

# Bioética y hermenéutica del encuentro clínico

Aleida C. Gelpí Acosta  
Departamento de Humanidades  
Universidad de Puerto Rico en Bayamón

## Resumen

La práctica de la clínica depende, en gran medida, del encuentro entre sujetos. El profesional y el paciente se encuentran en un espacio donde se articula una narrativa que gira en torno a tres dimensiones: diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Estas dimensiones, aunque vienen llamadas por la ciencia moderna a fundarse en datos y leyes, se configuran en el territorio de la conversación y el diálogo, es decir el habla. Este quehacer, es uno discursivo y opera con las afectaciones del lenguaje y la intersubjetividad. La bioética narrativa y hermenéutica, sin negar la competencia científica de la medicina, revisan la radical importancia de esta cualidad interpretativa del ser en su comprensión y tratamiento de la salud y la enfermedad.

**Palabras clave:** encuentro, salud, enfermedad, clínica, narrativa

## Abstract

Clinical practice relies heavily on encounters between subjects. The professional and the patient find themselves in a space where a narrative that revolves around three dimensions is articulated: diagnosis, prognosis and treatment. These dimensions, although they are called by modern science to be based on data and laws, are configured in the territory of conversation and dialogue, that is, speech. This task is a discursive one and operates with the affectations of language and intersubjectivity. Narrative and hermeneutic bioethics, without denying the scientific competence of medicine, review the radical importance of this interpretative quality of being in its understanding and treatment of health and disease.

**Keywords:** encounter, health, disease, clinic, narrative

La siguiente reflexión sobre el encuentro clínico parte de las siguientes preguntas: ¿qué puede y a qué nos obliga el encuentro clínico?, ¿qué acontece en este encuentro y qué sutilezas convergen en ese espacio que es sobre todo un lugar discursivo?, ¿qué pliegues tiene esta reunión que obliga a narrar lo que es vivido como padecimiento?, ¿a qué es a lo que se accede en el discurrir de ese encuentro?, ¿qué clase de fenómeno es este del encuentro clínico?,

¿cómo se relaciona esta reunión, con “EL SER” del sujeto, que se dice a sí mismo y se dice frente a un “otro”?, ¿qué capacidad tiene este encuentro de proveer una experiencia de sentido auténtica a sus participantes? y ¿qué es lo que se está buscando al acudir a este encuentro?

Con el título Bioética y hermenéutica del encuentro clínico intentamos investigar la reflexión de la bioética actual y sus nexos

o distancias con la cualidad hermenéutica de la relación médico-paciente que aquí preferimos llamar el “encuentro clínico”. Como se sabe el encuentro clínico es un acontecimiento o hecho social total, político, institucional que opera bajo las reglas de la cultura y está entramado en complejas relaciones de poder y de lenguajes. La tradición occidental eurocéntrica ha estudiado sus múltiples dimensiones desde las disciplinas de la ética médica, la bioética clínica, la sociología y por supuesto las escuelas psicoanalíticas que a partir de Freud han profundizado en la complejidad multidimensional del espacio clínico. En la modernidad fue a partir de los trabajos de Freud donde la biografía del enfermo y su vivencia de la enfermedad (Laín Entralgo 1998) se vuelve central pues la enfermedad se hará biografía.

Sin embargo, la indagación que aquí intentamos consiste en entender cómo la cualidad interpretativa que los sujetos humanos expresan en el hecho de la comunicación clínica transforma la experiencia del encuentro. Tomando en cuenta el giro hermenéutico que ocurrió en la filosofía alemana y europea a partir de Heidegger y Gadamer partimos del hecho sensible y concreto de que el tipo de ser que el ser humano es, un ser hablante, animal que habla, lee e interpreta su circunstancia existencial arrojado en un mundo ahí afuera que se estructura en signos y lenguaje. Es decir, en un mundo de cuerpo, gestos y palabras donde el Ser se muestra. Para Gadamer, todo cuanto puede ser comprendido es en efecto así por la cualidad lingüística de la comprensión, aunque se investiguen fenómenos inarticulables. Por ello, el encuentro que aquí interesa es aquel que se sostiene en el diálogo, la conversación, entre las palabras que expresan los sujetos sensibles que la pronuncian y el efecto que ellas producen en

sus participantes y en el entendimiento de lo que sería, como veremos, la enfermedad, el dolor, la salud y el bienestar. La raíz latina de la palabra “encuentro” se refiere al acto de encontrarse, dar con alguien o algo bien para chocar o coincidir. El encuentro puede muy bien convertirse en un desencuentro porque no logra el entendimiento o satisfacción en los significados o sentidos percibidos entre sus interlocutores que en el caso del enfermo tiene especial repercusión. Ese, por supuesto es siempre uno de los riesgos en el hecho comunicativo en sí y tiene relevancia en la percepción de la gravedad, cura de la enfermedad y posible restablecimiento de los hábitos y costumbres.

Entonces decimos que el desarrollo del encuentro clínico depende en gran medida de una narrativa expresada en torno a tres decisiones básicas a elegir: diagnóstico, pronóstico y terapéutica o tratamiento. Estos son tres conceptos heredados de la medicina antigua griega que en general interpelan a acciones organizadas bajo el principio tácito de que la vida es un bien en sí y que ella es más valiosa que la muerte. Como consecuencia de ello la salud y el vigor es un bien mayor al dolor, la debilidad y la enfermedad. Aunque esto puede ser controvertible en la discusión de otras tradiciones, en el legado clásico de la escuela Hipocrática y en el de la *Ilíada* la vida es preferible sobre la muerte. Aquiles, el guerrero aqueo así se lo expresa claramente a Odiseo cuando éste lo interpela en el inframundo a no entristecerse por haber muerto en la Guerra de Troya y, estar morando en el Hades. Por ello Aquiles dice a Odiseo: “preferiría ser un sirviente vivo en la Tierra que el rey de todos los muertos”.<sup>1</sup> El guerrero heroico distingue así el valor máximo que se le confería a la vida de los vivos y la insignificancia del mundo de la muerte. Esta cuestión estuvo sujeta a debate

fuera de la escuela hipocrática, en la poesía por ejemplo de Teognis, quien aparentemente afirmó poéticamente en su momento el valor de la muerte:

“lo mejor de todo fuera no haber nacido y no ver los rayos del luminoso sol; pero ya se ha nacido, los mejor es pasar lo antes posible la puerta del Hades y yacer allí después de haber hecho descargar sobre sí un buen montón de tierra” (Ortega y Gasset 1927).<sup>2</sup>

Sin embargo, se ha destacado que la tradición griega en su religión y mitología en general dio rango muy superior a la vida. Este valor ha sido una influencia definitiva en la historia de la clínica occidental. En el fondo del encuentro clínico lo que está en juego es la vida y la muerte, aunque se hable en términos de salud o enfermedad. Según ha apuntado el médico y bioeticista Diego Gracia, investigador de la tradición clínica occidental, lo que se busca lograr en la clínica es sobre todo aliar al paciente con la salud y alejarlo de la enfermedad. Esto, mucho más que una ciencia de datos y leyes causales en el sentido moderno es un arte, (del griego *tekne* traducido al latín *Ars*) donde la praxis del conocimiento requiere cierta sabiduría y un sentir intuitivo. El filósofo Jean Godrin ha entendido por ello que la hermenéutica contemporánea no es un método de la interpretación correcta o verdadera, sino una sensibilidad nueva que asume la pluralidad de la interpretación de los signos y donde caben las experiencias del presentimiento, la intuición y la precognición.

En los manuales de medicina (Harrison) se le reconocía una parte fundamental inicial del encuentro clínico a la “anamnesis”. La anamnesis, palabra de etimología griega que alude a la

reminiscencia, es una forma de entrevista donde el profesional indagaba en la biografía del enfermo. El interrogatorio era lo indicado, el paciente debía recordar los antecedentes personales y familiares para trazar una historia de la patología. Tres eran las preguntas básicas de la entrevista: ¿qué le pasa?, ¿desde cuándo? y ¿a qué lo atribuye? El enfermo se veía obligado a hacer una narración de la dolencia y el clínico escuchaba y anotaba para reconocer lo que se llamaba “síntomas clínicos” que también eran llamados “síntomas subjetivos”. Desde el punto de vista de la medicina como una ciencia moderna, la palabra “subjetivo” significaba entre otras cosas “poco confiable”. Aunque en esta parte del encuentro el paciente habla y explica lo que le pasa desde su cosmovisión, la medicina paternalista solía desconfiar de la subjetividad. El enfermo puede no llevar razón, puede mentir, o al menos padecer de autoengaño. La medicina antigua entendió antes que se descubriera el inconsciente que el enfermo solía aliarse con la enfermedad o al menos sufría de desmoralización por el padecimiento. Por ello el clínico tiene que traducir esos síntomas expresados por la voz del enfermo en unos datos objetivos, contrastados con la exploración física del cuerpo. Esta exploración es quizá la parte más muda del encuentro: el profesional escucha el aire, la percusión del cuerpo y mira el color de piel, ausculta los oídos, los ojos, las imágenes ecografías y las sonografías. El contraste entre los síntomas clínicos (subjetivos) y los objetivos es lo que le permite al facultativo articular un diagnóstico. Si hay mucho síntoma y poco dato objetivo, el diagnóstico no se logra y el problema es de otra índole y debe ser referido al otro campo de la medicina. Como vemos, el encuentro es un entramado narrativo donde lo subjetivo y objetivo se estructura en signos interpretados entre lenguaje médico y las palabras del doliente.

La dificultad de llegar a un diagnóstico (gnosis) está en entender lo que pasa en el cuerpo y el espíritu del enfermo.

El diagnóstico resulta a nuestro modo de ver una configuración interpretativa. La enfermedad puede ser explicada desde sus causas, pero para ser comprendida necesita contar con la subjetividad del paciente. Las sutilezas de esa interpretación quedan en el registro de la conversación y las anotaciones mentales de ambos. Estamos conscientes de la transformación y deshumanización actual que ha sufrido el tiempo y espacio del encuentro clínico. Aunque la ideología dominante ha impuesto una medicina industrializada y automatizada al servicio de la eficiencia del lucro sin fin del negocio, podemos decir que el intercambio entre médicos y pacientes, aunque muy afectado, sigue ocurriendo.

Este encuentro dialogante que quiere articular un diagnóstico, prognosis y tratamiento sería el territorio que Apel llamaría el de la intersubjetividad. Apel piensa que el conocimiento descansa no tanto en la conciencia como lo entendió Kant, sino que descansa más en el lenguaje.<sup>3</sup> O sea, en el lenguaje por el cual la conciencia se expresa. Estas ideas llegan gracias al gran desarrollo que alcanzan los estudios de la semiótica, estudios que Kant y otros NO tuvieron oportunidad de conocer. Hoy sabemos después de la semiología que en el lenguaje entra la connotación, la denotación, la semántica y el habla entre otras que hacen del entendimiento y la interpretación un fenómeno infinitamente complejo donde la ciencia médica y la clínica innegablemente están instaladas.

La acotación que hace Apel sobre la conciencia y el lenguaje se volvió en él y la hermenéutica contemporánea primero teoría

crítica del conocimiento y luego teoría crítica del sentido. Esto es crítico en nuestra investigación porque la instancia donde “algo significa algo para alguien” (semiosis) y se traduce en portador de sentido, es un proceso dinámico hablado donde hay percepción del signo que conlleva un sentir y una sensibilidad. Apel entiende que el signo es el que hace posible la intersubjetividad, ese terreno que se abre entre lo objetivo y subjetivo y que aquí investigamos en el ámbito del encuentro clínico. Este ajuste por su parecido con lo que se verá es el círculo hermenéutico ha sido llamado por pensadores de la medicina narrativa como el círculo diagnóstico.<sup>4</sup>

Para Gadamer el encuentro entre médico y paciente es sobre todo un intercambio de preguntas y respuestas en una conversación que es en sí mismo ya es el comienzo del tratamiento. La conversación descansa en datos obtenidos por la ciencia, pero no es lograda sin el arte de la medicina que depende del entendimiento mutuo por el tipo de ser que somos: un ser interpretativo. Vicente Huidobro, el poeta chileno estaría de acuerdo con esto pues llamó a la conversación el lugar de la “hospitalidad”, palabra latina que significaba acoger con afabilidad de invitado al extranjero. Hospitalidad interesantemente pasó a nombrar al hospital como el lugar de acogida de los enfermos o caídos. En Gadamer el diagnóstico, prognosis y tratamiento buscan no tanto la salud sino reestablecer al paciente en sus prácticas y quehaceres cotidianos con cierta confianza. Se sabe lo complicado que es, aunque se logre la cura de la enfermedad, reinstaurar a un paciente en el vigor de la vida cotidiana. Hay múltiples condicionantes que quedan fuera de la competencia del profesional. La salud es por ello un estado que permanece oculto, No necesariamente será en todos los

casos un fin en sí mismo en el arte de la medicina. Por ejemplo, cuando un paciente ha tenido un accidente, ha perdido mucha sangre, no hay tiempo para la entrevista, la exploración es muy rápida, si el diagnóstico es hemorragia aguda el pronóstico probable es infarto, fallo renal, muerte. EL tratamiento es transfusión de sangre. Sin embargo, la voluntad anticipada de comunidades de creyentes testigos de jehová, la rechazan. El profesional se ve en apuro porque esa creencia no es un síntoma ni un signo clínico. Es una creencia y eso es una cuestión de valores, cosa que la ética médica clásica evitaba para permanecer del lado de la objetividad de la ciencia. No considerar lo subjetivo para evitar discriminación. Postura interesante que busca neutralidad evitando el carácter biográfico, contextual y narrativo del dolor y la enfermedad.

Pero, si el lenguaje es reconocido como un fenómeno universal en el ámbito de la cultura humana, la hermenéutica como sensibilidad puede compartir con la ética médica y la bioética un saber importante. Esto ha sido estudiado por la ética de la acción comunicativa y dialógica de Apel y de Adela Cortina. Este enfoque en lo dialógico Diego Gracia lo ha entendido como una forma de establecer el diálogo como un imperativo categórico, esquema que ha tenido y tiene sus críticos.

Si tomamos ese imperativo dialógico como guía para entender nuestro objeto de estudio el problema del diagnóstico y la terapéutica es un problema de hechos sí, de datos sí, pero, sobre todo también un problema de qué sentido es logrado por la conversación y sus signos en el encuentro clínico donde el malestar, el dolor y la enfermedad adquieren cada vez un sentido renovado para cada etapa de la enfermedad en un sujeto temporal existencialmente

contextualizado. Esto designa un nuevo entendimiento de la enfermedad y el tratamiento en la medida que se ve obligada a reconfigurar el diagnóstico cada vez, en cada sujeto que aparece y habla y que no es igual a ningún otro. La enfermedad así puesta sería, aunque la misma verdad con causas y efectos, una muy diferenciada y llamada a la adecuación para la psiquis de cada enfermo que la padece. En la teoría de la acción comunicativa de Apel esto sería un hecho lingüístico intersubjetivo o una unidad e interpretación, que decimos nosotros es logrados o no en el encuentro clínico que discute las condiciones del malestar y las posibilidades de recuperación. Alguien podría decir que paciente y profesional se entienden, han llegado a un mutuo entendimiento en el terreno de la intersubjetividad y que desde ahí el arte de la medicina tendría amplia oportunidad de alcance. Esto pone en el profesional sanitario una enorme responsabilidad de sensibilidad y tacto que requiere un fino entrenamiento de cooperación y aproximación al otro.

Es verdad que en todo encuentro clínico no se busca este diálogo. En la ética psicoanalítica desarrollada por Jaques Lacan, por ejemplo, el análisis puro se consigue cuando el terapeuta mantiene la escucha sostenida e interviene muy poco. Hay más escucha que diálogo. La intervención del analista debe ser breve y la meta terapéutica es la de estimular a que el paciente siga narrándose a sí mismo para ir descubriendo sus pulsiones y deseos inconscientes más profundos. El analista debe estar muy atento a lo dicho. El peligro de fracaso en el análisis ocurre cuando el viaje interior se detiene, porque el mismo paciente no soporta afrontar sus deseos (en este caso el mismo paciente es el responsable de que cese la terapia) o cuando el clínico cae en la trampa de entrometerse y

actuar desde la sintonía y aplicar sus juicios valorativos personales al paciente.<sup>5</sup> Esto se evita con un entrenamiento adecuado y un trabajo interior que debe hacer el terapeuta. El terreno de la intersubjetividad sería aquí la presencia de un escucha neutralizado y ético que acompaña al paciente a descubrir su propia verdad. El paciente va traduciendo e interpretando sus propios signos con un guía que apenas interviene en el proceso. Sin embargo, aquí sigue siendo el discurrir del discurso donde el Ser se actualiza, aunque sea reproduciendo la opresión en la que está sumergido el sujeto, el profesional y las instituciones (Foucault).

Entonces, ¿ante qué fenómeno nos enfrentamos? ¿El encuentro clínico depende más de una ética comunicativa que de la aplicación de tecnologías y un saber positivo?

Para responder a estas preguntas traemos a la atención la palabra “Clínico” que no hemos definido y forma parte de nuestro título. Ella tiene su raíz en el griego *Kliné*, que se refiere al “lecho” donde yace el enfermo. Si nos dejamos guiar por esa etimología griega antigua que hemos heredado en nuestro lenguaje, el “encuentro clínico” es aquel donde acuden médicos y pacientes para dar entendimiento a la enfermedad y tomar acción y decisión en el contexto muy situado y vital de un sujeto que le aqueja desde su “lecho” un padecimiento. Seguramente lo experimenta desde una particularidad cultural muy subjetiva que habrá que delimitar. Ya la raíz latina de la palabra enfermo, “*infirmus*” nos ha advertido la situación moralmente sensible y delicada existencialmente (le falta la firmeza) del sujeto que sufre la enfermedad o el malestar. La palabra “enfermo”, más que “la enfermedad” subraya y expresa la situación moral del enfermo. La enfermedad toma poder e

interés cuando ocupa el cuerpo de una subjetividad particular en un cuerpo enfermo. Por ello, el encuentro clínico, un espacio de ensayo y validación del conocimiento científico obtenido por la investigación de las ciencias médicas es también el “lecho” de índole muy existencial donde se discurre sobre los asuntos más subjetivos y vitales del sujeto que padece. Ya el código hipocrático hacía jurar a los adeptos a mantener el estricto secreto de la información sensible a la que se accede en el lecho del enfermo. La enfermedad no es reductible al concepto médico que la explica, sino que hay que traducirla a la experiencia compleja de un lecho vital, es decir un cuerpo de sujeto que la vive y sobre todo la interpreta desde su vulnerabilidad en la que además están los otros, su familia. Como hemos intentado demostrar, el concepto médico no necesariamente logrará coincidir en cómo es entendida la enfermedad en ese sujeto particular, en un ámbito familiar, es decir, cómo la vive, cómo la interpreta y la significa.

Por ello, con índole existencial nos referimos a la cualidad del ser donde cada sujeto tiene ante sí, nada menos que su propia existencia, su propia vivencia de la enfermedad, y ante ello tiene como un sujeto dotado de lenguaje unas posibilidades interpretativas que junto a la mediación del profesional ponen el tono a la cuestión. El hermenauta Ricoeur por ejemplo ha distinguido el habla como acontecimiento donde un sujeto pronuncia algo que refiere a un interlocutor que es en sí la búsqueda de un “otro” que inaugure un nuevo entendimiento o sentido. Así podemos entender que la enfermedad que se discute en el encuentro clínico no es meramente un problema que logra ser explicado y atendido por un discurso sobre la estructura orgánica funcional de la enfermedad. La enfermedad es un problema médico y un dilema

existencial expresado en un hablar que adquiere o no sentido en el sujeto y que remite en última instancia a la condición de finitud de ese ser humano que padece y que se enfrenta a la muerte y la propia desaparición.

La bioética tiene aún como disciplina de fundamentos filosóficos hacer caso y atender la dimensión de este contexto narrativo de la clínica y en parte lo está haciendo recientemente. Este trabajo intenta ir en esa dirección. Algunas Bioéticas actuales como la bioética hermenéutica de los españoles Domingo Moratalla y Lydiá Feito ha denunciado que:

“La bioética ha ignorado las cuestiones culturales, socioeconómicas y de género, olvidando, por tanto, en la mayor parte de los casos, la pertenencia a una comunidad o a una sociedad, en la que la identidad de los individuos cobra sentido y en la que se pueden encontrar las eventuales raíces de situaciones de conflicto o injusticia”.<sup>6</sup>

Esta crítica la ha recibido de algún modo la bioética principalista angloamericana que en sus primeros años se enfocó en lograr el consenso de unos principios universales o “prima facie” (autonomía, no maleficencia, justicia y beneficencia), de corte kantiano o deontológico que fueran aplicables a todo conflicto moral o ético obviando la dinámica de los contextos. Esta bioética logró implantar la prioridad de la fundamentación teórica de la acción moral para evitar el relativismo del juicio ético y la arbitrariedad de la acción moral cuando tomaba en cuenta la multiplicidad de variantes que se suscitan en cada caso. De esto era acusado la escuela del casuismo del Albert Jonsen y Stephen Toulmin que, atendiendo las cuestiones

subjetivas y el contexto cultural y familiar del paciente, diluye el juicio ético en detalles muy heterogéneos que no permiten la fundamentación universal.<sup>7</sup> La bioética casuista estaría en mejor condición de abordar estas preocupaciones sobre la cualidad interpretativa del ser.

De algún modo la bioética hermenéutica y narrativa viene a abordar estos elementos de la clínica que habían sido descuidados. Pero finalmente ¿a qué nos referimos con bioética hermenéutica del encuentro clínico?

Como se sabe, “*Hermenéutica*” nos llega del griego “*hermeneia*” que ya indicaba una técnica asociada al arte de interpretar los signos naturales como el vuelo de las aves y que fue vinculado al rol divino de Hermes, mensajero y comunicador de lo oculto en la religión griega y egipcia. Los sacerdotes se entrenaban en cierta sapiencia para lograr una interpretación que resultara orientativa a las preguntas del consultante. Pero ya en Platón y Aristóteles tomará otra evolución y este último en su tratado de lógica (*Órganon*) la denominó como:

“interpretación a la relación de los signos lingüísticos con los pensamientos y con las cosas. Para él las palabras son signos de las afecciones del alma, que son las mismas para todos y que constituyen las imágenes de objetos que son idénticos para todos” y, por lo demás, considero como sujeto activo de esta referencia al alma o al entendimiento”. (De Interpr., 1,16 a, 1 ss.)

Esta tradición llega hasta la Edad Media con Boecio y éste mantuvo la idea de que la interpretación es un acontecimiento

que acaece en el alma, es decir es un proceso mental y del entendimiento.<sup>8</sup> Esto se tradujo en que la hermenéutica dominante fuese la aspiración a una metodología exegética del texto que asegurara la correcta interpretación de la verdad incuestionable ya contenida dentro del texto sagrado por estar fundamentada en la metafísica trascendental de lo divino. Aunque los teólogos católicos medievales filosofaron en esa dirección, Schleiermacher (1768-1834) en la modernidad se da cuenta de que el error sucede no tanto por un problema en la interpretación sino por la misma condición del significado y el sentido. Esta condición estaría relacionada al dilema de orden ontológico donde el problema reside en la misma condición del SER. El error no se muestra solamente en la estructura gramatical y la sintaxis sino en cómo ocurre ese diálogo dentro del tiempo y no en la abstracción fuera del tiempo. Luego William Dilthey (1833-1911) retomó el asunto y aunque no abandonó la idea de encontrar una verdad universal y objetiva, entendió que las ciencias humanas no debían regirse bajo el principio de causalidad como lo hacía el método científico y había que indagar en el problema de la interpretación. La hermenéutica ulterior se desarrolla en parte por la insatisfacción de los logros en la pretensión de dar con el conocimiento y la verdad de disciplinas como la fenomenología, el neokantismo y el positivismo científicista.

Esto abrió el camino para que en el siglo XX se pusiera mayor interés en las posibilidades de la “comprensión humana”. Como sabemos es con Heidegger y Gadamer que la hermenéutica pasa a ser giro por convertirse en un problema universal, filosófico y ontológico que el ser humano tiene con todo lo real.<sup>9</sup> Es la llamada tercera fase de la hermenéutica, base sobre la cual que hemos discutido el encuentro clínico

como ocasión singular (Gelegenheit)<sup>10</sup> para entender el saber que discurre en la conversación médico-paciente. En el libro *El estado oculto de la salud*, Gadamer destaca que la salud es algo “oculto” que no es fácil de medir con la objetividad y por eso hay que escuchar y observar al paciente.<sup>11</sup> Aunque esto ya lo sabemos, el centro de la verdad y del método en Gadamer es el diálogo. El discurrir humano sería el método y aunque se dirige hacia una verdad, se la reconoce como parcial y sujeta a un horizonte de comprensión cargado de prejuicios. Es la innegable subjetividad de la comprensión humana. La verdad del diagnóstico y prognosis de la enfermedad por ejemplo se impone, pero lo hace más desde un horizonte de comprensión y sentido transitorio que con la aparente facticidad del hecho científico de la enfermedad. La salud entonces sería más que una condición o estado, una situación hermenéutica apercebida por el sujeto que la comprende y asimila en su subjetiva relación con lo real de la enfermedad. Por ello la salud no es solamente ausencia de la enfermedad. Sino un estado ontológico del Ser que arrojado en el mundo se mueve en los significados que le ayudan a perseverar o declinar frente al poder de la enfermedad.

A propósito del acto de comprender que tiene el Ser (dasein), Heidegger en su obra *Ser y Tiempo* ofrece la siguiente aclaración sobre el término “interpretación” [Auslegung]:

“La interpretación no es el tomar conocimiento de lo comprendido, sino el desarrollo de las posibilidades proyectadas en el comprender”<sup>12</sup>

Con esta definición entendemos que el espectro de comprensión e interpretación que tiene el diálogo del encuentro clínico puede ser inconmensurable como la mente

misma. El Dasein mismo en Heidegger está más allá de las palabras pues se oculta detrás de ellas. En la conversación clínica al intentar comprender el malestar, el Ser se coloca ante el mundo, imagina sus posibilidades (prognosis) y dibuja un devenir (tratamiento). Por ello el encuentro clínico instalado en un diálogo interpretativo tiene algo de impredecible donde algo nuevo no determinado puede irrumpir y cambiar lo ya configurado por la ciencia. Esto siempre deja abierto un posible horizonte.

El pensador español Andrés Ortiz Osés en el diccionario de Hermenéutica lo aclara de forma prístina:

“La interpretación lejos de ser un modo de conocimiento entre otros constituye el peculiar <<modo de ser del hombre>> vinculado a su finitud. Tal sería la condición hermenéutica de la existencia humana, cuya finitud hace de la interpretación una tarea infinita, circular pero impansivo-expansiva, en el interior de la cual no se da observador neutral alguno (ni fenomenólogo ni positivista) ni por tanto, objetividad pura, sin que ello implique, empero, una recaída en el subjetivismo: ahora observador y observado pertenecen a un tercer horizonte que los engloba y la interpretación se ofrece como una <<fusión de horizontes>> que se da en el seno del lenguaje”.<sup>13</sup>

Con esa aclaración que hace Osés, la hermenéutica contemporánea, luego del existencialismo de Sartre, Camus y su precursor Kierkegaard ha entendido que la esencia del ser humano es su existencia. La hermenéutica ha destacado en el siglo XX cómo esa existencia se vive y descifra en el seno del lenguaje dentro de un marco de sensibilidades morales, no en la idealidad o

la abstracción del ser fuera de la circunstancia vital. La teoría ética interpretativa del médico y bioeticista Ten Have por ejemplo, entiende que el rol de la ética médica no es explicar y aplicar principios morales para los actos y consecuencias, sino evocar todo lo que abarca la experiencia moral en términos del efecto de las emociones y los sentimientos en las actitudes morales.<sup>14</sup> Esta línea de trabajo reconocería el encuentro clínico como un existencialismo donde la ciencia se enfrenta a la realidad complejísima de la subjetividad.

El dolor vivido por el enfermo toma forma en una narrativa hablada que busca colocarse en un lugar de sentido. Eso es lo que en parte ofrece el encuentro clínico. Simone de Beauvoir en la *Mujer Rota* ha destacado que solo tiene necesidad de narrarse el que ha sufrido. Por ello decimos como advierte Gadamer que en el diálogo de la entrevista clínica ya ha comenzado el tratamiento para paliar la enfermedad.

La angustia existencial traída por Kierkegaard a la tradición occidental adquiere relevancia a la luz de entender el encuentro clínico como un fenómeno cargado de la razón biográfica entre pacientes y médicos. Aun así, la bioética hermenéutica no puede olvidar que sigue siendo la clínica un espacio institucional social y político donde actúan la opresión y la ideología. El discurrir humano es una forma radical de compartir el ser que se es. La ciencia y la praxis médica exige decirse de nuevos modos que coloquen el dolor, la enfermedad y la salud en signos nuevos de sentido, atemperados a la época que a cada grupo, comunidad política le ha tocado sufrir. La bioética hermenéutica reconoce en esta conciencia al menos un nivel importante de la terapéutica. Para esta habilidad de la hermenéutica se requiere una formación

humanística que entrene la sensibilidad para la creación de soluciones éticas y salubristas al servicio de lo humano. Una medicina sin esto se convierte en mera veterinaria mecanizada.

## Notas

---

<sup>1</sup> La Odisea, Capt. VII. Editorial Cátedra.

<sup>2</sup> Cita que Juan Vives Rucabert recupera a través de la obra de Ortega y Gasset de 1927, atribuida a Teognis. El ensayo de Rucabert: “Sobre las aportaciones del psicoanálisis al campo de la ética” es donde se encuentra la cita. *Ética en el Diván*, Gómez Alva, Araceli (Coordinadora) Página 31., Lumen, México, Buenos Aires, 2003.

<sup>3</sup> Esta discusión la trae Diego Gracia en su libro: *Fundamentos de Bioética*, Eudema, Madrid 1989. Página 418.

<sup>4</sup> Hunter KM, *Doctor’s stories: the narrative structure of medical knowledge*. Princeton University Press 1991, página 9. Citado en: Vergara, Oscar, *Hermenéutica y toma de decisiones en ética clínica*, pág 256, *Revista de Bioética* 2017;25(2):255-63 <http://dx.doi.org/10/1590/1983-80422017252185> 4

<sup>5</sup> Gómez Alva, Araceli (Coordinadora) *Ética en el Diván*, Página 58., Lumen, México, Buenos Aires,

2003. Véase la discusión de estos aspectos en el artículo “Lógica de la Ética en Psicoanálisis” por Rómulo Lander.

<sup>6</sup> Domingo Moratalla, Tomás; y Feito Grande, Lydia, *Bioética narrativa*, op.cit. pág. 90.

<sup>7</sup> Quintero Martín, Sergio (2018), *Bioética hermenéutica: una revisión crítica del enfoque principialista* p. 197, Bajo palabra, (18) <https://doi.org/10.15366/bp2018.18.009> (obtenido en octubre 2021)

<sup>8</sup> La cita de Aristóteles y el comentario sobre Boecio están tomados del *Diccionario de Filosofía Nicola Abbagnano*, p. 696-697, FCE 1996, México.

<sup>9</sup> Ortiz Osés, *Diccionario de Hermenéutica*, p. 255

<sup>10</sup> Kierkegaard ha destacado la ocasión como categoría de lo finito, que puede ser pretexto o causa. (*diccionario de filosofía Nicola Abbagnano*, p.871, FCE 1996 México)

<sup>11</sup> Gadamer, *El Estado oculto de la Salud*, Gedisa, Barcelona 2017. Traducción de Mérida Machain.

<sup>12</sup> Heidegger, *Ser y Tiempo*, p. 172, Trotta 2006, Madrid.

<sup>13</sup> *Diccionario de Hermenéutica*, U. Deusto, Ortiz Osés. P. 255)

<sup>14</sup> Vergara, Oscar, *Hermenéutica y toma de decisiones en ética clínica*, pág. 256, *Revista de Bioética* 2017 ;25(2):255- 63 <http://dx.doi.org/10/1590/1983-80422017252185>.