

El acto médico como ética de la relación

Mauricio Hernando Bedoya Hernández¹, María Victoria Builes Correa²

Resumen

El presente trabajo, de carácter documental, aborda el problema de las éticas posibles en la vivencia del acto médico, el cual es concebido no solamente como acto terapéutico sino también ético llevado a cabo por el profesional de la salud. Se concluye que el acto médico puede ser vivido como expresión de dos grandes posiciones éticas: una de ellas ha sido denominada *ética instrumental*, en la que la palabra desplegada en el acto que realiza el profesional tiene un valor instrumental; la otra se ha llamado *ética intersubjetiva*, en la que la palabra ocupa un lugar privilegiado como posibilidad de restitución de la subjetividad del paciente y de construcción de un tejido relacional médico-paciente en el que acontezca la acción curativa. Se concluye, acorde con esta segunda posición ética, que la vocación médica implica que el médico cultive para sí y para sus pacientes una vida buena, virtuosa y estética, que promueva el bien pleno como criterio ético fundamental.

Palabras clave

Acto médico, Bien pleno, Ética intersubjetiva, Ética instrumental

Summary

Medical action as the ethics of relationships

This documentary paper approaches the issue of the possible types of ethics that can be used in the medical practice, conceived as both therapeutic and ethical actions carried out by health professionals. It is concluded that medical action can be carried out as the expression of two main ethical approaches, namely: The *instrumental ethics* in which the discourse used by the professional during medical actions has an instrumental value. The second one is called *intersubjective ethics*, which considers that the aforementioned discourse has a special role, since it may restore the patient's subjectivity and build a relational weave between the patient and the physician in which healing action can take place. It is concluded, in accordance with the second ethical approach, that medical vocation implies that physicians should develop a good, virtuous, and aesthetic life for themselves and for their patients.

¹ Psicólogo, Magíster en Psicología. Docente de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas (Departamento de Psicología), Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Médica, Terapeuta familiar. Docente con especialización en Terapia Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Dirección de correspondencia: mbuiles_correa@hotmail.com

Recibido: mayo 19 de 2008

Aceptado: septiembre 23 de 2008

Key words

Instrumental ethics, Intersubjective ethics, Medical action, Full welfare

INTRODUCCIÓN

La vivencia del médico está configurada por su vocación de hacer que los otros, especialmente los enfermos, lleven una vida más vivible, menos sufriente y más duradera. Es decir, la razón de ser del quehacer médico es, como lo dice Córdoba, la búsqueda del “bien” entendido como “*todo aquello que inspire y permita el desarrollo, el crecimiento total, pleno del hombre en todas sus dimensiones, orgánicas o corporales, espirituales, mentales, sociales, incluyendo la trascendente a un absoluto absolutamente absoluto*”¹. Así vista, la praxis médica no es exclusivamente una práctica terapéutica, sino fundamentalmente una experiencia ética, como también lo sostiene el autor cuando afirma que “*el valor universal y permanente en el que se fundamenta toda ética no ha de ser otro que el respeto sumo por toda persona*”.¹ La pregunta que surge se refiere a las posiciones éticas posibles en el ejercicio de la medicina, sobre todo cuando se van imponiendo en nuestro sistema de salud prácticas de mercantilización que ponen en riesgo la búsqueda del bien pleno del paciente como fin de la vocación médica. Aquí se describen dos posibles polos éticos, aunque entre ellos se despliega una serie de alternativas también posibles en esta praxis.

El acto médico es lo que permite el acontecimiento terapéutico y ético de la práctica médica. El ejercicio que se estructura está determinado por el lugar que el médico le asigna a su acto. Este ha evolucionado no solamente en sus formas de ser concebido, sino en las maneras concretas de ser manifestado.

NOCIÓN DE ACTO

Cuando se realiza un acercamiento al acto médico, resulta fundamental indicar algunas de las tradiciones que, provenientes de la filosofía, la medicina y las ciencias sociales, acuden a problematizar el concepto de acto y la praxis emergente de él. En la tradición aristotélica está asociado profundamente con la realidad del ser; es anterior a la potencia, el acto determina ontológicamente

al sujeto, es su realidad propia y su principio, el acto es “*lo que hace ser a lo que es*”.² Así, ser y acto se mantienen como realidades indivisibles, en tanto que el ser es lo que es gracias a los actos. Esto no es una suerte de develamiento del ser por el acto, sino que es en este mismo donde el ser se hace. Desde la perspectiva fenomenológica de Husserl, los actos no son actividades psíquicas, sino vivencias intencionales.

Según Parra, Zubiri halla una ambigüedad en el concepto aristotélico de acto, cuando contrapone esta noción a la de potencia.³ El acto tiene, en Aristóteles, dos connotaciones: por una parte, es la realización de una potencia y, por otra, al asociarlo a la acción (en tanto posibilidad), indicará que “*La acción es un sistema funcional, un sistema funcional de actos, un sistema rigurosamente hablando*”.⁴ Por eso para el autor, la vida humana no está compuesta de hechos [acto de una potencia] sino de sucesos [acto de una posibilidad]. Ciertamente, hay muchos hechos en la vida humana, pero no constituyen un momento de la vida si no son reabsorbidos justamente en forma de sucesos. La posibilidad, entonces, introduce un dinamismo a la condición humana, en tanto que ella ha de elegir continuamente entre muchas posibilidades. Por eso el ser humano es proyecto, lo que coincide con el *Dasein* heideggeriano.^{5,6}

La proximidad de los términos acto y acción también se hace evidente desde el lugar de las ciencias sociales. El acto para Schutz se asocia al concepto de acción: “*El término ‘acción’ designará la conducta humana concebida de antemano por el actor, o sea, una conducta basada en un proyecto preconcebido [...] el término ‘acto’ designará el resultado de este proceso en curso, vale decir, la acción cumplida*”.⁷

En ese sentido, el agente se imagina el acto ya cumplido en el futuro y esto le permite proyectar su acción. Lo que resulta interesante dentro de este planteamiento es la manera como el acto termina siendo una proyección que guía la acción; es decir, el acto si bien es la acción cumplida, está en el orden del proyecto del agente. Para Arendt⁸ son la acción y el discurso los que diferencian a los sujetos, en lugar de hacerlos meramente distintos. De esta manera, acción y discurso hacen emerger la subjetividad y, como consecuencia de ello, el mundo intersubjetivo. Para ella una vida sin acción y sin discurso

es una vida muerta. Como derivaciones de estos dos conceptos, la palabra y el acto son los que introducen al sujeto en el mundo de lo humano. Es como si le significaran un segundo nacimiento, que tiene su impulso en el primer nacimiento, pero nunca está condicionado por él; su impulso surge desde el primer nacimiento. Actuar es tomar una iniciativa, comenzar, gobernar, poner algo en movimiento. Sin la presencia del discurso, la acción perdería su carácter revelador; mediante el discurso y la acción, los sujetos muestran quiénes son, su identidad acontece en lo que hacen y dicen.

En las perspectivas aristotélica y arendtiana, la acción emerge como categoría que soporta la identidad del sujeto. Es decir, la identidad subjetiva es una construcción que se realiza en la acción. Por otra parte, Husserl y Arendt localizan el problema de la acción en el lugar de articulación con la problemática del lenguaje. El acto, considerado en su relación con la acción, es fuente de sentido, en tanto intención (Husserl); es posibilidad de ingreso a lo humano (Arendt). Para Heidegger, el ser-en-el-mundo es en tanto lenguaje.

Así se ha dejado ver la manera como en el acto humano se articulan ser/identidad, lenguaje e intersubjetividad. La pregunta que surge es cómo es proyectada la acción por el agente/médico, qué actos emergen de allí, de qué forma su acto médico le permite hacerse sujeto, construir su identidad y, finalmente, cómo es vivida la alteridad en ello. El acto médico puede ser narrado y, de esta forma, es discurso que se hace cuerpo en la relación con el consultante.

LA PALABRA COMO EPODÉ

Desde la antigüedad misma la palabra se ha localizado en el centro de las prácticas humanas frente al *pathos* subjetivo. De esta forma, la vivencia médica en sus orígenes sostuvo acto y palabra como dos dimensiones indisolubles a la hora de intervenir la enfermedad. Es decir, la palabra siempre hizo parte del acto llevado a cabo para sanar, para conjurar los malos espíritus que poseían a los hombres, para acompañar a quienes estaban muriendo.⁹

En el *epos homérico* la enfermedad siempre estuvo acompañada por la palabra, siendo esta la condición fundamental de la intervención sobre aquella. Es posible, por lo tanto, hallar tres formas de palabra: la palabra como *plegaria elevada a los dioses*, una *eukhé*. Ella no se

dirige directamente al enfermo, sino a los dioses o a las potencias divinas e invisibles que gobiernan la enfermedad.

La palabra como un conjunto de *ensalmos mágicos (epodé)*. Desde el paleolítico y a lo largo de casi todas las formas primitivas se usaban ensalmos o conjuros en los actos de curación. De la misma manera que en la *eukhé*, la *epodé* era dirigida a los dioses.

La palabra como *decir sugestivo (terpnós logos) o placentero (thelkterios logos)* va dirigida al enfermo. En este caso la palabra no es un recurso al sujeto moral, en tanto culpabilización emergente de la idea del origen mismo de la enfermedad. El decir se refiere menos a los actos del enfermo, a las causas divinas de su enfermedad, a las consideraciones acerca de lo bueno o lo malo del individuo enfermo, y sí más bien a su ánimo, en razón de que en la antigüedad clásica pareciera construirse la certeza de que el ánimo es capaz de producir efectos en el mundo de las emociones y del cuerpo.

Esta tercera forma de palabra permite entonces descubrir la manera como el acto del que cura, la palabra por él dicha, las vivencias emocionales del enfermo y el cuerpo aparecen como diferentes dimensiones de una misma experiencia: la evidencia de la enfermedad y su curación.

Si bien es cierto que la palabra tiene, dentro de este contexto, una dimensión profundamente psicológica, o al menos unos efectos marcadamente psicológicos, el acto médico que recurre a la palabra excede este ámbito, en tanto que sus efectos impactan la existencia total del sujeto. De esta manera, es posible apreciar que en la *Iliada* el decir placentero de Patroclo ejerce una acción terapéutica, no por la virtud mágica de su decir, sino porque la acción de cura del decir es natural. Y en Homero es factible reconocer que su naturalidad consiste en la regularidad con que sus palabras y la entonación de estas manifiestan su latente facultad modificadora del ánimo de quienes menesterosamente lo oyen.

La *epodé*, en la Grecia poshomérica, es manifestación de la forma como evolucionó la inclusión de la palabra no solamente en la vida cotidiana, sino en el acto llevado a cabo alrededor de la experiencia de enfermarse y ser curado. La palabra adquiere un marcado carácter de persuasión y de esta manera, como si hubiera sido hechizado, el sujeto cambia de condición bajo la acción de la palabra persuasiva. Es a Gorgias, maestro de Hipócrates, y a Antifonte a quienes se les ocurre la idea

de aplicarla. Es posible mediar con la palabra persuasiva la intervención curativa de ciertas enfermedades, logrando, de paso, localizar la palabra en la relación misma con la enfermedad y su curación. Platón llama también *epodé* a la palabra sugestiva que es bello discurso y produce en el alma *sophrosyne*, que ordena la vida anímica, creencias, sentimientos, saberes. La *sophrosyne*, en tanto virtud del alma, tiene efectos médicos, produce beneficios somáticos y es así mismo la condición previa para que obren eficazmente los fármacos.

En los médicos hipocráticos es posible hallar una focalización en los aspectos más somáticos de la enfermedad, lo cual los lleva a conducir a la palabra a una especie de destierro. Ellos usan la palabra con el propósito de lograr la confianza del enfermo y mantener la moral de su ánimo en alto, para, de esta forma, poder intervenir. Así entendido, el médico habrá de proceder con la suficiente calma que le permita ocultar al enfermo, mientras actúa, la mayor parte de las cosas.

El lugar de cenicienta dado a la palabra en el acto médico de la tradición hipocrática obedece a la repulsa de la *epodé* mágica en nombre de la medicina fisiológica y la tendencia del hipocrático a ver y entender la naturaleza del sujeto desde el punto de inflexión de lo somático.

Si bien es posible apreciar dos formas de situar la palabra en lo que a la enfermedad y su curación se refiere, es también cierto que a ambas maneras de concebir el acto médico les subyace un hilo conductor: la relación establecida entre quien enferma y quien cura. Ya sea que la palabra ocupara un lugar central en lo que a la mejoría del soma se refiere, ya sea que esta fuera localizada en un lugar periférico lo que ahora aparece claro es que la vivencia de enfermar y ser curado por alguien requería una relación de confianza entre aquel que cura y el que sería curado. Con ello es posible decir que lo más fundante del acto médico es la relación establecida entre el médico y el enfermo.

LA ILUSTRACIÓN: LAS POSITIVIDADES DEL ACTO MÉDICO

Para Foucault, la clínica médica de orden positivo que surge a finales del siglo XVIII, en el olor mismo a Revolución Francesa, es una mutación de discurso: antes de la época mencionada existía la región en la que “cosas”

y “palabras” no estaban aún separadas, una región donde *aún se pertenecen, al nivel del lenguaje, la manera de ver y la manera de decir*.¹⁰ Así, en el *epos homérico*, como se indicó, la palabra es dicha en la “cosa” (estar enfermo, estar sometido al *pathos*, ser curado) y es inherente a la cosa misma. Sin embargo, a finales del siglo XVIII el vínculo fantástico del saber y del sufrimiento se ha complejizado porque esos síntomas son objetivados, son discutidos en su objetividad por el discurso reductor de la mirada positiva. Esto llevó a una modificación semántico-sintáctica que transformó el lenguaje en discurso racional.

El nacimiento de la medicina moderna se da en los últimos años del siglo XVIII cuando, por un lado, reflexionó sobre sí y, por otro, identificó el origen de su positividad en la modestia eficaz de lo percibido. Y de aquí surgen nuevas alianzas entre las palabras y las cosas, asignando a la percepción (visual específicamente) el privilegio del acceso a la verdad. Así, el ojo se convierte en depositario y fuente de claridad. La palabra, como otrora fuera en el *epos homérico*, fue desterrada. La racionalidad médica es conducida a la preeminencia de la percepción, de la experiencia, la mirada atenta, la vigilancia empírica. El lecho del enfermo se convierte en escenario para investigar y construir discurso. La clínica médica inaugurada bajo el pedido de la mirada exige no ser turbada con la palabra.

Puede concluirse que la mirada positiva que se funda en la medicina en los inicios del siglo XIX destierra del acto médico la palabra en tanto relación médico-paciente, que en adelante se denominará *palabra-relación*, y encumbra la mirada auscultadora del médico, quien le habla a su paciente para que este informe de sus dolencias o para que confirme sus observaciones. Aquí la palabra es interrogación y tiene un carácter fundamentalmente instrumental. Ella es denominada en el presente ensayo *palabra-instrumento*.

Es reconocido por todos los clínicos que la eficacia del acto médico se asocia directamente con la confianza depositada por el paciente en quien lo trata. En términos de lo que ha enseñado el psicoanálisis, solo una transferencia positiva dirigida por el paciente hacia el médico promueve una mayor eficacia del acto que realiza el clínico para curar al consultante. Y como bien es sabido, la confianza no se refiere exclusivamente al nivel de formación del médico, sino, quizá fundamentalmente, a la relación que este establece con el paciente, la cual se tramita en la *palabra-relación*. Esta

idea es promotora de un cambio contemporáneo en lo que a la concepción y práctica del acto médico se refiere. De ello se hablará a continuación.

RETORNO A LA PALABRA EN EL ACTO MÉDICO: DE LA ÉTICA INSTRUMENTAL A LA ÉTICA INTER-SUBJETIVA

La medicina occidental tuvo en la hipocrática su nodriza, de tal manera que heredó su tradición frente a la palabra. Desde Virgilio, la medicina era la ciencia muda. Un buen médico era aquel que curaba con remedios y no con palabras. Esto es más aplicable para los médicos de los hombres que no son libres. Algunos de los seguidores de Hipócrates se afianzan en esta concepción, de tal manera que la acción del médico se instituyó alrededor de este discurso. Con la Ilustración, la *palabra-relación* se torna *palabra-instrumento*. El discurso médico ilustrado conlleva una exigencia ética cifrada en la objetividad.

En la actualidad se acude a un deterioro de la práctica médica que, además de ser un eco de la instrumentalización del acto médico, es fruto de la ya mencionada mercantilización de la medicina. Se promueve el ejercicio de la distancia con respecto al paciente y de una mayor proximidad con respecto al signo. De esta forma, importa menos recordar el nombre del consultante que la caracterización de los signos y síntomas que lo hacen enfermar, olvidando, de esta manera, que la vocación del médico ha de llevarlo a emprender una serie de prácticas que lo conduzcan a la búsqueda del bien pleno del paciente. Córdoba hace notar que en, muchos casos, el médico justifica un trato distante y poco cortés hacia el enfermo en el poco tiempo que las instituciones que intermedian los servicios de salud le ofrecen. De esta manera, se realiza una atención mecánica del paciente.¹¹ Esto obliga a considerar al enfermo como una entidad nosológica y no como una persona que tiene una enfermedad.

Naturalmente, esta posición objetivadora se lleva a cabo de buena fe, con el profundo deseo de ayudar al paciente en su enfermedad, pero de manera ingenua se niega que ella se asienta en prácticas de mercado de la salud.¹¹ El inconveniente es que el paciente no se siente restituido en su subjetividad frente al médico. Como dice Foucault,¹⁰ el paciente se convierte en caso. Y el caso, como tal, no posee el nombre del sujeto enfermo, sino la denominación de la enfermedad. Una consecuencia de

ello, sobre la que también alerta Córdoba¹¹ es la violación del sigilo profesional. Claro, si al frente hay un caso, una enfermedad y no una persona, su intimidad es expuesta muy a pesar de los efectos negativos que esto pueda traer sobre el enfermo o la enferma. El sigilo se rompe. Un aspecto que puede ponerse en peligro es lo que denomina el autor *consentimiento libre, idóneo e ilustrado*. La práctica médica a veces conlleva el riesgo de no informar al paciente, o de no hacerlo a tiempo, o de hacerlo en el momento preciso pero con un lenguaje ininteligible para el enfermo.

No es posible asimilar lo legal y jurídicamente instituido con lo ético.¹² Por esta razón, no todo acto médico es ético por el solo hecho de ajustarse a la normatividad vigente en una sociedad. Además, Hoyos ha enfatizado en la manera como el ser del paciente, vía objetivación del signo, tiene como efecto un desencuentro entre el médico y el paciente y una especie de olvido de la palabra de este último.¹³

La situación descrita, que, si bien es propia de la contemporaneidad, no es un rasgo común a la práctica de todo médico, deja ver una suerte de posición ética que aquí se denomina *ética instrumental* del ejercicio médico.

¿Será posible la promoción de una ética en la que la persona enferma sea restituida en su nombre, en su identidad y en su intersubjetividad? ¿Será posible una reinstalación de la *palabra-relación* en el cúmulo de prácticas que comprenden el acto médico en un contexto en el cual este se ha visto limitado por leyes e instituciones que, en función de la «optimización del recurso», hacen peligrar la vocación misma del médico?

En la actualidad se erige la necesidad de una ética que sostenga y le dé sentido al quehacer médico. Este lugar debe privilegiarse si se piensa que todo acto, y esto incluye el acto médico, debe tender a la *areté* (virtud) y, en última instancia, al bien pleno de la persona.

Por muchos años, la tradición de Comte privilegió el restriccionismo, es decir, la perspectiva de que la ciencia debe evitar los juicios de valor, a diferencia de la antigüedad, donde la ciencia era expansionista en tanto la acción humana y el conocimiento como acción humana, estaban comprometidos con los valores.¹⁴ Hoy, múltiples voces coinciden en el hecho de que la ciencia misma es una construcción social¹⁵⁻¹⁹ y las prácticas humanas están social y culturalmente constituidas, lo que

deja ver claro que todo acto de los hombres emerge de un mundo intersubjetivo. Y, por esta razón, la alteridad conlleva la construcción de una ética.²⁰

Al arribar a este punto, resulta ineludible el problema ético dentro del quehacer médico. Todo acto humano, incluido el del médico, revela una posición ética. La interrogación de fondo es ¿qué posición ética revelan los actos que realiza un médico en particular? El acto médico en tanto práctica que lleva al profesional a poner al servicio de su paciente todos los recursos de que dispone en función de la cura de su enfermedad, según la propuesta de este trabajo, puede manifestarse como expresión o de una ética instrumental focalizada en la *palabra-instrumento* o de una ética intersubjetiva, centrada en la *palabra-relación*.

En Sócrates ética es un modo de vida. No es tanto aquello sobre lo que se medita, sino el hecho mismo de vivir para meditar, con lo que la sabiduría se convierte ella misma en una ética. En última instancia, el fundamento de la ética resulta ser el logro de una vida buena. Para Nietzsche, Bergson y otros contemporáneos reaparece, después de algunos siglos en los que la filosofía fue considerada una disciplina académica, esta idea socrática. En general, la ética en tanto *areté*, es el arte de vivir.²¹

Como ya se ha dicho, en la perspectiva arendtiana el acto introduce a la condición humana, así como también introduce al valor, en tanto que a todo acto le subyace una posición axiológica. Así vista, la ética más que un discurso es acto.

En Ricoeur la ética aparece como una dimensión indisociable de la propia identidad del sujeto. Con su noción de ipseidad sostiene que la identidad subjetiva no es una suerte de núcleo de permanencia que se torna inmodificable, sino que ella es devenir, por cuanto se constituye narrativamente y en el ámbito de la alteridad. Esto resulta ser más gráficamente expuesto en su título «Sí mismo como otro».²⁰ El otro, como el más claro anclaje de la alteridad en la cual se funda la identidad subjetiva, es el que le da existencia al sí mismo.²²⁻²⁴ Por otra parte, la identidad es narrativa, en tanto que la existencia subjetiva con el tiempo subjetivo vivido emerge narrativamente, en el relato, en la trama que la persona ha tejido de sí misma.²⁵

Al enfatizar lo narrativo como trama construida en el relato, el autor señala la manera como la subjetividad aparece vía palabra, especialmente vía palabra hablada. Justo aquí es posible hallar un punto de cruce con la

hermenéutica gadameriana, para la cual la conversación se constituye en la expresión más viva de la manera como el lenguaje hace que el sujeto sea.²⁶

Narratividad y alteridad se constituyen entonces en dos pilares fundamentales en lo que a la promoción de esa subjetividad y el buen vivir se refiere. ¿Qué implica entonces esto para la vocación médica y particularmente para el acto médico?

La clínica médica, lugar de inscripción del acto médico, ha sido regida por una metáfora: el término clínica surge en la medicina: del griego *Kliniké*, cuyo significado es lecho; y de *Klinein*, que indica inclinar, acostar. Se entiende la clínica como asistir al enfermo en su lecho para su buen morir o para curarlo, de ser posible. No obstante, en el acompañar en su lecho al enfermo, hay otra experiencia no nombrada: dos sujetos que se relacionan y se encuentran, cada uno con su ser, con su vivencia y con un lugar en el mundo. Esta es, de hecho, una experiencia más primaria en la metáfora descrita. Lo más primario de la clínica no es la asistencia, la curación, sino la relación, el encuentro. La clínica es intersubjetiva, es relación y encuentro que acaecen entre un clínico y un sujeto-consultante.

El acto médico, como ya se ha indicado, puede ser vivido desde una ética instrumental o desde una ética intersubjetiva (nombrada por los autores del presente trabajo, en otro lugar, como ética de la relación).²⁷ Se propone aquí que es en el interior de la relación terapéutica donde se teje entonces la ética.

A esa relación van dos sujetos que tienen historias diversas, discursos convergentes y divergentes, pasiones (*pathos*), creencias y valoraciones alternas. En la conversación, el horizonte de cada uno de los interlocutores puede modificarse, en un ejercicio de fusión de horizontes gadameriano que hace que cada sujeto devenga otro. La palabra se torna *epodé* que teje *sophrosyne*. Si en la modernidad el acto médico era dirigido por el médico, hoy hay quienes proponen que este acto sea dirigido por el consultante. La propuesta del presente trabajo es que la dirección del acto médico viene dada por la relación, la cual integra las dimensiones de alteridad y narratividad en una experiencia que hace al sujeto-médico y al sujeto-consultante copartícipes en un objetivo: la promoción del buen vivir en cada uno de ellos, la búsqueda del *bien pleno* de cada uno de los participantes de la relación terapéutica. Este cometido solo se puede lograr si se prioriza la palabra de cada uno,

única forma de acceso al ser del otro. Esto conlleva la necesidad de que el médico se resista a ocupar el lugar que le quiere asignar la mercantilización de la medicina, lo que lo conduce a la instrumentalización de la relación con su paciente.

Cuando una persona tiene un padecimiento físico, es todo su ser el que padece, incluida la manera como se mira a sí misma. Por lo tanto, todo padecer físico impacta directamente la historia que un sujeto construye de sí mismo -«siempre he sufrido de cefalea», «me recuerdo como una persona ansiosa»-, la forma como se relaciona con los otros a partir de ello -alteridad- y la manera de narrarla -narratividad-. Cuando una persona acude *buscando ayuda*, lo hace porque la historia tejida de sí ha devenido sufriendo, angustiante, dolorosa; la urdimbre que ha devenido en historia ha tomado y tejido hechos y situaciones, produciendo dolorosas configuraciones en el sujeto. Y bien podría decirse sin temor a dudas que la persona que consulta busca dejar de sufrir y lo que requiere es construir una historia diferente de sí mismo. La palabra, puesta como centro del acto médico, contribuye decisivamente a esto, produciendo relatos de buen vivir.

En la relación clínica el centro no es ninguno de los dos sujetos, sino la relación misma. Es a partir de ella como debe leerse qué decir y qué no decir. Cuando se recupera la relación, el rostro de cada uno se visibiliza y el otro se reconoce como un fin en sí mismo, no como un medio y se convierte en cómplice en tanto deja de ser extraño,²⁸ gracias al hecho de que su palabra ha sido traída al escenario clínico.

La verdad del paciente y la verdad del médico hacen que la verdad del acto médico resulte incompleta. Cuando el médico localiza su formación técnica y su conocimiento de cuadros nosológicos en el lugar de la verdad del paciente, está perdiendo la dimensión fundamental de su acto, a saber, la verdad proveniente de la vivencia del propio enfermo. Sin embargo, si el médico supone que la verdad solo puede ser conocida por lo que dice el paciente, también está perdiendo una dimensión fundamental de la comprensión de la enfermedad: el significado técnico de las manifestaciones del paciente. La pregunta que surge es *¿dónde se inscribe la verdad del acto médico?* La verdad del acto médico solo puede emerger en la relación misma que establecen el médico y el paciente. La sapiencia del médico solo puede ser conducida por un paciente que le permite acceso a su síntoma, a los significados de este padecer. Si

el paciente no informa acerca de la cefalea o la epigastralgia, el médico nada puede hacer. Es la relación médico-paciente el escenario en el que acontece el acto médico.

La ética del rostro ofrece entonces al acto médico una acción moral, donde los sujetos de la relación pueden alcanzar a través de sus manifestaciones la vivencia de unos valores. En ese encuentro moral, el cómplice se siente afirmado, reconocido. La propuesta ricoeuriana frente al reconocimiento plantea una trama, que al igual que el hilo de Ariadna (hilo de un ovillo con el cual ella planea salvar la vida del amado) se convierte en el indicio para salir del laberinto, una pista para encontrar soluciones en la cotidianidad del sujeto, para tejer identidad y eticidad.²⁹

Cuando la relación médico-consultante privilegia la ética del rostro hace a los sujetos capaces de *hacer* acontecer, *poder decir* y significar, ser interlocutor válido, sentirse al *contar* protagonista de la trama de enfermedad o alivio, *hacerse cargo* de los actos u omisiones y de sus consecuencias; así mismo *dar y recibir* generosamente del cómplice. Todo esto mediado por la palabra. La cura emergerá en tanto cuidado mutuo y el acto médico en tanto relación se convierte en acontecimiento estético para quienes quieran leerlo.

Si lo que habría que cultivar entonces es la relación, si se trata de visibilizar nuevamente historias, el acto médico tendría que comprenderse como acontecimiento en tanto irrumpe en el transcurrir del tiempo cotidiano, y esta irrupción es tejida por el sujeto.³⁰ Por eso resulta definitiva la historia con la que sale el paciente del consultorio del médico: si fue mirado a los ojos, si se le dio la mano, si fue llamado por su nombre, si el médico estuvo todo el tiempo detrás de un computador y nunca lo miró, si lo auscultó pacientemente, si fue amable o indiferente, si su vivencia de la enfermedad fue incluida. En fin, si el médico dio indicios de un *ethos* fundamentado en su *bien pleno*.¹ Aquí cobran importancia las actitudes que, según Córdoba, caracterizan la intervención del galeno: honestidad, comprensión, humanismo, humildad, dignidad y prudencia frente a su paciente.¹¹

Del lugar que le haya sido asignado a ese paciente depende no solamente el éxito de la relación clínica y de la transformación de la historia dolorosa del paciente, sino el sentido mismo del acto médico y las posibilidades de eficacia en su intervención.

La vocación médica fundamentada en una ética intersubjetiva implica el compromiso del médico de cultivar su propia existencia para hacerla vivible, bella y estética, y promover lo propio en sus pacientes. En último término, su vocación es trabajar sin descanso por el logro del *bien* pleno en sí mismo y en su paciente. No es en la curación de la enfermedad donde esta vocación se realiza, exclusivamente, pues algunas enfermedades no se curan y otras aun cuando se curen no generan felicidad en la persona. Quizá haya que pensar que la realización de la vocación médica exceda el ámbito de la curación y se inscriba en la urgencia de promover estilos de vida estéticos, restituyendo el enfermo a su propia subjetividad.

Construir una *vida buena* implica tener unas prácticas cotidianas que den cuenta del propio y recíproco reconocimiento. Este se hace visible en la vida privada pero también en la vida pública de los sujetos y sociedades. El acto médico se convierte entonces no solo en acto privado sino también en acontecimiento político que propugna por el bien.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Córdoba R. Ética médica en la práctica actual de la medicina. *Pers Bioét* 2003; 7: 47-53.
2. Ferrater J. Diccionario de filosofía, 1ª ed. Barcelona: Editorial Ariel; 1994. p. 54.
3. Parra F. Desafío del tiempo, memoria y esperanza. *Teología y Vida* 2007; 48: 449-469.
4. Zubiri X. Estructura dinámica de la realidad, 2ª ed. Madrid: Alianza; 1995. 229 p.
5. Vattimo G. Ética de la interpretación, 1ª ed. Barcelona: Paidós Studio; 1991. 224 p.
6. Heidegger M. El concepto de tiempo. *Revista electrónica de filosofía*. Universidad de Arcis [consultada 12-03-2007] www.philosophia.cl
7. Schutz A. El problema de la realidad social. *Escritos I*. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2003. p. 49.
8. Arendt H. La condición humana, 3ª ed. Barcelona: Editorial Paidós; 1999. 336 p.
9. Laín P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica, 2ª ed. Barcelona: Anthropos; 2005. 237 p.
10. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica, 1ª ed. México: Siglo XXI; 1966. 293 p.
11. Córdoba R. El elemento ético religioso en la relación médico paciente. *Pers Bioét* 2007; 11: 156-169.
12. Gómez C. Anotaciones sobre unas ideas de la Corte Constitucional. *Iatreia* 2006; 19: 155-163.
13. Hoyos J. La relación médico paciente: entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma. *Iatreia* 2001; 14: 141-148.
14. Gracia D. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. Bioética y cuidado de la salud: equidad, calidad y derechos. OPS/OMS 2000.
15. Freund J. Las teorías de las ciencias humanas. Barcelona: Península; 1993. 158 p.
16. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos. Madrid: Cátedra; 1997. 507 p.
17. Ibáñez T. Municiones para disidentes, 1ª ed. Madrid: Gedisa; 2001. 270 p.
18. Mardones JM. Filosofía de las ciencias humanas y sociales, 1ª ed. Barcelona: Anthropos; 1991. 415 p.
19. Molinari J. Psicología clínica en la posmodernidad. Perspectivas desde el construccionismo social. *Psykhé* 2003; 12: 3-15.
20. Ricoeur P. Sí mismo como otro, 2ª ed. México: Siglo XXI; 2003. 415 p.
21. Montoya C. Sobre el cuidado: entre filosofía de medicina. *Rev Col Psiquiatría* 2006; 35: 570-582.
22. Mitchell S, Black M. Más allá de Freud, 1ª ed. Barcelona: Herder; 2004. 429 p.
23. Mitchell S. Las variaciones relacionales en contextos culturales cambiantes. Ponencia Forum Internacional de la IFPS. *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid* 2002; New Cork. <http://www.centropsicoanaliticomadrid.com/revista/a3Mitchell.htm>
24. Mitchell S. Conceptos relacionales en psicoanálisis Una integración, 1ª ed. México: Siglo XXI; 1993. 369 p.
25. Ricoeur P. Historia y narratividad, 1ª ed. Barcelona: Paidós; 1999; 230 p.
26. Gadamer HG. Verdad y método, 1ª ed. Salamanca: Sígueme; 1977. 697 p.
27. Builes M, Bedoya M. La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Rev Col Psiquiatría* 2006; 35: 463-475.
28. Mèlich J. Del extraño al cómplice. Barcelona: Editorial Anthropos; 1994. 202 p.
29. Ricoeur P. Caminos del reconocimiento, 1ª ed. Fondo de Cultura económica, México; 2006. 330 p.
30. Arendt H. Entre el pasado y el futuro, 1ª ed. Barcelona: Península; 1996. 315 p.