiencia humana se explicaba gracias al asombro o perplejidad de un problema esencial, aquello que los griegos llamaron *thaûma*. El asombro posibilita la investigación por las totalidades, ya sea, especificadas desde la filosofía, teología o ciencia. Así, cualquier saber es un modo de articular el mundo, sólo que la tradición y los prejuicios, hacen de su presencia una explicación definida del mundo y de los seres que lo habitamos. Desde esta perspectiva el mecanicismo y la razón matematizante es un esfuerzo por articular la totalidad de la experiencia, no la totalidad misma.

En este sentido, estar en el mundo, no es lo mismo que articularlo y podríamos pensar que la moralidad es una especie de articulación. Sin embargo, la conducta moral puede reducirse a un fenómeno más originario que no está articulado; por tal motivo no podemos más que fundamentarla con una explicación, no con axiomas o principios. Por ejemplo: querer fundamentar una moral sería semejante a dar razón de nuestro deseo de comer, simplemente está ahí y lo que hagamos a partir de ese deseo no se identifica con el deseo mismo; en este caso, saciar el apetito con una u otra cosa no constituye el deseo de comer: Bien podríamos comer algo que no tuviéramos en mente y de cualquier modo el hambre desaparecería.

Aunque podamos hablar de la totalidad del conocimiento y de la moral, no conviene reducir ese producto a la existencia misma, ya que esta posibilidad de abarcar “el todo” es lo que se le conoce como nuestra posibilidad metafísica, que refiere a la disposición de abrir caminos de sentido, no tenemos posición en el mundo definida para articularlo de una manera únicamente, se parte de un cuestionamiento o perplejidad que permite abrir un horizonte de comprensión —como diría Gadamer—. Pensar un discurso metafísico de manera acabada y definida, o incluso pretender erradicar la metafísica, es intentar cancelar la capacidad para producir sentido. En tal caso —dice Hernández Moreno—, identificar esta capacidad con un campo de conocimientos, sea éste del orden que fuere, la metafísica queda reducida y violentada; pero más que la metafísica, es el *animal metaphysicum* se le deja violentado e incomprendido” (Hernandez, 2014, p. 35).⁵

En suma, la filosofía y los problemas que le son propios dependen del hombre y su trato con las cosas, condición de estar siempre en el mundo, hablar de teorías filosóficas, éticas y bioéticas no ampara un conocimiento meramente conceptual, axiomático o aséptico. Por tanto, la distinción entre teoría y práctica tiene más que ver con niveles de análisis que con una distinción cualitativa. Como han sostenido algunos autores (Burgos, 2013; Masiá, 1998), la ética que necesita la bioética no puede ser

⁵ Para ejemplificar esta idea podemos pensar en un diagrama de flujo. Supongamos que las decisiones morales están dadas de antemano y lo único que es necesario es seguir el camino que va marcando el diagrama hasta encontrar la respuesta. Si pensáramos que el diseño de ese diagrama es el verdadero, nuestra posibilidad para producir nuevos quedaría cuartada. Análogamente, esto es nuestra posibilidad metafísica de producir otras interpretaciones morales, u otros sentidos. Este diagrama es a lo que referimos comúnmente como teoría, y la acción como práctica. Pero si ponemos en duda toda teoría que se nombre como verdadera, la relación unívoca entre teoría y práctica habrá desaparecido.

racional en un sentido neutro, como se pretendía en la ilustración: un razonamiento conceptual como el que se usa en las matemáticas. Por esta misma razón no es posible hablar de una bioética que no se relacione con la ética filosófica, pues al final, debe existir un criterio de conducta que no se puede reducir a una fórmula de racionalidad que sea aplicable a todas las situaciones posibles. Esto no quiere decir que no exista un criterio de racionalidad, sino que el criterio es el diálogo, la reciprocidad, la responsabilidad, la empatía y la autonomía. Valores que son constitutivos a la acción, no prescripciones axiomáticas que requieran una conclusión definida.

Entonces, cuando se dice que la relación médico paciente debe tener un eje ético, es necesario decir cómo funciona el fenómeno ético en tanto característica humana y qué propiedades tiene para que sea el centro de análisis de un tema en bioética médica. El tema es la moral y la ética como fundamento de la bioética médica y de una relación médico paciente basada en la reciprocidad. El pequeño esbozo que se ha elaborado en estas páginas puede servir para criticar lo que comúnmente se asocia a un modelo en la relación médico paciente, a saber, un protocolo o una serie de pasos a seguir. En el próximo apartado se comenzará propiamente a explicar la respuesta a esta problemática desde la bioética médica.

1.3 Bioética médica

La etimología de la palabra bioética se compone de *bios* y *ethiké* (vida y ética). En esta palabra se sintetiza biología y moral, ciencia y conciencia, hechos y valores y, ser y deber ser. El Dr. José Alberto Mainetti hace una puntualización al respecto: "El término bioética es redundante desde el punto de vista etimológico, porque *bios* en griego significa vida humana. En este sentido toda la ética siempre ha sido bioética. (Mainetti, 2000, p. 27). En la síntesis que se lleva a cabo a través de este concepto pueden converger una diversidad de maneras para abordar problemas morales. Todo depende de lo que se entienda por ética y qué acciones morales se llevan a cabo en un contexto específico. En el caso de las acciones morales dentro de contextos se han diferenciado cuatro campos: bioética médica, bioética en políticas públicas, bioética en investigación en seres humanos y bioética en la cultura. En el caso de la ética dependerá de la fundamentación subyacente.

En el caso de la bioética médica, diversos autores se han servido de este concepto para referirse a la relación entre la ética y las acciones morales en la medicina (Gracia, 2007, p.15; Kraus & Cabral, 1999, p. 4-5). Aunque otros autores se refieren a esta relación con términos como ética médica, humanidades médicas, etc. Posteriormente se especificarán las diferencias. Por ahora es importante señalar que los criterios que justifican una acción ética han cambiado. En la antigüedad, la ética se basaba en la cosmología y la antropología, en la edad media se basaba en la trascendencia y en la edad moderna en la secularización (Engelhardt, 2004, p. 13). Cuando se asume la secularización como característica de la bioética se abre la posibilidad a la pluralidad de valores, sin que ninguno prevalezca sobre otro. De esta manera, la trascendencia, la cosmología y la antropología son posibilidades que deben convivir entre sí. En la edad moderna se asume que la ciencia positiva es capaz de dar soporte a todas las disciplinas, y si no es posible, dicha disciplina es tachada de pseudociencia. Para que una ciencia sea ciencia es necesario un sistema de proposiciones verdaderas en relación con un objeto de estudio. Las consecuencias de concebir el conocimiento de esa manera convirtieron a la ética en una ciencia positiva, cuyo objeto de conocimiento es lo bueno, o, mejor dicho, las normas que se refieren a una buena actitud. Se basa en un sistema de

conocimiento que busca la descripción de una conducta y no de una prescripción de la conducta, (Schlick, 1959, p. 247).

Desde otras posturas modernas se ha abordado las consecuencias de una ética que se pretendía objetiva, emulando el modelo científico. Sin embargo, todas ellas toman distancia del orden natural, la antropología, la trascendencia y se privilegia la secularización. A partir de estas consideraciones se pretende marcar la diferencia entre lo que busca la ética médica y la bioética médica. Mientras que la primera se enfoca en el aspecto normativo de la profesión médica, la segunda recupera elementos metodológicos de una transdisciplina que puede involucrar a la antropología, a las ciencias sociales, literatura, etc. Una transdisciplina se caracteriza por elaborar una síntesis entre varias disciplinas y no sólo imbricar sus contenidos o metodologías. En el caso de la bioética médica esto implica una constante evaluación integral de hechos y valores.

A través de estas observaciones se puede comenzar a plantear el problema de la fundamentación de la bioética médica. Pero antes de ocuparnos en ello es necesaria hacer una distinción importante: No es lo mismo ética en medicina que ética médica. La primera se refiere a la fundamentación ético-filosófica que se aplica a la medicina y la segunda se refiere a la etiqueta médica como costumbre moral; ejemplo de ello pueden ser los códigos de conducta o deberes, como es el caso del "Juramento Hipocrático" (Engelhardt, 2004, p. 14-17). En este sentido, la bioética médica requiere para su fundamentación una ética en la medicina.

Diego Gracia pasa revista a las fundamentaciones más representativas de la bioética médica: naturalismo, idealismo, epistemológicas y axiológicas (Gracia, 2007, pp. 315-393). En cada una de estas fundamentaciones, el autor encuentra falacias insalvables: la falacia naturalista, idealista, antirrealista y anitrascendental. En pocas palabras, la falacia naturalista deriva el deber de los hechos; la idealista deriva del deber los hechos; la antirrealista confunde el concepto de naturaleza con el de realidad, y la anitrascendental concibe a las éticas materiales como meramente talitativas. De este análisis, el autor concluye:

De ahí el gran reto de la filosofía moral del siglo XX: ver si es posible construir una ética material no naturalista y una ética trascendental no idealista. [...] no existen más que dos puntos de partida posibles de la moral: el "empirista y el fenomenológico". El primero piensa que los juicios de ser u ontológicos no pueden derivarse proposiciones de deber o deontológicas, y de ello concluye que respecto de las proposiciones "morales" o de deber, las éticas o de realidad tienen un carácter meramente "premoral". El segundo punto piensa, sin embargo, que el análisis de lo dado en la aprehensión en tanto que, dado en ella, no tiene carácter premoral sino "protomoral". lo protomoral no se identifica con la moral normativa, ni con el deber en el exacto sentido del término, pero tampoco es una realidad premoral; es, exactamente, la estructura fundante o el fundamento último de la moralidad humana.

La diferencia entre los conceptos, premoral y protomoral es importante, porque a partir de ella se va construyendo el fundamento de la bioética médica. Mientras que el primero delimita el alcance de los juicios del ser con respecto a los del deber, el segundo asume una moralidad formal que en un nivel primigenio no tiene contenido. Esta formalidad tiene que ver con una manera de aprehender el mundo que no está escindida entre sentir, inteligir o estimar. De ahí que el autor proponga la "ética formal de bienes". Es formal sin ser ideal porque apela a una protomoral humana y está relacionada con un bien en tanto afirma un juicio valorativo. Dicha valoración se construye, no desde una estimación, preferencia o norma, sino desde la ponderación de cada caso en particular. Esta ponderación se puede entender como la metodología bioética en general y depende, como se dijo, de condiciones particulares. El caso de la bioética médica no es la excepción, pues se sirve de distintas disciplinas y, por supuesto, de la ciencia médica.

Esta metodología no se puede entender como un principio o sistema, sino como creación. La propuesta que ofrece Diego Gracia tiene que ver con ello: partir de la realidad humana, considerar posibilidades morales deontológicas (autonomía, beneficencia, derechos humanos, etc.) y consecuencialistas (principio de la responsabilidad) y ratificar o justificar la decisión (Gracia, 2007, p. 482-506). En efecto, el autor no está proponiendo una metodología procedimental que asegure cierto

resultado, sino un modelo de trabajo, pues en realidad no hay un único conjunto de proposiciones que se puedan aprender en bioética médica.⁶

Aunado a ello, los conceptos centrales en bioética médica pueden tener significados completamente diferentes (persona, valor, bueno, conocimiento, etc.). Es por ello por lo que la bioética médica no es una disciplina, una doctrina o una ciencia, es en realidad una transdisciplina que conjunta varios saberes y metodologías. La dificultad, entonces radica en que hay más de una manera para especificar el saber que cada disciplina aporta.

Esta manera de proceder tiene ventajas que el modelo científicista no tiene, pues al tomar en cuenta las condiciones particulares de un problema se puede discriminar de mejor manera qué metodología, sistema conceptual y acciones son pertinentes. Hay que decir que este mérito no es fácilmente asequible desde ojos modernos o posmodernos, la principal razón es que desde la modernidad se tiende a analizar los problemas teóricos y prácticos de manera separada. Por un lado, se presentan las teorías éticas de formas aislada y terminada, y por otro las acciones sin tener una idea de conjunto.

En efecto, en la modernidad y en especial con el utilitarismo, se aboga por un criterio ético homogéneo que pueda abastecer todos los fines de la acción humana. Con ello, los problemas prácticos requieren únicamente una resolución estratégica que permita alcanzar el fin estipulado previamente. Bajo esta mirada, problemas como la desigualdad social, el poco tiempo disponible para la atención médica, etc., ya tienen una solución, sólo faltaría implementarla. Por otro lado, la posmodernidad hace posible el peor de los escenarios, pues la ética es reducida a un gusto o emoción personal y no hay oportunidad para establecer puentes argumentativos con el problema en cuestión. Otro de los obstáculos para reconocer las posibilidades de una metodología transdisciplinaria tiene que ver con la visión de la moralidad y la ética en tanto fenómeno humano. Hay varias maneras de explicar esta idea: La ética es un fenómeno humano

⁶ Quizá valga la pena decir algo más al respecto de esta afirmación, ya que parece contradictorio decir que no se aprende bioética médica, pues hay principios y guías canónicas. Sin embargo, si la bioética está fundamentada en la ética, ésta debe tener a su vez un fundamento, pero éste no puede ser identificado con proposiciones. Pero tampoco se puede decir cualquier cosa, se requiere una guía, para ello es necesario entender el método y el manera de entender el método y su resultado en un sentido específico.

porque: 1. Su fuente es el ser humano. 2. Porque pretende humanizar las acciones humanas. 3. Porque el ser humano la descubre.

La primera sería una visión antropológica, la segunda una humanista y la tercera una ético-realista. Todas ellas son canceladas por el modelo científico natural. En efecto, desde la ciencia tradicional, toda valoración del mundo y de la vida humana debe dejarse de lado. Este prejuicio epistémico no permite la interacción con otras disciplinas que no acepten tal paradigma. El puente entre la ciencia y la ética está cancelado en principio. La postura que consideraré en este capítulo es la humanista, aquella que dice qué es una buena actitud, en este sentido supera a la antropológica que es descriptiva y a la realista, que cae en petición de principio. Para ello es necesario ahondar un poco en la distinción entre hechos (ciencia) y valores (ética) como dos realidades distintas e incompatibles entre sí. Hacia ello dirigiré la atención en lo que resta del apartado y que nos servirá de herramienta para continuar con el resto del texto.

Se dice que los hechos y los valores son campos que no pueden relacionarse sin caer en un razonamiento inválido denominado falacia naturalista. Sin embargo, esta separación sólo tiene sentido desde la ilustración. En la ética aristotélica, en sus versiones griega y medieval, no existía tal restricción porque la ética cobraba sentido al apelar a una función (*telos*) o propósito (McIntyre, 2007, p. 58). Desde la ética aristotélica no hay seres humanos aislados, siempre se vive dentro de un contexto donde se juega un papel: hermano, padre, alumno, ciudadano, etc. Toda persona tiene una función dentro de la sociedad y en la medida en que se desempeña de manera adecuada, se dirá que se realiza como *debe* de ser. Para que la falacia naturalista funcione se deben cancelar todos los conceptos que impliquen una función o *telos*. En efecto, esta falacia es el resultado de una serie de presupuestos que han ganado terreno en nuestra sociedad, como la idea de que la naturaleza del ser humano es manipulable, y las razones morales válidas son las que se dicta uno mismo; la ética entonces se convierte en un asunto subjetivo. McIntyre menciona que el proyecto ilustrado de acabar con el *telos* abrió la posibilidad para buscar otras formas de fundamentar a la ética, siendo el utilitarismo y la soberanía de las reglas morales (kantismo) los dos principales (McIntyre, 2007, p.63). Una de las tesis centrales que propone el filósofo de Notre Dame es que ningún fundamento ha podido cumplir la tarea de hacer de la ética una disciplina con una

racionalidad independiente de la teología, la teleología, el derecho y la estética. Como consecuencia, los predicamentos que se viven en nuestra cultura se hacen inteligibles en virtud de este fracaso histórico (McIntyre, 2007, 39). Uno de los predicamentos de nuestra cultura, en el caso de las ciencias de la salud, se refiere a que la función o *telos* humano se ha reducido a sólo una, la biológica. En realidad, la teoría biológica se ha convertido el único lente disponible con el podemos interpelar al ser humano y por consecuencia, su salud y enfermedad. Y para adelantar un problema: si sólo tenemos ese lente disponible, nuestra única manera de sanar es adoptando una visión científica, que en muchas ocasiones es ajena, pues cancela concepciones culturales. En este caso se entra a un estado vulnerable en el que no es posible enfrentar el propio padecimiento.

Pensar que la biología misma puede prescindir de otros conocimientos para dirigir las ciencias de la salud ha llevado a extremos, como los crímenes de guerra cometidos por médicos nazis. Poco a poco se ha caído en cuenta que el conocimiento científico depende siempre de factores sociales, culturales, económicos etc. En efecto, el conocimiento científico, como cualquier otro, se gesta en virtud de un interés. Aunque es necesario ser cuidadosos al emplear esta palabra, ya que no todo interés es negativo, egoísta o pragmático. Puede haber intereses teóricos, religiosos, etc. El Dr. Fernando Lolas Stepke, refiere el interés como "el nexo significativo entre los hombres y las cosas. Todo conocimiento es "interesado" porque sirve para algo o para alguien" (2000, p.19). En efecto, ningún conocimiento es un conjunto de datos inmutables y asépticos; sino que se conjuntaron para algo. Para afirmar esto, Lolas distingue entre dato, conocimiento y sabiduría: El conocimiento es una articulación de datos que sirven para aplicarse teórica o prácticamente, mientras que la sabiduría es la prudencia para manejar el conocimiento en la medida, lugar y momento adecuados. De este modo el conocimiento sí es un conjunto de datos, pero conjuntados con vistas a un fin, ya sea consecuencialista, deontológico, instrumental, etc. La acción de síntesis incluye no sólo criterios epistémicos sino éticos, políticos, etc. Al usar la falacia naturalista como objeción a la idea que propone el Dr. Lolas, se presupone que la epistemología es un campo independiente de valoraciones humanas, pues habla de las cosas en sí mismas, como si los datos tuvieran

una estructura definida y el ser humano simplemente adecuara su pensamiento a ésta.⁷ Una postura de este tipo aceptaría que el conocimiento científico existe independientemente del hombre, y la ética tendría que establecer pautas objetivas, este proyecto se ha servido del lenguaje para justificar axiomas morales. En el fondo, la división entre conocimiento y valoración apela a una teoría que construye un discurso coherente en sí mismo. Este recurso es insuficiente porque no considera que tanto los conocimientos surgen de la practicidad o *praxis*.

En su sentido fundamental, *praxis* se refiere a la categoría existencial de ser en el mundo. Es la “totalidad estructurada de acciones humanas de un grupo humano, una clase social, una comunidad histórica. En este sentido primario, la *praxis* es anterior a la teoría. Es *en y desde* donde la teoría surge” (Dussel, 1983, p. 43). La idea es que todo lo pensado es relativo a la práctica cotidiana; cualquier filosofía o epistemología es relativa a una manera previa de relacionarse con otros y con el mundo. Es relativa porque no es determinación en sentido estricto, ni de la teoría a la práctica ni viceversa, es más una relación dialéctica. En otro texto, Dussel menciona que la práctica fundamental es una relación hombre-hombre (filosofía semita) y no hombre-naturaleza (filosofía griega y moderna) (1996, pp. 29-35). La prueba está en que el ser humano nace de otro ser humano, en las primeras etapas de la vida se alimenta de otro y no de algo. En este sentido también la historia, la economía, la política y la cultura nos “alimentan” antes de que podamos articular un discurso. Así las cosas, la separación entre ciencia y ética carece de sentido desde el fundamento, ya que si concedemos que la práctica fundamental es una relación hombre-hombre, la ética es la disciplina filosófica de la que surge todo saber. Desde esta perspectiva, la ciencia no es un discurso autónomo y sí relativo a una práctica; no es autónomo porque define una parte de la realidad bajo un modelo que está en contacto con circunstancias no científicas. Si nos referimos en particular a la ciencia moderna sería una práctica de dominio bajo un modelo mecanicista.

⁷ El debate filosófico que se encuentra de fondo está representado por una postura constructivista y una realista. En la primera se afirma que todo conocimiento es producto de las condiciones sociales y que en última instancia no apela al mundo sino a una idea humana de cómo es el mundo. La segunda se refiere a que el conocimiento científico describe la realidad de la mejor manera posible.

Cabe mencionar que, bajo esta manera de entender el concepto de *praxis*, no es posible identificar el pensamiento práctico con uno pragmático (un razonamiento que sirve de medio para la consecución de algún fin).⁸ El siguiente paso es explorar las consecuencias de lo anterior en las ciencias de la salud.

Es muy frecuente encontrar soluciones pragmáticas a problemas de salud; por ejemplo, una captación y distribución adecuada de recursos, mayor tiempo de consulta, personal más capacitado e implementación de modelos económicos de medición de la salud como los QALYs (Quality Adjusted Life Year) y DALYs (Disability Adjusted Life Year).⁹ Son pragmáticos en el sentido de que se estandariza un problema y una solución sin importar las condiciones particulares. Esto no quiere decir que tales soluciones no tengan un valor, sólo que no es el único que debería primar. En el caso de los instrumentos de medición de la calidad de vida, se dejan de lado proyectos de vida o aspiraciones y se enfoca únicamente en habilidades físicas, emocionales y sociales genéricas. Por ejemplo, se suele preguntar: ¿Se sintió cansado? Y esperar que el paciente adecúe su respuesta a tres posibilidades: Siempre, algunas veces y nunca.¹⁰ Si llevamos este pragmatismo al campo de la bioética médica se puede pensar que su tarea consiste en elaborar soluciones comunes para diferentes casos. La cuestión es que estas soluciones sólo funcionan en el lenguaje.

Una solución se puede dar al recuperar las nociones nucleares de las ciencias de la salud. Estas nociones son resultado de prácticas valorativas y no de descubrimientos de teóricos o abstractos (Samaja, 2004, p. 31): i) Salud (normalidad), ii) Enfermedad (patología), iii) Curación (terapéutica) y iv) Preservación (prevención). De manera conjunta estas nociones suponen que la salud es un bien y la enfermedad un mal. A la luz de estas consideraciones, las raíces de las ciencias de la salud están construidas valorativa y hermenéuticamente, por tal razón es infértil la tarea de quitarles esta característica a través del cientificismo. La conclusión que aporta Samaja es que la

⁸ Kieran Setiya dedica un libro para explicar que el pensamiento práctico no se debe identificar con el pragmatismo (2007).

⁹ La cualidad ajustada de vida anual y la incapacidad ajustada de vida anual se basan en estándares de salud que clasifican las afectaciones de la enfermedad y la salud en parámetros genéricos y medibles. (Alvis & Valenzuela, 2010). El problema con este tipo de instrumentos es que ajusta la valoración personal del sujeto a una valoración genérica, lo que implica una distorsión entre lo que experimenta el paciente y el resultado del instrumento.

¹⁰ https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html

epistemología de las ciencias de la salud debe considerar continuamente si las separaciones entre lo real y lo discursivo están justificadas.

Una implicación importante que se deriva de lo anterior es que la fundamentación científica de la medicina y la epistemología médica no son lo mismo. La diferencia es que hablar de epistemología abre las puertas a otros conocimientos que no son científicos, la pregunta entonces es: ¿Cómo debe ser la *episteme* de la medicina? Esta pregunta contiene el “debe” en lugar de “es” para tomar distancia de un contenido teórico definido. Si se buscara dicho contenido se estaría suponiendo la visión tradicional de la medicina, propia del siglo XVII: objetiva, carente de valoraciones, metodológica, etc.¹¹ Cuando se pregunta por el deber, la respuesta no puede ser dada en un sentido meramente conceptual, sino uno donde prevalezca la relación entre sujetos. Con relación a la visión tradicional de la medicina, Kirsti Malterud dice que las subdisciplinas médicas con un estatus de ciencia (tradicional) serían: la epidemiología, la prueba controlada aleatorizada y las disciplinas medicas de laboratorio. Por el lado no científico de la medicina se encuentra la interacción clínica, donde intervienen las experiencias del paciente y del médico (Malterud, 1995). En el caso del diagnóstico dentro de la consulta de rutina, por ejemplo, se basa en un conocimiento universal y descontextualizado, pero se aplica en un momento donde no hay variables controladas, a saber, el paciente, el medio ambiente, condiciones sociales, etc. El consultorio médico no es lo mismo que un laboratorio, en el que se prueban teorías bajo un proceso hipotético-deductivo.

Bajo esta perspectiva, la interacción entre el médico y el paciente en el contexto específico de la consulta no puede estar sujeta a experimentación, porque contiene aspectos como, moralidad, conocimiento tácito, etc. Entonces, como la práctica médica incluye estos aspectos, no puede ser ciencia. La tesis de Malteraud es que una epistemología médica debe incorporar valores, interacción humana y conocimiento duro;

¹¹ En filosofía de la ciencia existe una postura que intenta dar cuenta de la objetividad de la ciencia a través de la distinción entre contexto de justificación y contexto de descubrimiento. El primero tiene que ver con la justificación del conocimiento en sí misma, mientras que la segunda se circunscribe al contexto en el que surgió algún descubrimiento científico. Esta distinción implica la separación de medios y fines, donde se pueden perseguir ciertos fines independientemente de los medios. En el caso de la ciencia los fines son un conocimiento neutral. El contraargumento a dicha tesis se elaboró desde la idea de una racionalidad que implique medios con fines recíprocamente, y al permitir su interacción se da pie para la razonabilidad moral, las previsiones a futuro, etc. El tema de la razonabilidad de medios y fines lo explican a profundidad León Olivé (2000) y Nicholas Rescher (1999).

esto permite la interacción de teoría y práctica médica. De otro modo, al mantener la idea de que un conocimiento justificado sólo es posible a través de estándares de la ciencia natural con pretensiones de objetividad, se está aceptando que la ciencia tiene una lógica autónoma y que la valoración es un elemento añadido. Sin embargo, las valoraciones no-epistémicas del médico y del paciente, además de jugar un papel decisivo en la práctica médica definen a la ciencia como arte. Al respecto cabe hacer algunas observaciones.

La práctica médica no es únicamente un saber de hechos, sino de cómo usar el conocimiento. La clave para entender esta idea se expresa bajo la distinción entre producto de conocimiento y agente de conocimiento. El primero se refiere a un conocimiento independiente del sujeto, por ejemplo, la efectividad de la penicilina no depende de que Alexander Fleming la haya descubierto. La segunda se refiere a las habilidades meta-epistémicas del agente; es decir, a su habilidad para reconocer los contextos en los que se puede ocupar su conocimiento. La cuestión es especificar las características que debe tener esa habilidad. Pellegrino y Thomasma dieron una respuesta (1993): lo que importa es que la actividad médica sea dirigida por una moralidad común, y que ésta coincida con los fines de la medicina. Pellegrino distingue entre metas (goals) y fines (ends); lo primero se refiere a metas particulares que dependen del contexto, mientras que lo segundo se refiere a fines universales que deben ser reconocidos en todo tiempo y lugar. Para el autor, los fines de la medicina son “sanar, ayudar, curar, cuidar y cultivar la salud” (Pellegrino, 1999, p. 65). En el momento de introducir habilidades que parecen no ser científicas en la manera de hacer epistemología médica parece que se cae en contradicción, pero no es así cuando las disciplinas filosóficas, ética y epistemología en este caso, no se piensan de manera separada.

Argumentar sobre la relación de ciertas disciplinas filosóficas y sus implicaciones en la medicina es un tema muy amplio. Pellegrino y Thomasma nos dan la pauta para comenzar a enfrentar el problema: la carencia de fines (*telos*) en la medicina. Esta idea enfrenta uno de los prejuicios más arraigados en la medicina contemporánea: el financiamiento y organización de los sistemas de salud, es decir, problemas de carácter técnico, dejando de lado problemas cualitativos de la salud y la enfermedad en los que

se enfocan la antropología, la sociología, la psicología y filosofía; por ejemplo, la manera en que los individuos, culturas y sociedades interpretan la enfermedad. Considero que es una pauta importante porque hace evidente la insuficiencia del conocimiento técnico, lo que previene la identificación de este tipo de conocimiento con el conocimiento en general.

La falta de precisión de estos términos hace que las humanidades médicas sean incomprendidas, incluso desdeñadas por considerar que sólo operan en lo “abstracto” o “teórico”. Una de las razones de este prejuicio se debe a que se piensa que lo abstracto o teórico es una correlación de conceptos; en este caso, de articular coherentemente lo que es la ciencia con la ética desde la dimensión de la salud, como si se tratara de un rompecabezas, cuyo resultado es un discurso coherente pero inaplicable. En realidad, el problema no es ese, sino –como diría el filósofo y neurobiólogo Owen Flanagan– encontrar significado en un mundo material (2007). Pues parece que una visión material del mundo cancela cualquier intento por buscar el florecimiento humano o *eudaimonia*.¹²

La manera en que interpreto la tesis de Flanagan y su importancia radica en que no se añada el significado a lo material, sino que se piense simultáneamente. Es decir, si la tesis de Malteraud es que la epistemología médica debe incorporar valores y la de Pellegrino dice que se deben perseguir los fines de la medicina, parece que se presupone una separación entre dos esferas del saber. La cuestión es poner en crisis tal esquema y en su lugar decir que los datos y los valores no son dos realidades que se complementan sino una misma realidad. Cualquier conocimiento tiene valores imbricados, y todos valores se correlacionan con algún conocimiento. La tarea será entonces reflexionar y dirigir una misma actividad.

Cuando menciono que debe ser una misma actividad no quiero decir que se haga al mismo tiempo, sino que se relacionen. Tanto el conocimiento como la moral son sujetos a deliberación. Es decir, son actividades que pueden ser de otra manera. Hilary Kornblith lo explica a través de un ejemplo. El autor menciona que la deliberación

¹² La tesis de Flanagan es que es posible hablar de eudaimonía y significado sin apelar a términos no-naturales, pues en última instancia lo que refiere el término es un marco que unifica: filosofía psicológica, filosofía política y moral, neuroética, neuroeconomía y la psicología positiva. Además de prácticas que derivan de tradiciones espirituales no teístas como el budismo, aristotelismo y el estoicismo. Este marco ayuda a entender la naturaleza, causas y partes del bienestar y del avance del florecimiento en tanto partes de la eudaimonía.

epistémica se da de una manera similar a la manera en que un trabajador que manipula un detector de metales (2012, pp. 99-100): Un trabajador que escanea los pasajeros para abordar a un avión manipula el detector de metales confiando que funciona, acercándolo a las zonas del cuerpo que puedan esconder armas y parar su búsqueda cuando lo considera pertinente. Así mismo, en la deliberación al usar el conocimiento, se delibera la pertinencia de ciertas evidencias, datos adicionales, e incluso se decide cuando parar la búsqueda. No obstante, no todo es sujeto de deliberación; por ejemplo, los mecanismos de inferencia o el funcionamiento de la teoría misma. La analogía con el ejemplo citado es que el trabajador no delibera continuamente si el escáner sirve. En todo caso, es necesario un reconocimiento de la capacidad agencial en el conocimiento. En este proceso deliberativo, intervienen deseos, fantasías, intereses personales, etc. Sin embargo, este tipo de razonamientos no pueden darse desde un estándar que sirva para saber si el deber se cumplió o no, el único referente son los rasgos de un carácter virtuoso. No es posible ofrecer un estándar porque lo que permite la discriminación entre los que se debe y no hacer es una idea de “bueno”, donde ésta significa mejor que la alternativa. En este sentido la idea de racionalidad práctica no puede desligarse de la virtud ética, si se pudieran separar, caeríamos en el extremo pragmático. Kieran Setiya (2007) ha defendido la idea de que tener virtudes morales significa ser responsivo a razones, lo que significa, no sólo generar una intención o deseo para actuar de la mejor manera, sino llevar a cabo la acción. Para el autor, la medida de responsividad se estima en el mundo de las acciones, no de las intenciones. Así, una idea de bueno no parte de una racionalidad definida, sino de las razones que la justifican, además de la responsividad del interlocutor.

Con ello, lo que desea mostrar el autor, y que rescato en esta última parte, es la relación recíproca que existe entre la deliberación epistémica y moral. Y debido a esta reciprocidad, no hay asimetría o prioridad entre razón práctica o epistémica, ambas deben ser dirigidas por la ética. En efecto, la conclusión es que los estados psicológicos, como desear, fantasear pertenecen al ámbito epistémico, ya que estos estados pueden contener creencias falsas. Respondiendo de manera breve a la pregunta que se hizo al inicio, diré que la epistemología médica debe ser inclusiva porque en el fondo tiene más que ver con la manera de ser del hombre que con una teoría explicativa de la realidad.

En resumen, los modelos en la relación médico paciente están determinados por comprensiones epistemológicas, éticas y morales. De este modo es posible analizar cada modelo en la medida en que se destaquen los supuestos subyacentes. Algunos de las principales son: el conocimiento objetivo, la secularidad y la liberalidad. El reto es encontrar punto de partida ético, para la relación médico paciente, que no dependa de una narrativa que funcione solo teóricamente. Lo que propongo es un criterio contextual al que he referido el nombre de humanismo por dos razones, en tanto que surgen del humano y en tanto criterio responsable de la *humanitas*. Aunque pueda parecer una obviedad o reiterativo, este presupuesto critica la idea de valores éticos universales e inmutables, y propone una perspectiva antropológica y existencial. Con ello, las herramientas conceptuales para abordar la relación médico paciente, en tanto eje de la bioética médica, tienen otro sentido. En este caso, ética y moral son conceptos que se refieren a la misma realidad: el ser en el mundo y su trato con las cosas. Por tanto, la ética que necesita la bioética no se obtiene desde un axioma o concepto, sino del diálogo y la reciprocidad. En este sentido no estamos hablando solamente del diálogo entre el médico y el paciente, sino del diálogo entre diversas disciplinas que aportan herramientas a la bioética médica. Esta transdisciplina también enfrenta supuestos que la determinan, uno de los que considero más importantes es la distinción entre hechos y valores, injustificada desde la *praxis*, entendida como categoría existencial. La implicación de ello es que las ciencias de la salud están fundamentadas en valores y no en hechos. La clave está en identificar qué valores está asumiendo tanto el médico como el paciente en el momento de aceptar, o no, un diagnóstico o tratamiento. Al proceder de esta manera, el ejercicio de la medicina no es técnica sino un arte deliberativo, epistemológico y moral. Con estos elementos en mente es posible explicar más a detalle los elementos que fundamentan la ética de la bioética.

2. FUNDAMENTACIÓN ÉTICA DE LA BIOÉTICA MÉDICA

2.1 Forma

2.1.1 Fenomenología Hermenéutica

La fenomenología es una posición filosófica trascendental, donde trascendental no denota una realidad distinta de la que conocemos o una mutación de esta realidad en algo espiritual, sino en una caracterización del mundo antes de que sea explicado o teorizado. Se remite al existir del hombre, pues se plantea que toda caracterización del mundo se hace desde un lugar y desde un punto de vista. Quizás al respecto se piense que lo anterior encierra una contradicción, pues la única manera de caracterizar o explicar algo es a través de una teorización y, además, una del tipo científico. Esta supuesta contradicción supone que la existencia, del hombre o de cualquier otro ser, puede ser explicada desde procesos físicos y químicos; la experiencia estaría definida y abarcada en su totalidad por leyes universales. En este caso, no hay una experiencia vivencial, sino que cualquier experiencia es un fenómeno indistinto de la materia.¹³ Y aquello que perciba como agradable, bueno, placentero, injusto, etc., tendría su correlato fenoménico: un modelo explicativo de la experiencia basado en teorías científicas.

Desde una perspectiva fenomenológica las vivencias ocurren antes de que se piensen o articulen en teorías. Alguien pudo haber tomado una decisión o haber actuado de cierta manera que después ve diferente. Ya sea para bien o para mal, las acciones se sopesan de diferente manera una vez que se medita sobre ellas. Para ejemplificar la

¹³ Desde la psicología del siglo XX, las vivencias se distinguen principalmente entre procesos cognitivos y emocionales, dos procesos distintos e irreductibles entre sí. Recientemente este paradigma psicológico ha cambiado y se pretende mapear la psicología de la emoción junto con la toma de decisiones. El cambio de paradigma supone que es necesaria una revisión de la metodología, teorías previas y conclusiones que se han ocupado en el campo de las emociones. Gran parte de los antecedentes científicos se pueden rastrear en este sentido, tratan de encontrar el mecanismo responsable de la emoción, la cognición y la acción. Floresco (2015) hace una revisión histórica y sustenta la idea de que el núcleo accumbens (interface del sistema límbico) ayuda en la obtención de metas relevantes al proveer de agrado, eficacia y vigor en conductas enfocadas en obtener dichas metas. Las emociones son parte de un sistema que permite al organismo obtener metas básicas o condicionadas. En este tipo de investigaciones se parte del supuesto de que no existe una distinción cualitativa entre las emociones de las personas, dicha situación coloca en desventaja las formas no científicas de tratar el tema, por ejemplo: el “interpretivismo”, que lo trata como un aspecto cultural cuyo significado es construido socialmente; o el “romanticismo” que entiende las emociones como un aspecto natural de la humanidad, pensando la naturalidad en contraposición con la racionalidad artificial de la civilización (Lutz & White, 1986, p. 409).

situación podemos traer a cuenta el caso de una persona que ha dejado de beber gracias al grupo *Alcohólicos Anónimos*. Puede contar dos historias completamente diferentes de su experiencia. Por ejemplo, en una explica que su decisión era beber, que tenía derecho de hacerlo porque su mujer lo había dejado. Una vez que entra al grupo AA, él narra su experiencia frente al grupo, pero ahora no dice que tenía derecho de beber, sino que en realidad estaba cegado, que era débil y que encontraba consuelo en la bebida.

En este ejemplo se observa la diferencia entre meditación o reflexión y aceptación. Para que se pueda hablar de una meditación es necesario que exista una argumentación razonable, no únicamente asentir. Cuando nuestro amigo dice que tenía derecho a beber, estaba asintiendo sin reflexionar a profundidad, cuando acepta su debilidad, parece que ha aceptado, pero con una reflexión de por medio. Ocurre algo similar con el discurso científico, que se concibe como la argumentación más razonable; pero su razonabilidad está justificada por sus mismos criterios. Dentro de la filosofía de la ciencia se le ha dedicado mucho trabajo en poner en evidencia las debilidades de los criterios científicistas y su aceptación en comunidades epistémicas

La indagación fenomenológica puede utilizarse cuando se quiere explicar un hecho antes de cualquier meditación, la experiencia primigenia por excelencia. De este modo, la historia de las ideas filosóficas que posibilitaron la fenomenología no se concibe como anteriores, ni en un sentido lógico (no son una premisa), ni a una causa. Esto quiere decir que ningún hecho es más fundamental que el que aborda la fenomenología.

2.1.2 Fenomenología de la conciencia

Históricamente, la importancia de la fenomenología ocurre al ser revalorada por Edmund Husserl;¹⁴ para él, la fenomenología es una ciencia estricta y fundamental, es el modo de hacer filosofía (Husserl, 1962/1913, p. 7). El autor distingue su propuesta de teorías psicologistas, pragmatistas, subjetivistas e irracionistas, todas ellas de finales del siglo XIX y principios del XX.

¹⁴ De acuerdo con Eugen Fink, el pensamiento de Husserl se divide en tres etapas: “el de Halle (que culmina en las Investigaciones lógicas); el de Göttinga (que culmina en las Ideas); y el de Friburgo (que culmina en la Lógica formal y trascendental).” (Mora, 1965) Las ideas que se analizan aquí se encuentran cifradas en el de Göttinga.

Para caracterizar la fenomenología es necesario poner de relieve la actitud subyacente, no alguna en específico, sino una actitud en general, que no se vea afectada por sus objetos de estudio, o incluso cualquier cosa que hagamos. En otras palabras, destacar una actitud que no depende de quién la ejecute y lo ejecutado. Se descubre que existe una estructura de la conciencia. A grandes rasgos, la perspectiva husserliana propone un método para develar cómo opera la conciencia desde su fundamento, antes de que teorice o medite sobre cualquier cosa. La idea central es que existe una región del ser o de la realidad que no puede ser accesada a través de las ciencias, pues éstas están configuradas a partir de una actitud, pero no estudian lo que hay detrás de la actitud misma (Husserl, 1962/1913, p. 18).

La fenomenología husserliana localiza la actitud de la investigación científica y la denomina “actitud natural”, únicamente la señala para suspenderla o dejarla momentáneamente de lado, de este modo posibilita el acceso a esta región del ser. Se trata de suspender esa actitud, “ponerla entre paréntesis”. ¿Qué se pone entre paréntesis?

Podríamos dar cuenta de tal actitud poniendo especial atención en la manera en cómo se concibe regularmente aquello que nos rodea, llámese cosas u hombres: de un modo realista; es decir, se considera que las cosas existen por sí mismas sin la necesidad de que se perciban, Husserl lo explica del siguiente modo: “También ellos están ahí delante en mi campo de intuición, como realidades, incluso cuando no fijo la atención en ellos” (Husserl, 1962/1913, p. 64). En efecto, aunque no percibamos las cosas directamente, intuimos que la realidad es continua (apercibimos). Sin embargo, Husserl no defiende el realismo ontológico o epistemológico (no supone que las cosas o el conocimiento de ellas existan por sí mismos, independientemente del hombre), aunque afirme que la actitud natural sea de esta manera, no quiere decir que se tenga que elaborar una teoría del conocimiento o una ontología basadas en estos presupuestos.

El filósofo va más allá de ello: a esta actitud le subyace la intencionalidad. La consciencia engloba un conjunto de procesos de pensamiento, explica, compara, siente, etc. Todos los procesos con los que se tiene una relación son intencionales, esto quiere decir que apelan a algo distinto a la consciencia misma, y por eso se consideran de manera realista. Esto es lo que se pone entre paréntesis. ¿Cómo se pone entre

paréntesis? Se trata de suspender el juicio, no negándolo o dudando de él, sino de una desconexión (*epogé*). A través de los procesos de la consciencia se significan las cosas; al suspender el juicio, el significado se cancela, la fenomenología depende entonces, de un método que Husserl llama reducciones fenomenológicas.

Las anteriores ideas dan cuenta de la postura de Husserl, hacer a la filosofía científica y que las ciencias se vuelvan filosóficas. Al analizar todas las regiones del ser implica que la división entre conocimiento subjetivo y objetivo no está justificada epistemológicamente. La filosofía de Husserl está vertebrada por el reconocimiento de distintas actitudes y la manera en que el ego puede adoptarlas o descartarlas. Todo ello suponiendo que hay una esencia, tanto de las cosas como de la consciencia (Moran, 2005, pp. 237-241).

Es decir, nuestro modo de ser “natural” se conforma por nuestra situación como seres en el mundo, sin que lo pensemos, actuamos por el hecho de tener consciencia. No obstante, ésta cambia en tanto se dirige a las cosas de manera científica, estética, etc., por tanto, tenemos dos esencias distintas e irreductibles. La de la consciencia y la de las cosas.

Es importante señalar este límite en la filosofía de Husserl porque la distinción irreductible entre cosas y consciencia, en vista a una fundamentación filosófica, acarrea muchos problemas, ya que es necesario decir cómo suponemos tal cosa, además, si de hecho fuera así, habrá que explicar algún tipo de relación y evitar el solipsismo. Pues el solipsismo no es de ninguna manera una fundamentación científica ni filosófica que dé cuenta del mundo, pues nunca sale del “yo”.

Desde mi punto de vista, esta es la comprensión más familiar a la naturaleza humana porque parte de supuestos que reconocemos con facilidad: Suponemos un mundo que existe por sí mismo y que nuestra consciencia se dirige a él, que respondemos a un conjunto de normas morales que dependen y configuran nuestro contexto, que hay un yo, una entidad diferente de los otros y de las cosas. Principalmente suponemos que la manera en cómo funciona la consciencia determina la concepción del mundo. Decir que “cada cabeza es un mundo” es una muestra de ello. Nos es familiar pensar que nos podemos conocer y que hay que partir de ello para decidir sobre lo que está bien o mal,

deliberamos desde el contexto en que estamos identificados, sin ser nosotros una variable dentro de éste, sino como base o fundamento.

En resumen, la investigación fenomenológica intenta explicar el mundo y el hombre en unidad, cuya expresión es: ser en el mundo. No podemos no ser en un mundo y nuestra consciencia no puede evitar dirigirse significativamente a las cosas, no puede no ser intencional. Develar la actitud detrás de ello es hacer ciencia y filosofía porque se establece un método riguroso (reducciones fenomenológicas) que explica la totalidad. Sin embargo, es una totalidad que le pertenece al sujeto, aunque se dirija al mundo es una filosofía centrada en una conciencia. Por tanto, es una filosofía que no termina por desprenderse del fenómeno de la conciencia, y para la ética es muy importante hacerlo pues siempre es necesario vincular la conciencia del otro con la nuestra.

En efecto, decir que somos seres en un mundo, significa en el terreno moral que no podemos carecer de moralidad, está dada. Nuestra conciencia moral está dirigida siempre a una acción y responde a un contexto. Si pensamos en moralidad o en un acto moral nuestra atención está necesariamente dirigida a una acción en particular, no es posible ser conscientes de la moralidad en sí misma. Pues un acto moral no es un producto germinado de un proceso moral, sino el actuar mismo, que una vez acabado no queda nada manifiesto. Por ejemplo, si decimos “matar es malo”, al imaginarlo concretamos una acción al menos entre dos personas, el que mata y el que es matado; y para que sea malo tenemos que vivir en una sociedad donde ese acto se considere deleznable. Llevado a cabo el acto de matar, no queda nada que mostrar, la maldad pertenece a una persona que vive en dicha sociedad, no es una entidad.

La filosofía de Husserl descubre este fenómeno de la conciencia, y observándolo desde el punto de vista moral, la coloca como el sustrato que hace posible la relación con el mundo; pero al mismo tiempo conserva su individualidad y su independencia de otra conciencia. Por ello, en este nivel moral no hay una conciencia ética, pues falla en el reconocimiento del otro. Es decir, se aboga por una moral situada y autosuficiente, pero no dialógica. Para alcanzar esta característica es necesario dar un paso más, y Heidegger, su alumno, puede ofrecer algunas luces.

2.1.3 Hermenéutica de la Facticidad

Uno de los aspectos que tienen en común el pensamiento de Husserl con el de Heidegger es que ambos van dirigidos contra el modelo que usan las ciencias naturales, a saber, el materialismo y el mecanicismo de finales del siglo XIX. Este modelo es coherente con el pensamiento unívoco y conceptual. Decir que todo lo que existe es materia y que funciona de manera mecánica, implica que la mejor manera de captar lo que existe, es a través de un razonamiento que use conceptos que tienen un sólo significado; pues, para cada cosa hay un proceso distinguible con características definidas. Tales procesos son explicados por una ley concreta. Con todo ello se busca exactitud y dominio técnico, pero no hay sentido (*telos*).

El sentido tiene que ver con la dirección y no con la explicación. Para distinguir estas dos facetas del pensamiento es conveniente partir del vitalismo. Desde esta filosofía, la vida no puede ser reducida a leyes naturales, pero tampoco hay un conjunto de conocimientos filosóficos que sirvan de herramienta para pensar la vida, sino que la vida misma filosofa. (Safranski, 2000/1994, p. 77). En efecto, el funcionamiento mecánico de las cosas es un prejuicio de la razón, la vida no puede quedar reducida a un modelo acordado. Por ello aparecen conceptos amplios que no tienen un referente material, por ejemplo, intuición (Bergson), potencia creadora (Nietzsche), fluidificar o hacer fluido lo sólido (Dilthey) y, facticidad y existencia (Heidegger)

Para salir del reduccionismo y de los significados unívocos —nos dice Safranski— Heidegger comprende la estructura de la realidad y el pensamiento de manera análoga. En efecto, las cosas o entes no son materiales sino singulares, heterogéneos entre sí. Para que exista una relación entre ellas habrá que homogeneizarlas; un acto ineludible de nuestra razón al comparar, enlazar y ordenar. En otras palabras, lo que existe no es similar o diferente, independientemente de la razón que lo piensa. El sentido de una cosa se encuentra entre lo que significa para nosotros al comparar, etc., y lo singular y distinto de esa cosa. Las cosas son al mismo tiempo lo que son para nosotros y lo que son en sí mismas, iguales y distintas. Por ello no puede existir una adecuación entre el pensamiento y la cosa. Se necesita un sentido y un lenguaje vivo.

En síntesis, la fenomenología de Husserl mostró como trabaja nuestra conciencia bajo un esquema sujeto-objeto, que después une artificialmente diciendo que la conciencia es aquello de lo que se es consciente (Safranski, 2000/1994, p. 108). En este punto Heidegger difiere radicalmente, para él, la idea de un “yo” es un prejuicio, un segundo momento en el que el mundo ya tiene un significado práctico o fáctico. De ahí la tarea de interpretar lo dado. Para ampliar esta idea propongo los conceptos centrales: haber previo y hermenéutica.

Haber previo. En los párrafos 16-20 de la obra de Heidegger, *Ontología: hermenéutica de la faticidad*, el autor se propone tematizar el *estar en el mundo* en un sentido vacío de referencialidad. Esto significa que no hay una sustancia o propiedad humana dentro del mundo, sino que el mundo tiene un significado que permite movernos en el mundo sin preguntarnos constantemente por cada cosa. Por ejemplo, el acto de comer, las reglas de la comunicación, el uso de las herramientas son actos constitutivos de nuestra humanidad, tienen un sentido en nuestro mundo. No es lo mismo un celular en una ciudad que en una zona rural donde no hay señal. Este ejemplo puede ayudar a pensar en cosas que no necesitan de un conocimiento previo para tratar con ellas, simplemente están ahí. Y esta es su característica existencial. Si estamos familiarizados con la idea de que la conciencia es el referente para el fundamento de la naturaleza humana, con Heidegger ese referente se vacía, pero es posible seguir afirmando una naturaleza humana, pero como veremos, en un sentido distinto.

El haber previo determina nuestros modos de ser, de mirar y decir de nosotros mismos, aunque esto no significa que el haber previo tenga una estructura bien definida, sino que también tiene este carácter movable, ocasional; sin embargo, también es uno: Cuando nacemos, entramos en un mundo dado, la dinámica en la que nos movemos no dependió de nosotros, estamos determinados en alguna medida por la cultura. Nos encontramos en una normalidad, y las explicaciones de ésta se reducen a un “se dice”. Tenemos nombre y apellido porque se dice que debe ser así. Somos seres que viven y actúan desde la cotidianidad. Entendiendo esta idea como un fenómeno *fundamental*, pues no hay una conciencia desde la cual se desplieguen nuestras actitudes, sino que son ellas mismas el origen de todo cuanto acontece. Estas aseveraciones parecerían no tener dificultad alguna o incluso reveladoras; sin embargo, hay consecuencias

importantes en la explicación filosófica de la existencia en su relación con la teoría y la práctica. Para dar cuenta de ellas es necesario explicar los conceptos de curiosidad, mundo, cotidianidad y demorarse.

La curiosidad es volver sobre algo con ánimo de determinarlo y conocerlo (Heidegger, 1999/1923, p. 104). En efecto, este fenómeno emana del existir como un modo de ser, este fenómeno depende de las herramientas o prejuicios que tenemos cuando nos acercamos al objeto de nuestro interés. Es decir, la curiosidad no es un fenómeno que únicamente impulsa, sino que también direcciona la mirada, esta dirección está dada de antemano, la ontología de nuestro ser nos impulsa a volver sobre algo. Dado que siempre estamos indagando desde una posición, la curiosidad no mira sin algún punto de referencia, pues no miraría nada. El análisis de la curiosidad tendrá entonces por necesidad que realizarse a la luz de nuestro contexto, es en este sentido el modo en que opera la indicación formal: “existir es ser en un mundo”. Es formal porque no tiene contenido, es únicamente una forma vacía.

Mundo es la totalidad de sentido, remite a aquello que aparece, atendemos e interesamos. Esta caracterización del concepto “mundo” es la que recuperaremos en esta tesis. Es más radical que la de Husserl, pues deja de lado el fenómeno de la conciencia, ya que no postula una separación sujeto-objeto para derivar hombre-mundo, sino que lo que uno atiende es aquello en lo cual vive. El mundo aparece en cuanto significatividad, pero formando una totalidad. En efecto, lo que nos interesa o hacia lo que dirigimos la mirada forma, “el cómo” del mundo, es el mundo mismo. No hay distinción entre este mundo y un mundo real. No se presuponen una dicotomía entre conciencia y mundo, no es posible caracterizar al mundo en tanto referente de sentido, sino porque tiene sentido, es mundo.

Cotidianidad. Tradicionalmente, la realidad se puede dividir en dos reinos, las cosas naturales y las cosas de valor. Esta división cobra su importancia porque en la medida en que se separe el objeto de su utilidad, se justifica la objetividad del conocimiento libre de prejuicios. Sin embargo, está injustificado el establecimiento de una protobase que asegure la distinción entre un mundo objetivo, real y cognoscible de uno viciado de prejuicios y, por tanto, erróneo. Está injustificado porque, para que así fuera tendríamos que pensar lo impensable: seres sin contexto. Regularmente se

establece un mundo objetivo y se divide signo y significado. El signo corresponde al lenguaje conceptual, lo terminado, lo que puede dar a pensar que eso es la realidad. La advertencia de Heidegger es no confundir el lenguaje conceptual con el mundo, sería como confundir el mapa de la ciudad con la ciudad.

A diferencia de Husserl, Heidegger no intenta poner entre paréntesis la mirada de la conciencia, pues sería una tarea imposible. Por ejemplo, pensando en la materia como substrato de las cosas, observamos que la materia tiene sentido, pues no se entiende sin la existencia de las relaciones que la circundan, como lo inmaterial o espacial. Por lo tanto, cuando aparecen las cosas, lo hacen siempre cómo un algo, y no a la manera de un substrato al que le añadimos propiedades en la medida en que la comparamos; por ejemplo, una mesa en sí misma ya es un para-algo, para comer, trabajar, operar, etc., tiene un significado que no depende de sus propiedades físicas, como ser de acero, madera, etc. El sentido no es la verdad.

Con la exposición de estos conceptos da la impresión de que se encuentran en el ámbito práctico, pues se describen lo que sucede y no de una teoría en tanto conjunto de proposiciones explicativas. ¿Cómo acceder a una totalidad de sentido? A través de la hermenéutica.

Hermenéutica proviene del griego ἑρμηνεία (*hermeneia*). Existen momentos importantes en el uso de esta voz. En el mundo helénico corresponde a lo que ahora queremos decir con *significar*, para Agustín de Hipona son herramientas para interpretar pasajes de las escrituras: piedad, temor de Dios, conocimientos lingüísticos, etc. Y Schleiermacher habla de disciplina en tanto metodología formal junto con la gramática, retórica y dialéctica. (Heidegger, 1999/1923, 27-32).

El uso que emplea Heidegger de la hermenéutica no tiene que ver con reglas para entender un texto, sino para descubrir (*alétheia*). Y todo lo que se descubre es porque estaba cubierto, se interpreta para descubrir un modo de existir originario, propio, donde aquello que cubre es lo dado; de algún modo estamos ya interpretados, arrojados en un contexto del que necesariamente dependemos: lenguaje, cultura, sociedad, economía, etc. Por ello, el autor menciona que la hermenéutica es una posibilidad dada del hombre para entenderse, lo que significa que, en su búsqueda, se encontrarán dinámicas

sociales, culturales, etc., pero también se descubrirá el existir mismo, la facticidad. Pero ¿Qué es el “existir mismo” o “facticidad”? ¿Qué es una totalidad de sentido?

Preguntar ¿Qué es “x”? es preguntar de modo griego, específicamente de la manera en que lo hicieron Sócrates Platón y Aristóteles. Los términos que utilizaban eran, τί ἐστιν (Heidegger, 1955/2004, p. 37). Este modo de preguntar supone una esencia, la propiedad de las cosas que no está condicionada por el tiempo, el tamaño, etc. El τί es la esencia de la cosa, el “qué” o “quid”, aquello que subyace a todas las particularidades. Mientras que ἐστιν es la tercera persona en singular del verbo “ser”. Por tanto, se pregunta por la esencia de “x”. Por ejemplo, al preguntar ¿Qué es un árbol? No se intenta saber las condiciones o propiedades de un árbol en particular, sino de la arboleidad del árbol, lo que se encuentra en todos los árboles y permite que sean lo que son. Es decir, se pregunta por propiedades eternas, necesarias e inmutables. La respuesta de Platón es que la esencia de las cosas son las ideas (εἶδος), mientras que para Aristóteles es la causa formal (τὴν οὐσίαν καὶ τὸ τί ἦν εἶναι)¹⁵. La hermenéutica heideggeriana no intenta “formalizar” la existencia para aprehenderla, sino entrar en su dinámica destacando sus modos de ser. La hermenéutica no es un instrumento de análisis, sino una condición humana que permite analizarse a sí misma.

Lo que se ha intentado hasta aquí es exponer la manera de hacer frente a las explicaciones objetivas de la realidad a través de Husserl y Heidegger. Esto tiene que ver con la moral porque antes de representar intelectualmente el mundo, para explicarlo a través de leyes universales, se trata con las cosas de manera práctica. De otro modo, objetivar al ser humano y sus actos nos convierte en un recurso (Linares, 2004, p.92). Pensar al hombre o al mundo como un objeto es autoimponernos un modo de ser. En una palabra, en la moralidad no somos libres, en un conjunto de prácticas reproducimos un solo sentido de existir. Para ser libres (éticos) haría falta superar la visión de dominio

15 De acuerdo con Joseph Owens (1978, pp. 180-188). la causa formal es la que posibilita la ciencia debido a su identificación con la universalidad. A diferencia de las causas eficiente y final, que dependen de cosas singulares, mientras que la causa material es un principio de diferencia y no-definición. El autor expresa la necesidad en la forma a través de la noción que usa Aristóteles al hablar de causa formal (τὴν οὐσίαν καὶ τὸ τί ἦν εἶναι). Pues al traducir τὸ τί ἦν εἶναι al inglés se lee: “what-IS-Being”. Se utilizan las mayúsculas en “IS” para denotar la necesidad formal de lo que es, prescindiendo del tiempo. La intención es expresar la inteligibilidad formal de una cosa: la forma. A diferencia del término “what-is”, que puede expresar una cosa en tanto materia, forma o una composición de ambas.

y explicación de la naturaleza para abrir nuevos caminos de sentido. Esta superación es lo que provee de contenido ético, tema del próximo apartado.

2.2 Contenido

2.2.1 Ética hermenéutica

Jesús Conill dedica un libro (2010) para explicar el surgimiento de la ética a partir de la posibilidad hermenéutica humana, lo que se conoce como ética hermenéutica. En las primeras páginas de este texto, el autor justifica su trabajo debido a la escasez de estudios al respecto, pues, aunque los representantes más importantes de la filosofía moral y política –nos dice– están situados en un contexto hermenéutico, no se estudia a profundidad en las historias y enciclopedias. El propósito general del libro de Conill es elaborar una ética a partir de la hermenéutica de la facticidad con un nuevo sentido crítico (p. 14). El modo en que pretende realizar la relación entre hermenéutica y crítica es a través del estudio de algunos textos de Kant, a saber, la *Crítica del Juicio* y la *Antropología en sentido pragmático*. En cuanto a la relación entre ética y hermenéutica, la realiza a partir de lo que llama Heidegger, “hermenéutica de la facticidad”. Sólo retomaremos el segundo análisis, ya que no es el objetivo de este escrito presentar una síntesis del texto de Conill, sino explicar lo que se entiende por ética hermenéutica, concepción que se desprende de los estudios hechos por Heidegger que se acaban de presentar.

Hasta este momento se ha hablado del ser en el mundo, de condiciones primigenias del existir. Se ha hablado de conciencia, mundo, sentido, y hermenéutica. Para exponer el carácter ético de estos conceptos, expondré la perspectiva que tiene Conill de las ideas heideggerianas en: *Ontología: Hermenéutica de la Facticidad, Ser y tiempo* y *Carta sobre el humanismo* (Conill, 2010, pp. 91-141).

En el texto, *Ontología: Hermenéutica de la Facticidad*, se entiende al existir (*Dasein*) como el ser-aquí, no hay el existir en sí mismo, cada ser humano tiene una estructura particular de acuerdo con su tiempo y lugar de desarrollo, no nos poseemos en sentido pleno porque ni el tiempo ni el lugar depende de nosotros, estamos “arrojados” al mundo, a la historia y a la cultura. La estructura ontológica del ser humano o *Dasein*

no es una realidad independiente o inmutable; estructura se puede entender como una práctica general que sirve de base para desarrollarse en el existir. En efecto, no podemos experimentar el existir, pues es-aquí, en cada ocasión, es mutable y práctico. Por ejemplo: al crecer nadie nos pregunta nuestra opinión para dirigir nuestra vida de tal o cual manera, tenemos un nombre, ciudadanía, lenguaje y para ninguna de esas cosas deliberamos o discernimos, tuvimos que realizarnos con ellas. Aunque no por ello no podemos no asumir las consecuencias de nuestros actos; esto se debe a que suponemos que hay una posibilidad agencial sobre el mundo y no somos únicamente receptores pasivos. Estamos dis-puestos o abiertos al mundo, esta apertura implica auto-preocupación.

El examen continuo de lo que podemos hacer a partir de lo que somos está configurado en la estructura del *Dasein*. Somos seres éticos por naturaleza porque dialogamos continuamente con nosotros mismos. Este diálogo es posible porque no somos seres omnisapientes, ciertas partes de la práctica humana nos llaman la atención para hacer nuestro *proyecto* de vida. Siempre tendemos-a, sin olvidar nuestro ser-aquí. Muy frecuentemente se proyecta la vida humana a través de un razonamiento que deduzca el mejor balance costo-beneficio; sin embargo, eso no es dialogar, más bien es un modelo que ocupa el razonamiento como un instrumento. En el acceso a la facticidad devela un ser con motivos éticos, nuestra estructura es ética. No nos dirigimos a la ética, sino que somos seres éticos.

En *Ser y Tiempo*, el concepto central es la resolución, o la capacidad de elegir el proyecto, se continúa con la idea de diálogo entre lo interno y externo, hay una mediación entre el fin de cuidarse a uno mismo y cuidar del mundo (entendido como totalidad de sentido). En todo caso se habla de una resolución responsable, no basada en un deber o en la virtud. En opinión de Diego Gracia la ética heideggeriana es una ética de la responsabilidad:

La ética heideggeriana es una ética de la responsabilidad. El objetivo de la hermenéutica moral es precisamente éste, tomar decisiones responsables. No se trata de aplicar principios deontológicos establecidos *a priori*, sino de ser responsable frente al Ser, es decir, con el ser humano, con el mundo. El propio ser humano y el mundo son dádivas, donaciones, regalos o revelaciones del Ser. Y como tales

tenemos que tomarlos. Podemos «pro-ponernos» tareas y obligaciones morales porque antes estamos «puestos». Eso es lo que se desprende de la obra de Heidegger, como vio con toda claridad, hace ya muchos años, Zubiri (Gracia, 2004, p. 212).

Ser responsables implica también que somos vulnerables; al existir de modo fundamental en el mundo práctico tendemos a olvidar el ser propio o facticidad, y ser fático es un ser posible: somos lo que todavía no somos. Ser ético no es únicamente seguir las reglas, es proyectarse en la existencia, darle sentido. En suma, la estructura existencial del *Dasein* es una ética originaria que posibilita la responsabilidad.

Por último, en *Carta sobre el humanismo* se retoma el sentido primario del *êthos*, que significa guarida o morada. Desde este concepto se recupera el “habitar” el mundo en un sentido existencial propio. Una vez que queda superada la conciencia subjetiva propuesta por Husserl, se abre una perspectiva que cuida de sí, y al hacerlo se experimenta una *dignidad* que no es añadida. No somos humanos en tanto que somos animales con características especiales, como el raciocinio, la posesión de un alma, o de un carácter. La *humanitas* no es un producto añadido a la animalidad que compartimos con otros seres.

Sólo al existir propiamente aparece la verdad (por ello se habla de develación «aletheia» en lugar de adecuación), por el contrario, olvidar el ser y creer que hay productos metafísicos definidos es vivir en falsedad. Cuidar de nuestra estructura ontológica significa cuidar de la *humanitas* del hombre. *Ser-en-un-mundo* significa estar aquí, arrojado, abierto, y al mismo tiempo estar en la búsqueda de significado, de un mundo que puede responder a un ideal ético. En el caso de la existencia, aquello arrojado no necesariamente implica estatismo, sino que permite un ideal, que no viene dado en la existencia, pero no contradice la nueva base de la humanidad, además de que la necesidad de nuestro tiempo posmoderno coloca ese problema antes que cualquier otro.

Los problemas que vivimos actualmente son problemas éticos, la desigualdad, la pobreza, el hambre, etc., son problemas que aparecen al descuidar nuestra disposición para actuar éticamente. Las normas éticas responden a la necesidad de restringir el olvido del ser, de la estructura fundamental de lo humano; es una articulación conceptual que guía la acción. Este tipo de normas no contradicen la *humanitas* del hombre, son su

expresión y difusión. Sin embargo, no se debe confundir la norma ética con su condición de posibilidad. Esta condición es una estructura ético-ontológica que acompaña el existir propio. En la existencia no existe la distinción entre ética y ontología. La naturaleza humana, es el constante diálogo con ella misma, no es una entidad. En una palabra, la ética tiene que ver con la posibilidad de ser, con la carencia de un determinismo, pero al mismo tiempo de la posibilidad de ocupar esa libertad para construir la humanidad, aunque esta construcción siempre tendrá que ser regulada por un criterio.

Al superar el idealismo husserliano y la idea de conciencia subjetiva; surge la responsabilidad del cuidado de lo ético en comunidad. No obstante, existen distintos tipos de culturas, y cada una enfrenta problemas distintos. La pregunta central es ¿Cómo justificar una finalidad ética? Para responder esta pregunta se necesita ir más allá de la fenomenología, la hermenéutica y la ética hermenéutica, aunque se supongan de fondo, no son suficientes para definir una ruta ética. En específico las dos primeras se centran en el aspecto moral del ser humano; es decir, lo explican sin comprometerse con la una reflexión que tienda a lo prescriptivo. En el caso de la ética hermenéutica, se propone un puente para dar el paso de lo moral a lo ético. Este puente no implica una relación entre dos cosas distintas, sino lo que permite el cuidado del mundo, una reflexión hacia lo mejor. No se trata de dos fenómenos distintos, sino dos conceptos que se refieren a distintas actitudes.

Históricamente, la ética hermenéutica es la respuesta a las éticas precedentes, a saber, la del deber y la aristotélica. Su fundamentación se encuentra en el hombre mismo y su responsabilidad frente al mundo. De acuerdo con Diego Gracia (2004, p. 222) lo anterior puede tener dos posibilidades, la primera es que la responsabilidad sea subsidiaria de principios más generales, absolutos y sin excepciones; la segunda es un razonamiento práctico que evalúa principios y contexto simultáneamente. Gracia identifica esta segunda posibilidad con la tradición que inaugura Heidegger y Paul Ricoeur. Sin embargo, hay una tercera posibilidad: la relación entre ética hermenéutica y ética de la virtud; esta posibilidad tiene una dificultad de fondo: retomar la ética de la virtud aristotélica sin suponer la biología metafísica que está de fondo, es dificultad porque ahora no suponemos que hay un orden natural del mundo, o naturalezas definidas y relacionadas armónicamente. En el próximo apartado expondré los

argumentos que justifican hablar de una ética de las virtudes prescindiendo de la biología metafísica aristotélica, con ello se evita el anacronismo y la ética para la bioética tiene fundamentos más sólidos.

2.2.2 Ética de las virtudes

Llegando a este punto de la exposición, es necesario decir que la idea a defender es que la ética más plausible para la bioética médica es la ética de las virtudes. Al respecto cabe hacer una importante aclaración: la ética de las virtudes y la teoría aristotélica de las virtudes son dos cosas distintas; podemos encontrar virtudes antes y después de la teoría aristotélica. Quizás la confusión se deba al mismo filósofo, ya que presenta su teoría de modo acabado al refutar teorías anteriores.

Una de las ideas centrales de esta teoría es el *telos* que ya he mencionado, sólo que en Aristóteles tiene notas distintivas: Todas las cosas tienen una naturaleza definida en relación con sí mismas y con las demás, hay un orden en la naturaleza independiente del hombre. De este modo, estamos sujetos a obrar de acuerdo con lo que somos; en el caso del hombre, no sólo se cuentan como disposiciones naturales la capacidad de movimiento, alimentación o reproducción, sino también la de ser soldado, político o médico. Para Aristóteles, las virtudes dependen de la teleología; en efecto, se consideraba virtuoso quien realizaba de la mejor manera su naturaleza, por ejemplo, para ser buen médico se necesitaba encausar las funciones orgánicas dentro del equilibrio natural. En este punto coincide Galeno al afirmar que la salud significa ser capaz de funcionar acorde a la naturaleza, y la enfermedad es lo opuesto. Por naturaleza entiende balance o armonía de todo lo vivo (Galen, 2006, II1-4). Sin embargo, el proyecto aristotélico va más allá de las profesiones u oficios, pues trata de caracterizar lo que sería un hombre virtuoso en todos los contextos, para hacer tal cosa es imprescindible que sepamos qué es la naturaleza humana.

El problema con ello es que este proyecto está desechado desde la modernidad. Se sustituyó la búsqueda del funcionamiento de naturalezas definidas por una del tipo mecanicista. Por consecuencia, el hombre se concebía con la capacidad de definir su naturaleza de manera autónoma. Este cambio permitió establecer únicamente dos

motivos de la acción humana: la atracción al placer y la aversión al dolor. El problema con estos motivos es que son tan amplios y difusos que no se puede definir su referencia, lo que alguien puede considerar placer será para otro dolor y viceversa.¹⁶ Por tanto, la objetividad que se les atribuyó a estos motivos siempre fue —en términos nietzscheanos— expresiones de voluntad subjetiva (McIntyre, 2007, p. 153).

Al fracasar el proyecto moderno se crea un interés por recuperar la ética de las virtudes dentro de la bioética debido a que proporcionaba un criterio ético que el proyecto moderno no pudo alcanzar. Lo que es necesario explicar, es cómo hacer esta teoría plausible sin la concepción de una naturaleza humana, es necesario hacer a un lado la ontología aristotélica porque su proyecto de ciencia es incompatible con la ciencia médica moderna. No es factible pensar al ser humano con una naturaleza primaria ni secundaria (*ēthos*), ya que la naturaleza segunda implica exacerbar las características humanas propias, y cuando se dice “exacerbar las características propias humanas” hay una idea de completud, lo que significa que la segunda naturaleza tiene también un sentido. Aunque existe un elemento contingente sobre el cual se puede deliberar, su meta es deliberar rectamente sobre lo bueno y conveniente para sí mismo en un sentido general de vivir bien (Aristóteles, EN, 1140b25-29). A esa actividad se le dio el nombre de *phronesis*: un saber práctico que accede al *telos* humano.

Existen distintas maneras en las que se puede traer a cuenta la doctrina de la *phronesis* evitando el anacronismo. Una de las más representativas es el trabajo de Hannah Arendt, Leo Strauss y Eric Vogelin, en los que se critica la ingenuidad con la que funciona la ciencia política moderna: de manera funcionalista (Volpi, 1999. pp. 5). En efecto, existe una teoría neutral que describe la realidad social, aquí las acciones políticas son una inferencia lógica unívoca. La recuperación de Aristóteles se justifica porque la acción humana se basa mejor en la *phronesis* que en un modelo teórico funcionalista. El supuesto es que la *philosophia practica* es distinta de la *philosophia theoretica* y de la *techne*; sin embargo, todas ellas tienen un conocimiento propio. La acción humana no puede ser susceptible de un conocimiento teórico (*episteme*), pero sí práctico. La acción no puede producir algo, como sí puede la técnica (*techne*), por ello

¹⁶ Debido a ello, las éticas que procuran el sumo bien como el utilitarismo, encubren una voluntad política irracional con una retórica que aparenta un fundamento racional.

es imposible decir que alguien es virtuoso sin apelar a sus actos. Sus actos morales son en sí mismos una prueba del carácter, de actuar bien y vivir bien, y sólo pueden ser medidos por el nivel de excelencia de su *praxis* misma, no hay un objeto entitativo que sea producto de la acción. Por tanto, desde este punto de vista, cualquier disertación de principios éticos inmutables no implica ser virtuoso o excelente. La *phronesis* delimita el campo de la *theoria*, y con ello permite dar un paso importante, añadir el elemento deliberativo en la acción humana dejando de lado el funcionalismo.

Hasta este momento no se ha hablado acerca de cómo prescindir de la ontología aristotélica, lo que se ha dicho tiene que ver con la deliberación y parece no haber mucho problema con aceptarlo; sin embargo, para acercarnos al criterio ético de la virtud es conveniente explicar qué es la *polis*. En términos generales este concepto se refiere a que toda la comunidad aspira a un fin común. A diferencia de las sociedades contemporáneas, donde los ciudadanos usan a la sociedad como un medio obtener lo que interesa, en una *polis*, el ejercicio de la deliberación es responsabilidad de toda la comunidad. Una de las consecuencias para la teoría de las virtudes es que no hay hombres virtuosos solitarios.

La idea de comunidad en este sentido puede ayudar a delinear la idea de la teoría de las virtudes sin la ontología aristotélica. Alasdair McIntyre define fases en el desarrollo del concepto de virtud que no dependen de dicha ontología, y que además se pueden aplicar a cualquier contexto donde se use este concepto. La primera es la virtud práctica que tiene relación con la comunidad, la segunda es de orden narrativo y la tercera de una tradición moral. El autor define una práctica de la siguiente manera:

By a 'practice' I am going to mean any coherent and complex form of socially established cooperative human activity through which goods internal to that form of activity are realized in the course of trying to achieve those standards of excellence which are appropriate to, and partially definitive of, that form of activity, with the result that human powers to achieve excellence, and human conceptions of the end and goods involved, are systematically extended (2007, p. 187).¹⁷

¹⁷ Por práctica quiero decir cualquier forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, establecida socialmente, mediante la cual se realizan los bienes inherentes a la misma mientras se intenta lograr los modelos de excelencia que le son apropiados a esa forma de actividad y la definen parcialmente,

Toda práctica presupone modelos de excelencia para que sea una actividad cooperativa que va más allá del perfeccionamiento de habilidades técnicas, estos modelos son bienes internos. Quién decide realizar por primera vez una práctica debe acatar las normas de ésta y después contribuir en su mejora a través de una búsqueda de fines que emerjan de esa práctica, no para que sean un medio de poder, prestigio o riqueza, que en todo caso serían bienes externos. Para ello es necesario que existan códigos de veracidad, justicia y valor. Entonces toda práctica que no esté basada en bienes internos o virtudes corre el riesgo de corromperse. No obstante, toda sociedad puede tener sus propias concepciones de veracidad, justicia y valor. En respuesta a ello McIntyre propone la segunda fase del concepto de virtud: el orden narrativo.

El concepto clave para entender la importancia de narrativa es “inteligible”. El autor utiliza este término como marco general que engloba creencias, acciones y actos del habla; cualquiera de éstos es inteligible (subordinado) a la luz de una narración, que puede ser una persona en particular, una comunidad o una civilización. En ética esto tiene grandes implicaciones metodológicas, ya que no es posible analizar solo un acto para determinar si es ético o no, es necesario conocer la narración de la situación. Hay una concordancia entre la manera del ser humano y su expresión narrativa; el autor menciona que primero vivimos las historias y después las contamos. (McIntyre, 2007, p.216). Cada historia personal está relacionada con otras, ninguna narración pertenece a una sola persona, todos somos coautores de una misma narración. Las virtudes no sólo sostienen prácticas y sus bienes internos, sino que justifican búsquedas por el bien, nos alientan a superar peligros, tentaciones y distracciones, permitiendo incrementar el conocimiento de uno mismo y del bien (McIntyre, 2007, p.219).

Por último, en la tercera fase, el autor desarrolla el concepto de tradición, concepto que no es antagónico de razón o conflicto, una tradición refleja, los bienes internos a diversas prácticas, ciertas virtudes son relevantes para que las tradiciones continúen, la falta de justicia, veracidad, coraje corrompe las tradiciones. Aunado a ello es importante reconocer una virtud adicional, ser consciente de la tradición a la que uno pertenece para

con el resultado de que la capacidad humana de lograr la excelencia y los conceptos humanos de los fines y bienes que conlleva se extienden sistemáticamente.

concebir posibilidades futuras (McIntyre, 2007, p. 223). En el concepto de tradición se encuentra la respuesta a la idea de que el eticista es un enemigo de la ciudad porque siempre provoca desestabilidad al preguntar constantemente por el bien y la justificación de las leyes sin proponer nada. En efecto, lo que se le responde es que siempre se tendría que buscar una mejoría desde la tradición, de otra manera la ética pasaría a ser institución que sólo busca bienes externos.

2.2.3 Principios éticos

De lo dicho anteriormente, la conclusión práctica en el campo de las ciencias de la salud es el fomento de las virtudes en práctica. Esto no es algo novedoso, desde la medicina de Hipócrates y Galeno se ha dicho que un buen médico es también un filósofo. Para esta época, eso significaba que el médico debería conocer todas las partes de la filosofía: lógica, ciencia y ética (Brain, 1977, p. 937). En efecto, no existían divisiones epistémicas entre estas disciplinas, todas formaban parte de un saber llamado filosofía. Es cierto que estos conceptos ahora no significan lo mismo, pero a la luz del apartado anterior, se puede reconocer una constante, a saber, que ser un buen médico implica, además de poseer habilidades técnicas, la incorporación de virtudes de excelencia ética en su práctica, que no se circunscriben únicamente en la narrativa de las ciencias de la salud, sino en la humana en general y que forman una tradición en constante renovación.

Como ya se ha dicho, la narrativa humana en general sirve para señalar el lugar desde dónde se responderá lo que es correcto e incorrecto, lo que servirá como criterio para darle un sentido a la tradición médica. En este último apartado se señalarán los principales aspectos que caracterizan la narrativa contemporánea: las leyes del mercado, el progreso científico y los principios éticos que sirven de contraste y que dan sentido a la tradición médica.

Proponer un ideal ético en todo caso es una propuesta positiva, la ética no sólo tiene un carácter desestabilizador, tal como se expuso en el apartado anterior. Sino que destruye para construir, y esa construcción supone la condición humana pero no se reduce a ella. Somos seres que actúan en un mundo de sentido, pero ese sentido también puede ser construido. ¿Cuál es la dirección ética por construir? Para

comprender esta pregunta es necesario concebir el papel que tienen los ideales éticos, que regularmente se clasifican como guías de acción, pero también cómo utopías.

La utopía es un género literario que nació en 1516 a partir del libro *Utopía* de Tomás Moro. (Alinsa, 1999, p. 20). En este género se englobaron ideales de sociedades imaginadas. Por ello, en el nombre resuenan fantasías o elucubraciones sin sustento. Sin embargo, antes de que se inaugurara el género, ya se habían pensado sociedades ideales, tal es el caso de la *República* de Platón. Aunque en este caso no se concibe como una fantasía, sino como una figura que permite ver la dinámica en la que estamos inmersos. Es como un mapa que nos sitúa en perspectiva, que nos da luces sobre los alcances y limitaciones a las que nos enfrentamos si queremos pensar un cambio a gran escala.¹⁸ Este es el sentido que quisiera recuperar en lo que sigue.

Al concebir un ideal ético como un ideal se puede entender como algo añadido al sistema moral que predomine. Por ejemplo, la no-maleficencia se puede concebir como opcional, pues responde a decisiones personales que no violentan el sistema moral en turno, en este caso un sistema basado en el neoliberalismo. En este sentido, construir un mundo que incluya la no-maleficencia o cualquier principio que califique de utópico se enfrenta con este prejuicio, que en mi opinión es la principal dificultad para incluir a los principios éticos en nuestro mundo de sentido.¹⁹ Es la principal porque los principios mercantiles y progresistas se encuentran por encima de todos los demás.

La tesis de Franz Hinkelammert es que se piensa acríticamente el mito moderno del progreso y, por tanto, la razón utópica se descalifica de inicio (Fernández & David, 2012, p. 16). Hablar de modernidad exige un estudio profundo, pero podemos

¹⁸ Aunque aquí se hable de principios éticos en tanto ideales positivos, una figura de distopía puede servir también para poner en perspectiva una situación específica. Un ejemplo de ello son las novelas de ficción o películas que describen una sociedad estratificada en relación al código genético. En ellas se expresa las últimas consecuencias de valorar las características genéticas heredadas sobre el esfuerzo o mérito, que es lo que normalmente se juzga como correcto en nuestras sociedades. Se admiran características físicas de las que no tuvimos control o decisión.

¹⁹ Una distinción importante al respecto es la diferencia entre el estatus de los principios bioéticos y su factibilidad en el mundo. Es decir, no es lo mismo preguntar ¿Qué son los principios? Y ¿Cómo funcionan los principios en un contexto significativo determinado? En mi opinión, hay más dificultad al querer significar los principios que al elaborar una teoría filosófica que les dé un estatus ontológico. Podemos dilucidar si los principios son una metodología para resolver dilemas, son independientes de las virtudes o valores, si tienen alguna jerarquía interna, incluso podemos cuestionar su pertinencia en la bioética. Sin embargo, su aplicabilidad depende no sólo de una buena justificación, sino del contexto al que se enfrenta, a los prejuicios, etc.

caracterizarla por una racionalidad formal, abstracta, de medios y fines. Para Hinkelammert, las utopías tienen un carácter regulador de la razón que nos sitúan en una relación con lo imposible, aquello a lo que no estamos acostumbrados. Puede comprenderse esta relación pensando en lo que se presupone en cualquier experimento mental, a saber, una posibilidad lógica. En efecto, para que funcione un experimento mental es necesario que sus elementos se relacionen lógicamente, que tenga coherencia interna. Por ejemplo, si pensamos que un anillo nos hace invisibles con sólo girarlo y preguntamos: ¿Nos comportaríamos de la misma manera siendo visibles que invisibles?²⁰ Dar una respuesta a esta cuestión implica la posibilidad de ser invisible, no una posibilidad real sino una posibilidad coherente dentro de un mundo en el que tenga sentido ser invisible a través de ese modo. Esta posibilidad está cancelada desde la modernidad por concebir la razón calculadora como posibilidad única de pensar el mundo. La única manera de ser está situada en consonancia con el mito del mercado en tanto institución sacralizada, que funciona automáticamente de manera perfecta, movido por “una mano invisible” —como diría Adam Smith—. Así las cosas, un Estado secular admite las leyes de la oferta y la demanda como intocables, se sacraliza una utopía eliminando las demás. Sus implicaciones se observan desde lo político hasta llegar al ciudadano; aquel se maneja por intereses económicos y este último se asume como un recurso o capital humano. La idea central de Hinkelammert es que el proyecto de secularización es imposible en tanto pretende cancelar la espiritualidad, pues ésta es un fenómeno antropológico que no implica religión alguna (Fernández & David, 2012, p. 29). Desde la argumentación de esta tesis, se puede pensar que la espiritualidad y posibilidad metafísica de construir sentido, van de la mano. La idea de que una utopía o ideal sirve como idea reguladora de la razón supone la imposibilidad de alcanzarla; lejos de ser un obstáculo es una característica positiva. O sea, regular la razón es una tarea permanente porque la razón no es ni perfecta ni omnisciente: No conocemos todas las condiciones posibles que determinan un acto como bueno o malo, tampoco hay actos buenos o malos en sí mismos, pues como vimos, el hombre y el sentido que construye son una misma cosa.

²⁰ Véase *La República* de Platón 359a-360d.

Con todo ello queda por decir, cual es el criterio ético para regular la razón. Este tema se inscribe en la discusión entre la ética mínima y la ética máxima. La primera, bien puede ser caracterizada por el liberalismo político de John Rawls (1995) y la segunda por la ética de las virtudes que acabo de exponer. Es una discusión porque, mientras que la primera explica que la función de la ética es establecer mínimos de convivencia desde un aspecto formal, como el respeto a la propiedad privada o principios de justicia distributiva; la segunda propone la mejor forma de vivir, a saber, un contenido ético.

Cabe mencionar por último que las principales críticas que ha recibido la ética mínima es que, la formalidad ética es indefendible pues en todo caso se supone un contenido ético. Por ejemplo, el enunciado formal: “Todos los mexicanos tienen derecho al acceso a la salud,” supone que la salud es un bien que vale la pena ser perseguido: ahí se encuentra un contenido, no sólo una forma que permita deliberar si es bueno o no perseguir la salud. Por su parte, la ética máxima tiene que justificar una idea de bondad universal, esto es utópico en el sentido aquí señalado, y desde mi juicio una de las grandes utopías que se deben recuperar en la práctica médica es la interpelación del otro, ésta podrá regular la razón en la medida en que nos ponga en perspectiva sobre cómo consideramos al otro. Lo que también significa que los principios de bioética médica necesitan ser complementados.

2.2.4 La categoría ética del cara-a-cara

Uno de los recursos que se han retomado para dotar de contenido a los principios de bioética es el contexto, esto significa que se parte de lo ya interpretado, se genera una teoría para volver a la realidad de dónde se parte. No obstante, considero pertinente traer a colación la categoría ética del cara-a-cara que retoma Enrique Dussel de Levinas, ya que en ella se concentra el contenido ético dentro de una institución de salud, entendiendo por ello la práctica de las ciencias de la salud en tanto conjunto de acciones humanas, no solamente una institución particular. La importancia de esta categoría es que no se encuentra en los griegos o modernos, (Dussell, 2016, p. 119).

Esta categoría –nos dice–, es el eje de la ética en tanto primera filosofía. El cara-a-cara supone una crítica a la moral vigente, a la totalidad de sentido en la cual nos

movemos. En efecto, si pensamos en alguna sociedad que ha desarrollado su moralidad pero que no produce nuevas prácticas la interpelación entre personas se da a través de vías conocidas. Por ejemplo, en una sociedad cristiana que considera que el cuerpo es el origen del pecado y el alma es aquello que se puede perfeccionar para llegar a la salvación, el intercambio de prácticas se da a través de ese esquema, cuando surge la nueva ciencia, estos significados pierden sentido y las prácticas cambian. Así mismo, este estado supone a su vez un nuevo momento creativo, que con el tiempo se llegará a establecer. Con la categoría del cara-a-cara, tanto se pueden establecer concordancias con las virtudes como pueden convertirse en una forma alienada que sólo busca bienes externos (McIntyre, 2007, p. 194; Dussel, 2016, p. 47). En este sentido, las instituciones se pueden definir por modelos económicos y progresistas o en el soporte de prácticas virtuosas. La categoría del cara-a-cara supone que el cambio de una moralidad a otra tiene una constante: un criterio ético de interpelación práctico-crítica. Es decir, en toda práctica es deseable que exista una crítica desde la exterioridad, de lo inefable, del sufrimiento del otro. La dimensión ética le viene dada desde fuera de la moral vigente, en el reconocimiento del otro en tanto otro. En esto también radica que la ética sea la filosofía primera porque establece una crítica universal a todas las tradiciones filosóficas que ya están situadas en una tradición (Dussel, 2016, p. 129).

La conciencia ética que surge desde fuera del mundo (totalidad de sentido), no es la misma que la que descubre Husserl o Heidegger, pues en estos casos se habla de un centro que despliega su sentido u horizonte, en la nueva categoría ética este horizonte se irrumpe por otro extraño, que no se (deja) se mueve en relación con mi mundo, pero cuya presencia me interpela.

Pensar en una sociedad contemporánea, en donde las leyes del mercado, los ideales de dominación de las ciencias modernas y el funcionalismo político dominan el sentido del mundo, el reconocimiento del Otro es imprescindible para ser ético. Con todo ello queda por responder ¿Cuál es el fin último de la ética? Dussell afirma que no es suficiente reconocer al otro, sino incluirlo en el sistema; si hay sufrimiento, hambre, injusticias, etc., y no se les enfrenta, es porque el sistema no los toma en cuenta: se institucionalizan prácticas de discriminación, exclusión, etc. En su inclusión el sistema y la visión del mundo se tendrían que modificar. El nuevo proyecto de sentido la tendría

que incluir, pero este nuevo proyecto es inherentemente incierto. Ningún acto humano es infalible o perfecto. Por tal razón, Dussell, al igual que McIntyre, sostiene que una ética no se puede fundamentar en virtudes definidas, pues éstas son reflejo de carácter formado dentro de una moralidad específica, las únicas virtudes tienen que ver con aprender y practicar a no tener miedo de emprender lo nuevo partiendo de la discusión y el consenso comunitario. Estas son: la valentía (obrar de acuerdo a la conciencia ética), la sabiduría práctica (discusión comunitaria) y la temperancia (incorruptibilidad) fundante es aprender y practicar a no tener miedo de emprender lo nuevo partiendo de la discusión y el consenso comunitario (Dussell, 2016, p. 163).

El proyecto que tiene Enrique Dussell es más amplio del esbozo aquí enunciado, en su discurso se persigue el cambio de un pensamiento eurocéntrico a uno dialógico. En donde las categorías de pensamiento cambien para superar la tradición moderna y posmoderna en la que estamos inmersos, y no como actores sino como una consecuencia de un proceso histórico que negó nuestra mismidad. Su inclusión en esta tesis se justifica debido a que muestra el panorama del momento histórico que estamos viviendo, qué categorías éticas heredamos, cuáles son sus problemas y soluciones.

El aporte ético para una bioética médica se hace evidente cuando decimos que la práctica de las ciencias de la salud es esencialmente entre dos seres humanos que pueden provenir de contextos morales distintos y es necesaria una categoría ética como la que se acaba de exponer. Se necesita una ética que funcione en un encuentro entre dos individuos, no una ética decisional a gran escala. El rostro siempre es individual, alguien con un sufrimiento en específico que necesita una solución particular. Esto implica una constante crítica a los bienes externos que busca una institución de salud. Este tipo de crítica no distingue entre lo legal y lo ilegal ya que lo legal se establece institucionalmente, es decir buscando bienes externos a la práctica de las ciencias de la salud. En una palabra, insertando el sujeto en la medicina, asunto que nos ocupará en el siguiente apartado.

2.3 Antropología médica

De acuerdo con Pedro Laín Entralgo, la Antropología médica se ha fundamentado teóricamente en una antropología general, y su especificidad dentro de la medicina se configura como una parte de un momento del saber médico. Éste se conforma a su vez de tres tipos de saber: 1. Saber clínico: conocimientos empíricos relativos a la realidad individual del enfermo, en tanto que enfermo. Las formas de este saber son: la historia clínica y el juicio diagnóstico. 2. El saber patológico: conocimientos relativos a la enfermedad, específica o genéricamente considerada. 3. El saber antropológico; es el fundamento de la patología general, es y debe ser un conocimiento del hombre que comprenda y unifique metódicamente lo que acerca de la realidad de éste nos digan tanto la anatomía y la fisiología tradicionales, como las disciplinas que integran las llamadas ciencias humanas. El autor define la antropología médica del siguiente modo: Llamo antropología médica al estudio y conocimiento científico del hombre en cuanto sujeto que puede padecer enfermedad, en cuanto que de hecho la está padeciendo, en cuanto que puede ser técnicamente ayudado a liberarse de ella, si la padece, y de llegar a padecerla, si está sano, y en cuanto puede morir, y a veces muere, como consecuencia de haberla padecido. La antropología médica es un conocimiento científico del hombre en tanto sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal. (Laín, 1984, p. XXXI). Esta renovación del saber médico ocurrió desde disciplinas externas a la medicina, con ello, la salud y la enfermedad se observan como hechos y como posibilidades humanas intrínsecas.

2.3.1 Enfermedad y salud como dimensiones humanas

Ya se ha mencionado que la salud y la enfermedad son valoraciones intrínsecas de la vida humana; esto las caracteriza como propiedades ontológicas (es imposible deshacernos de ellas). Es importante explicar a qué me refiero con “propiedades ontológicas” y cómo se reconocen en la práctica. Para tal efecto se pueden mencionar al menos dos posibilidades. La visión tradicional de la medicina y la experiencia vivencial. La primera, también se ha descrito aquí: considera a las enfermedades como cosas o estados de cosas y, por tanto, se estudian bajo una óptica determinada en la que se

intentan explicar bajo un modelo causal. Bajo este modelo, en el espacio dedicado a la atención de la salud, se manifiestan las consecuencias de entenderse a sí mismo como una máquina biológica; a saber, nos pensamos como entidades individuales, y la enfermedad es lo extraño que provoca una alteración indeseada, pero que eventualmente desaparece.²¹ En este sentido la propiedad ontológica es una disposición orgánica para enfermar y sanar. Por otro lado, se encuentra la experiencia vivencial; que podemos reconocer como proyecto de vida: En muchas ocasiones la sorpresa de una enfermedad puede truncar los planes que hemos designado a lo largo de la vida; por ejemplo, un pianista puede ver truncada su carrera por una artrosis. Esta visión choca con la primera, pues no se caracteriza por la necesidad de reparar funciones orgánicas, sino por considerar al ser humano como un ente moral cuya experiencia vital no puede ser reducida a un aspecto biológico o de “completo bienestar”.

El modelo lesional de la enfermedad que actualmente domina es sólo un sistema médico entre otros, pero se considera como el más aproximado a la verdad, y por tal razón los sistemas médicos que no se adecuen a estos criterios son considerados falsos. Como se mencionó en el apartado anterior, la cuestión es que la verdad científica tiene conocimientos antropológicos, sociales y culturales que la modifican. El argumento radica en que es posible describir la verdad de múltiples maneras y en esa medida se piensan la salud y la enfermedad. Con todos estos componentes del conocimiento médico, podemos pensar en otras dimensiones de la enfermedad además de la orgánica.

Continuamente se repite que el hombre tiene dimensiones del tipo sociales, económicas, religiosas, psíquicas, etc. En este sentido, la salud y la enfermedad tendrían notas distintivas de acuerdo con cada una de éstas. Por ejemplo, la enfermedad desde el punto de vista económico podría ser vista como un negocio no redituable por ocurrir en países donde no pueden pagar por su tratamiento. También se dice que son dimensiones antropológicas porque su fuente es el ser humano. Desde la economía, o sociología, no se conciben cómo existentes independientemente del hombre, sino que el

²¹ Esta concepción de la salud coincide con la definición de la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> Apelar a un estado “completo” de salud implica un estado en el cual se reconocen características definidas de salud, en las cuales lo extraño es la enfermedad, que impide un estado de salud y bienestar.

hombre las utiliza como medio para explicarse a sí mismo y lo que padece. En este caso, la enfermedad y la salud no son la excepción, están mediadas por disciplinas, conocimiento tradicional, etc. El tema de la antropología médica se ha debatido principalmente desde dos posturas, una desarrollada en Norteamérica y la otra en Heidelberg.

En la antropología norteamericana, a través de la Asociación Americana de Antropología (AAA, American Anthropological Association), se discutió el lugar que tenía la antropología médica dentro de la academia, en su primera revisión se enfatizó su utilidad práctica al aportar soluciones a la pobreza, la mortalidad materna, inequidad en el acceso a la salud, etc. Incluso desde su definición se encuentra el afán por enfrentar problemas y no únicamente describir comportamientos. Quedó definida de la siguiente manera: “El estudio intercultural de sistemas médicos y los factores bioecológicos y socioculturales que influyen en la salud y la enfermedad, ahora y a lo largo de la historia de la humanidad” (Singer & Erickson, 2011, p. 1-3). El desdén de una teoría general que sirviera de fundamento se terminó reflejando a nivel burocrático y académico cuando la Sociedad para la Antropología Aplicada (SfAA, Society for Applied Anthropology) se sumó a la AAA en la década de los 60's. En el fondo, la concepción de una antropología sin teoría reflejaba la postura pragmática que caracterizaba la antropología norteamericana del siglo XX, donde la búsqueda por una teoría se veía como un esfuerzo estéril (Sobo, 2011, p.13).

Como se ha insistido en este trabajo, sostener la idea de que la practicidad carece de teoría es una imposibilidad desde un punto de vista fenomenológico y ontológico. Esta confusión se basa en la idea de que las soluciones emanan unívocamente del problema a resolver, que son autoevidentes o que son genéricas. Es cierto que la solución estratégica intenta encontrar la mejor respuesta de acuerdo con intereses previamente estipulados (económicos, políticos, etc.); sin embargo, esa posibilidad no emana del problema, simplemente es la solución más usual, pero no es la única ni la mejor. En última instancia, todos los problemas, en este caso los que intenta resolver la antropología médica (pobreza, inequidad, etc.), están situados y requieren respuestas situadas.

Dejaremos de lado en esta ocasión la antropología norteamericana y nos enfocaremos en el resto del apartado en los aportes de la escuela de Heidelberg;²² ya que tenía una propuesta particular, pues surgió con la intención de rescatar la idea de sujeto que se perdía en un determinismo social, político y en específico, en el modelo lesional de la medicina. A pesar de que dicha escuela cultivó los principales fundamentos de la antropología médica, nunca se institucionalizó, no existió un canon reconocido en universidades, sociedades médicas u opinión pública. (Lolas, 2000, p 14; Weizäcker, 1956, p. 190). Aunque nunca hubo un canon, el fundamento filosófico justificaba la inserción del sujeto dentro del objeto de estudio de la medicina, en específico desde ideas vitalistas de Nietzsche, Dilthey y Max Scheller (Martínez, 2010). Como se mencionó en el apartado dedicado a la hermenéutica de la facticidad; desde el vitalismo, la vida y en este caso, el ser humano, no puede ser reducido a las explicaciones de la ciencia natural o de un modelo de pensamiento en específico. Se trata de romper con los esquemas más básicos del pensamiento occidental, como objeto-sujeto, interior-exterior, alma-cuerpo, pensar-sentir, etc., y comprender la vida holísticamente: como una unidad. Esto significa que la idea de sujeto no apela a un individualismo, más bien a una relación recíproca entre el sujeto, el entorno y otros sujetos, de ahí la importancia del beneficio de insertarlo en la medicina.

2.3.2 Insertar el sujeto en medicina

La importancia del concepto de “sujeto”, dentro de la atención médica, se puede observar al relacionarlo con el concepto de “dignidad”, ya que ambos conceptos tienen en común que no son entidades corporales, no podemos percibir a través de los sentidos un sujeto o una dignidad. A primera instancia pareciera que sí es posible, pero lo que comúnmente se señala como sujeto es un cuerpo, y aunque es condición necesaria no es suficiente para que exista. Otra característica en común es que su aprehensión no se da

²² La escuela de heidelberg ha sido definida por el Dr. Fernando Lolas como la tradición iniciada en 1927 por Ludof von Krehl, seguida por Richard Siebeck y llevada a su punto culminante por Viktor von Weizäcker y continuada por sus discípulos, entre ellos Paul Christian (1997, p.13).

únicamente por un acto de conocimiento, en específico uno del tipo cuantitativo.²³ En ambos casos, la dificultad es que aquello que denotan estos conceptos no se puede interpelar inmediatamente. Decir esto puede verse como una dificultad insuperable, sin embargo, si se dice que la intención principal de la escuela de Heidelberg es introducir al sujeto en la medicina, es necesario decir cómo se da una aproximación. La cuestión de fondo es que, dado que el sujeto no es una entidad medible, parece que se puede decir lo que sea de él sin caer en contradicción, pues sus características dependen enteramente de los alcances que uno desee; sin embargo, esto no es del todo correcto.

Hay autores que de la dignidad pasan a la sacralidad de la vida humana. Leon Kass, el bioeticista elegido por George Bush en 2001 para presidir el Consejo del Presidente en Bioética: The President's Council on Bioethics (PCBE), dice que la acción de pensar, juzgar, amar y tener voluntad son valores inmanentes que nos hacen dignos y distintos de otros seres, y estos valores nos asemejan a Dios (Kass, 2002, p. 234). Sacralidad y dignidad, son para Kass atributos humanos recíprocos e inmanentes. Otra postura es la que desarrolló León Olivé (2012), en la cual concibe la dignidad, no como inmanente o dada en el ser humano, sino algo que se construye dependiendo del contexto y necesidades particulares. Aunque eso no implica un relativismo, sino un multiculturalismo: cada cultura conserva su propia identidad, y al mismo tiempo se solidariza con las demás para conformar un proyecto regional o global que permita su florecimiento. Con este panorama podemos observar que la discusión sobre lo que es un sujeto no es tan fácil como uno pudiera esperar, si en la relación médico paciente se

²³ De acuerdo con Michel Foucault, el precepto delfico “conócete a ti mismo” está subordinado a otro: “inquietud de sí mismo”. Principio fundamental para caracterizar una actitud racional de las culturas griega, helenística y romana. Esta noción tiene tres características principales: 1. Es una *actitud* de estar en el mundo con respecto a sí mismo, a los otros y al mundo. 2. Es una manera de mirar, de trasladar la mirada exterior al interior. 3. Son acciones sobre sí mismo que fomentan el cuidado. Para el autor, estas tres características apuntan a una noción de espiritualidad entendida como, el conjunto de prácticas y experiencias que permiten el acceso a la verdad. Es decir, el acto de conocimiento no es suficiente para acceder a la verdad, es necesaria una actitud previa del sujeto, una inquietud de sí que deviene en un cuidado, una manera previa de mirar, en una palabra, no todos los hombres pueden acceder a la verdad. No obstante, a partir de la modernidad, específicamente desde Descartes, esta idea se cancela y el acto de conocimiento se lleva a cabo únicamente con el método formal. (Foucault, 2005, pp. 13-35). La idea a la que quiero dirigir la atención con lo anterior es que la noción de sujeto puede verse desde el paradigma clásico o moderno. Y si se observa exclusivamente como moderno se cae en dogmatismo o ideología, de este modo, la afirmación de que el sujeto no es algo cognoscible cuantitativamente implica que no se acepta la idea cartesiana, en la que se puede objetivar el hombre a través de un acto de conocimiento. Lo que se afirma es que el sujeto es aquello que nos permite aproximarnos al mundo y a nosotros mismos, querer asirlo de manera determinada serían una empresa infértil.

critica la despersonalización y la objetivación, su respuesta no se encuentra a la mano. Al respecto, dentro de la escuela de Heidelberg se dio una respuesta, a saber, un sujeto es integral y temporal, características que se fundamentaron teóricamente y aplicaron a la relación médico paciente. El sentido de éstas se expondrá en lo que sigue.

i. El sujeto es integral. La necesidad de decir que un sujeto es un todo ocurre como respuesta a la división cartesiana de mente-cuerpo. Esta división es retomada por Husserl para formular una caracterización de la conciencia como fenómeno originario. El repaso que se aquí hizo de la propuesta de este filósofo da razones para decir que el supuesto compartido es que en la medida en que se conozca la manera en que opera la mente se podrá alcanzar el máximo conocimiento humano, en este sentido, el cuerpo humano resulta innecesario y por ello se pone “entre paréntesis”. De acuerdo con Husserl, no podremos saber cómo es el mundo en sí mismo porque la mediación de la conciencia es inevitable; por tanto, en lugar de medio es fundamento. Es importante retomar el supuesto de Husserl y Descartes porque dentro de la escuela de Heidelberg se retomarán los estudios de la psicología, que en un sentido significa volver a trabajar con tal supuesto y volver a discutirlo. ¿En qué sentido? Ludof von Krehl categoriza la integridad de la persona junto con aspectos psicológicos, en especial el psicoanálisis (Lolas, 1997, p. 15). Esto significa que hay una intención por recuperar el estudio de la mente y del cuerpo de manera simultánea, en dos sentidos importantes. La causa de la enfermedad no puede ser exclusivamente corporal o mental y comprender al otro a través del método del análisis del inconsciente (Lolas, 2010b, p. 281).

ii. El sujeto es temporal. Con la introducción del psicoanálisis en medicina se abrió la posibilidad de una metodología integral que además interpelaba al otro. En este caso se conceptualizó bajo el nombre de “investigación biográfica”. El Dr. Lolas menciona que “el primer método de la medicina psicológica, la investigación biográfica, quedó revestida de inmediato de una dignidad ética” (Lolas, 2010b, p. 281). Richard Siebeck es el autor que tiene el crédito de estudiar las experiencias humanas bajo su temporalidad biográfica. Es decir, cada persona ordena distintamente sus experiencias, aunque siempre existirán constantes como el placer y dolor, enfermedad y salud, y la recreación de un proyecto vital. Desde esta perspectiva, una enfermedad siempre se vive de diferente manera y las experiencias previas condicionan a las nuevas (Lolas, 1997, p.

17). Un aspecto importante de esta temporalidad es su relación con la historia clínica, pues implica una relación dialógica más que una descripción de la historia de la enfermedad: En el momento en el que el enfermo llega a la consulta comunica el sentido de su enfermedad de acuerdo a su proyecto de vida, y el médico interpreta dicho sentido de acuerdo a su situación vivencial.

iii. Síntesis de integridad y temporalidad. Por su parte, la obra de Viktor von Weizsäcker retoma lo dicho por Krehl y Siebeck alcanzando una coherencia más sólida en el proyecto de una antropología médica. Las características principales de la obra de Weizsäcker y que reflejan la recuperación de los aportes de Krehl y Siebeck son: 1. La dimensión clínica, caracterizada por la extensión de la obra de Freud al campo de la medicina interna. 2. Crítica a los principios de fisiología del siglo XIX y de la medicina científico natural. 3. Las reflexiones filosófico-teológicas (Lolas, 1997, p. 20). Es decir, introducción del psicoanálisis, la creación de la medicina psicosomática y la constitución de la antropología médica. En cuanto al primer aspecto, la idea clave es que la explicación de la falla orgánica no es suficiente para la terapia; es sólo un medio para dirigir la práctica médica. Para lograrlo, el autor criticó las pautas que seguía y sigue la medicina moderna: El tecnicismo, el politicismo y su psicologismo (Weizsäcker. 1956, p. 181). La técnica y el politicismo se correlacionan, ya que la política opera de manera técnica y viceversa, donde el denominador común es la economía; por su parte, el psicologismo intenta contrarrestar los efectos de dicho tecnicismo al integrar el estudio de la mente o alma humana, con ello se pretende salvar una característica humana que no puede ser reductible al modelo de las ciencias naturales; sin embargo, lo íntimo o inconsciente no es lo mismo que lo humano y el psicoanálisis prometía enaltecer lo humano. Para que exista un trato humano es necesaria una ética, y no sólo un complemento de lo científico-natural, algo que sea más que un refugio del materialismo. La idea es que lo humano sea un encuentro con alguien, no con algo. No es un sujeto que es, sino que va a llegar a ser en tanto que quiere, puede, debe y tiene obligaciones para sí y para los otros. En el caso de la psicología, su pretensión es descubrir en la mente leyes universales que se manifiestan en lo particular.²⁴ Sin embargo, al preguntar

²⁴ En el caso concreto de la psicología cognitiva, estudia los sistemas mentales individuales dentro de cerebros individuales, aunque idealmente se intenta estar informado de otras disciplinas. La manera de

qué es el hombre, no es posible encontrar una ley universal, pues los deseos y deberes no están sujetos a ese esquema. Argumentar de esta manera sería pensar que todos los proyectos de vida están determinados y que no tenemos la libertad para cambiarlos.

En cuanto al segundo punto. La crítica a la fisiología del siglo XIX y de la medicina científico natural se construyó a través del término psicósomática o somatopsíquica. Quizás la dificultad principal para describir este término es pensar como algo material, en este caso los órganos, se relacionan con aquello que no es orgánico, la dificultad se hace patente cuando se considera que un órgano tiene funciones específicas que no comparte con otros, pero que manifiesta en su dinámica la simbología de la vida. Me explico: Los órganos tienen un lenguaje simple, por ejemplo, el corazón sólo puede variar su ritmo, pero en éste se pueden reflejar varias causas, como ansiedad, miedo, preocupaciones, estrés, etc. Sin embargo, no es necesario que toda taquicardia sea producto de una ansiedad. Es por ello por lo que una explicación fisiológica no es suficiente. La tarea es, dice Weizsäcker, redefinir lo que se entiende por procesos orgánicos y psíquicos; ya que es necesario equilibrar valores humanos y la fisiología humana (1956, p. 211).

La psicósomática presupone que psique y soma se complementan, un sujeto siempre está siendo en un cuerpo y toda corporalidad siempre significa algo. Son variables que se especifican siempre en maneras diversas, pero no son determinantes. Se puede enfermar de diversas maneras aun cuando el ambiente sea el mismo. Con todo ello se tiene una condición agencial respecto a lo que se padece, esto se debe a que la enfermedad está siempre inscrita en una temporalidad biográfica que construye cada uno. Incluso es posible afirmar que esta agencia es gradual, donde los extremos son el estrés y la autonomía: en la medida en que dispongamos el ambiente para modificarlo estaremos menos propensos a no tener alterativas. Para explicar más detalladamente la relación entre *psique* y *soma* podemos traer a cuenta el concepto de “propiedades emergentes”. Estas propiedades tienen como característica principal que del conjunto de partes emana una propiedad que no estaba contenida en ninguna de

estudiar la individualidad es a través de la filosofía empírica. En efecto, las preguntas de la psicología cognitiva no son nuevas, tienen que ver con el pensamiento, el lenguaje, memorias y percepciones. A partir de éstas se emplearon métodos empíricos para resolverlas. (Levitin, 2002, Preface)

ellas. Son propiedades que surgen de un sistema, el cual enmarca interrelaciones particulares entre sus componentes y no sólo una yuxtaposición o adición de partes; por ejemplo, una multitud (Bunge, 2004, p.29). Ejemplos de propiedades emergentes son la vida, la conciencia o una empresa. Una precisión importante que advierte Bunge es que estas propiedades tienen varios niveles explicativos, el ontológico y epistemológico. El primero se refiere a la aparición de la novedad cualitativa de una cosa o proceso; mientras que la epistemológico es la impredecibilidad a partir de niveles inferiores. Lo que está de fondo en la explicación de Bunge es su concepción del mundo en tanto sistemas, siendo el sistema el sistema que contiene todos; en este sentido para él, las propiedades emergentes no son un misterio, sólo son sorprendentes. Su explicación radicaría en una teoría que explicara el proceso. Aunque como él mismo reconoce hay procesos emergentes más difíciles de explicar que otros, como la generación de organismos a partir de materiales abióticos o el surgimiento de la conciencia a partir de la masa cerebral.

La dificultad explicativa o lo sorprendente que resultan estos procesos motiva a pensar en otro modelo que no sea sistémico. Krehl pensó de esa manera al explicar que la unidad del organismo vivo procedía de lo espiritual. (Lolas, 1997, p. 15), queriendo con ello apelar a una unidad que depende de la psicología, biología o medicina pero que va más allá de ellas. Es un modo de ser del hombre. Quizás esta respuesta no convenza del todo, ya que la noción de “modo de ser” puede resultar oscura pensada como una mirada que va más allá de las ciencias mencionadas. En el segundo capítulo se presentaron argumentos que explicaban la categoría filosófica de ser en el mundo, en relación con ello “un modo de ser” sería una característica ontológica definida de estar en el mundo. Es decir, la primera apela a una generalidad y la segunda a una particularidad. Quizás la dificultad que ahora enfrentamos radica en pensar esta categoría fuera de la historia de la filosofía. En efecto, si el fenómeno de la conciencia y su relación con el cuerpo lo pensamos únicamente desde la historia de las ideas, la cuestión se remite a una relación lógica entre conceptos. La unidad psicosomática del hombre, en este sentido, no ocupa una mirada que utilice el discurso analítico y sintético de las ciencias (psicología, biología o medicina), separando las partes del hombre para de nuevo juntarlas. Por tal razón Krehl habla de espiritualidad, término que no refiere a

ninguna ciencia; sino a un modo de ser; para este autor, la susceptibilidad a las enfermedades son un modo de ser (Christian,1997, p. 57).

Y el tercer punto. La antropología médica, lo que Weizäcker explica como la metateoría de la psicósomática. La noción de espiritualidad de Krehl se concreta en una fundamentación más sólida. Una idea clave de esta formulación es la unidad entre percibir y actuar. Al respecto dice el Dr. Lolas:

Lejos de replicar la causalidad unidireccional de la medicina psicósomática tradicional señala la circularidad infinita de las apariencias y su inconmensurabilidad. En la síntesis que significa el acto biológico, la unidad del percibir y del actuar (no sustantivados como percepción y movimiento) produce la totalidad que también se observa en las relaciones sociales y que, en cierta forma levemente distinta, resuena en las concepciones de la llamada psicología de la Gestalt. (Lolas, 2010a, p.15).

Una de las implicaciones de unificar la percepción y las acciones es que este fenómeno no puede ser reducido a discurso lógico. Al implicarse mutuamente percepción y acción se genera un movimiento circular que no puede asirse con proposiciones fijas. Por ejemplo, ante la experiencia de mi enfermedad, la percepción puede informarme sobre tratamientos disponibles y experiencias de otras personas ante la una situación similar a la mía, conforme pasa el tiempo es necesario que yo tome decisiones respecto a cómo manejar mi enfermedad, pero eso no evita que tenga contacto con nuevas experiencias o tratamientos disponibles. Esta nueva información se valora con la que tenía antes de iniciar el tratamiento y con la experiencia de mi primera decisión. Por eso se dice que percepción y movimiento no están aislados. En el caso de decirlo proposicionalmente sería: "Este tratamiento es el más conveniente dada mi situación actual". En principio, no lo enuncio de una vez y para siempre. Eso con lo que respecta a la experiencia personal, la terapia psicósomática, no deja al paciente solo, se basa en valores de reciprocidad y solidaridad, donde se forma una relación de trabajo donde el eje es el paciente.

Sin embargo, comenta el Dr. Lolas, esta solución no es del todo satisfactoria, pues la psicósomática es una formulación pragmática a problemas perennes (Lolas, 2010b, pp. 279-297). La cuestión es cómo entender lo pragmático, porque si se identifica con la *praxis*, en el sentido que se describió en la introducción de este capítulo; todos los

problemas perennes que menciona Lolás, como la relación de la personalidad con el padecer, la relación entre medicina y psicología, la relación entre moralidad y el psicoanálisis, surgen de la practicidad, de una antropología que identifica procesos de pensamiento, por un lado, y corporalidad por el otro. Pedir una respuesta teórica, abstracta y determinada a este tipo de problemas significa objetivar al hombre para dar una solución. Si lo pragmático se entiende como un razonamiento que media entre un fin y una situación en específico habría que decir cuál es el fin que se está persiguiendo, pues insistimos, no todo lo pragmático por definición es incorrecto o indeseable.

Desde el punto de vista epistemológico, lo anterior significa que no todo el conocimiento es discursivo. Con ello se cancela la identificación entre conocimiento y ciencia; regularmente se piensa que en el conocimiento científico se encuentran las herramientas formales que explican cualquier experiencia. Sin embargo, hay conocimientos no formales, Michael Polanyi lo denominó “conocimiento personal” (2013/1958), refiriéndose con ello a un conocimiento previo a su articulación: es un tipo de inteligencia inarticulada que subyace al conocimiento discursivo. Es cierto que Polanyi se sirve en varias ocasiones de teorías psicológicas posteriores al contexto en el que se desarrolló la antropología médica; sin embargo, la premisa fundamental es que la teoría del conocimiento siempre está preñada de elementos estimativos o valoraciones. En el caso de la ciencia los descubrimientos no tienen un interés intrínseco, sino que están acreditados por una comunidad. Lo importante es que lo estimativo pueda tener diferentes dimensiones, en el caso de la crítica de Polanyi a la ciencia objetiva, corresponde a una estimación epistémica, o aquello que interesa en una teoría. Algo que no toca este autor y que he descrito en el primer capítulo es cómo incide una estimación ética en el conocimiento.

Desde el punto de vista antropológico, los aspectos culturales median las acciones. Si el discurso lógico proposicional es insuficiente para dar cuenta del lenguaje vivo de las acciones y las percepciones, no significa que no exista una manera de captarlo de manera aproximada, una de ellas es la estructura narrativa que veremos en el siguiente apartado. Antes de ello es conveniente revisar las aportaciones de Paul Christian a la escuela de Heidelberg, pues recupera esa tradición para explicarla y defenderla bajo conceptos importantes, uno de ellos es el de bipersonalidad. Esta noción

es una ampliación del concepto, "circulo de la forma" de Weizäcker (Lolas, 2010, p. 18). Con este concepto se hace patente una antropología fundamentada en una filosofía relacional y no en una teoría personalista en contraposición del colectivismo y el liberalismo.²⁵

2.3.3 Bipersonalidad

Uno de los aportes más importantes de la escuela de Heidelberg fue el de "bipersonalidad". Dicho concepto refiere a una categoría existencial en la que no hay un "yo" sin un "nosotros" (Lolas, 2009, p.8). La razón por la que este concepto es tan fértil en su aplicación en la relación médico-paciente se debe a que se enfoca en el encuentro entre dos personas y el trabajo en conjunto por llevar a cabo. Hace del encuentro de dos personas motivo de una reflexión que redefine el encuentro clínico, no se trata de que un paciente se acerca a un médico, o, en el peor de los casos, una enfermedad a un tratamiento; sino que entre el médico y el paciente forman una personalidad compartida que hace frente a una enfermedad. Es decir, la influencia humana modifica un proceso patológico, que no es óntico o entitativo, sino pático: una vivencia más allá del objeto. Aunque no es pura contemplación conjunta, sino que la bipersonalidad implica modificación del propio punto de vista en vista de entender el otro para ejercer una acción (Christian & Haas, 2009, p. 53-56).

Lo novedoso de este concepto, con respecto a la psicología tradicional, es que estudia la dinámica entre dos personas, y no entre un investigador y lo investigado: un sujeto y un objeto de estudio. Por poseer esta característica enfrenta una serie de teorías que anteponen la existencia de un "yo" y fundan en la individualidad toda explicación de cualquier acción. Este tipo de teorías suponen un sustrato íntimo incorruptible desde el cual procede su actuar. Las consecuencias de ello es que las relaciones interpersonales no pueden dar frutos que ayuden en una situación de entendimiento mutuo; por ejemplo,

²⁵ Aunque existen distintas maneras de concebir el personalismo, el presupuesto básico de esa filosofía es una concepción del hombre cualitativamente distinta de las cosas. Esta concepción surge como respuesta al colectivismo y el liberalismo (Burgos, 2013). En este sentido los diferentes matices del personalismo se especifican de acuerdo con el status ontológico de la persona o a sus consecuencias. Los que se han dedicado a la tarea de fundamentar una teoría del personalismo, enfrentan la dificultad de justificar una postura y método de acceso a la persona, que podrían ser metafísicos, fenomenológicos, etc.

en el caso de la comunicación del padecimiento de una enfermedad, pues en todo caso se trataría de una autoafirmación de las propias creencias, en este caso no hay diálogo.

La contrapartida de teorías que delimitan al sujeto teóricamente se encuentra en la fenomenología que hemos venido trabajando. En este caso específico la condición pática del ser humano en tanto susceptible a estar enfermo, supone que desde ser-en se diga sufrir-con y actuar-con (Christian & Haas, 1997, p. 58). Con esta noción vuelven a aparecer los valores que se han vislumbrado en la escuela de Heidelberg, a saber, solidaridad y reciprocidad. En cuanto al diálogo, se posibilita una apertura que presupone la habilidad de observar la plausibilidad de otro punto de vista. Tómese en cuenta que se está hablando de un sujeto en relación con otros como condición de posibilidad de su subjetividad, de su persona; en ese sentido la plausibilidad es la vivencia de la enfermedad, no en tanto descripción de una falla orgánica. La plausibilidad hace posible la solidaridad. aquí diálogo implica más que un intercambio de palabras, es un constante ir y venir, ir al encuentro del otro para volver de regreso a uno mismo. De este modo se deja de lado el problema de la asimetría en la relación médico-paciente, que consiste en que el médico se encuentra en todos los casos en una posición privilegiada, pues no está enfermo y además tiene el conocimiento de la enfermedad. Esta dificultad se supera al ser una relación coordinada, en la que algunos casos la asimetría funciona y en otros en que no.

Se sigue que la personalidad, tanto del médico como del paciente, no sea lo mismo que ser un sujeto con una determinación lógica, a menos de que se ocupen abstracciones lógicas, psíquicas y sociales. Quizás la parte del discurso de Christian en la cual se puede observar en mayor medida el momento práctico sean las características de un trabajo en conjunto: 1. La colaboración es en principio un hecho dado, no dan un paso hacia la colaboración, sino que están ya-colaborando desde el inicio. 2. Concordar es meta de valor, se parte de que la meta es la concordancia. 3. La reciprocidad es fundamental para la colaboración, se espera que las consecuencias de una acción retornen, esto implica una responsabilidad compartida. 4. Los sujetos participantes no son "autónomos", siempre se espera que el trabajo individual corresponda al trabajo en conjunto. 5. La solidaridad se basa en la auto ocultación, por definición la cooperación desdibuja el individualismo (Christian, 2009, pp. 34-40).

2.4 Recapitulación

Este capítulo tuvo el objetivo de fundamentar el modelo relacional de la relación médico paciente. Para tal efecto se dividió la exposición en tres partes, en la que se explica la forma y el contenido ético de la práctica médica.

En la primera se habló de la forma, o el ser del hombre desde un punto de vista fenomenológico. La importancia de esta perspectiva consiste en acercarse a los hechos sin una mediación teórica. Aunque en realidad este recurso se concibió con el objetivo de enfrentar la concepción mecanicista del hombre y, por ende, de la enfermedad.

A partir de ello se abrieron distintas posibilidades para entender la ética y el conocimiento como hechos constitutivos al hombre, y no como teorías inmutables. Una de estas posibilidades fue elaborada por Husserl, cuyo eje principal es la mente humana, desde éste se asumía que al conocer la mente se conocía el mundo; la debilidad de esta postura radica en que no provee de herramientas para una relación médico paciente recíproca, pues todo ocurría en las mentes particulares. Para superar esta dificultad, se recuperó la postura de Heidegger, en la cual la actitud es el eje y no la mente. En efecto, una actitud con sentido constituye el mundo o totalidad de significado; con ello, la hermenéutica sirve para interpretar estos significados. Entra en su dinámica en lugar de conceptualizarla u objetivarla desde fuera. De este modo, la fenomenología hermenéutica se convierte en el marco de referencia de la ética, es una forma no individualizada, sino compartida en varios sentidos: como comunidad de médicos, pacientes, etc. Esta idea se puede observar con mayor claridad cuando se piensa a la ética en su significado original de morada o guarida. Diversos contextos, como los mencionados pueden proveen el espacio en que nos movemos y desde el cual significamos nuestras actitudes.

En la segunda parte se retomó el marco de referencia formal para dotarlo de contenido. En este orden de ideas el contenido emana desde la misma existencia que nos responsabiliza, tanto de una morada específica, como de lo humano en general. De ahí el hombre de “humanismo”, y su especificación “médico” aludiendo a un contexto determinado.²⁶ En el caso de las responsabilidades particulares de cada profesión o

²⁶ Esta especificación puede expresarse en términos empleados por el Dr. Fernando Martínez Cortés: "una actitud que toma el médico ante su paciente cuando lo considera, valora y trata como una persona, no

morada hay diversas responsabilidades o virtudes (McIntyre), como la cooperación, los códigos de verdad justicia y valor; mismas que se conforman narrativamente, involucrando incluso generaciones. Al respecto me parece conveniente enfatizar que estas narrativas se deben justificar continuamente, pues la relación con diferentes contextos siempre varía.

Antes de menciona la última parte del capítulo es importante hacer una aclaración importante. Diego Gracia, uno de los autores más importantes de bioética en Iberoamérica, se ha dedicado ampliamente al tema de la fundamentación de la bioética médica. En gran medida este texto sigue muchas de sus premisas, en especial la aproximación fenomenológica. Desde el punto de vista de Gracia, el fundamento y metodología del conocimiento y la ética son muy similares, él lo llama el método de la razón con determinaciones distintas (Gracia, 2008, p. 487). Vale la pena exponerlo sucintamente para explicar en qué sentido no coincidimos.

Para Gracia hay cuatro pasos principales a seguir en el método de la razón: Elaborar un sistema de referencia, derivar un esbozo de posibilidades, probar el esbozo y verificarlo. El primer paso muestra la fenomenología que Gracia recupera de Xavier Zubiri. En ésta se considera que la moralidad es un acto de intelección, y la intelección es un acto de aprehensión, no es un acto de la conciencia. El segundo, deriva criterios verdaderos, mejores y aceptables en correspondencia con lo dado en la aprehensión; en este nivel están los postulados deontológicos y cualquier postulado con pretensiones universales. El tercero prueba los esbozos al discernir los que son apropiados para la realidad y felicidad propias. A este punto corresponden los criterios teleológicos y consecuencialistas. En el cuarto se ratifica el sistema de referencia, esto se hace por

como un cuerpo humano y menos como un hígado o un intestino enfermos” (Martínez, 2003, p. 54). La propuesta de Martínez Cortés es que la atención médica involucre empatía, comprensión y compañía. Es una visión importante porque permite que dentro del sistema biológico lesional se le pueda dar cabida a la inclusión social, a la solidaridad y a la construcción de la identidad. Martínez Cortés cifra la aproximación de una medicina humanística a la persona en el padecer de la enfermedad; es decir, además de considerar la falla orgánica, no se debe dejar de lado que el ser humano tiene dimensiones culturales, sociales, etc. y en cualquiera de ellas se puede manifestar el padecer (Martínez, 2003, p. 59). En última instancia el padecer es de una persona y en este sentido es el que se dice que una medicina antropocéntrica y humanística son sinónimos (Viesca, 2003, p. 88). A la luz de estas consideraciones, se puede pensar que el humanismo aporta elementos importantes en la medicina, pues fomenta una actitud que enfrenta la burocracia, el cientificismo y los anti-valores, como el egoísmo, el desinterés, etc.

concordancia, convergencia y consecuencias. Es un retorno al comienzo con el fin de justificar los actos morales.

Con este pequeño resumen es posible observar que en muchos puntos se coincide con Gracia, excepto en los últimos, a saber, en la concepción de los principios y el retorno al sistema de referencia, pues se cae en el personalismo. En principio el personalismo no es una postura desdeñable por sí misma; sino que en el tema que nos ocupa no es factible, ya que la relación médico paciente es, en primera instancia una diada y en segunda una práctica comunitaria. Por tal razón es que son necesarias virtudes que fomenten el diálogo y el consenso comunitario, en este sentido, en lugar de proponer principios éticos se recupera la categoría ética del cara-a-cara, en la que se pone en duda la moral vigente y se toma en cuenta la exterioridad o la otredad que no pertenece a la dicha moral.

En la última parte se explicó cómo se relacionaba la forma y el contenido de esta ética relacional en la práctica médica. Para realizarlo se trajo a cuenta la tarea que se propuso la escuela de Heidelberg: insertar el sujeto en la medicina. Sin embargo, la idea de sujeto no se interpretó de una manera esencial o individual, sino desde criterios filosóficos que marcan una apertura con el entorno. Estos criterios son: el sujeto es integral (la causa de la enfermedad no puede ser exclusivamente corporal o mental), temporal (la historia clínica es una interpretación de la biografía del paciente) y la bipersonalidad (colaboración entre el médico y el paciente, responsabilidad compartida).

Con lo dicho en este capítulo queda todavía por decir el lugar que tiene la metodología: el curso de acción específico que tiene lugar en el encuentro entre el médico y el paciente. Sin embargo, como menciona la Dra. Rivero Weber: “el método es sólo una manera de pensar en la que se sabe desde dónde se parte y a dónde se quiere llegar, cuál va a ser el camino y cuál la manera en que se va a transitar para ello”. (Rivero, 2015, p. 20). En este sentido, la fundamentación del modelo relacional en la relación médico paciente es parte de la metodología, ya que es el punto de inicio, y el lugar a donde se quiere llegar es la justificación de herramientas específicas que continúen por el camino que hemos empezado. En el próximo capítulo considerare la narrativa como un camino a seguir.

3. METODOLOGÍA NARRATIVA EN LA RELACION MÉDICO-PACIENTE

El texto de Tom Beauchamp y James Childress, *Principles of Biomedical Ethics* es una referencia obligada para abordar la metodología en bioética médica. Su propuesta tiene que ver con la inferencia de la mejor decisión basada en principios definidos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Una de las principales deficiencias que tiene esta metodología es que no es clara la manera en que se deben ocupar los principios, pues no forman un marco ético consistente en el que se vea claramente la relación entre un juicio particular y la teoría ética, y al no haber tal relación, los principios son más una adaptación conveniente al contexto que una justificación. Tom Beauchamp ha rebatido esta crítica en varias ocasiones (1994, 2003), diciendo que su postura relaciona la moralidad común y los principios bioéticos, donde se establece un equilibrio reflexivo entre particularidad y teoría. Idea tomada de John Rawls (1995. p. 20).

Howard Brody menciona que la aceptación del método principialista en bioética se debe a que el modelo de toma de decisiones que se propone promete ser impersonal, pues, al conocer los principios, su aplicabilidad se puede reconocer y reproducir por cualquiera. Situación que se adopta a los sistemas burocráticos, donde la desconfianza de los ciudadanos exige que el juicio sea reconocido por todos (Brody, 2003, p. 178). Desde esta postura ya no se pregunta sobre el contenido de los principios, su coherencia o su relación con la moralidad común; antes de todo ello, los principios reflejan la idea de que es posible elaborar juicios éticos de manera objetiva, en este caso, siguiendo un procedimiento válido (pero no verdadero). Es decir, se apela a una idea de racionalidad universal en función de una relación pragmática entre sujetos. Es importante señalar que ambas posturas defienden una idea de racionalidad universal, pero la primera intenta dotarla del contenido de la moralidad común y la segunda de la eficacia del sistema burocrático.

Este tipo de metodología obvia la naturaleza humana, su carácter de posibilidad o apertura y su especificación contextual. Desde los capítulos anteriores se señaló la importancia de esta consideración, que en última instancia se relaciona con la posibilidad ética del ser humano. Sin embargo, también es importante que, al proponer una metodología, ésta sea factible, de ahí el mérito de Beauchamp y Childress, pues su

propuesta se adapta a la burocracia que prevalece y que difícilmente dejará de existir a corto plazo.

Debido esta ventaja, la teoría principialista ha sido complementada con otras metodologías: la casuística y la narrativa (Jecker, 2012, p. 131). Aunque la conclusión no es tan sencilla. Para decantarse por una metodología en bioética médica es necesario saber para qué se necesita, no es suficiente pensarse fuera del contexto. Para ello es necesario considerar otro tipo de racionalidad ética.

En efecto, la racionalidad de la ciencia positiva tiene que ver con el principialismo. El reto es encontrar una racionalidad que sirva como guía ética, pero fundamentada antropológicamente y no de manera normativa. La narrativa es un tipo de racionalidad que juzga a partir del carácter (*ethos*) de una persona. Tiene que ver con el significado de las nociones morales más que de una definición. Desde la narrativa no hay observadores imparciales; sin embargo, sí hay un criterio para discriminar una buena de una mala acción. La ética de las virtudes que aquí se expuso tiene que ver con un conocimiento que relaciona silogismos y acciones; con la narrativa, las acciones despliegan narrativamente el carácter. A partir de estas consideraciones, la racionalidad de las narrativas tiene una doble función: adecuarse a la manera en cómo se despliega el carácter moral de una persona y ofrecer una herramienta para juzgar una historia como mejor o peor que otra.

La manera de hacerlo es contar narrativamente cómo se juzgó positiva o negativamente una acción; el criterio siempre es autobiográfico porque muestra cómo la persona se relaciona con el mundo (Burrell & Hauerwas, 1977, p.131). Los autores mencionan que este tipo de racionalidad no juzga entre argumentos sino en mostrar la manera en que diferentes tipos de historias reflejan diferentes tipos de carácter que se alejan o se acercan a lo humano; es decir al humanismo.

El humanismo no depende de una tradición filosófica que existe o existió en un espacio y tiempo definidos, sino que es una categoría existencial actualizable. Una aclaración importante al respecto es que los valores positivos y negativos tienen cierto grado de estabilidad, o si se prefiere, de universalidad: "Los valores humanos no son inmutables, pero tampoco son cancelables. Todo valor tiende a la universalidad y a la eternidad: busca valer para todos y para siempre. Pero esta eternidad es cambiante y

por lo tanto, no se debe dejar de comprender como una historia; así, los valores han de ser permanentemente re-creados por los individuos y por los pueblos" (González, 2001, p. 43).

La ventaja de la metodología narrativa frente al principialismo es que considera el significado del caso y no su problemática. En última instancia, lo que se intenta a través de la narrativa es recuperar la agencia ética sobre nuestras acciones, contar una historia que nos ponga en perspectiva de lo que somos y queremos ser. Con este método se aboga por la simplicidad y familiaridad de una historia frente a una teoría ética o médica que poco tiene que ver con la realidad y los términos cotidianos.

En este orden de ideas, en este capítulo se expondrán diferentes perspectivas metodológicas que recuperan el elemento narrativo aplicado en la relación médico paciente. No se puede tratar de una metodología establecida en pasos, y por tal razón se prefiere el término "perspectivas metodológicas".

3.1 Pluralismo de experiencias

Uno de los aportes para elaborar un método bioético aplicado a la práctica médica lo elaboró Arthur Kleinman desde una dimensión antropológica, codificado en la distinción entre *illnes*, *sickness* y *disease*. Pensando que la bioética tiene sentido dentro de problemas éticos, la antropología médica por sí misma no tiene las suficientes herramientas para enfrentar un problema de este tipo porque la antropología no formula guías de acción éticas. Esto no significa que no pueda aportar nada, sólo que es un aporte transdisciplinario. Kleinman, habla de una relación entre antropología médica y bioética en los siguientes términos (Kleinman 1998, p. 67):

The cardinal contribution of the anthropologist of medicine to bioethics, then is to deeply humanize the process of formulating an ethical problem by allowing variation and pluralism and the constraints of social positions to emerge and receive their due, so that ethical standards are not imposed in an alien an authoritarian way but, rather, are actualized as the outcome of reciprocal participatory engagement across different world of experience.²⁷

Lo que el autor deja entrever en esta cita, es que la humanización del problema ético radica en la inclusión de diferentes puntos de vista. Con esta idea, en el caso de la práctica de la medicina, es importante ubicar en dónde radica la posibilidad de aceptar un punto de vista de vista o una experiencia diferente. Para esta tarea, el autor ha considerado la distinción entre *sickness*, *illness* y *disease*. Términos que no tienen una traducción literal en español, pues todos se traducirían por enfermedad, pero que tienen referentes que son fáciles de identificar, ya que destacan vivencias cotidianas que en este escrito ya se han mencionado. El término *Illness* se refiere a la experiencia de sufrimiento o padecimiento de la enfermedad, es la manera de responder a los síntomas de acuerdo con la biografía y a las prácticas culturales. *Disease* se refiere al conocimiento teórico que se enseña en las escuelas de medicina. Y *Sickness*, es una patología

²⁷ La contribución cardinal del antropólogo de la medicina a la bioética es humanizar profundamente el proceso de formulación de un problema ético permitiendo que la variación y el pluralismo y las limitaciones de las posiciones sociales emerjan y reciban lo esperado para que los estándares éticos no sean impuestos de manera ajena y autoritaria, sino, se actualicen como el resultado del compromiso participativo recíproco en un mundo diferente de experiencia

relacionada con lo macrosocial, ya sea económico, político o institucional (Kleinman, 1988, p. 5-10). Estos conceptos implican que una atención médica debe ampliar la visión centrada únicamente en el conocimiento teórico, pues los síntomas no son autorreferenciales, se olvida que el médico es un intérprete de símbolos, que el diagnóstico es una actividad semiótica que enfrenta experiencias de enfermedad socialmente construida, que si se traducen a meros signos se produce un choque de narrativas que no benefician la atención médica. Esto se debe a que la percepción de la enfermedad no está desligada de otras experiencias, sino que forma parte de la manera de actuar de acuerdo con la construcción del mundo, hay un estándar para vivir la enfermedad en cada cultura, y dado que actuar en el mundo es lo mismo que percibir el mundo, en esa medida se habla de una agencia ética y epistémica. Ahora, si los síntomas son reducidos a signos de una enfermedad (*disease*), se pierde la agencia sobre el padecimiento, se desempodera al enfermo.

No hay que perder de vista que lo que ha interesado a Kleinman es la manera en que se vive la enfermedad crónica (*illness*), en tanto enseña algo de la condición humana, por ejemplo, la muerte y el sufrimiento (Kleinman, 1988, p. xiv). Con ello, el autor dirige el contenido de la obra tanto a pacientes, familiares y médicos. La enfermedad está ya-interpretada verbal o no verbalmente. Por esta razón, el autor se centra más en el concepto *illness*, ya que concentra los demás aspectos de la enfermedad, mismo que distingue en cuatro niveles de significado: 1. Síntoma como significado: Son verdades estandarizadas de sentido común que dan cuenta de los procesos de la enfermedad y la manera de comunicarlos. 2. Significación cultural como significado. El significado cultural de una enfermedad sirve principalmente para dos momentos interpretativos, desde el primero se valora en primer lugar un descontrol cultural y después la manera de controlarlo. A diferencia de las culturas religiosas, en la modernidad los significados últimos se buscan en la ciencia, esto se refleja en la ampliación del marco profesional a lo biopsicosocial o psicosomático. 3. El mundo de la vida como significado. La enfermedad se individualiza en una trayectoria de vida particular, al contrario de que la cultura sirva de referente para interpretar la enfermedad el significado, se transfiere desde la biografía vital de la persona. La principal crítica que tiene ese punto es que se cae en la especulación, pues no hay justificación científica que avale tales significados,

se dice que cae en la subjetividad e inaccesibilidad, dando por resultado una interpretación que se aproxima más a la crítica literaria o al análisis antropológico de un ritual, y por tanto imbricada de ambigüedades. Sin embargo, lo mismo ocurre en el proceso interpretativo que traduce la enfermedad (*illness*) como signos de una enfermedad (*disease*). 4. Explicación y emoción como significado. Los sentimientos y emociones revelan cómo se enfrenta la enfermedad, lo controversial de este punto es que la creación de mitos —y mentiras—, pueden mantener el optimismo, pues es una característica esencial del ser humano. La cualidad universal del ser humano es hacer mitos.

Al distinguir estos tres significados, lo que se presupone es que la inclusión de puntos de vista radica exclusivamente en la experiencia (*illness*). El conocimiento teórico de la enfermedad (*disease*) queda inmune, por lo que el médico tiene la responsabilidad para permitir o denegar lo que considere una experiencia de la enfermedad o una falla orgánica. Desde mi punto de vista, es una deficiencia fundamental el aporte médico-antropológico a la bioética en una distinción de conceptos y no en una idea del hombre en tanto ser que enferma. Es así porque la distinción implícitamente sugiere que la enfermedad puede ser vista de maneras incommunicables entre sí. Los argumentos que se han dado conciben a la medicina como un producto social y no un conocimiento objetivo. Si se quiere hacer inclusivas a ambas narrativas la medicina también se debería considerar una experiencia valorativa. La teoría médica, los estándares de la bioética, los valores del paciente deben de jugar un papel en el problema en cuestión.

Con lo dicho parece que el problema real es el multiculturalismo y como hacerlos coincidir. En este sentido, la modernidad tiene una retórica para abordar el problema, a saber, intercalando puntos de vista, que no es lo mismo que un diálogo. Para que en efecto tenga lugar es necesario revisar las nociones fundamentales para valorar una decisión.

3.2 Ficción

En bioética se han recuperado las narrativas escritas de los padecimientos porque la distancia que generan permite una aproximación epistémica y, por tanto, un análisis más pertinente, ya que no siempre es fácil enfrentar el dolor ajeno, además de que el acceso a los casos no está siempre a la mano (Chambers, 1999; López, 2013). La pregunta en un sentido de conocimiento es: ¿Qué tan compatibles son los datos del dolor ajeno con el conocimiento de la práctica clínica? Sin embargo, la pregunta no está bien planteada, porque, como hemos visto, las ideas de salud y la enfermedad no son las mismas ideas en todas las culturas, en todo caso habría que preguntar ¿Cómo comprender el dolor ajeno inscrito en una visión de la salud y la enfermedad? Aquí las cosas se pueden complicar puesto que la experiencia de la enfermedad y de la salud no son estáticas. Percepción y acción no ocurren de manera separada.

Ciertamente una cultura posee notas distintivas para su interpretación, los diferentes tipos de enfermedades implican percepciones y construcciones distintas de la salud y la enfermedad; que aunado al proyecto de vida personal hacen de esta empresa una construcción constante. Una parte inteligible de esta construcción la puede proporcionar la narrativa.²⁸ Bajo estas consideraciones se puede pensar que la consecuencia es una manera de comprender al otro para dar una atención más empática; sin embargo, no es lo único. Si se conoce la visión del otro es posible tomar mejores decisiones clínicas. La razón es que en muchas ocasiones el dolor y el padecer de la enfermedad ofuscan una toma de decisiones razonable, en el sentido de la mejor decisión desde esa visión y para esa persona. Con la aclaración que no se trata de un paternalismo que sólo indica cual es el mejor curso de acción, sino una co-construcción de alternativas entre el paciente y el médico.

En este sentido recupero una de las conclusiones de López de la Vieja, descritas en su texto *Bioética y Literatura* (2013): Hay un uso reflexivo de los casos, donde reflexivo quiere decir crear escenarios futuros que pudieran ocurrir cuando se toman ciertas

²⁸ Es importante diferencia la narrativa de lo narrativo. El primero se refiere a la actividad de escribir, contar, leer o escuchar historias, mientras que el último se refiere a un proceso comunicativo, una actitud general que se desarrolla a través de diferentes narrativas (Domingo & Feito, 2013, p.8)

decisiones. Es decir, el uso de los casos a manera de ficción permite la deliberación sobre decisiones que no siempre tienen consecuencias claramente previsibles.

La tesis de fondo es que hay herramientas para aproximarnos a la categoría ética que del cara-a-cara ya descrita. Ya sea a través de principios bioéticos o a través de ficciones. Sin embargo, esta tesis necesita ser justificada porque se enfrenta a los principios de la medicina basada en evidencia; y aunque éstos responden a la visión tradicional de la ciencia, la crítica que se elaborará tendrá otra dimensión, a saber, la responsabilidad de las decisiones médicas. Ya se mencionó que el dolor ajeno no es fácil de enfrentar, en lo que sigue ahondaré un poco más al respecto.

En un sentido general, hablar de ficción implica diferenciar lo real de lo irreal. Lo real se refiere a cosas o acontecimientos verificables. Por el contrario, lo irreal no tiene un referente empírico, pueden ser imaginaciones, quimeras, etc. ¿Cuál es la importancia de la ficción en la bioética médica? La pregunta es importante porque se considera que la mejor manera de probar la veracidad de una cosa o acontecimiento es a través de los datos empíricos. Para responder es necesario destacar lo que implica hablar de ficción. De una manera, la ficción muestra algo que no podríamos presenciar sin mediación. Por ejemplo, al ver una película en la que aparezca un asesinato, no nos hace partícipes de la misma manera que cuando se presencia directamente. Existe una distancia generada por la ficción, pero no es una distancia que divida lo real y lo irreal, sino que muestra lo real desde otra óptica. En el ejemplo de la película, el asesinato que presenciamos está circunscrito en una trama, en una situación moral, si presenciáramos el acto directamente nos convertiríamos en partícipes de alguna manera, estaríamos inmersos en esa moralidad. Estar presente en el momento de un asesinato implica poder evitarlo o permitirlo: en ambos casos subyace una decisión ética, al verlo a través de una pantalla o un escrito, nunca estaremos implicados directamente.

Por otro lado, la distancia que provoca la ficción hace posible distinguir metodológicamente el actuar del padecer, aunque en realidad. Nuestros actos no son completamente nuestra responsabilidad, pues actuamos de acuerdo con ciertas circunstancias, tomando en cuenta un mundo de significado, y como vimos en el primer capítulo, ese mundo no es elaborado por nosotros. Por lo tanto, no tenemos una agencia total sobre él; sin embargo, no somos completamente pasivos, podemos reconocer en

nuestros actos cierto grado de indeterminación. Por ejemplo, sabemos que cuando encontramos a alguien conocido, se dice que es correcto saludar, levantarse si uno está sentado. Sin embargo, es posible modificar el saludo o no saludar para hacer notar indiferencia, en cualquier caso, se presupone la idea de saludar para elegir una acción.²⁹

En el primer caso, la importancia de la ficción radica en que podemos tener una comprensión diferente de la moralidad, al no ser partícipes del acto moral. Mientras que en el segundo caso la importancia radica en que la ficción ayuda a discernir el acto responsable del que no lo es. Al construir una trama se colocan límites a la acción y estos límites se pueden traducir en responsabilidades. Esta idea permite usar las herramientas literarias para analizar casos, pues en tanto re-presentaciones contienen elementos narrativos. Y aquello que pueda ser significado, puede ser narrado.

En ese sentido la narración es un instrumento que expresa un sentido de la existencia en la medida en que captura ciertos actos con sus respectivas valoraciones, lo importante es hacer explícitas estas valoraciones para no caer en malinterpretaciones o en manipulaciones. La manera en que se narra puede favorecer o demeritar un punto de vista. Por ello es preciso tener en cuenta ciertas maneras de narrar. Esta herramienta no es útil únicamente en casos escritos, también sirve en casos en un lenguaje oral o audio-visual.

²⁹ La relación entre actuar y padecer tiene alcances filosóficos que no puedo tratar a detalle aquí, mismos tienen que ver con la comprensión del poder humano. De manera general podemos distinguir dos, la clásica (*pathei mathos*) y la moderna. La primera se lleva a cabo por la exhibición mimética de nuestra humanidad sujeta a fuerzas desconocidas, un reconocimiento que produce conocimiento viendo obras de teatro griego. La segunda bien puede ser representada por René Descartes, quién identifica acción y pasión en el artículo 1 de su libro *Las pasiones del Alma*. Así, la pasión es controlable por ser un aspecto corpóreo y mecánico, y al mismo tiempo un aspecto cogitativo. (Marino, 2000; 2004)

3.3 Medicina narrativa

La idea de una medicina narrativa³⁰ se ha desarrollado principalmente en Estados Unidos, a través de un movimiento llamado *literature and medicine*, en el que se pretendía llevar a cabo un diálogo entre estos campos, sin embargo, no existía una lista de tópicos por debatir o ciertos objetivos que cubrir. Joanne Trautman, publicó un texto (Trautman, 1981) que documenta las conversaciones que ocurrieron durante 1975-1977 entre profesores de literatura, escritores y médicos, que pretendían examinar la manera en que la literatura pudiera contribuir a la educación del médico, esto con el fin de que se tuviera una comprensión más profunda de los valores cotidianos. Dichos trabajos seminales marcaron un hito para que se estudiara la relación entre estos dos campos.

Una de las conclusiones más importantes a las que se llegó fue que la principal dificultad que enfrenta una medicina narrativa es el modelo basado en evidencias. Para contrastar ese modelo se acuñó el nombre de Medicina Basada en Narrativas a los estudios que surgieran desde este campo. Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz publicaron una colección intitulada *Narrative Based Medicine*, publicada en The British Medical Journal Press (Greenhalgh & Hurwitz, 1999), para después ampliar estas ideas con más colaboradores en distintas aplicaciones prácticas, por ejemplo, casos de insuficiencia cardíaca, experiencias al final de la muerte, auto-lesiones en niñas adolescentes, la epidemia del síndrome respiratorio agudo grave, etc. (Hurwitz, Greenhalgh, & Skultans, 2004).

La idea clave para comprender la relación entre narrativa y medicina es su importancia dentro de la ética médica; en efecto, la narrativa provee el terreno para argumentar moralmente (Montgomery, 2004). Lo que queda por explicar es cuál es el papel de la bioética médica, en especial los principios de la ética biomédica, lo que en consecuencia define su método. De acuerdo con John Arras (1998) se puede dar en tres sentidos: En tanto casuística, relacionada con principios éticos y como postura ética.

³⁰ Es importante distinguir la medicina narrativa de la psicología narrativa; mientras que la primera está centrada en fomentar valores empáticos, la segunda se centra en el conocimiento del paciente. Por cierto, esta segunda tiene una idea de conocimiento posmoderno: construido socialmente a través del lenguaje (Tarragona, 2006, p. 513). En este caso, al ser una construcción que carece de razones universalizables, pues parte de una perspectiva posmoderna, la ética se convierte en un conocimiento de este tipo.

i. Casuística: No puede haber principios o valores éticos acabados, todo responde a una construcción a partir de casos particulares, dicha construcción es resultado de una recopilación de soluciones de problemas similares. En este sentido una ética narrativa de corte casuista concibe las narraciones como el vehículo entre el caso y las guías de acción que van surgiendo.

ii. Relacionada con principios éticos: Se puede relacionar de tres maneras. En primera instancia como complemento al principialismo. Desde esta perspectiva hay una teoría ética fundamentada y la narrativa sirve para interpretar el caso y para adecuar la mejor opción; es decir, se aplica un principio ético a través de las descripciones narrativas del caso. En segunda instancia la ética y las narrativas se relacionan de manera que la uno no puede ser independiente a la otra; los principios son moldeados por los casos y viceversa.

iii. Postura ética: Se erradican los principios, lo que nos lleva a las conclusiones posmodernas, a saber, que la búsqueda por principios éticos es una tarea gratuita, y que lo más sensato es descubrir sus propias motivaciones para saber dirigir las mediante una receta moral subjetiva. Esta postura es en realidad una anti-ética, pues desde la ética siempre se argumentará por la universalidad y lo vinculante con el otro. Para Domingo y Feito (2013, p.112), decir que la narrativa tiene un estatus ético significa que las relaciones entre narrativas generan un compromiso, abogan por una ética relacional que en realidad conduce a la ética de las virtudes y la casuística (Brody & Clark, 2014).

En consecuencia, actuar, valorar y vivir en un contexto se dan de manera simultánea, estamos formados con una identidad, con un mundo que significa. Por ello es importante el diálogo, porque la ética surge de nuestra relación con el mundo narrativo del otro, y pensar esa historia del tiene sentido, pues abre la posibilidad para construir una historia en consenso (Frank, 2014). Dentro de estas posturas la única que sigue un método procedimental es la (ii). Su representante más citado es Rita Charon, que propone el siguiente:

i. Encuadro. ¿De dónde viene el texto? ¿Qué responde? ¿De qué manera responde? ¿Cuál es su destino? ii. Forma. Hay varios elementos: El género, las reglas implícitas mediante las cuales se entienden; la estructura visible o apartados; el narrador ¿Quién habla? ¿Desde dónde habla? ¿Cambia su manera de hablar? la metáfora; la

alusión o intertextualidad y la dicción o registro lingüístico. iii. Tiempo. Tiempos verbales, rapidez, dislocaciones, sincronía. Lo importante de ello es que “la temporalidad es la firma de la enfermedad”. Esta es una herramienta para la empatía, pues el tiempo es lo que separa, imaginar el tiempo del paciente permite conocer la experiencia interior. iv. Trama. Lo que sucede, sin embargo, esto no puede ser aislado de la forma v. Deseo. El sentimiento que produce leer, los aspectos físicos desencadenados con la atención en la lectura, la concentración, imaginación y el pensamiento metafórico.

Con los anteriores elementos es posible tener habilidades para: i. Atención. Es una donación de uno mismo para articular un significado, se pone a disposición del paciente el conocimiento médico. ii. Representación. La atención no funciona sin la representación. La premisa básica se encuentra en Ricouer: los seres humanos pueden comprender su propia experiencia en el mundo mientras pueden comprender la experiencia de los otros. La representación clínica por excelencia son las historias clínicas, su característica principal es que el autor no es un individuo sino un representante de una disciplina en específico. iii. Afiliación. Tanto la atención y la representación culminan con la acción, el contacto. Llegar a pacientes y colegas sistemáticamente, se crea una comunidad (2006, p. 107-129).

Por último, es importante mencionar algunas debilidades de la medicina narrativa, algunas de ellas fueron enlistadas por Christine Mitchell (2014) e Hilde Lindemann (2014). Sus puntos centrales son los siguientes. i. Aceptando que una narrativa contiene evaluaciones explícitas o implícitas y que además estas formulaciones expresan de mejor manera las experiencias humanas, es posible pensar que exista un discurso ético que no ocurra dentro de historias, por ejemplo, los principios bioéticos. En efecto, abstraer principios que guíen toda acción no se circunscribe a ninguna narrativa en particular, la misma idea de una ética filosófica, entendida como universal, no puede ser lograda desde esta perspectiva únicamente, la dirección de una acción siempre implica una meta, encontrar esa meta ha sido una tarea del eticista, y su historia y ejercicio no puede ser obviada o dejada de lado, ya que se puede caer en falacias conocidas, a saber, *ad populum*, *petitio principia*, *ad verecundiam* y *ad hominem*. En otras palabras, del hecho de que la valoración moral se exprese en la narrativa, no implica que sea ética, ya que puede ser tan personal que no sirva de paradigma en casos similares.

ii. Esta segunda crítica radica en los aspectos mismos de la narración, en incluso del lenguaje mismo: En el decir implica no decir: La expresión oral o escrita oculta otras expresiones, existe una discriminación entre experiencias, valorando implícitamente las que importan de las que no. En este ocultamiento se hace patente la decisión por no compartir algunos valores. Este tipo de argumento se diferencia a la historia dicha y la valoración que se enarbola en su interior frente a otras narraciones que permanecen ocultas. En esta última es más difícil sacar a la luz las convicciones y creencias, ya que la trama y los personajes principales están tan manipulados que incluso su estructura se encuentra en función de ocultar una trama subyacente.

iii. No todos los profesionales de la salud están dispuestos a escuchar una historia trágica. Regularmente una enfermedad es interpretada como un padecimiento y los médicos están en contacto constante con ello, por lo que cada paciente es una manifestación de la tragedia humana y habrá quienes no quieran o no tengan la capacidad de presenciarse continuamente.

iv. Una de las críticas con mayor peso contra la medicina narrativa, desde mi punto de vista, es la consideración interpretativa misma, es decir, para que exista una efectividad en la comunicación, el paciente debe tener una narrativa formada, algo que no siempre ocurre en niños, por ejemplo; además de ello, el médico puede interpretar mal la narrativa o adecuarla a la suya. Esta situación puede ocurrir a menudo con las terapias médicas que son muy nuevas y que no se pueden entender por sí mismas sino con símiles, por ejemplo, los órganos artificiales que sustituyen las funciones del corazón, riñón: No son un órgano, sino una máquina y su remoción no se identifica con la extracción de un órgano vital. Esto no es exclusivo del paciente; el médico también puede estar sujeto a la malinterpretación de las terapias. Esta crítica se relaciona con la primera, pues la experiencia moral que se representa en la narrativa no implica una ética reflexionada ya que es posible confundir categorías morales como dejar morir, daño colateral, herida moral, responsabilidad, etc.

3.4 Bioética narrativa

La bioética narrativa es una propuesta de Tomás Domingo Moratalla y Lydia Feito. Su construcción se da partir de la ética narrativa, misma que enfatiza la narración, lo particular y la vivencia como elementos para poder evaluar un caso. Precisamente como postura antagonista de una razón puramente teórica. La bioética narrativa es ética narrativa referida a la medicina (Domingo & Feito, 2013, p. 118). El cambio de ética a bioética se da en virtud de lo siguiente: No sólo regula la práctica médica, sino que reflexiona y construye valores y nuevas posibilidades de sentido para la medicina. Esto significa un cambio en la ética misma, pues lo narrativo se convierte en su *fundamento*. Esto quiere decir que la bioética narrativa es: i. Una teoría filosófica fundamental. ii. Una herramienta metodológica y, iii Un espacio de diálogo narrativo.

i. Una teoría filosófica fundamental. El sentido de teoría filosófica se encuentra en los aportes hermenéuticos que los autores recuperan de Gadamer, Ricoeur y Aristóteles. En los cuales se acepta que no hay un bien o mal válido para todos los contextos, sino un bien o mal contextual. En consecuencia, la teoría bioética no es un conjunto de axiomas o enunciados; no es autónoma en tanto necesita de otras disciplinas para contextualizar su objeto de estudio. Esto quiere decir que la bioética narrativa no se basta a sí misma, tiene que ver con la historia, las ciencias sociales y de la vida, etc. Es una transdisciplina.

ii. Una herramienta metodológica. Sus antecedentes son Ricoeur Benaroyo y Gracia.

Ricoeur: Articular una teoría ética que dé cuenta de la complejidad de la vida moral humana. Se trata de sumar la argumentación (deducción/inducción) a la interpretación (narración, historia personal). Hay un trabajo de imaginación que media entre la regla y el problema moral. Hay un tiempo límite, hay riesgo y es colaborativo. Benaroyo: En cuanto al enfoque ético reflexivo propone una serie de preguntas no ordenadas: ¿Cuáles son los valores en juego? ¿Qué proyecto de cuidado se podrían proponer? En cuanto a la proposición de un método de análisis ético práctico propone: ¿Cuáles son los problemas ético-prácticos que se presentan? Identificar datos clínicos, responsabilidades, valores, normas, opciones de los implicados. Tomar la decisión de

manera consensual. Ambas propuestas se pueden juntar bajo el concepto de “método hermenéutico-deliberativo”. Es un modelo que intenta comprender y aplicar global y cívicamente. Articula lo privado con lo público, la ciencia con la ética. La deliberación recorre todo el proceso, pues es una ética de la responsabilidad.

Gracia. La metodología que propone se lleva a cabo en el siguiente orden. Se deliberan sobre los hechos. (historia clínica). Luego, sobre valores (fundamentales y conflictivos). Después sobre deberes, identificar los cursos medios y óptimos de acción. Y por último sobre las responsabilidades finales: ser probada en tiempo, transparencia y legalidad.

iii. La propuesta que añade Domingo y Feito a las anteriores es que es un proceso deliberativo y narrativo que sigue los siguientes pasos: Se delibera sobre los hechos; en este caso, la trama, datos biológicos, vivencias, datos socio-económicos, personal de salud, etc. Se delibera sobre los valores; a propósito, un conflicto de valores es un relato que intriga, incomoda, genera angustia, etc. Se delibera sobre los deberes: se ubican los extremos de acción para seguir el curso óptimo. Y por último se delibera sobre responsabilidades finales.

La bioética narrativa que proponen nuestros autores es un método y una postura ética deliberativa en la que se tienden a cerrar brechas de extrañeza moral con una actitud ética en lugar de una teoría epistemológica. Se legitiman las decisiones públicamente, lo que permite la búsqueda de acuerdos mínimos y la promoción del bien común. Se integra la agencia ética y los determinantes morales. Se provee de apertura para la revisión de valores desde respuestas imaginativas y constructivas. Se evita el subjetivismo y el relativismo, pues hay enriquecimiento de perspectivas y valores. Es una sabiduría práctica que media entre la particularidad y la generalidad; pero, sobre todo, es la mejor forma de expresar racionalmente el mundo como totalidad de sentido con el fin de un reconocimiento mutuo.

En conclusión, la postura de Moratalla y Feito abarca tanto las dimensiones metodológica y antropológica de la narrativa. Con ello se abre la posibilidad para comprender la experiencia moral de acuerdo con el carácter contingente de las acciones humanas, esto también delimita la comprensión de los principios de bioética como abstracciones que ofrecen guiar nuestras conductas, pero al mismo tiempo la misma

narración puede tener un uso negativo, como ideología que oculte los problemas y evada nuestra atención de los problemas (Moratalla & Feito, 2013, p. 74). Esta característica posibilita que la narrativa encuentre lugar más allá de la relación médico-paciente, e involucre la investigación, la enseñanza y la práctica de la medicina. Incluso, en tanto bioética narrativa se aplique en otros ámbitos diferentes de la medicina: Metodología de análisis de conflictos, la educación o formación moral y la justificación moral. (Moratalla & Feito, 2013, p. 171).

Moaratalla y Feito recuperan elementos narrativos y vivenciales que se han desdeñado en la ética y epistemología de la bioética. En su texto se explica claramente la manera en que las bases narrativas pueden servir a la bioética médica, a la política a la educación etc. Sin embargo, también es necesario complementar estos aportes exponiendo la difusión que ha tenido la metodología narrativa, ya que ésta es parte de la misma comprensión del fenómeno narrativo, sus alcances y límites, tarea de la que me ocuparé en el próximo capítulo.

4. DIFUSIÓN DE LA METODOLOGÍA NARRATIVA

4.1 DIPEX (*Database of Individual Patients Experiences*)

Una vez que se han expuesto los métodos en bioética médica que son pertinentes desde una visión del ser humano como ser unitario en apertura constante, que se forma y deforma según su ser en un mundo y que la narrativa tiende a ser la manera en que se puede expresar de forma aproximada. Es pertinente observar las consecuencias en aplicaciones concretas, aquí analizaremos la base de datos de las experiencias de pacientes, en el próximo apartado el consentimiento informado, y en el último el papel del bioeticista en la relación médico paciente.

Una de las aplicaciones más importantes de la narrativa y la ética dentro de las ciencias de la salud a nivel internacional ha sido una colaboración entre universidades encabezada por la Universidad de Oxford. A través de ella se han estudiado experiencias de enfermedad desde un enfoque cualitativo y el resultado ha sido una base de datos que documenta experiencias frente a la enfermedad: DIPEX (*Database of Individual Patients Experiences*, por sus siglas en inglés).³¹ El propósito de esta iniciativa es darle cabida a aspectos no biológicos de una enfermedad, que también son pertinentes en medicina pero que han sido desplazados por el modelo biológico-lesional de la enfermedad.³²

El hecho de que existan organizaciones de este tipo ayuda mucho en la comprensión de la enfermedad fuera de la visión tradicional de la medicina; sin embargo, es muy importante enfatizar que el aspecto cualitativo de esta metodología, y de cualquiera que se aplique a experiencias frente a la enfermedad, no sólo radica en recuperar experiencias, sino también tenerlas en cuenta en el momento del diagnóstico y tratamiento. Decir lo anterior parece una obviedad, sin embargo, lo menciono porque nos regresa al punto de partida que subyace en cualquier investigación: ¿Qué parte de la realidad se va a investigar? Si se responde: experiencias frente a la enfermedad, dicha

³¹ <http://www.dipexinternational.org/about-us/history/>

³² La red global de investigadores en salud Cochrane, la mayor red en salud mundial, opera bajo una jerarquía de evidencias que coloca las pruebas controladas aleatorizadas en el nivel de jerárquico de calidad más alto y el nivel más bajo son los estudios de caso individuales <http://consumers.cochrane.org/levels-evidence>

experiencia se hace objeto de estudio y no un elemento importante de la relación médico-paciente. Esta distinción es importante porque el elemento bioético depende de ello. En efecto, es distinto afirmar que lo bioético radica en permitir que el paciente se exprese o que radica en un diálogo bipersonal.

En realidad, la parte de la realidad que se investiga en una metodología cualitativa es el sujeto. La complejidad de esta tarea radica en que un sujeto se desenvuelve en varias esferas: biológica, social, cultural y psicológica; a su vez, es imposible explicar el lugar del sujeto dentro de una jerarquía científica. La antropología médica de Heidelberg nos ofrece una perspectiva en la que el sujeto es el centro, es una antropología filosófica personalista en la cual otras dimensiones tienen lugar. No se trata de una concepción del mundo fragmentado donde el hombre se localiza en una parte, más bien el sujeto es un ser que se encuentra en constante mediación entre percepción y acción. Una consecuencia de ello en las entrevistas cualitativas es que no puede haber procedimientos estandarizados. Si bien; la entrevista es un encuentro entre visiones, esto no significa que no genere un conocimiento objetivo. Autores como Birkmann y Kvale proponen algunas maneras de entender esta objetividad (p. 155): 1. Ausencia de sesgo, 2. Acuerdo intersubjetivo, 3. Adecuación al sujeto y 4. Como capacidad del objeto para objetar. El primero se refiere a un conocimiento comprobado de manera cruzada y verificado sistemáticamente. El segundo tiene dos variables, una se basa en el mayor número de acuerdos y la segunda al acuerdo a través de un discurso racional, es una negociación de significado. La tercera expresa la naturaleza cuantitativa del objeto. La última incita a que los sujetos estudiados objeten lo que se dice de ellos. La pertinencia de mencionar los tipos de objetividad dentro de las entrevistas tiene que ver con aquello que se espera de esta actividad en tanto producto de una investigación y como aporte principal del encuentro. Sin embargo, es necesario distinguir dos niveles de aportación. Uno significa una mayor atención en el enfoque cualitativo en la atención de la salud, en especial la recuperación del elemento experiencial que deja de lado la medicina basada en evidencia. Por otro lado, el encuentro médico-paciente es también una entrevista en la que el médico interpreta significados y los traduce en signos y síntomas. En este orden de ideas, el sentido que podemos recuperar de objetividad en los datos que aporta el paciente en la consulta.

4.2 El consentimiento informado

El consentimiento informado en México tiene aspectos éticos y legales. El capítulo V del *Código de Bioética para el Personal de Salud* menciona:

El consentimiento válidamente informado del paciente es la más sólida expresión de su autonomía, por lo que deben plantearse las alternativas de atención para la toma de sus decisiones. El consentimiento informado establece su autodeterminación para aceptar o rechazar métodos de diagnóstico, tratamiento y cuidados generales, excepto cuando de existir rechazo suponga riesgos de salud pública.³³

Una dificultad para considerar esta guía es que es imposible describir todos los casos en que sea evidente un riesgo de salud pública, además de que no se menciona que pasaría si el fomento de la autodeterminación tiene consecuencias negativas para el paciente mismo. Lo que en última instancia invalida el principio de beneficencia. Para explicar esta dificultad podemos traer a cuenta algunos aspectos históricos y metodológicos de la bioética.

El surgimiento del consentimiento informado nos remonta a finales de la década de los 70's, cuando, se crea el Reporte de Belmont, un informe pedido por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos (Jonsen, 1988, pp. 99-106). Este reporte tenía como objetivo encontrar pautas para guiar éticamente cualquier aspecto de salud, y en especial para la investigación en seres humanos para la investigación. Resultaron tres principios: respeto por las personas, beneficencia y justicia; las prácticas de cada una corresponden al consentimiento informado, análisis costo-beneficio respectivamente y la selección de sujetos para la investigación.

Este dato es importante porque el fundamento ético que subyace a estos principios es el llamado, principialismo de la moralidad común. Es un método que destaca las notas esenciales de una moralidad particular y las justifica universalmente. En realidad, no se trata de una justificación de prácticas sino de exhibir las actitudes que siempre se han llevado a cabo en un contexto en particular. La ventaja de este método

³³ <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7470.html>

es que las decisiones éticas dependen de valores que ya están presentes en la comunidad. En el caso del consentimiento informado, se sabe que su justificación en los años 50's y 60's era evitar una demanda, y el hecho de reescribir una justificación filosófica se pretende que la bioética se encuentre del lado del público y no de algún grupo en especial (Evans, 2012, p. 41).

Sin embargo, este cambio en la justificación del consentimiento no ha cumplido en gran medida con las expectativas; ahora se habla de medicina defensiva, resultado de una relación médico paciente inadecuada. La cuestión es si el consentimiento informado necesariamente responde al principialismo de la moralidad común. La respuesta es no. La moralidad común no surgió espontáneamente, su antecedente más evidente es la ilustración. La autonomía religiosa, política y moral han sido conquistas de la modernidad. Naturalmente, la ética médica tendría que nutrirse de estos principios; sin embargo, la beneficencia ha jugado un papel central en la historia de la medicina. Por ende, existe un conflicto insalvable en la relación médico-paciente; aunado a ello, se encuentra también la dimensión social, representada por la dirección del hospital, los seguros de salud, etc. Estos tres factores son conflictivos a tal grado que no es posible fomentar uno sin que se merme otro, por ello es necesaria una ponderación (Gracia, 2008, p. 18). En este sentido la relación médico-paciente requiere algo más del respeto a la decisión autónoma, es necesario una escucha activa. Lo mismo que ocurre en las entrevistas sucede en un consentimiento informado relacional, a saber, la necesidad de superar el modelo pragmático con uno narrativo. Es importante insistir en que el elemento narrativo del consentimiento informado es pertinente en la relación médico-paciente porque no se trata solamente de ser amable, sino de ofrecer un tratamiento eficaz (Charon, 2004, p. 27). Esto es diferente en el consentimiento que se utiliza para la experimentación en seres humanos, donde es posible utilizar guías de acción más precisas.

4.3 El papel del bioeticista en la relación médico-paciente

En este apartado me parece pertinente elaborar un poco acerca de la tarea del bioeticista en tanto profesión con determinadas tareas. La razón de ello se debe a que no es claro el conocimiento que ostenta y lo que se puede realizar con éste. Si se piensa que no hay un criterio de moralidad, cualquier ciudadano está calificado para recomendar la mejor decisión moral. Esto se traduce en una crisis de la legitimidad de la profesión debido a que los gobiernos definen la jurisdicción de cada profesión en virtud de un conocimiento teórico. Por ejemplo, en el caso de la medicina su sistema de conocimiento se basa en la ciencia médica. En el caso de la bioética, como se mencionaba al inicio de la tesis, no es una disciplina con un sistema teórico definido (Jonsen, 1998, p. 345), en todo caso sería una disciplina de segundo orden, una transdisciplina. Lo que significa que el rigor argumentativo emerge de la interacción de diversas disciplinas y el problema a resolver, no desde una serie de proposiciones fundamentales.

Con todo, la bioética goza de una reputación en universidades alrededor del mundo, otorgando grados académicos y formando una comunidad sólida. La razón de ello no se debe a la solidez del conocimiento teórico en bioética, sino a una serie de escándalos que involucraron a médicos y científicos, el gremio perdió legitimidad ante los ojos del público. Esta fue la principal razón para que el congreso de los Estados Unidos mandara a formar una comisión con el cometido de identificar los principios éticos que deberían subyacer a la conducta biomédica y la investigación que involucre sujetos humanos. Lo que hizo fue volver a legitimar un sistema ético que reemplazara el que se había sido usado por científicos, con el fin de que se implementara en la ley pública (Evans, 2012, p. 40). Así fue como se fue formando la profesión en bioética, y que actualmente revisa los aspectos éticos en cuatro diferentes campos: en la investigación en seres humanos, en el cuidado de la salud, en políticas públicas y en la bioética cultural.

La tesis central de John Evans es que, de estas cuatro actividades del profesionista en bioética, las dos primeras están bien consolidadas y las segundas están en crisis. En estos últimos campos no se considera al bioeticista con una habilidad específica debido a la preferencia de movimientos organizados por activistas sociales, ya sea de izquierda

o de derecha. En un caso como el del aborto, por ejemplo, hay activismo social tanto en contra como a favor, donde el factor decisivo para aprobar o derogar una ley depende de la presión que ejerzan estos movimientos. Por otro lado, los bioeticistas, al evaluar la mejor decisión en ética en políticas públicas difícilmente pueden interferir en la aprobación de una ley (Evans, 2013, p. 111). Para Evans, ambas situaciones debilitan la justificación de la profesión del bioeticista debido a que él considera que la actividad ética dentro de las políticas públicas es la que fundamenta las otras tres. Esta aseveración da cuenta de la postura de Evans, que prima lo consensual antes de privilegiar una posición, cualquiera que ésta sea.

Esto es importante en el tema que nos ocupa porque especifica las oportunidades y límites de la práctica de la ética en el cuidado de la salud en el contexto de una profesión, sus herramientas y actividades. En este caso, es determinante que tipo de conocimiento ético se presuponga. Si se establecen criterios como el del principialismo, la tarea del bioeticista se convierte en la de vigilar y proponer resoluciones dentro de dichos estándares. Si en lugar de ello se propone una posición consensual y de interpretación de valores, el estándar desaparece, dejando lugar a un conocimiento para identificar y deliberar sobre valores. Es importante aclarar que la propuesta del autor no descalifica totalmente el principialismo, se trata de más bien de una reforma: En lugar de que los principios sean la síntesis de la moralidad común de una élite intelectual, es necesario definir una moralidad común con la ayuda de las ciencias sociales (Evans, 2013, p. 140).

En este sentido, la profesión del bioeticista adquiere legitimidad, pues no es representante de valores de un bando o de otro, representa a los valores mismos, que adquieren forma en una persona y en un contexto en específico. No se trata de tipo de encuesta más sofisticada, que mida los valores de los ciudadanos para basarse en los resultados para tomar decisiones éticas. Se necesita un juicio evaluativo entre valores conflictivos.

Especificando la tarea del bioeticista en el campo del cuidado de la salud. Se enfrenta una dificultad importante teniendo en cuenta lo que hemos venido trabajando aquí, pero que este apartado resuelve de alguna manera. El lugar que ha ganado la bioética en esta área depende del principialismo y su conveniencia: se piensa que se emite desde una postura impersonal, aplicable, identificable, reproducible y transparente. Si añadimos el

elemento narrativo parece que el panorama se relativiza o al menos pierde estas características, pues un principio da la impresión de que es una norma que el médico sigue y el bioeticista supervisa. Pero si se toma en cuenta que lo que se toma en cuenta es un discurso narrativo, se puede seguir diciendo que, tanto el médico como el bioeticista prestan su conocimiento para valorar el discurso del otro y no de ellos mismos o de la institución de salud. Y en la medida en que se haga expresa la valoración también se puede identificar y hacer transparente. Desde el discurso de Evans, para hacer evidentes los valores son necesarias las ciencias sociales, pero también podemos decir lo mismo de los aportes de la medicina narrativa, y las disciplinas que tratamos en este capítulo. Desde esta perspectiva se sigue manteniendo la conveniencia del principialismo, que bien se puede traducir en factibilidad, aunque no considerando principios con contenido definido, sino la moralidad del paciente.

5. ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO: CANCER DE MAMA

10 de junio de 2003

He oído que las mujeres deben hacerse exámenes mensuales de los senos. Pero a los 31 años, eso parece innecesario. Además, no fumo, bebo, ni siquiera como carne. ¿Y no leí en alguna parte que los asiáticos tienen menos posibilidades de contraer cáncer?

[...] No soy judía. Tampoco recuerdo a ningún pariente hablando de tener cáncer, aunque ahora me pregunto de qué se trataban esas misteriosas cirugías que les realizaron a mis tías. Aunque mi entrenamiento en bioética me recuerda que la suposición médica tradicional de las diferencias genéticas entre los grupos étnicos no es acertada, me encuentro aferrándome a la idea de que los asiáticos tienen una tasa más baja de incidencia de cáncer que otros grupos étnicos. Además, las estadísticas muestran que la mujer en la edad de 30 solo tiene 1 de cada 2500 posibilidades de tener cáncer de seno. Aunque yo generalmente soy pesimista, dudo que sea tan desafortunada esta vez.

26 de junio de 2003

Fui a ver a mi médico la semana pasada, se me hizo un examen clínico de los senos y me detectaron un bulto. La médica me dijo que no debería preocuparme, me aseguró que, a mi edad y la falta de historial familiar, mi bulto es probablemente benigno.

[...] "Entonces, ¿qué es exactamente lo que está buscando?", Le pregunté a la técnica, que nunca me lo dijo su nombre. "Estamos tratando de ver si su bulto es un quiste o un tumor", responde ella. estoicamente mientras termina el examen. "El radiólogo le dirá más al respecto".

[...] "Hola, soy el Dr. Farrell, su radiólogo. "Bueno, parece que el bulto es benigno. Es solo un quiste. Bien. ¡Tal vez pueda volver a ponerme la ropa y no congelarse aquí!". "Oh, pero no te cambies todavía. Quiero mostrarte estas diapositivas. Algo animó nuestro interés. ¡Interés! ¿Qué significa eso? Suena como un eufemismo que ayuda al doctor a dar malas noticias. El Dr. Farrell saca algunas láminas de la carpeta y los coloca contra luz. "¿Puedes ver estas pequeñas manchas en la mamografía? Esta es una calcificación."

"¿Qué significa eso?" Pregunto. "¿No dijiste que el bulto es benigno?"

"Sí. Olvídate del bulto. Estoy hablando de otra cosa. Encontramos algunos cúmulos de calcificación en otro lugar. En este punto, son indetectables para el tacto humano y no se pueden ver a simple vista. Incluso no serás capaz de sentirlos. Sin embargo, los bordes irregulares de estas manchas son a menudo una indicación de cáncer en estadio temprano"

[...] El Dr. Davran se reunirá contigo en unos minutos. Él será tu cirujano, y te puede dar más información sobre opciones de cirugía y otras posibilidades de tratamiento.

[...] El Dr. Davran me explica que probablemente tenga DCIS o carcinoma ductal in situ. Nunca he oído de eso, por lo que me dibuja un diagrama para ilustrar lo que eso significa, y dónde puede estar el cáncer.

"Esto es realmente una buena noticia, al menos en el sentido de que es una etapa de cáncer de mama". Sospechamos que el cáncer no se ha propagado. ¡Esto es fruto del azar! Si no hubieras encontrado un bulto, no hubieras venido, y no habríamos descubierto que podrías tener cáncer. ¡Así que eres muy afortunada!".

[...] "Bueno, necesitaremos una cirugía para sacar algunas muestras para ver si hay cáncer como creemos. Con suerte, podemos sacar todo el cáncer en la primera cirugía. Pero si no, tendremos que realizar más cirugías. Y después de que las heridas de la cirugía sanen, recibirás un tratamiento de radiación. La mayoría de los estudios sobre DCIS son hecho en mujeres mucho mayores que tú, por lo que no estamos seguros de que la radiación funcionará en tu caso. Pero vale la pena intentarlo, ya que tiene riesgos mínimos. Ahora, si el cáncer regresa, te recomendaría una mastectomía. Pero no nos preocupemos por eso ahora mismo. Lo referiré a un oncólogo y a un radioncólogo, y ellos pueden te explicar todo eso después".

¿Múltiples cirugías y radiación que quizás ni siquiera funcionen? Posible mastectomía ¿En el futuro? ¿Por qué de repente tengo tantos doctores? Es fácil para él decir eso: No debería preocuparme por eso ahora mismo. Desde hace un par de horas, pensé que venía sólo para confirmar que no tengo cáncer.

"Con las lumpectomías y la radiación, dice el Dr. Davran, el pecho se encogerá un poco. Así que prepárate para que los dos senos se vean un tanto asimétricos y asimétricos".

¿Qué? ¿Senos asimétricos? Como feminista, siempre he tratado de luchar contra varias normas opresivas acerca de cómo deben de ser los senos de las mujeres. Pero, nunca he planeado mostrar mis pechos a extraños. De repente, la idea de tener cicatrices y senos asimétricos comenzó a molestarme.

27 de junio de 2003

Sentada en el área preoperatoria, estoy exhausta y preocupada por mi primera cirugía.

[...] Mamá sigue pensando en cómo me dio cáncer: "Si me hubieras escuchado, esto no hubiera sucedido Te he dicho muchas veces que la comida de microondas es peligrosa", dice mientras niega con la cabeza. "Deberías comer carne nuevamente". Ser vegetariano no es saludable. "No se supone que debes tener cáncer de mama a su edad. Pueden ser

los sostenes que has estado usando, no creo que den suficiente apoyo".

[...] El anesthesiólogo me saluda y me explica el uso de anestesia, y luego me pide firmar un formulario de consentimiento informado para certificar que entiendo el riesgo de muerte. ¿Por qué molestarse en someterme a la cirugía si pudiera morir de cualquier forma? Más importante, ¿Por qué no me dijeron ayer sobre los riesgos con la anestesia? ¿Cuál es el punto de decirme estos riesgos justo antes de la cirugía?

[...] "No te preocupes. Cuidaremos de ti." Las tres palabras mágicas. Nosotros te cuidaremos. Con estas palabras reconfortantes, yo me desvanezco.

1 de julio de 2003

En este momento estoy en la ciudad de Nueva York. Probablemente debería haberme quedado en casa, pero Mamá y yo hemos planeado estas vacaciones por meses.

[...] Recibo una llamada, el identificador muestra que es una llamada de la clínica donde trabaja el Dr. Davran [...]

"Bueno, los resultados volvieron, y usted tiene DCIS, que es lo que pensamos y hablamos". Lo hace sonar como debería haberlo esperado. "El cáncer es de alto grado, pero lo bueno es que no se ha propagado. Encontramos células cancerosas muy cerca de los márgenes de la muestra, lo que significa que no conseguimos remover todo el cáncer. Necesitamos hacer otra operación y con suerte lo removeremos esta vez. ¿Puedo agendar para mañana?"

"Volveré mañana por la noche. ¿Podemos esperar?"

"Por supuesto. Te reservaré para pasado mañana", dice. "Lo importante es que recuerdes que el cáncer no se ha propagado. Entonces estas son buenas noticias ". No sé cómo pueden ser buenas noticias cuando necesito otra cirugía inmediatamente. Si bien sé que él está tratando de ser optimista, empiezo a resentirme con el Dr. Davran que sigue diciendo que "estas son buenas noticias", o que tengo "suerte". ¿Simplemente está diciendo estas cosas para no gritarle ni romper mientras hablo con él? Yo sé que el Dr. Davran está tratando de ser tranquilizador, pero cada vez que escucho que tengo suerte, siento que soy egoísta y arrogante al estar triste por mi propia situación.

23 de julio de 2003

Sobreviví a mi segunda cirugía. El Dr. Davran me dijo que esta vez los márgenes son claros, no encontraron ninguna célula cancerosa alrededor de estos márgenes. Una vez más me recordó que tuve suerte. Sin embargo, sugirió que debería tratarme con radiación para reducir mis probabilidades de recurrencia y matar las células cancerosas restantes que aún podrían estar en mi pecho.

Tengo mi primera reunión con el oncólogo, el Dr. Coleman, para hablar sobre mis opciones de tratamiento.

[...] El Dr. Coleman se sienta y coloca mi archivo sin abrirlo en su escritorio. "¿Qué te trae por aquí?". "Me pregunto por qué tengo que responder esta pregunta a otro doctor. ¿No leen los archivos? Pensé que el Dr. Davran ya había hablado con el Dr. Coleman sobre mi condición, y que le había enviado los informes de mi patólogo. Es irónico que en la era de los equipos de atención médica, mi cuidado esté fragmentado.

[...] "Bueno, aunque ellos piensan que tus márgenes son claros, deberías tomarlo con un grano de sal, me dijo el Dr. Coleman. En realidad, tómalo con un bloque de sal. No estoy tratando de dudar de los patólogos, sino que soy brutalmente honesto, ellos no investigan cada célula individualmente cuando miran la muestra. Entonces, realmente no hay garantía de que no haya cáncer".

[...] Aunque el Dr. Davran siempre fue positivo (quizás demasiado positivo), nunca me dijo que había ninguna garantía. Pero de alguna manera cuando el Dr. Coleman pregunta a tomar algo esperanzador con un bloque de sal, siento como si me estuviera golpeando con un bloquear.

[...] Sin embargo, en lugar de darme información concreta y me ayuda a tomar decisiones basadas en mis valores generales, el brutal El oncólogo honesto no me ha dado mucha información. En lugar de sentirse fortalecido para tomar una decisión informada con respecto a mi tratamiento por su decir la verdad, me siento aislado y abrumado.

7 de agosto de 2003

La mayoría de los estudios sobre los beneficios de la radioterapia para el cáncer de mama se realizan en mujeres posmenopáusicas. Además, a mi cuñada, que es enfermera en Vancouver, le dijeron que los médicos en Canadá generalmente no prescriben tratamiento de radiación después de la cirugía para DCIS. Me pregunto si las diferentes recomendaciones de tratamiento son el resultado de diferentes sistemas de pago en los dos países, o diferentes opiniones profesionales sobre los beneficios médicos de la radiación. No puedo evitar preguntarme si mis médicos me recomendarían el mismo tratamiento si no tuviera seguro.

[...] Es difícil sentirse cómoda en esta habitación fría con una máquina grande. Una vez que me quito la ropa y la bata, solo me siento en la mesa de simulación. Puedo ver a Sandie hablando con el Dr. Feber y un par de otros terapeutas en la habitación contigua. Están viendo algunas placas, señalando dentro de éstas. Yo asumo que esas son mis mamografías y están discutiendo sobre mis tratamientos. No lo sé por qué no pueden discutirlos conmigo. Después de todo, estas son mis placas y están planeando mi tratamiento.

[...] Se siente incómodo tener a cuatro extraños rodeándome, sondeándome y mirando mi pecho. Es como si estuviera en el centro de un experimento. Todos ellos se enfocan intensamente en el área de mis senos y cicatrices, y continúan hablando entre sí con códigos y jerga médica. Tal vez no creen que necesito saber qué están diciendo, ya que ellos son los que tienen la formación médica y pueden plantear mi tratamiento. Sin embargo, se supone que la atención médica en 2003 está centrada en el paciente. Escucharlos hablar entre ellos como si no estuviera allí me hace sentir como un maniquí con partes móviles.

8 de septiembre de 2003

Todos los lunes toman un par de rayos X justo antes de mi tratamiento, después el Dr. Feber se reúne conmigo justo después de mi tratamiento. No sé por qué toman radiografías todas las semanas y no me dicen nada al respecto, supongo que no han encontrado nada sospechoso en las placas.

[...] La Dra. Feber simplemente hace como si no le preocupara cómo me siento. Tampoco parece pensar que necesita decirme algo a menos que yo le pregunte, y el problema es que, la mayoría de las veces no lo hago. O, debería decir, no sé qué preguntar. La semana pasada no lo hice ninguna pregunta, y simplemente dijo en voz baja, "No te retendré entonces. Ten una buena semana, y nos vemos el próximo lunes".

[..] Si mi doctora no me da información y no sé nada sobre los problemas específicos con respecto a mi tratamiento, ¿cómo se supone que debo saber lo que debería preguntar? ¿Y qué pasó con la atención centrada en el paciente y el consentimiento informado? No se supone que los pacientes deberían entender qué tratamientos están recibiendo, los riesgos y beneficios, etc. ¿Por qué sigo sintiendo que no sé que están haciendo conmigo? Ciertamente, todos mis doctores me han pedido que otorgue mi consentimiento antes de comenzar cualquier procedimiento. Sin embargo, al obtener el consentimiento, mis médicos parecen preocuparse solo por protegerse de responsabilidad; asegurarse de que tengo una buena comprensión de lo que está pasando no lo hace parece ser una prioridad para ellos.

[...] Cuando llegué esta mañana, los terapeutas me lo dijeron, de manera descuidada, que estaban cambiando mi tratamiento. Les pregunté qué significaba eso, y dijeron que iba a ingresar a la "fase dos" de mi tratamiento. No recuerdo haber escuchado cualquier cosa sobre diferentes fases en mi consulta original hace unas semanas. Sin mover muchos músculos de su cara, ella silenciosamente me responde: "No. No había nada de malo con el tratamiento anterior. Este cambio es una estrategia de rutina. Por lo general, después de las primeras dos semanas, cambiamos el enfoque. Comenzamos concentrándonos en el sitio del tumor, pero ahora estamos tratando el conjunto pecho. Esto

parece ser más efectivo para ciertos pacientes. "¿Qué te hace pensar que esto funcionará bien para mí?" Después de un par de segundos silenciosos, la Dra. Feber finalmente me da una respuesta simple. "Parece que el tratamiento de fase dos no es tan eficaz para las mujeres con senos grandes".

6 de octubre de 2003

Han pasado casi ocho semanas desde que comencé mi tratamiento de radiación. ¡Estoy bastante emocionada de que hoy sea mi último día de tratamiento! Mi piel ha estado ardiendo y tengo ampollas debido a la radiación, por lo que estoy contenta de que esto termine pronto. Mi el pecho tiene cicatrices que se han vuelto marrón oscuro, y todavía tengo líneas y calcomanías sobre mi pecho. Mi experiencia con la medicina ha sido humillante. Como bioeticista, que a menudo discute cuestiones de autonomía y relaciones médico-paciente, he tenido poco control sobre mi propio cuidado. A pesar de mi malestar con las cirugías y el tratamiento de radiación, seguí la mayoría de las órdenes de mis doctores. Cada vez que quiero desafiar a sus recomendaciones o solicitar más información, me preocupa que puedan estar molestos conmigo. Mi experiencia con el tratamiento de radiación también me ha obligado a redefinir mi identidad y reconsiderar mi imagen corporal. No había puesto mucho énfasis en mi apariencia antes de esta experiencia.

[...] Sin embargo, mi inesperado diagnóstico y los efectos de mis procedimientos médicos me obligaron a renegociar los términos de mi identidad. Durante las últimas siete semanas, mis pechos enfermos estuvieron bajo constante escrutinio por varios terapeutas y médicos, que controlaron todos los aspectos del tratamiento. Mi el pecho con cicatrices se convirtió en el centro de atención, enmarcó mi conversación con amigos y familiares, y también definió mi relación terapéutica con mis proveedores de servicios de salud. Pensar en mi cuerpo como robótico y fragmentado me ha ayudado a intentar desexualizarme en la sala de tratamiento y ocuparme de todo el proceso de tratamiento, pero también ha causado dolor de varias maneras. No hay vestidores en el área de tratamiento, sólo una esquina parcialmente oculta con una pequeña cortina que no cierra por completo. Tal vez creen que un vestidor es innecesario. Después de todo, los terapeutas estarán mirando mi pecho en unos minutos de todos modos.

[...] Antes de mi diagnóstico, no presté mucha atención a mis senos. Mientras yo sabía que representaban un lado femenino y sexual de mí, no quería ponerles atención. Sin embargo, ahora empiezo a preocuparme de que otros puedan medir mi valor y deseabilidad por mis pechos. Más importante aún, me preocupa que yo misma pueda pensarme en esos términos.

[...] Mientras muchos de estos artículos discuten opciones de cirugía reconstructiva para pacientes que van a través de las mastectomías, son relativamente tranquilas con respecto a la imagen

corporal y sexual. Yo estoy un poco desconcertado de que la gente no discuta estos temas ampliamente, dada nuestra cultura obsesión con los senos como objetos sexuales. Quizás esto es algo que mucha gente simplemente encuentra demasiado difícil o incómodo para discutir. El hecho de que mi madre "olvidó" que dos de sus tías tenían cáncer de mama y de ovario y su insistencia en que no debería contarle a nadie sobre mi condición me hace sentir que el diagnóstico es algo vergonzoso, o que ahora soy un cuerpo dañado.

[...] Situarse en una cultura que sigue manteniendo diversas normas sexuales y de género, uno de mis mecanismos de defensa implicó convencerme de que todavía soy un ser sexual, y que el cáncer de mama y las cicatrices quirúrgicas no quita mi deseabilidad sexual. Al ser una mujer heterosexual que no ha tenido niños, de repente me encuentro tratando de demostrar mi feminidad. Me preocupa la manera en que mis cicatrices y cáncer puedan afectar mi relación con mi pareja. Aunque he intentado convencerme a mí misma de que mi pecho desalineado y cicatrizado no cambia mi valor inherente, la forma en que muchos de mis amigos miran mi área del pecho después de que le dije ellos sobre mi condición me recuerda que incluso mis amigos más solidarios no pueden resistir el cultivo de la mama.

En este caso, Annita Ho narra su travesía con el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama que padece (Ho, 2006, p. 71-88). Para analizarlo podemos comenzar con la comprensión general del cáncer en nuestra época. De acuerdo con David B. Morris (2000, p.56), las concepciones de salud y enfermedad van cambiando junto con los valores de cada época y sociedad, él propone una aproximación biocultural debido a que la enfermedad no es únicamente un estadio biológico. Por ejemplo, en la Europa del siglo XIX, la tuberculosis, cuyos síntomas eran palidez, agitación, debilidad en extremidades; se asociaban con características temperamentales de los artistas. Al residir en los pulmones, la tuberculosis se asoció con algo espiritual, el aliento y el alma. El caso del cáncer es paradigmático de nuestra época posmoderna, pues se localiza en una parte del cuerpo en específico, dejando de lado lo espiritual, nuestro cuerpo enfermo se reduce a la enfermedad. También son enfermedades representativas de nuestro tiempo, la depresión, la insuficiencia cardíaca, las adicciones a las drogas y el SIDA. El denominador común de nuestra época, y la comprensión de estas enfermedades, es la vacuidad, la incertidumbre y la falta de definición, no hay una sola enfermedad que represente nuestra época.

En efecto, hay una metáfora que se trae a cuenta cuando se habla de cáncer de mama y que tienen que ver con la incertidumbre. El cáncer es un enemigo del que hay que estar prevenido, pues no se sabe cuándo va a aparecer (las autoexploraciones tienden a ayudar a identificar su presencia). Así, el cuerpo es el terreno de batalla donde avanza el enemigo y las armas con las que cuenta son todo el arsenal médico: cirugía, radioterapia, quimioterapia y farmacoterapia (Tong, 2006, p. X). Lo que menciona Rosemarie Tong es que esta metáfora determina la manera en cómo las pacientes se aproximan a esta enfermedad, pues es una manera en que los mismos médicos y familiares preparan a la persona ante una enfermedad de este tipo y las posibles consecuencias que puede traer. Esta metáfora tiene consecuencias importantes: Una mastectomía se puede interpretar como un daño colateral, uno grande, pero aceptable en la dinámica de una guerra, donde los costos son altos. Si se considera también los rangos militares en dicha guerra, los médicos tienen el más alto y sus decisiones toman la forma de órdenes inapelables. Esto no significa que esta metáfora tenga una connotación negativa por sí misma; en algunas ocasiones puede funcionar si la persona ha escogido ese rumbo, ya que puede empoderarla. El punto central es que se pueda escoger si se quiere seguir por ese camino o no. Lo que sí es un hecho es que dicha metáfora es más adecuada a los intereses económicos y científicos, pues se fomenta la investigación médica y tecnológica en lugar de campañas de prevención o maneras de vivir con la enfermedad de manera más pacífica. (Sherwin, 2006, p. 13).

Por otro lado, desde una perspectiva capitalista y de poder, el cáncer es exitoso; es una enfermedad de sobreproducción, crecimiento imparable, invasor, colonizador, además de explotar las mismas características que nos hace exitosos como especie: la adaptación. (Mukherjee, 2014, p. 53)

Otra de las posibles conclusiones que podemos encontrar al analizar casos como el anterior es que la manera en que se responde a cierta moralidad es inapelable. Por ejemplo, cuando la autora explica que ella siempre defendió la idea de que la concepción del cuerpo de la mujer no debería nunca de responder a estereotipos que lo cosificaran, que la identidad sexual de una mujer no debería de depender de su pecho. Justo en el momento en que es pertinente que su pensamiento tenga lugar, confiesa que se da

cuenta que en realidad no se siente atractiva. Y concluye que tal vez ella siempre participó de la cultura de la sexualización de la mama.

Entonces, formarse en una moralidad inevitablemente define nuestra respuesta ante el medio, sea positiva o negativa. Lo importante con ello es observar cuál es el papel que juega la bioética: Ante valores de una moralidad determinada, se espera que el bioeticista no la juzgue bajo su opinión o estándar personal, sino que se encargue de valorar diferentes puntos de vista. Pone al servicio su juicio, en lugar de que su juicio se sirva de la situación. Sin embargo, una tarea adicional es crear otros puntos de vista y fomentar que de hecho se pueda hacer efectiva una decisión que se base en ellos. Por ejemplo, estar o no de acuerdo con el aborto no es una cuestión que deba decidir el bioeticista, sino de la persona que decide llevarlo, o no, a cabo. Pero lo que sí debe hacer, si es que esa opción no es factible en un lugar, es fomentar su legalización, no como postura, sino como opción.

Ahora, no todos los cambios requieren de una legalización, antes de ello, hay ideas que, por su extensión en una moralidad no se perciben como negativas. Un caso es precisamente la sexualización de la mama, que parecería algo natural, pero más bien responde a valoraciones que cosifican el cuerpo de la mujer. En este caso, la bioética cultural tiene pertinencia, pues abre espacios de diálogo. Es cierto que viviendo en la cultura de la sexualización y cosificación de la mama sea una opción inmediata pensar de manera diferente con el simple hecho de desearlo, pero eso no significa que se pueda empezar a hablar del tema en otros términos a los usuales, no con la intención de defender una y otra postura, sino para generar más espacios de diálogo.

Esto quiere decir que la bioética cultural puede relacionarse con la bioética del cuidado de la salud. Sin que ello implique que toma una cierta postura en el debate. Así mismo, la misma bioética cultural puede proveer herramientas que pongan en perspectiva nuevas valoraciones. Es decir, si consideramos que otra tarea del bioeticista, específicamente en los aspectos éticos del cuidado de la salud, es destacar las valoraciones del paciente y tomarlas en cuenta en la medida en que se ubican dentro de los estándares éticos. Donde este estándar ético es una guía, pero también se tendrá que elaborar un juicio valorativo junto con los aportes de la bioética cultural.

CONCLUSIÓN, REFLEXIÓN Y PROPUESTA

Si a lo largo de este texto, los argumentos presentados han sido convincentes, se verá con más claridad el error de proponer una única metodología narrativa para el cuidado de la salud. Si quisiéramos, por ejemplo, ahondar más en la medicina narrativa, encontraremos que no se trata de seguir pasos para mejorar el encuentro clínico; se trata más bien del desarrollo de ciertas competencias como la empatía, la receptividad y la reciprocidad. Dichas competencias tampoco se pueden transmitir como datos. En Estados Unidos, donde la medicina narrativa se originó y sigue cultivándose, hay textos, cursos y estudios de posgrado dedicados exclusivamente al tema. Lo mismo se puede decir de otras maneras de fomentar una actitud ética, como la literatura o el cine. En el apartado que se habló de las herramientas que ofrece la literatura se dijo que el texto narrativo, auditivo o audiovisual puede servir para crear distancia con respecto de lo que se analiza y hacer efectiva la categoría ética de la otredad. Sin embargo, su metodología tampoco es unívoca. Se puede utilizar el humor, la sátira y otros géneros para comunicar un mensaje, para provocar una reacción en el espectador y que mueva su empatía u otros valores pertinentes.

Incluso en la metodología de la bioética narrativa es necesario identificar los valores en juego, definir los extremos de una acción, etc. Pero para llegar a ello es necesario hacer un examen de sí mismo para poder expresarlos, incluso verlos con cierto desapego. En esta tesis, se presentó la filosofía de la conciencia para observar la manera en cómo nos dirigimos a las cosas con una normalidad que pocas veces se pone en tela de juicio. Con ello se pretende destacar la necesidad de interpretarse constantemente con el fin de cuidar de sí. Aunque esto no debe interpretarse únicamente como la responsabilidad de cuidar de la propia salud, sino de llevar con responsabilidad la propia moral. Lo que incluye, no sólo a los enfermos, sino al personal de salud y su institucionalidad. En el caso del médico, por ejemplo, incluye la deliberación sobre su conocimiento, en relación con su estructura moral.

Así mismo, la antropología médica nos hace evidente la posibilidad para comprender al hombre. Se le puede llamar espiritualidad o apertura metafísica; lo importante es que destaca formulaciones pragmáticas que aún siguen utilizándose. Como caracterizar al hombre como un ser psicosocial o psicosomático; proceder de ese

modo es pragmático porque resuelve el problema de qué es el hombre de manera adecuada a la especialización médica y al cientificismo. Situación que privilegia la idea de conocimiento objetivo sobre la experiencia vivencial de la enfermedad. En este orden de ideas, es posible pensar que es necesario poner énfasis en la educación para mejorar el panorama. Si dijéramos que es necesario enseñar al médico a ser sensible al sufrimiento ajeno, se puede incluir alguna materia dentro de la carrera con ese propósito. Pero eso no resuelve el problema, pues se reduce el problema del modelo lesional de la enfermedad, del cientificismo y burocracia a una ética de profesiones. Es necesario ser también consientes de los temas desde una panorámica global y no considerar a la educación como un remedio.

Con todo este panorama concluimos que la narrativa es una de las mejores maneras de aproximarse a la vivencia humana, pero tomando en cuenta fundamentos éticos que hacen de esta aproximación muy amplia, incluso si tomamos en cuenta la propuesta de las ciencias sociales, para ser una herramienta de apoyo para destacar los valores involucrados y así concretar de una mejor manera el principialismo de la moralidad común, se vuelve a presentar al bioeticista como un experto, pero se descuida la bioética cultural. Para consolidar la profesión del bioeticista puede ser benéfico, pero también una parte importante es que cada uno pueda tomar cada vez mejores decisiones.

La propuesta específica de esta tesis es que se recupere la estructura narrativa para ampliar la relación médico paciente. Además de elaborar una estrategia pragmática en el ambiente de la consulta, es necesario observar el panorama ampliamente. La dinámica de la consulta es una narrativa entre muchas otras, y ninguna es completamente independiente de otras narrativas, se modifican continuamente. En la consulta médica están presentes factores sociales, ambientales, culturales, políticos, etc.

En realidad, esta propuesta se refiere a una manera de abordar distintos problemas en bioética médica, no sólo en la relación médico paciente. Misma que no se centra en tópicos específicos, como el hambre la desnutrición, etc., ya que esto reduciría en gran medida la comprensión del problema, y por supuesto, de su abordaje. Esto significa que no existe el dilema del aborto, o de la eutanasia. Lo que existe en una persona que desea, o no, abortar y las condiciones para que esa persona pueda, o no,

hacerlo. En este sentido, la tarea del bioeticista no es decir si está bien o no recibir un tratamiento médico, nuestra sino buscar la manera de tomar en cuenta su decisión. Las respuestas a las que se llegue no serán las mismas, y depende de lo que una persona encuentre valioso. Por supuesto un cambio de esta naturaleza supone un cambio como sociedad y desde las profesiones; por ello estoy convencido de que un camino para lograrlo es una educación integral basada en el carácter, pero ese tema será parte de una futura investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Aguirre, G. (1994). *Antropología Médica: Sus desarrollos teóricos en México*. México: FCE
- Alinsa, F. (1999). *La reconstrucción de la Utopía*. Buenos Aires: Ediciones Sol.
- Aristóteles. (1998). *Ética Nicomáquea* (J. Palli, Trad.). Madrid: Gredos.
- Ayer, A. (1959). *Logical Positivism*. New York: The Free Press.
- Bauman, Z. (2005). *Ética Posmoderna* (B. Ruiz de la Concha, Trad.). México: Siglo XX (Obra original publicada en 1962).
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press.
- Brody, H. (2003). *Stories of Sickness*. New York: Oxford University Press.
- Bunge, M. (2004). *Emergencia y Convergencia: Novedad cualitativa y unidad del conocimiento* (R. González del Solar, Trad.). Barcelona: Gedisa
- Chambers, T. (1999). *The Fiction of Bioethics: cases as literary texts*. New York: Routledge
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Christian, P. (1997). *Medicina Antropológica* (F. Lolas, Trad.). Santiago de Chile: Universitaria
- Christian, P. & Hass, R. (2009). *Esencia y Formas de la Bipersonalidad* (F. Lolas, Trad). Santiago de Chile: CIEB, U. de Chile, Monografías de Acta Bioethica 1
- Conill, J. (2010). *Ética hermenéutica* (2^a ed.). Madrid: Tecnos.
- Cortina, A. & Martínez, E. (2001). *Ética*. Madrid: Akal.
- Domingo, T. & Feito, L. (2013). *Bioética Narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo Editores.
- Dussel, E. (2016). *14 Tesis de Ética*. Madrid: Trotta.
- Dussel, E. (1998). *Ética de la liberación*. Madrid: Trotta
- Dussel, E. (1996). *Filosofía de la Liberación*. Bogotá: Nueva América.
- Dussel, E. (1983). *Praxis Latinoamericana y Filosofía de la Liberación*. Bogotá: Nueva América.
- Engelhardt, H.T. (1996) *The foundations of Bioethics* (2nd ed.). New York, Oxford: Oxford University Press
- Evans. J. (2012). *The History and Future of Bioethics. A Sociological View*. New York. Oxford University Press
- Fernández, E. & David, G. (2012). *Teología Profana y Pensamiento crítico. Conversaciones con Franz Hinkelammert*. Barcelona: CICCUS; CLACSO.
- Flanagan, O. (2007). *The really hard problem: meaning in a material world*. Cambridge: MIT Press.
- Foucault, M. (2005). *Hermenéutica del sujeto: Curso del Collège de france (1982)* (H. Pons, Trad.). Madrid: Akal Ediciones.
- Galen. (2006). *On Diseases and Symptoms*. (I. Johnston, Trad.). New York. Cambridge University Press. (Obra original publicada el año 169 AEC)
- Gracia, D. (2008). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Triacastela. Colección Humanidades Médicas. No. 21

- Heidegger, M. (2004) *¿Qué es filosofía?* (J. Escudero, Trad.). Barcelona: Herder (Obra original publicada en 1955).
- Heidegger, M. (1999). *Ontología: Hermenéutica de la Facticidad* (J. Aspiunza, Trad). Madrid: Alianza (Obra original publicada en 1923).
- Hume, D. (1869). *A Treatise of Human Nature by David Hume, reprinted from the Original Edition in three volumes and edited, with an analytical index, by L.A. Selby-Bigge, M.A.* Oxford: Clarendon Press. (Obra original publicada en 1739). <http://oll.libertyfund.org/titles/342>
- Hurwitz, B., Greenhalgh, T., & Skultans, V. (Eds.). (2004). *Narrative Research in Health and Illness*. Malden, Massachusetts: BMJ Books
- Husserl, E. (1962). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica* (J. Gaos, Trad. 2ª ed.). México, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica (Obra original publicada en 1913).
- Jonsen, A. (1988). *The Birth of Bioethics*. New York. Oxford University Press
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the Marging: Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press
- Kleinman, A. (1998). *The Illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books
- Kraus A. Cabral A. R. *La bioética*. México: Tercer Milenio
- Kuhn, T. (1996) *The structure of Scientific Revolutions* (3th ed.). Chicago & London: The University of Chicago Press
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. (T. Del Amo & C. Blanco, Trad.) Madrid: Ediciones Morata.
- Laín, P. (1984). *Antropología Médica para Clínicos*. Barcelona: Salvat
- Lolas, F. (2000). *Bioética y Antropología Médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo
- Lolas, F. (1984). *La Perspectiva Psicosomática en Medicina: Ensayos de Aproximación*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria
- Lolas, F. (2010a). *La Medicina Antropológica y el Juicio de Nüremberg*. El aporte de Viktor von Weizäcker. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Universidad de Chile
- López, M.T. (2013). *Bioética y Literatura*. Madrid: Plaza y Valdés
- Masiá, J. (1998). *Bioética y Antropología*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas
- Mainetti, J. A. *Compendio Bioético*. Editorial Quirón: La Plata
- Martínez, F. (2003). *Ciencia y Humanismo al servicio del enfermo*. México: El Manual Moderno
- Martínez, F. (2010). *Médico de personas: las ciencias humanas en la práctica médica*. Morelia: UMSNH,
- MacIntyre, A. (2007). *After Virtue: A Study in Moral Theory*. Notre Dame, In: University of Notre Dame Press
- Moran, D. (2005). *Edmund Husserl: Founder of Phenomenology*. Cambridge, Massachusetts: Polity.
- Morris, D. (2000). *Illness and culture in the postmodern age*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press
- Olivé. L. (2012). *Multiculturalismo y Pluralismo* (2ª ed.). México. UNAM

- Owens, J. (1978). *The doctrine of Being in the Aristotelian Metaphysics. A study in the Greek Background of Medieval Thought* (3rd ed.). Toronto: Pontifical Institute of Medieval Studies.
- Pellegrino, E. & Thomasma, D. (1993). *The virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press
- Polanyi, M. (2013). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. Mansfield, Connecticut: Martino Publishing (Obra original publicada en 1958).
- Rawls, J. (1995). *Liberalismo Político* (S. Madero, Trad.). México: FCE, UNAM.
- Rivero, P. (2015). *Ética: un curso universitario*. México: UNAM.
- Safranski, R. (2000). *Un Maestro de Alemania: Martin Heidegger y su Tiempo* (R. Gabás, Trad.). Barcelona: Tusquets (Obra original publicada en 1994)
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Setiya, K. (2007). *Reasons without rationalism*. New Jersey: Princeton
- Shapin, S. (1996). *The Scientific Revolution*. Chicago & London: The University of Chicago Press.
- Siddhartha, M. (2014). *El emperador de todos los males*. Barcelona: Debate
- Sidgwick, H. (1981). *The Methods of Ethics* (7th ed.). Indianapolis: Hackett Publishing Company. (Obra original publicada en 1907)
- Trautmann, J. (1981). *Healing arts in dialogue: Medicine and literature*. Carbondale, Edwardsville: Southern Illinois University Press. Report No. 15 of Institute on Human Values in Medicine of the Society for Health and Human Values
- Weizäcker, V. (1956). *El hombre enfermo: Una introducción a la antropología médica* (V. Scholz & J. Soler, Trad.). Barcelona: Miracle

Capítulos en libros

- Aguirre, G. (1992). Nace la antropología en México. En R. Campos (comp.). *La antropología Médica en México* (pp. 39-77). México: Instituto de Investigaciones Dr. Jose María Luis Mora, UAM.
- Aréchiga, H. (2003). Las ciencias y las humanidades en la producción de conocimiento. En H. Aréchiga (coord.). *Ciencia y Humanismo en Medicina* (pp. 8-29). México: Siglo XXI-CEIICH, UNAM
- Arras, J. (1998). Nice Story, But So What? Narrative and Justification in Ethics. En H. Lindemann (ed.). *Stories and their limits: Narrative approaches to Bioethics* (pp. 65-88). New York & London: Routledge.
- Beauchamp, Tom L. (1994). The 'Four Principles' Approach. En R. Gillon. *Principles of Health Care Ethics* (pp. 3-12). Chichester: John Wiley & Sons
- Burrell, D. & Hauerwas, S. (1977). From System to Story: An Alternative Pattern for Rationality in Ethics. En H. T. Engelhardt & D. Callahan (eds.). *Knowledge Value and Belief* (pp. 111-152). New York: Institute of Society, Ethics and the Life Sciences. The Foundations of Ethics and Its Relationship to Science Volume II
- Charon, R. (2004). The ethicality of narrative medicine. En B. Hurwitz, et al (Eds.). *Narrative Research in Health and Illness* (pp. 23-36). Malden, Massachusetts: BMJ Books

- Engelhardt, D. (2004a). Ética médica: estructura, desarrollo y difusión. En D. Engelhardt., J.A. Mainetti et al (eds.). *Bioética y Humanidades Médicas* (pp. 13-36). Buenos Aires: Biblos: Academia Argentina de Ética en Medicina
- Engelhardt, D. (2004b). El principio de la subjetividad (Viktor von Weizsäcker) en la antropología del siglo XX (M.T. Calatroni, Trad.). En D. Engelhardt., J.A. Mainetti et al (eds.). *Bioética y Humanidades Médicas* (pp. 65-76). Buenos Aires: Biblos-Academia Argentina de Ética en Medicina
- González, J. (2001). Valores Éticos y Valores Humanos (en torno a la ontología del valor). En J. González & J. Landa. *Los valores humanos en México*. (pp. 33-49). México: Siglo XXI
- Gracia, D. (2004). Ética Narrativa y Hermenéutica. En D. Gracia. *Como arqueros al blanco: estudios de bioética*. Madrid: Triacastela (pp. 197-224). Colección Humanidades médicas No. 11
- Gracia, D. (2005). Prólogo. En J.J. Ferrer & J.C. Álvarez. *Para Fundamentar la Bioética* (2ª ed.). Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Desclée De Brouwer.
- Ho, A. (2006). The Breast Cancer Diaries. In M. Rawlinson & S. Lundeen (Eds.). *The Voice of Breast Cancer in Medicine and Bioethics* (pp. 71-88). Dordrecht: Springer
- Jecker, N. (2012). Applying Ethical Reasoning: Philosophical, Clinical, and Cultural Challenges. En N. Jecker et al (eds.). *Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice* (3rd ed.) (pp. 127-139). Sudbury, Ma: Jones & Bartlett Learning
- Kass, L. (2002). Death with Dignity and the Sanctity of Life. En L. Kass. *Life, Liberty and the Defense of Dignity: The Challenge for Bioethics* (231-256). San Francisco: Encounter Books
- Kornblith, H. (2012). Freedom. En *On Reflection*. Oxford: Oxford University Press
- Levitin, D. (2002). Preface. En *Foundations of Cognitive Psychology*: Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology
- Lolas, F. (1997). Nota preliminar: Paul Christian y la Escuela de Heidelberg. En P. Christian. *Medicina Antropológica*. Santiago de Chile: Universitaria
- Lolas, F. (2009). La bipersonalidad, un aporte de la escuela de Heidelberg. En P. Christian & R. Haas. *Esencia y Formas de la Bipersonalidad* (F. Lolas, Trad) (pp. 7-21). Santiago de Chile: CIEB, U. de Chile, Monografías de Acta Bioethica 1
- Martínez, F. (2003). *El Humanismo Médico y la Medicina Científico-Tecnológica del siglo XXI*. En H. Aréchiga. *Ciencia y Humanismo en Medicina* (pp. 54-70). México: Siglo XXI-CEIICH, UNAM
- Masterman, M. (1970) The Nature of a Paradigm. En I. Lakatos & A. Musgrave (Eds.). *Criticism and the Growth of Knowledge: Proceedings of the International Colloquium in the Philosophy of Science, London, 1965, volume 4* (59–89). London: Cambridge University Press
- Olivé, L. (2000). El bien, el mal y la razón. En L. Olivé. *El bien, el mal y la razón* (pp. 81-96). México: Paidós, UNAM
- Pellegrino, E. (1999). The Goals and Ends of Medicine: How Are They to be Defined? En M. J. Hanson & D. Callahan (Eds.). *The Goals of Medicine: The Forgotten Issue in Health Care Reform* (pp. 55-68). Washington: Georgetown University Press

- Rescher, N. (1999). Bases teóricas de la propuesta: razón y valores. *Razón y valores en la Era científico-tecnológica* (W. González, Trad.) (pp. 51-98). Barcelona: Paidós.
- Ricoeur, P. (2010). Civilización universal y culturas nacionales. *Ética y Cultura* (M. Prelooker, Trad.) (pp. 41-54). Buenos Aires: Prometeo
- Schlick, M. (1956). What is the Aim of Ethics? (D. Rynin, Trad). En A.J. Ayer. *Logical Positivism* (pp. 247-263). New York: The Free Press
- Sherwin, S. (2006). Personalizing The Polithical. In M. Rawlinson & S. Lundeen (Eds.). *The Voice of Breast Cancer in Medicine and Bioethics* (pp. ix-xix). Dordrecht: Springer
- Singer, M. & Erickson, P. (2011). Introduction. *A Companion to Medical Anthropology* (pp. 1-6). Chichester, UK: Wiley-Blackwell
- Sobo, E. (2011). Medical Anthropology in Disciplinary Context: Definitional Struggles and Key Debates (or Answering the Cri Du Coeur). In M. Singer & P. Erickson (Eds.). *A Companion to Medical Anthropology* (pp. 9-28). Chichester, UK: Wiley-Blackwell
- Tong, R. (2006). Negotiating Personal and Political Settlements with Breast Cancer: Women Finding Their Own Ways to Live with Human Contingency. In M. Rawlinson & S. Lundeen (Eds.). *The Voice of Breast Cancer in Medicine and Bioethics* (pp. 3-19). Dordrecht: Springer
- Viesca, C. (2006). La ética médica y su problemática actual (pp. 79-88). En O. Rivero & R. Paredes. (coords). *Ética en el Ejercicio de la Medicina*. Editorial Medica Panamericana. Facultad de Medicina, UNAM: México.
- Viesca, C. (2001). The Construction of Illness: A Context Problem. En A.T. Tymieniecka & E. Agazzi (eds.). *Life Interpretation and the Sense of Illness within the Human Condition: Medicine and Philosophy in a Dialogue* (pp. 17–32). Dordrecht: Springer https://doi.org/10.1007/978-94-010-0780-1_2
- Viesca, C. (2003). Humanismo y Medicina. Un Humanismo Médico para el Siglo XXI. En H. Aréchiga (coord.). *Ciencia y Humanismo en Medicina* (pp. 71-89). México: Siglo XXI-CEIICH, UNAM
- Viesca, C. & Sanfilippo, J.M. Ética Médica, sus inicios (pp. 15-29). En O. Rivero, & I. Durante. (coords.). *Tratado de Bioética Médica*. Trillas: México
- Volpi, F. (1999). The rehabilitation of practical Philosophy and Neo-Aristotelianism. En R. Bartlett & S. Collins (eds.). *Action and Contemplation. Studies in the Moral and Political Thought of Aristotle*. Albany: State University of New York.

Artículos

- Alvis, N. & Valenzuela, M. (2010). Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Revista Médica de Chile*, 138, 83–87. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010001000005>
- Barsky, R. (2001). Posmodernity. En *Encyclopedia of Postmodernism*. (1, pp. 304-308). New York & London: Routledge.
- Beauchamp, Tom L. (2003). Methods and principles in biomedical ethics. *Journal of Medical Ethics*. 29(5), 269- 271 <http://dx.doi.org/10.1136/jme.29.5.269>
- Brain, P. (1977). Galen on the Ideal of the Physician. *SA Mediese Tydskrif*, 52(23), 936-938 https://journals.co.za/content/m_samj/52/23/AJA20785135_18319

- Brody, H. & Clark, M. (2014). Narrative ethics: A narrative. *Hastings Center Report*, 44(SUPPL.1), 7–11. <http://doi.org/10.1002/hast.261>
- Burgos, J.M. (2013). ¿Qué es la bioética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos. *Cuadernos de Bioética*, XXIV(1), 17-30. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87527461003>
- Casas, M. (2008). Introducción a la metodología de la Investigación en Bioética: Sugerencias para el desarrollo de un protocolo de investigación cualitativa interdisciplinaria. *Acta bioethica*, 14(1), 97-105. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100013>
- Charon, R. (2014). Narrative Reciprocity. *Hastings Center Report*, 44(SUPPL.1), 21–24. <http://doi.org/10.1002/hast.264>
- Churchill, L. (2014). Narrative awareness in ethics consultations: The ethics consultant as story-maker. *Hastings Center Report*, 44(SUPPL.1), 36–39. <http://doi.org/10.1002/hast.268>
- Conti, F. (2001). Claude Bernard: primer of the second biomedical revolution. *Nature Reviews. Molecular Cell Biology*, 2(9), 703–708. <https://doi.org/10.1038/35089594>
- Domingo, T. (2007). Bioética y hermenéutica: la aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas: Revista de Filosofía Y Teología*, 2(17), 281–312. http://www.fondsriceur.fr/uploads/medias/espace_chercheurs/bioetica.pdf
- Dussell, E. (2012). A new age in the History of Philosophy: The World Dialogue Between Philosophical Traditions. *Journal of Philosophical Research*, 37(SUPPL.), 151-166. <http://doi.org/10.5840/jpr201237Supplement32>
- Echeverría, J. (2010). Tecnociencia, tecnoética y tecnoaxiología. *Revista Colombiana de Bioética*, 5(), 142-152. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189217244009>
- Floresco, S. B. (2015). The Nucleus Accumbens: An Interface Between Cognition, Emotion, and Action. *Annual Review of Psychology*, 66(1), 25–52. <http://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115159>
- Frank, A. W. (2014). Narrative ethics as dialogical story-telling. *Hastings Center Report*, 44(SUPPL.1), 16–20. <http://doi.org/10.1002/hast.263>
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1999). Narrative Based Medicine: Why Study Narrative? *British Medical Journal*, 318(7175), 48–50. <http://www.jstor.org/stable/25181430>
- Halpern, J. (2014). Narratives hold open the future. *Hastings Center Report*, 44(SUPPL.1), 25–27. <http://doi.org/10.1002/hast.265>
- Jones, A. H. (2014). Narrative ethics, narrative structure. *Hastings Center Report*, 44(SUPPL.1). <http://doi.org/10.1002/hast.267>
- Kockelmans, J. (1999). "Phenomenology". En *The Cambridge Dictionary of Philosophy* (2nd ed., pp. 664-666). Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Lantos, J. D. (2014). What we talk about when we talk about ethics. *Hastings Center Report*, 44(SUPPL.1). <http://doi.org/10.1002/hast.269>
- Lerner, J. S., Li, Y., Valdesolo, P., & Kassam, K. S. (2015). Emotion and Decision Making. *Annual Review of Psychology*, 66(1), 799–823. <http://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115043>
- Lindemann, H. (2014). When stories go wrong. *Hastings Center Report*, 44(SUPPL.1). <http://doi.org/10.1002/hast.266>

- Lolas, F. (2010b). Medicina antropológica y bioética. Viktor von Weizsäcker sobre el juicio de Nürenberg. *Archivos de Psiquiatría*, 70(4), 267-282. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3146064>
- Lutz, C., & White, G. M. (1986). The Anthropology of Emotions. *Annual Review of Anthropology*, 15(1), 405–436. <http://doi.org/10.1146/annurev.anthro.15.1.405>
- MacIntyre, A. (1959). Hume on "Is" and "Ought". *The Philosophical Review*, 70(2), 231-238. <http://doi.org/10.2307/2183240>
- Malterud, K. (1995). The legitimacy of clinical knowledge: Towards a medical epistemology embracing the art of medicine. *Theoretical Medicine*, 16(2), 183-198. <http://doi.org/10.1007/BF00998544>
- McGrath, M. (2014) "Propositions". En *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring). <https://plato.stanford.edu/archives/spr2014/entries/propositions/>
- Mitchell, C. (2014). Qualms of a believer in narrative ethics. *Hastings Center Report*, 44(SUPPL.1). <http://doi.org/10.1002/hast.262>
- Montello, M. (2014). Narrative Ethics. *Hastings Center Report*, 44(SUPPL.1), 2–6. <http://doi.org/10.1002/hast.260>
- Montgomery, K. (2004). Narrative. En *Encyclopedia of Bioethics* (1, 3th ed., pp. 1875–1880). New York: Macmillan Reference US
- Mora, F. (1965). "Edmund Husserl". En *Diccionario de Filosofía* (1, 5^a ed., pp. 882-887). Buenos Aires: Sudamericana.
- Ruiz de Chávez, M. (2012). Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios en Bioética. Tercera edición. *Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética*. 56 pp. http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB.pdf
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511–532. http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id_product=274
- "The goals of Medicine". (1996). *Hastings Center Report*, 26(6). <https://doi.org/10.1002/J.1552-146X.1996.TB04777.X>
- Wright, P. (1975). Astrology and Science in Seventeenth-Century England. *Social Studies of Science*, 5(4), 399-422. <https://doi.org/10.2307/284805>

Tesis.

- Alcalá, R. (2015). *Percepción, intelección-discursiva y reflexión: el ἀναλογίζομαι y la pregunta por la ἐπιστήμη en el Teetetes de Platón, interpretación a los pasajes 184b-187a*. Licenciatura en Filosofía, FES-A, UNAM
- Hernández, J. (2014). *Del «yo», el «yo sin «yo»» y/o el «horizonte de nihilidad»*. Doctorado en Filosofía, FFyL, UNAM.
- Linares, J. (2004). *Principios de una ética para el mundo tecnológico*. Doctorado en Filosofía, FFyL, UNAM.
- Marino, A. (2000). *Justicia en Platón y Esquilo*. Doctorado en Filosofía, FFyL, UNAM.