

## ARTICULOS/ARTICLES

### LA RETÓRICA DES-RETORIZADA DEL ENCUENTRO CLÍNICO. APORTES AL HORIZONTE HERMENÉUTICO-NARRATIVO EN SALUD

### THE DE-RHETORIZED RHETORIC OF THE CLINICAL ENCOUNTER. CONTRIBUTIONS TO THE HERMENEUTIC- NARRATIVE HORIZON IN HEALTH

Maria Eugenia Somers  
Instituto de Filosofía “Alejandro Korn”  
Departamento de Filosofía  
Universidad de Buenos Aires  
CONICET  
[eusomers@gmail.com](mailto:eusomers@gmail.com)



<https://orcid.org/0009-0000-5717-3285>

#### Resumen

Como respuesta a una práctica clínica cada vez más especializada, tecnologizada y científica, la medicina y la bioética buscan restituir el protagonismo a la experiencia del paciente<sup>1</sup>. Para ello, cada vez más sectores dentro de la medicina y la bioética adoptan un marco teórico proveniente de la tradición hermenéutica o del

---

<sup>1</sup> Dado que este trabajo busca problematizar el encuentro clínico del modelo médico hegemónico (para modelo médico hegemónico *cf.* Menéndez 1990, 83-117), se considera prudente referir a sus sujetos en género masculino: “el paciente”, “el médico”. También por ese motivo, en ocasiones se utiliza “médico” como metonimia de “profesional de la salud”. Las implicancias de esta relación afectan a todas las personas involucradas, incluso en ocasión de su género, análisis que excede los objetivos del presente artículo (para la relación médica-paciente *cf.* Malterud 1993).

giro narrativo. Ya no se interpretan sólo los síntomas fisiológicos y los resultados de laboratorio: al incorporar la voz del paciente, se busca considerarlo de manera íntegra, como un texto a ser comprendido. No obstante, la heterogénea recepción de estas perspectivas, obstaculiza la retroalimentación entre teorías. Las que subrayan la arista narrativa dejan entrever un dualismo subyacente entre el cuerpo y el paciente, las capacidades técnicas e interlocutivas de los profesionales, y lo científico y lo narrable, y las que enfatizan la arista hermenéutica tienen inconvenientes a la hora de argumentar la aplicación de la teoría a la vida. En este trabajo, se sostiene que es preciso incorporar la dimensión retórica al horizonte teórico hermenéutico-narrativo en medicina y bioética. Se espera que el presente constituya un aporte a “lo no-dicho” en las definiciones que los especialistas en salud emplean de narrativa, hermenéutica y por supuesto, de texto.

**Palabras clave:** Texto; Encuentro clínico; Hermenéutica; Narrativa; Retórica

### **Abstract**

In response to an increasingly specialized, technologized and scientificist clinical practice, medicine and bioethics seek to restore the protagonism of the patient's experience. To this end, an increasing number of sectors within medicine and bioethics are adopting a theoretical framework from the hermeneutic tradition or the narrative turn. Physiological symptoms and laboratory results are no longer interpreted alone: by incorporating the patient's voice, the aim is to consider the patient as a whole, as a text to be understood. However, the heterogeneous reception of these perspectives hinders the feedback between theories. Those that emphasize the narrative aspect reveal an underlying dualism between the body and the patient, the technical and interlocutive capacities of professionals, and the scientific and the narrable, and those that emphasize the hermeneutic aspect have inconveniences when it comes to arguing for the application of theory to life. In this paper, it is argued that the rhetorical dimension needs to be incorporated into the hermeneutic-narrative theoretical horizon in medicine and bioethics. It is hoped that this paper will constitute a contribution to the “unsaid” in the definitions that health specialists use of narrative, hermeneutics and, of course, text.

**Keywords:** Text; Clinical encounter; Hermeneutics; Narrative; Rhetoric

## Introducción

Este trabajo se propone llevar a cabo un análisis hermenéutico-narrativo de la relación profesional de la salud-paciente. Específicamente, interesa indagar la idea de que el paciente puede ser entendido como un texto. De esta manera, el desarrollo del trabajo busca responder en qué sentido un paciente es un texto, qué otros textos se presentan en el encuentro clínico, qué implicancias tiene este abordaje para la clínica médica y, como corolario, qué se entiende por texto en este caso. No se trata sólo de sopesar la recepción de la tradición hermenéutica y el giro narrativo en el ámbito aplicado de la salud, sino también de notar lo que esta práctica le devuelve a dichas perspectivas, en una relación de retroalimentación.

El corpus de autores que se presenta más adelante pretende establecer un diálogo desde la medicina y la bioética, hermenéutica y narrativa. Cabe mencionar que la diferenciación entre un abordaje de la medicina y la bioética propiamente hermenéutico o narrativo responde al modo en que los autores encuadran sus propuestas. No obstante, en el desarrollo de las mismas o bien remiten un término al otro, o hacen un uso indistinto de los mismos, acudiendo en última instancia a un horizonte teórico hermenéutico-narrativo. En vistas al objetivo de la presente investigación, se respetarán esas identificaciones para determinar lo que cada una entiende por texto y así, poder establecer puntos de contacto y de contraste entre teorías.

Como guía general de análisis se adopta *Lo justo 2* (2008 [2001]) de Ricoeur, uno de los principales representantes del marco teórico hermenéutico-narrativo. En esta obra aborda el quehacer médico como objeto de estudio y sugiere que el paciente puede ser entendido como un texto. Además, son numerosos los especialistas en medicina y bioética que la toman como referencia. A continuación, se exponen las recepciones del escrito que hacen énfasis en la noción de texto: la “pequeña bioética” ricoeuriana, desarrollada por el hermeneuta Domingo Moratalla (2007) y los aportes de la medicina y la bioética narrativas de Kottow (2016) y Rosas Jiménez (2017, 2014). Luego, se comparan los textos allí caracterizados con los que Leder (1990) encuentra desde la hermenéutica médica.

Dado que todas estas propuestas emergen como respuestas posibles a una práctica clínica cada vez más especializada, tecnologicada y científicista<sup>2</sup> y tienen como objetivo devolver el protagonismo a la experiencia del paciente en el encuentro clínico, para finalizar, se extenderán las consideraciones hermenéutico-narrativas del diálogo médico-paciente a la medicina y la bioética como disciplinas. Desde el punto de vista que se sostiene en este trabajo, esta labor solo se ve completada gracias a la incorporación de la dimensión retórica, tal y como la presenta Gadamer en *Verdad y método II* (1998 [1986]).

### **Bioética hermenéutica**

En el artículo “Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética”, Domingo Moratalla (2007) fundamenta la necesidad de la aplicación de un paradigma hermenéutico en el área disciplinar de la bioética mostrando la influencia de la obra ricoeuriana. En palabras de Domingo Moratalla, a la bioética le urge dar este salto, porque solo una perspectiva hermenéutica “une, como poc[a]s, precisión analítica y profundidad humana” (2007, 282). Es gracias a esta orientación que se puede evidenciar “el carácter narrativo de la experiencia humana” (2007, 285). Culminando su escrito, reflexiona que “[l]a ética hermenéutica de Ricoeur supone también una fundamentación del uso de la narración como método. Su ética hermenéutica es también una ética narrativa, atenta a lo particular, al contexto y a la propia vida en su urdimbre.” (2007, 311). Puede observarse cómo estas afirmaciones sugieren que la tradición hermenéutica y el narrativismo sostienen una relación intrínseca, aportando así la base teórica de un horizonte hermenéutico-narrativo. Tal es así, que los receptores de la obra ricoeuriana se centran, principalmente, en este aspecto narrativo. Asimismo, se propone un vínculo posible entre hermenéutica, narrativa, medicina y bioética, que colabora en el esclarecimiento sobre qué texto o textos pueden leerse en la relación médico-paciente.

Luego de explicitar el lugar del pensamiento de Ricoeur en la tradición hermenéutica y sus aportes para la ética, Domingo Moratalla afirma que la ética ricoeuriana necesariamente desemboca en una bioética (cf. 2007, 296) o “pequeña bioética”, realizando un guiño a la “pequeña

---

<sup>2</sup> La creciente división en subáreas de estudio específicas, la dependencia de la tecnología y la reducción del malestar de los pacientes a su explicación científica, trae como consecuencia una mirada fragmentaria y deshumanizante en medicina (cf. Rosas Jiménez 2017, 352; Kottow 2016, 60). Leder cristaliza este diagnóstico sobre la disciplina de esta manera: “el paciente se disuelve en una colección de datos aislados, diseccionados por tecnologías y especialidades que compiten entre sí” (1990, 22, la traducción es propia).

ética” esbozada por Ricoeur en *Sí mismo como otro* (cf. 2006a [1990], 320). La bioética se ve formulada en los artículos “Los tres niveles del juicio médico” y “La toma de decisiones en el acto médico y en el acto judicial” (Ricoeur, *Lo justo* 2). “Los tres niveles del juicio médico” (cf. 2008 [2001], 183-195) es un escrito en el que Ricoeur enmarca el objeto de estudio bioético a abordar. Alejándose de la rama de la bioética dedicada a la ética de la investigación, concentra sus esfuerzos en la ética clínica o “ética médica centrada en la atención del médico al paciente” (2007, 297). Para el autor, los tres niveles del juicio médico conforman el esqueleto de la bioética, estos son: el prudencial, el deontológico y el reflexivo. El primero, donde tiene lugar el pacto de cuidados (cf. 2008 [2001], 185), da cuenta de la experticia del profesional y la capacidad de aplicarla en una situación concreta. El segundo, llamado “contrato médico” (cf. 2008 [2001], 187), observa de manera crítica al primero y establece códigos que trascienden la particularidad de un vínculo médico-paciente concreto. Finalmente, el tercero, implica tratar de fundamentar metafísica y antropológicamente los primeros dos.

Siendo el nivel prudencial aquel en el que se lleva a cabo la relación médico-paciente, el corazón de la ética médica para Ricoeur (cf. 2008 [2001], 196) es el nivel en que se está en condiciones de indagar qué texto o textos se pueden identificar en el encuentro clínico. Este encuentro está motivado por el deseo del paciente de ser curado (cf. 2008 [2001], 184), expresado narrativamente en la descripción de su malestar:

El paciente -este paciente- <trae al lenguaje> su sufrimiento pronunciándolo como lamento, el cual comporta un componente descriptivo (tal síntoma...) y un componente narrativo (un individuo imbricado en tales y tales historias); a su vez, el lamento se transforma en exigencia de...(curación y, quién sabe, de salud y, por qué no, en última instancia de inmortalidad) y exigencia a...dirigida como una apelación a tal médico. (Ricoeur 2008 [2001], 185)

Esta presentación narrativa es clave para la “expresión del síntoma y en la comprensión por parte del paciente” (2007, 298). Del otro lado, se cuenta con un profesional que, al ir al encuentro, diagnosticar y prescribir “igualar las condiciones del vínculo” (2008 [2001], 185), originariamente desigual, donde una parte aporta el sufrimiento y el deseo de curarse, y la otra, el saber. Ahora sí, puede darse el pacto de cuidados.

Ricoeur, quien está lejos de ofrecer descripciones simplificadas de los procesos que estudia, no tarda en explicar que este pacto es sumamente frágil; se encuentra sospechado y acuciado por la desconfianza desde el

momento inicial. Por un lado, el paciente desconfía de un posible abuso de poder por parte del profesional y por el otro, el profesional bien podría ignorar al paciente y su malestar individual en pos de las exigencias generales de su trabajo (cf. 2008 [2001], 186; 2007, 299). Para que el vínculo se vea fortalecido, el autor sugiere seguir tres preceptos, cuya generalidad da cuenta de la transición del juicio prudencial al deontológico: el paciente es *insustituible*, por lo que se debe respetar su singularidad. Además, el paciente es *indivisible*, por lo que debe ser considerado un todo integral. Finalmente, el paciente es *digno* (las cursivas son propias). Solo el fomento de la “estima de sí” (2008 [2001], 186), amenazada en la situación de hospitalización, hace “del médico y del paciente aliados en su lucha común contra la enfermedad y el sufrimiento.” (2008 [2001], 187).

Si bien la narrativa del padecimiento y deseo de cura del paciente puede leerse como un texto del encuentro clínico, no concluye en ese nivel la demanda de las habilidades hermenéuticas del profesional. En el nivel deontológico se identifican tres funciones: la primera, ya mencionada, generaliza las características principales de un encuentro clínico concreto, a todos los encuentros clínicos. La segunda se refiere a la deontología profesional de los médicos. Y la tercera busca dirimir los conflictos que surgen de la tensión de dos frentes: por un lado, el interés de la medicina por la curación *versus* el interés por la investigación. Y, por otro lado, la consideración de la medicina de un paciente particular *versus* la consideración de la salud pública (cf. 2007, 300-301; 2008 [2001], 187-192). Sobre estos frentes y su naturaleza paradójica se volverá en el apartado “Medicina hermenéutica”.

El tercer y último nivel del juicio médico es el reflexivo. El autor explica que, así como el pacto de cuidados se ve acuciado por la “dialéctica de la confianza y la desconfianza” (2008 [2001], 194) descrita anteriormente, el contrato médico se vulnerabiliza por la dificultad a la hora de resolver las tensiones recién mencionadas, siendo la fragilidad mayor “lo no-dicho de los códigos” (2007, 302; 2008 [2001], 192). En palabras de Domingo Moratalla, esta fragilidad “afecta a las ideas, imágenes, creencias, etc. referidas al sufrimiento, el dolor, la muerte, etc. Son diferentes las fuentes de moralidad, son diferentes las convicciones [de los profesionales]” (2007, 302).

Finalmente, en el capítulo “La toma de decisiones en el acto médico y en el acto judicial” (cf. 2008 [2001], 196-203), Ricoeur se concentra en explicar cómo la bioética hermenéutica es la que está en condiciones de dar cuenta de un método para la toma de decisiones que describa adecuadamente el caso, interprete el saber disponible y argumente

la resolución tomada. Es un método que está permanentemente “buscando la conveniencia, adecuación, justeza, entre lo singular y lo universal” (2007, 307). Es el cruce entre la labor de interpretación de la nosología y de la descripción narrativa de los síntomas en la presentación del paciente donde se enfatiza la dimensión hermenéutica-narrativa (cf. 2008 [2001], 201).

### **Medicina y bioética narrativa**

De la mano de Charon, inauguradora de la medicina narrativa como disciplina, se puede afirmar que este enfoque hace eco de la premisa humanista: se enfatiza la necesidad de desarrollar las capacidades narrativas e interlocutivas de los profesionales de la salud, en pos de prácticas científicas holistas y sensibles a los aspectos sociales y biográficos de los pacientes (cf. Charon 2017, 1-2). Desarrollar dichas habilidades significa mejorar la capacidad de comprensión del profesional, “en relación con sí mismo y los demás” (Rosas Jiménez 2014, 237). Por su parte, la bioética narrativa, en tanto disciplina que tiene a la práctica médica como uno de sus objetos de estudio, trata de especificar los valores tenidos en cuenta en la toma de decisiones en salud. Junto con otros enfoques bioéticos más dúctiles, el narrativo “se suma a las iniciativas incomodadas por la rigidez de principialismos explícitos” (Kottow 2016, 63) y sugiere complementar ese modelo “con una perspectiva desde la relación, el contexto, la atención a lo particular y los elementos emocionales o afectivos que influyen en la toma de decisiones y en las actitudes.” (Feito Grande 2013, 2).

En “El paciente como «texto» según Ricoeur: implicaciones en bioética”, Rosas Jiménez (2014) realiza una puesta en valor de los efectos que un abordaje narrativo puede tener en la práctica clínica. Considerando que es el malestar del paciente aquello que suscita el encuentro con el profesional de la salud, el autor explica la manera en la que la experiencia del paciente se incorpora en este contexto. Siguiendo a Ricoeur en *Sí mismo como otro* (2006a [1990]), sugiere que “la narración es vida vivida” (2014, 235) y por lo tanto, la teoría del texto puede analizar la acción humana, “pues esta es concebida como una obra abierta a cualquiera que pueda leer. Teniendo en cuenta este marco general de reflexión, hemos profundizado en la noción del paciente como ‘texto’.” (2014, 234). En “Medicina narrativa: el paciente como ‘texto’, objeto y sujeto de la compasión” (2017), el autor especifica esta definición, “[e]l paciente puede ser entendido como un texto, como un libro abierto, del que el médico puede y necesita mucho aprender.” (2017, 352). Esta referencia es también adoptada como fundamento para su teoría por Kottow en

“¿Bioética narrativa o narrativa bioética?” (2016), donde presenta el vínculo entre la medicina narrativa y la bioética narrativa y sugiere el modo en que ambas constituyen fértiles insumos para la disciplina médica en la actualidad.

¿En qué sentido el paciente puede ser entendido como un texto desde esta óptica? Tanto Kottow como Rosas Jiménez sostienen que el paciente es un texto en tanto el profesional de la salud puede interpretar el relato que hace de su malestar (*cf.* 2016, 63; 2014, 236), es decir, el lamento interpela al profesional. Para Kottow este lamento es “polifónico” (2016, 61-62) y para Rosas Jiménez, se caracteriza por dar cuenta de una “realidad abierta y multívoca” (2014, 236). Polifónico, porque en el relato biográfico confluyen tanto los sentidos sociales como los pareceres personales sobre ese malestar, y abierto y multívoco, porque es susceptible de ser comprendido en más de una manera posible.

Sin embargo, los autores reconocen otros textos presentes en el encuentro clínico: Kottow es muy claro al afirmar que las diversas voces que matizan el relato del paciente se ven sistematizadas por el receptor-médico en un diagnóstico. Según el autor, el texto conformado por el diagnóstico es también polifónico, pero en el contexto de la biomedicina tecnificada no hace más que reducir al paciente a un objeto sin voz (*cf.* 2016, 62). Lo que es más, el diagnóstico no estaría dirigido a la persona que lo solicita, si no sólo a su cuerpo. No obstante, si el diagnóstico no incorpora en ningún momento la exhortación de la persona que sufre, no queda claro en qué sentido se puede afirmar que es un texto polifónico: ¿no nace este en virtud de la petición de la persona? ¿Qué voces diversas dan lugar a este texto? Y, por otro lado, ¿en qué medida es posible separar al cuerpo del paciente? Una lectura expectante podría encontrar en el cuerpo aislado un tercer texto, ya que Kottow distingue “lo que el paciente siente (síntomas) y lo que la exploración de su cuerpo muestra (signos)” (2016, 61), siendo los signos susceptibles de ser interpretados. Pero el autor no lo establece de este modo.

Las teorizaciones de Kottow sobre el diagnóstico pueden verse enriquecidas por los aportes de la “Sociología del diagnóstico” de Jutel. Para abordar este objeto de estudio, la autora realiza el doble movimiento de identificar y de aislar al diagnóstico en el ámbito de la medicina. Esto es así, no sólo para dar cuenta de las características que lo particularizan, sino también para no perder de vista las causas y el contexto histórico de su surgimiento, así como sus efectos y funciones sociales (Jutel 2009, 279). Gracias a esta mirada integral, es posible reconocer en el diagnóstico dos dimensiones. Una ligada a la que se sostiene desde el sentido común: el diagnóstico entendido como etiqueta. Y otra: el diagnóstico entendido



como un proceso, en la que se visibiliza el método de toma de decisiones mediante el cual se establece esa etiqueta (*cf.* Jutel 2009; Bianchi, Seijas y Fiamberti 2021). Si bien el diagnóstico-etiqueta detenta el poder de estigmatizar, también tiene la autoridad de legitimar el padecimiento de las personas como un malestar médico. Es gracias al mismo que el malestar se puede empezar a llamar “enfermedad” y las personas se convierten en “pacientes”. Gracias a este aval performativo, las personas están en condiciones de darle sentido a su sufrimiento, de buscar un tratamiento adecuado e incluso, de estar habilitadas para sentirse mal.

Al igual que Kottow, en el análisis del diagnóstico-proceso, la autora llama la atención sobre el hecho de que hay más de una narrativa. Parafraseando a este último, bien podría caracterizarse como polifónico. También en concordancia con Kottow, Jutel considera que impera la narrativa médica, pero no ve que ésta excluya la voz del paciente, dado que “la historia del paciente y el médico se yuxtaponen y se fusionan para que se materialice un diagnóstico. Los relatos del paciente, que surgen de su propia experiencia, cultura y consideración del papel del médico, se transforman en relatos médicos al ser contados.” (2014 [2011], 65, las traducciones del texto son propias). La narrativa del paciente da cuenta de su identidad social y la narrativa médica, institucional o científica, “presume la ausencia de la experiencia vivida” (2014 [2011], 66), es decir, otorga la objetividad que fundamenta la autoridad del diagnóstico. Podría pensarse que, para Jutel, lo que ocurre es una necesaria traducción de la narrativa del paciente a la narrativa médica, en pos de ser integrada al campo disciplinar de la medicina.

Por otro lado, Rosas Jiménez no considera al diagnóstico clínico ni al cuerpo separado del paciente como textos, pero sí a las historias clínicas. En su trabajo, que retoma los aportes más significativos de Domingo Moratalla (2007), afirma que las historias clínicas son las que “abarcen la realidad de la enfermedad” (*cf.* 2014, 237) y las que han logrado dar cuenta de la presencia de la narrativa en la medicina. A diferencia de un escrito científico, que se concentra en la descripción de la enfermedad, la historia clínica da cuenta de la misma como un proceso e incluye en su trama elementos que si bien exceden a la enfermedad, refieren a ella, tales como los antecedentes familiares. A este respecto, vale la pena preguntar qué motiva al autor a distinguir entre textos narrativos y no narrativos: ¿en qué sentido un escrito científico no es narrativo? ¿Qué supuestos sobre la concepción de narrativa entran en juego en esta caracterización? ¿Y sobre la concepción de la ciencia? Probablemente este dualismo subyacente entre ciencia y narrativa sea el que le impide incluir a los síntomas

fisiológicos y al diagnóstico del profesional como dos textos más a ser tenidos en cuenta.

### **Observaciones retóricas a la medicina y bioética narrativa**

Sobre este dualismo reflexionan Fabbri y Latour en su trabajo de 1977 “La retórica de la ciencia: poder y deber en un artículo de ciencia exacta” (*cf.* Fabbri 2001 [1995], 265-289), en el que realizan un estudio socio-semiótico de una publicación de neuroendocrinología de 1962. En pos de demostrar que el texto científico se somete a las reglas de la literatura en general y por lo tanto, pertenece a este ámbito disciplinar, analizan las estrategias adoptadas por los autores y las interacciones del artículo consigo mismo y con otros artículos (*cf.* 2001 [1995], 266). Más específicamente, el método de investigación consiste en identificar en el texto ciertos marcadores sociológicos, las dimensiones pragmática y textual, y la enunciación y los enunciados del texto.

Los marcadores sociológicos indican la estrategia adoptada por el autor, donde pueden apreciarse, por ejemplo, la disciplina elegida, la revista a la que se envía el artículo, etc. y la estrategia de las instituciones, como la asignación de fondos, de espacios de trabajo, etc. Para Fabbri y Latour, “es en la intersección de todas estas prácticas donde se sitúa la producción de este fragmento de conocimiento. Si una sola de esas condiciones de producción variara, el artículo que tenemos ante los ojos sería diferente” (2001 [1995], 268-269), dando cuenta así del carácter intrínsecamente constituido del texto. En él se introducen las notas de una dimensión pragmática, que pueden referir o no a los autores, (como por ejemplo, “los autores mostramos”, o por el contrario, “el método condujo”). Y en los enunciados se distinguen las proposiciones, las modalizaciones de una proposición y las anáforas, es decir, las remisiones del texto a sí mismo u otros textos.

Distinguen cuatro tipos de anáforas; las que al referir a otros artículos proveen un contexto (“ya han informado”), las que al referir al mismo artículo operan en el nivel del infratexto (“ver tabla de la página 3”), cuando se remite a una descripción previa (“las actividades antes descritas”) y finalmente, señalan el hecho de que en los escritos científicos el título y el resumen del artículo contienen toda la información. Pareciera ser que la cantidad de anáforas es inversamente proporcional a la extensión del desarrollo del artículo, lo que lleva a nuestros autores a una reflexión sobre el referente de la información. En sus palabras: “[n]o es la naturaleza lo que encontramos por debajo del texto científico, es la literatura de los instrumentos.” (2001 [1995], 275).

Valiéndose de otros textos que se presentan como evidencia, el artículo no transmite información, en realidad, su función es la de persuadir a los pares del campo disciplinar que aconteció un cambio en el mismo (*cf.* 2001 [1995], 276). La estrategia retórica de persuasión de las narrativas científicas consiste precisamente en la presentación de “capas de textos que se corresponden y que sirven de referentes las unas a las otras...El campo de discusión puede definirse por una estricta intertextualidad, pues un centenar de artículos hacen referencia explícita los unos a los otros y desaparecen todos en el último.” (*cf.* 2001 [1995], 277-278).

Así, cuando un artículo científico pretende desacreditar a otro, introduce modelizaciones en sus enunciados simples. Un enunciado simple afirma que “A es B”, mientras que uno modelizado sigue la forma “algunos sostienen que A es B”, “[d]e manera que el ataque más severo que se pueda imaginar es tomar una afirmación cualquiera y sumirla de nuevo en las condiciones de su producción” (*cf.* 2001 [1995], 279). Fabbri y Latour concluyen que la extendida idea de que la actividad científica invisibiliza las condiciones de su producción no pertenece a los científicos, son estos quiénes apelan a las mismas como parte de su estrategia de persuasión.

Las reflexiones de Halsema y Slatman (2017) también apuntan en esta dirección. Afirman que en lo que a la controversia narrativa-ciencia refiere, se suele establecer una falsa dicotomía, que antagoniza las habilidades narrativas y científicas de un profesional, es decir, las capacidades interlocutivas se opondrían a las técnicas. Sin objetar la relevancia del desarrollo de las competencias narrativas de los profesionales exhortadas por los autores de este apartado, Halsema y Slatman sostienen que esta oposición entre la segunda y tercera persona en el diálogo médico-paciente empobrece la interacción y sugieren entender que este vínculo es inherentemente narrativo, ya que tanto el profesional como el paciente buscan dar sentido a la situación y entenderse mutuamente (*cf.* 2017, p.253-254). De hecho, en muchos casos, es gracias a la pregunta mayéutica del profesional que se obtiene la narrativa del paciente en primer lugar.

Los aportes teóricos recién presentados constituyen sólidos insumos para comprender cómo opera la actividad científica y también, para llevar adelante una indagación compleja sobre los motivos que llevan a la reproducción irreflexiva de la dicotomía entre lo científico y lo narrable. Más fundamentalmente, gracias al análisis sociológico y semiótico de los escritos y narrativas científicas es posible desarticular lo que comúnmente se entiende por ciencia, narrativa y texto en los ámbitos

de la medicina y la bioética. Sobre la dimensión retórica y las capacidades interlocutivas se volverá en el siguiente apartado.

Recapitulando, ¿qué texto o textos pueden leerse en la relación médico-paciente desde los enfoques caracterizados hasta ahora? Gracias al aparato conceptual que nos ofrecen Ricoeur y Domingo Moratalla, puede decirse que Rosas Jimenez y Kottow no se equivocan al incorporar las historias clínicas y al diagnóstico, respectivamente, como insumos hermenéutico-narrativos del pacto de cuidados. La historia clínica es una instancia que complementa la presentación del paciente, así como el lamento por su malestar y los síntomas fisiológicos. Asimismo, es de notar la relevancia de la apelación a elementos no clínicos, como los ya mencionados antecedentes familiares, para la ubicación del padecimiento en el contexto de la vida de la persona. El diagnóstico, en tanto legitima al malestar del paciente como una narrativa médica, da cuenta del esfuerzo de interpretación y sentencia, en forma de prescripción (aludiendo a la analogía que Ricoeur establece entre el acto médico y el judicial en el apartado anterior), convirtiéndose en condición de posibilidad del accionar clínico.

Así como diversos autores analizan la relación médico-paciente desde una mirada que enfatiza lo narrativo, están quienes se posicionan desde un enfoque hermenéutico. Aunque uno de los efectos de este trabajo sea evidenciar la permeabilidad de los contornos entre una y otra perspectiva, y sugerir que posicionarse desde un horizonte teórico hermenéutico-narrativo es lo más pertinente para este tipo de estudios en el ámbito de la salud, resta especificar la propuesta hermenéutica.

### **Medicina hermenéutica**

La medicina hermenéutica busca visibilizar los aspectos subjetivos de la relación médico-paciente como condición de posibilidad de la interpretación de cada caso clínico, alejándose de la pretensión cientificista de una medicina pura y objetiva. Uno de sus mayores representantes es Leder (1990), cuyos aportes teóricos son retomados en los debates bioéticos actuales por intelectuales como la mencionada Jutel.

En “Clinical interpretation: The hermeneutics of medicine” (1990), Leder recupera “The patient as text: A model of clinical hermeneutics” de Daniel (1986), para explicar qué entiende por texto y qué textos encuentra en la relación médico-paciente. En su artículo, Daniel espera que el cuádruple sentido medieval de las escrituras le permita orientar la toma de decisiones en salud. Esta doctrina reza que “la letra enseña los hechos, la alegoría lo que has de creer, el sentido moral lo que has de hacer y la anagogía a dónde has de tender”. Así, el proceso interpretativo se ordena

en cuatro pasos: comienza por el nivel literal, donde se cuenta con el objeto de la interpretación. Luego, en el nivel analógico, se da cuenta del modo en el que el exegeta accede al objeto, precisamente allí se encuentra la interpretación. El nivel moral prescribe las prácticas que se deben seguir de la comprensión del nivel anterior y, finalmente, el nivel anagógico implica el cambio en la vida a partir de la *praxis*. Llevados al ámbito clínico, el objeto es el paciente (tanto los síntomas fisiológicos, como su narrativa), la interpretación es el diagnóstico, la práctica es la terapia y el cambio, la curación (cf. 1986, 199-201). Siguiendo el paralelismo establecido, Daniel reflexiona que

Para el estudiante de literatura, la interpretación abre otro mundo de posibilidades a través del texto. Esta revelación alterará, aunque sea imperceptiblemente, la forma en que percibe y valora sus experiencias vitales. En medicina, el cambio... afecta tanto al médico como al paciente: como beneficiario de la interpretación y la *praxis* del médico, el paciente idealmente aborda la vida de nuevo con el cuerpo y/o la mente curados; el médico tiene el privilegio de entrar en el mundo del paciente donde se revelan la forma del sufrimiento y el poder del arte del sanador. (Daniel 1986, 201, las traducciones del texto son propias).

De esta manera, teniendo en cuenta una definición amplia, el texto ya no se reduce a lo escrito, sino que texto es “cualquier conjunto de elementos que constituye un todo y adquiere significado mediante la interpretación” (1990, 11, las traducciones del texto son propias).

La teoría de Daniel se ve ilustrada en el interesante artículo de Charalambous, “Interpreting patients as a means of clinical practice: Introducing nursing hermeneutics” (2010), quien aplica la doctrina de los cuatro niveles de la interpretación al ejercicio de la enfermería (cf. 2010, 1285). En clara consonancia con el objetivo de este trabajo, Charalambous hace uso de parte de la obra ricoeuriana, aunque llamativamente exceptúa *Lo justo* 2. Recuperando a Ricoeur en *Teoría de la interpretación: Discurso y excedente de sentido* (2006b [1976]), sostiene que en el nivel literal debe iniciarse un proceso de distanciamiento, en el que el texto conformado por los síntomas del cuerpo objetivado gane una autonomía progresiva en relación al paciente-autor, para que la enfermera-lectora logre una interpretación no condicionada por el anterior (cf. 2006b [1976], 42-43). En el nivel alegórico, gracias a un contexto común, “tanto el paciente como la enfermera [comparten] la comprensión de las circunstancias de la valoración/interpretación” (2010, 1286, las traducciones del texto son propias). El diálogo con el paciente permite a la

profesional realizar preguntas para reducir el margen de error en la interpretación. Si bien un texto puede ser comprendido en más de una manera, así como explica Ricoeur en *Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II* (2002 [1986]), hay interpretaciones más probables que otras (cf. 2002 [1986], 186). En este caso, se pondera la de la profesional, dado que su precomprensión formada en el área sabrá cuáles de los datos de la narrativa del paciente incorporar para un diagnóstico (cf. Charalambous 2010, 1287; Ricoeur 2002 [1986], 50). En relación al nivel moral, Charalambous se limita a reiterar la relevancia de la experiencia de la enfermera, adquirida gracias a casos clínicos previos, en la precomprensión de la terapia a llevar a cabo. Y en el nivel analógico, sostiene que la enfermera debe “reunir todos los fragmentos de la interpretación para llegar a una historia significativa sobre el paciente y la situación clínica en la que se encuentra” (2010, 1287). En palabras de Ricoeur, la intérprete debe apropiarse del texto (cf. “La hermenéutica y el método de las ciencias sociales”, 2013 [1991], 60). Si bien Charalambous, siguiendo a Daniel, comprende que dicha apropiación permite a la enfermera una perspectiva renovada de las circunstancias, no queda claro en qué sentido esto conforma una revelación, ni cómo opera el nivel anagógico en el caso que provee (para la fase anagógica cf. Frye 1991[1957], 155-171).

Luego de ilustrar la puesta en práctica de los cuatro niveles de Daniel informados con la obra ricoeuriana, Charalambous presenta una objeción a la aplicación de este marco teórico. Considera que “hay que ser crítico con la metáfora textual que conlleva la hermenéutica” (2010, 1289), y recomienda no perder de vista que, a diferencia de los documentos fuente, los pacientes no son objetos estáticos. Desde el enfoque de este trabajo, se sugiere que este reparo evidencia la fragilidad de la base teórica del autor, dado que desde la tradición hermenéutica no son así comprendidos los documentos. Asimismo, no queda claro a quiénes se dirige tal advertencia, ya que por las características de la práctica clínica resulta desafiante concebir cómo un profesional de la salud podría incurrir en tal error conceptual. Sobre este punto se volverá más adelante.

Retornando a Leder, al igual que Daniel, propone que en el encuentro entre el paciente y el profesional habría cuatro textos a ser tenidos en cuenta, que se ordenan en uno primario y tres secundarios. El primero es el texto experiencial, aludiendo a las vivencias de la persona previas a convertirse en paciente. Le siguen los textos narrativo, físico e instrumental, que se corresponden a “la estructura triádica del trabajo médico: la anamnesis, el examen físico y los resultados de las pruebas diagnósticas” (1990, 11). El autor sostiene que las fallas de la medicina

moderna se deben a la falta de un enfoque hermenéutico, a pesar de la misma ser “hermenéutica por naturaleza” (1990, 10), consideración que será retomada al concluir este apartado. Cabe mencionar que el artículo es previo a la publicación de *Lo justo 2* y la única referencia directa a Ricoeur es a *Naturaleza y libertad* (1965).

Leder considera los elementos que preceden al encuentro clínico. El texto experiencial muestra las condiciones de posibilidad de este escenario: es la persona que sufre y que ha decidido que la causa de su malestar es médica la que busca que un profesional de la salud colabore en darle sentido a eso que le pasa. El ejemplo que ofrece el autor es muy ilustrativo a este respecto: el agotamiento puede ser interpretado como una consecuencia de exceso de trabajo, una falla moral o religiosa o un efecto del clima. Desambiguar el género de la experiencia y determinar que se trata de una historia médica es labor de la persona (*cf.* 1990, 12). Esta caracterización dota al paciente de una mayor autonomía y capacidad de agencia. ¿Por qué, entonces, se precisa de otro intérprete para dar sentido al texto experiencial? El autor esboza dos motivos: por un lado, la división del trabajo, en la que el profesional de la salud tiene una experticia hermenéutica única. Y, por otro, la encarnación humana misma; no podemos ser lectores conscientes de, por ejemplo, ciertos procesos viscerales. En tanto “el texto perceptivo del que dispongo es radicalmente incompleto cuando se trata de mi propia fisiología” (1990, 12), es el profesional quien mediante preguntas, instrumentos, etc. puede acceder a él.

Acá se sugiere una sutil discrepancia a los lineamientos del apartado “Medicina y bioética narrativa”, que si bien recuperan la narrativa ricoeuriana, subrayan el dolor del paciente por sobre el deseo que tiene de curarse. En contraposición, el énfasis en la autonomía del paciente acerca a las teorías de Ricoeur y Leder. También resulta pertinente señalar que este énfasis en la agencia del paciente del texto experiencial da cuenta de un paciente ideal, capaz de llevar adelante esta acción. Esta particularidad desafía la aplicación sin más del concepto a, por ejemplo, encuentros clínicos del área de pediatría. En la complejización que realiza Leder sobre el encuentro clínico se incorporan otros actores, tales como los demás especialistas que forman parte del tratamiento del paciente y miembros de la familia, pero son incluidos sólo como lectores (*cf.* 1990, 22-23). Siguiendo el ejemplo proporcionado, desde el punto de vista de este trabajo, las voces de los adultos responsables del paciente niño también podrían ser parte del texto primario.

Continuando, el primero de los textos secundarios, el narrativo, tendría tres autores: el cuerpo enfermo, la voz del paciente, que le da

coherencia a lo que muestra el primero y la interpretación preliminar del profesional, cuya autoridad comienza a editar al segundo, jerarquizando lo más y lo menos relevante. Según el enfoque acá propuesto, es a este texto al que refieren Kottow y Rosas Jiménez cuando hablan del paciente como texto. Asimismo, en el texto narrativo se pueden identificar el diálogo mayéutico que subrayan Halsema y Slatman, y los textos literal y alegórico de Daniel. Finalmente, puede observarse cómo la incorporación ricoeuriana que trae Charalambous explica por qué el profesional jerarquiza la información: su interpretación es la más probable debido a la precomprensión formada en la disciplina.

Luego, el segundo de los textos secundarios, el texto físico, refiere al diálogo entre el cuerpo del paciente y el médico, es decir, visibiliza el rol hermenéutico del cuerpo objetivado, tal y como lo define Merleau Ponty (*cf.* 1985 [1945], 92-107). A diferencia de los autores narrativistas, Leder hace una puesta en valor del rol de la percepción, indispensable del examen físico. Cabe explicitar que en el mismo movimiento en el que se establece al cuerpo cosificado del paciente como texto para realizar el examen, se enaltece el cuerpo del profesional (y las herramientas y tecnología usada como extensión del mismo) como intérprete de este. Nuevamente, esta ponderación de percepciones puede explicarse gracias a la teoría ricoeuriana.

Finalmente, el texto instrumental es un artefacto que se encuentra más allá del cuerpo del paciente y del médico, como por ejemplo, una ecografía. De manera progresiva, los textos secundarios expulsan al paciente; el texto físico dispensa la vivencia del paciente y el texto instrumental, a su cuerpo. En palabras de Leder, este último texto es como “un texto literario tradicional en la medida en que se desprende de sus autores y lectores originales. Asimismo, algunos textos instrumentales se acercan al estatus literario de otra manera: sustituyen la imagen perceptiva por el signo abstracto.” (1990, 15). En el paciente traducido a números, el autor encuentra el límite de los textos clínicos. En relación a esta caracterización, es preciso preguntar en qué se distinguen los textos anteriores de un texto literario y si en este caso se utiliza una concepción más estrecha de texto. Volviendo a Charalambous y el marco teórico ricoeuriano, puede afirmarse que el distanciamiento es condición de posibilidad de la interpretación, motivo por el que Charalambous lo ubica en el nivel literal, que según la óptica de este trabajo se encuentra ya en el texto narrativo de Leder. Por las razones mencionadas, las reflexiones de Leder en relación al último de los textos secundarios, parecen plantear ciertas contradicciones a las definiciones de texto e interpretación que esboza al introducir su teoría.



Ahora bien, ¿cómo se orienta la escritura y lectura de estos cuatro textos? Para el autor, el enfoque hermenéutico en salud debe considerar, en todo momento, los tres objetivos que guían la labor: una pretensión de *coherencia*, de *colaboración* y la *efectividad clínica* (las cursivas son propias). La *coherencia* no tiene lugar al final del trabajo médico, sino que lo orienta desde las asunciones e hipótesis iniciales y en la lectura e interpretación de los datos que arrojan los textos instrumentales, pero se materializa en la historia clínica del paciente. Aquí puede señalarse otro contrapunto con Charalambous, quien considera que la acción de apropiación acontece recién en el nivel anagógico. En palabras de Leder, a este “[p]odríamos denominarlo texto ‘terciario’. Todos los datos significativos de los textos secundarios del diagnóstico se recogen en las páginas de una única obra. La historia clínica simboliza y ayuda a lograr una interpretación unificada” (1990, 16). En el esquema lederiano, la historia clínica que Rosas Jiménez reconoce como texto, es un texto terciario.

Como se sostuvo en la descripción del texto primario, para que haya *colaboración* se necesita tanto de un profesional como de un paciente capaz de interpretar lo que le pasa. Pese a que trabajen con diferentes textos y herramientas, deben construir “modos interpretativos compartidos” (1990, 17). Así como sostiene Charalambous sobre el segundo texto de Daniel, paciente y profesional son interdependientes y precisan un contexto común de diálogo para compartir las categorías para la interpretación (cf. 2010, 1286).

Aunque fundamentales, ni la *coherencia* ni la *colaboración* garantizan la *efectividad clínica*. Leder sostiene que, a diferencia del objetivo de otras empresas hermenéuticas, en medicina “el objeto último de aplicación es el propio texto” (1990, 18). Refigurando el círculo hermenéutico en el contexto de la salud, afirma que el propósito principal de la disciplina no es epistemológico, sino terapéutico, al pretender transformar mediante la interpretación los eventos interpretados. Gracias al diagnóstico hay un tratamiento que podría cambiar a la persona enferma e incluso su reacción a ese tratamiento podría conducir a una redefinición del diagnóstico.

Uno de los puntos más interesantes de la obra de Leder es la complejización de lo que en este trabajo se propone pensar como la situación retórica que presenta la relación profesional de la salud-paciente. Como pudo apreciarse gracias a Fabbri y Latour en el apartado anterior, la retórica da cuenta de la escenificación de los componentes en un contexto y audiencia particulares. En el caso visto, por ejemplo, estos serían los enunciados simples frente a los colegas de cierta área disciplinar. En el

caso de la relación profesional de la salud-paciente, la escenificación podría darse en el contexto de un consultorio, los componentes son los textos que allí se identifiquen y la audiencia está conformada por ambos interlocutores. Este paralelismo ayuda a responder problematizaciones respecto de la relación: ¿dónde comienza y dónde termina la situación retórica?, es decir, ¿cuál es el alcance de la escenificación? ¿Se origina cuando el paciente percibe su malestar, cuando saca el turno para la cita, cuando se encuentra con el profesional? Y en ese sentido, ¿cuáles y cuántos son los personajes? ¿La relación médico-paciente, se agota entre ambos? ¿Podría incluir a todos aquellos involucrados en el tratamiento del paciente, tales como las personas que realizan los trabajos administrativos de una institución de salud y a la familia del mismo? ¿En qué escenarios tienen lugar las interacciones que buscan la mejoría de un paciente?

Aunque Leder no lo concibe de esta manera, es un análisis retórico lo que le permite considerar las circunstancias previas que hacen al encuentro clínico y lo insta a incorporar las posteriores. Por más que estén contempladas como parte del fin hermenéutico de la *efectividad clínica*, no queda claro por qué no pueden pensarse como textos, tal y como sostiene Daniel en los niveles moral y anagógico. Siguiendo a Gadamer en *Verdad y método I* (1999 [1960]), Leder sostiene que “cualquier acto de interpretación está estrechamente ligado a la aplicación” (1990, 18). Sin embargo, esta idea es complementada por Gadamer en *Verdad y método II* (1998 [1986]), cuando historiza y enfatiza la estrecha relación entre hermenéutica y retórica:

Dónde insertar la reflexión teórica sobre la comprensión sino en la retórica...Convencer y persuadir sin posibilidad de una demostración es la meta y la pauta de la comprensión y la interpretación no menos que la retórica y la oratoria...y este vasto dominio de las convicciones obvias y de las opiniones reinantes no se va reduciendo con el progreso de la ciencia...sino que se extiende más bien a cada nuevo conocimiento de la investigación, para acogerlo y ajustarlo a sí. La ubicuidad de la retórica es ilimitada. Gracias a ella la ciencia se convierte en un factor social de la vida...De este modo el aspecto retórico y hermenéutico de la lingüisticidad humana se compenetran perfectamente. No habría oradores ni retórica si no existieran el acuerdo y el consenso como soportes de las relaciones humanas; no habría una tarea hermenéutica si no estuviera roto el consenso de los que ‘son un diálogo’ y no hubiera que buscar el consenso. (Gadamer 1998 [1967], 229-230).

Hermenéutica y retórica tienen una relación interdependiente (*cf.* 1998 [1967], 227; [1976a], 272; [1976b], 287; [1978], 297) que participa de la universalidad de lo lingüístico, porque son “la forma efectiva de realización de la vida social... Nada queda excluido de [la] comunidad de diálogo, ninguna experiencia del mundo” (1998 [1971], 247). Gracias a la visibilización de la retórica en el encuentro clínico es posible explicar la precomprensión de una persona no especialista, que sabe de las ciencias relativas a la salud lo suficiente para considerar que su malestar puede entenderse gracias a estas y dar inicio a la relación profesional-paciente. También, para pensar que la situación del encuentro clínico no alcanza su límite hasta la aplicación en la vida del curso de acción terapéutico.

La teoría gadameriana también ilumina la objeción de Halsema y Slatman a las perspectivas narrativistas en salud que oponen tales habilidades a las técnicas. Así como los profesionales y los pacientes cuentan con la capacidad de comprenderse entre sí por ser humanos, tienen la competencia retórica de hablar por ser humanos (*cf.* 1998 [1976a], 271, 279 y 281; [1976b], 288). Asimismo, Gadamer colabora en la comprensión a la crítica a la metáfora conceptual que esgrime Charalambous. En tanto textos dinámicos, los pacientes no proveen la ventaja de la fijeza del texto escrito, por ofrecerse “en forma invariada al esfuerzo reiterado de comprensión” (1998 [1976a], 279), pero en el caso que se puede contar con su narrativa, otorga “los recursos de comprensión que suele ofrecer el orador...[como el] acento correcto” (1998 [1976a], 274). Tanto las interacciones con Ricoeur, como las contribuciones hermenéuticas y retóricas de Gadamer al campo disciplinar de la salud son numerosas y significativas, pero su exposición excede los objetivos del presente trabajo.

Al igual que Rosas Jiménez, Kottow, Domingo Moratalla y por supuesto Ricoeur, (específicamente en el segundo nivel del juicio médico, el deontológico), Leder amplía sus consideraciones sobre el diálogo entre el profesional y el paciente a la medicina como disciplina. Desde este trabajo, se sugiere que en esta dimensión es posible apreciar una diferencia entre los autores que se posicionan desde un enfoque narrativo o hermenéutico. Como se mencionó con anterioridad, todos ellos llaman de manera más o menos precisa la adopción de un marco teórico hermenéutico-narrativo para orientar las prácticas en salud, afectadas por un reduccionismo cientificista que no contempla a la persona que sufre de manera integral. Mientras Rosas Jiménez y Kottow, siguiendo a Charon, recomiendan que la formación de los profesionales de la salud incorpore materias humanistas para que desarrollen las habilidades interpretativas (*cf.* 2016, 61-63; 2014, 237), Domingo Moratalla y Ricoeur dan cuenta de los conflictos a los que el nivel deontológico debe responder, como la

oposición entre el interés humanista y el interés científico de la medicina (cf. 2008 [2001], 190; 2007, 301).

Si bien Leder acuerda con el diagnóstico general que los autores realizan sobre la medicina, no establece una dicotomía entre lo humano, la consideración integral del paciente, las capacidades hermenéuticas-narrativas del profesional, por un lado y lo científico, la objetivación del cuerpo del paciente, las capacidades técnicas del profesional, por el otro. Desde la mirada de esta investigación, tampoco encuentra allí las paradojas que ve Ricoeur, particularmente la que contrapone los proyectos epistémico y terapéutico de la medicina. Leder, al afirmar que la medicina es una disciplina intrínsecamente hermenéutica, considera que la misma decepciona sus propios objetivos científicos al olvidar la *coherencia* de la unidad existencial del paciente. Y, si se permite el paralelismo con los preceptos que Ricoeur elabora para el pacto de cuidados, la *indivisibilidad* del paciente (2008 [2001], 186) y una *colaboración* con su narrativa. Silenciar la voz del paciente condena a la medicina, en la medida en que lleva a diagnósticos erróneos y tratamientos equivocados -la *insustituibilidad* del paciente (2008 [2001], 186)-. En otras palabras, una medicina que invisibiliza su carácter subjetivo hermenéutico-narrativo atenta contra la *efectividad clínica* (cf. 1990, 22) -que bien puede pensarse acá como el respeto a la *dignidad* del paciente- (2008 [2001], 186).

## Conclusiones

Con el fin de responder en qué sentido un paciente es un texto, qué otros textos hay en el encuentro clínico y, en definitiva, qué es un texto para la medicina y la bioética hermenéutica y narrativa, en el primer momento de este trabajo se presentó la bioética hermenéutica de Ricoeur, complementada con las explicaciones teóricas de Domingo Moratalla. Ricoeur establece tres niveles de juicio médico: prudencial, deontológico y reflexivo, destacando la importancia del pacto de cuidados entre médico y paciente. En este vínculo, el texto a interpretar por el profesional es la narrativa de dolor y deseo de ser curado del paciente. Se enfatiza la fragilidad de este pacto y se proponen preceptos para fortalecer el vínculo, basados en el respeto a la *singularidad*, la *integridad* y la *dignidad* del paciente. En el nivel deontológico se destacan tres funciones: la universalización de las características del encuentro clínico, la aplicación de la deontología médica y la resolución de conflictos entre la curación y la investigación, así como entre el interés por el paciente y por la salud pública. En el nivel reflexivo se expone la fragilidad del contrato médico debido a la dificultad de resolver estas tensiones, especialmente en los aspectos no explícitos de los códigos morales y las convicciones

personales. Además, se vió como el autor aborda la toma de decisiones en la práctica médica y judicial desde una perspectiva hermenéutica-narrativa, buscando la adecuación entre lo singular y lo universal mediante la interpretación y argumentación ética.

En el segundo momento, se mostraron los fundamentos de la medicina y la bioética narrativas, haciendo uso de los aportes de Kottow (2016) y Rosas Jiménez (2017, 2014). Entender al paciente como texto es incluir en el encuentro clínico la narrativa que este hace de su malestar. Esta ordena al padecimiento en la trama de la vida del paciente y conforma el insumo clave con el que cuenta el profesional para diagnosticar adecuadamente. Esta definición, común a los autores, muestra una clara referencia a los lineamientos ricoeurianos. Luego, se indagaron qué otros textos, además de la narrativa del paciente, se divisan en el encuentro clínico. Kottow reconoce la dimensión narrativa del diagnóstico polifónico que elabora el profesional y Rosas Jiménez pondera el rol de las historias clínicas.

Si bien puede pensarse que desde la “pequeña bioética” de Ricoeur es posible acordar con estas dos identificaciones, se objetó el modo en el que están caracterizadas. Desde el punto de vista que se sostiene en este artículo, Kottow simplifica la performatividad del diagnóstico al reducirlo a su rol de etiqueta y su función estigmatizante, sin considerar su función legitimadora. En este punto se incorporó la mirada de Jutel, quien afirma que gracias a la transformación de la narrativa de la persona en una narrativa médica, la persona puede, por ejemplo, acceder a un tratamiento. Por otro lado, Rosas Jiménez, al definir la historia clínica como la narrativa no científica que complementa la presentación del paciente, revela un cierto dualismo, falaz desde el horizonte teórico que acá se presenta, entre lo científico y lo narrable. En un tercer momento, con el artículo de Fabbri y Latour se mostró que los textos científicos son un tipo de literatura, con una retórica particular y por lo tanto, suscriben a las normas de ese campo disciplinar. Y gracias a Halsema y Slatman se buscó desarticular la oposición entre las capacidades técnicas e interlocutivas de los profesionales de la salud.

En un cuarto momento, se contrastaron estos lineamientos con la propuesta hermenéutica de Leder, que se inspira en la lectura medieval que trae Daniel cuyo análisis se organiza en cuatro niveles, que extrapolados al encuentro médico permite identificar como textos al cuerpo y la narrativa del paciente, al diagnóstico, la terapia y la curación. Y siguiendo a Charalambous, se demostró que esta propuesta se ve complementada con nociones ricoeurianas específicas, como el distanciamiento de las intenciones del autor, el marco común de interpretación entre

interlocutores, la probabilidad de la interpretación, la precomprensión y la reapropiación. Por su parte, Leder sugiere la existencia de los textos experiencial, narrativo, físico e instrumental. Acá, se encontró que tanto Ricoeur como Leder atribuyen el origen de la relación médico-paciente a la agencia del paciente, ya sea por su deseo de ser curado o por interpretar que su malestar es médico, respectivamente. Este análisis no es menor, si se tiene en cuenta que ambos buscan devolver el protagonismo del paciente en la práctica médica. Además, desde la mirada que se sostiene en este trabajo, la narrativa inaugural del paciente es un texto que se podría clasificar dentro del primero de los textos secundarios de Leder, el narrativo. Finalmente, se sugirió que, pese a que Leder no haga referencias directas a *Lo justo 2* de Ricoeur, sus teorías son compatibles. Específicamente se encuentra un paralelismo entre los tres preceptos ricoeurianos para fortalecer el vínculo médico-paciente (*insustituibilidad, indivisibilidad y dignidad*) y los objetivos de la medicina hermenéutica de Leder (*coherencia, colaboración y efectividad clínica*).

Todos los autores del horizonte teórico hermenéutico-narrativo argumentan en pos de la adopción de este marco en el ámbito de la medicina o la bioética. Leder, en particular, da cuenta de las condiciones de posibilidad del diálogo médico-paciente y sus características. En su escrito no hay paradojas insalvables, ni falsas dicotomías entre el paciente y su cuerpo, las capacidades interlocutivas y técnicas o la narrativa y la ciencia, sino un prolijo estado de la cuestión que muestra el creciente ocultamiento de la dimensión hermenéutica intrínseca a la medicina como disciplina. A pesar de ello, esta apropiación de la tradición hermenéutica vía Gadamer es objetable; la propuesta se revela incompleta sin la incorporación de la dimensión retórica. De hecho, es justamente Gadamer quien argumenta por la relación universal e interdependiente entre hermenéutica y retórica. Sin comprender esta relación, es imposible explicar la aplicación de la hermenéutica en la vida, ni a qué o quiénes resulta funcional que se haya dado tal proceso de invisibilización de capacidades intrínsecamente humanas, como las de hablar e interpretar.

En definitiva, los autores acá presentados suscriben a una noción de texto amplia, que puede conceptualizarse como todo aquello susceptible de ser interpretado en la situación del encuentro clínico. Desde la bioética y la medicina hermenéutica, esta vastedad resultó más provechosa a la hora de identificar textos, que en la medicina y bioética narrativa. No obstante, se encuentra que los textos no se excluyen entre sí, por el contrario, se iluminan aspectos entre perspectivas. En pos de establecer este necesario diálogo, la adopción de un horizonte teórico hermenéutico-narrativo en el ámbito de la medicina y la bioética se vería beneficiada por un estado de

la cuestión, nomenclaturas y definiciones, aunque no consensuadas, sujetas a debate entre sus especialistas. Más allá de que pueda sostenerse que en sus rasgos más distintivos coinciden en la definición de texto, las diferencias entre teorías dan cuenta de un desacuerdo que parece ser más profundo y que demanda un abordaje retórico al respecto. Retomando la evaluación del tercer juicio médico de Ricoeur, se espera que este trabajo constituya un aporte a “lo no-dicho” en las definiciones que los especialistas en salud emplean de narrativa, hermenéutica y por supuesto, de texto.

### Referencias bibliográficas:

- Bianchi, E., Seijas, C. y Fiamberti, A. C. (2021), “Diagnósticos y más allá: Tiempos, cuidados y maternidad en mujeres-madres de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico en salud mental (Ciudad de Buenos Aires, 2018)”, *Cuestiones de Sociología*, volumen 25, agosto 2021, 1-19. Recuperado el 01 de mayo de 2024 de: <https://doi.org/10.24215/23468904e122>
- Charalambous A. (2010), “Interpreting patients as a means of clinical practice: introducing nursing hermeneutics”, *International Journal of Nursing Studies*, volumen 47, número 10, octubre de 2010, 1283-1291. Recuperado el 25 de abril de 2024 de: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.011>
- Charon, R. *et al.* (2017), *The Principles and Practice of Narrative Medicine*, New York, Oxford University Press.
- Daniel, S.L. (1986), “The patient as text: A model of clinical hermeneutics”, *Theor Med Bioeth*, volumen 7, número 2, junio de 1986, 195-210. Recuperado el 31 de julio de 2022 de: <https://doi.org/10.1007/BF00489230>
- Domingo Moratalla, T. (2007), “Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética” Veritas, *Revista de Filosofía y Teología*, volumen II, número 17, septiembre 2007, 281-312. Recuperado el 29 de julio de 2022 de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291122924005>
- Fabbri, P. y Latour, B. (1977), “La retórica de la ciencia: poder y deber en un artículo de ciencia exacta” en Fabbri, P. (2001 [1995]) *Tácticas de los signos. Ensayos de semiótica*, Escudero, L. (selección), Barcelona, Gedisa Editorial, 265-289.

- Feito Grande, L. (2013), “Bioética narrativa”, *Butlletí del Comitè de Bioètica de Catalunya*, número 9, febrero de 2013, 1-7.
- Frye, N. (1991[1957]), *Anatomía de la crítica*, Caracas, Monte Ávila Editores.
- Gadamer, H-G. (1967), “Retórica, hermenéutica y crítica de la ideología. Comentarios metacríticos a *Verdad y método I*” en Gadamer, H-G. (1998 [1986]) *Verdad y método II*. Olasagasti, M. (trad.), Salamanca, Sígueme, 225-241.
- Gadamer, H-G. (1971), “Réplica a *Hermenéutica y crítica de la ideología*” en Gadamer, H-G. (1998 [1986]) *Verdad y método II*. Olasagasti, M. (trad.), Salamanca, Sígueme, 243-265.
- Gadamer, H-G. (1976a), “Retórica y hermenéutica” en Gadamer, H-G. (1998 [1986]) *Verdad y método II*. Olasagasti, M. (trad.), Salamanca, Sígueme, 267-281.
- Gadamer, H-G. (1976b), “¿Lógica o retórica? De nuevo sobre la historia primitiva de la hermenéutica” en Gadamer, H-G. (1998 [1986]) *Verdad y método II*. Olasagasti, M. (trad.), Salamanca, Sígueme, 283-291.
- Gadamer, H-G. (1978), “La hermenéutica como tarea teórica y práctica” en Gadamer, H-G. (1998 [1986]) *Verdad y método II*. Olasagasti, M. (trad.), Salamanca, Sígueme, 293-308.
- Gadamer, H-G. (1999 [1960]), *Verdad y método I*, Agud Aparicio, A. y de Agapinto, R. (trad.), Salamanca, Sígueme.
- Halsema, A. y Slatman, J. (2017), “The second-person perspective in narrative phenomenology” en H. Fielding, & D. Olkowski (edit.), *Feminist Phenomenology Futures*, Indiana, Indiana University Press, 243-256.
- Jutel, A. (2009), “Sociology of diagnosis: a preliminary review”, *Sociology of Health & Illness*, volumen 31, número 2, abril de 2009, 278-299. Recuperado el 07 de octubre de 2022 de: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>
- Jutel, A. (2014 [2011]), *Putting a Name to it. Diagnosis in contemporary society*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Kottow, M. (2016), “¿Bioética narrativa o narrativa bioética?”, *Revista Latinoamericana de Bioética*, volumen 16, número 2, abril de 2016, 58-69. Recuperado el 29 de julio de 2022 de: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1763>



- Leder, D. (1990), “Clinical interpretation: The hermeneutics of medicine”, *Theor Med Bioeth*, volumen 11, número 1, marzo de 1990, 9–24. Recuperado el 29 de julio de 2022 de: <https://doi.org/10.1007/BF00489234>
- Malterud, K. (1993), “Strategies for Empowering Women’s Voices in the Medical Culture.” *Health Care for Women International*, número 14, 365-73.
- Menéndez, E. (1990), “El Modelo Médico Hegemónico. Estructura, función y crisis”, *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México D.F., Alianza Editorial Mexicana, 83-117.
- Merleau Ponty, M. (1985 [1945]), “El cuerpo como objeto y la fisiología mecanicista”, *Fenomenología de la percepción*, Cabanes, J. (trad.), Barcelona, Planeta-Agostini, 92-107.
- Ricoeur, P. (2002 [1986]), *Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II*, Corona, P. (trad.), México, Fondo de Cultura Económica.
- Ricoeur, P. (2006a [1990]), *Sí mismo como otro*, México, Siglo XXI editores.
- Ricoeur, P. (2006b [1976]), *Teoría de la interpretación: Discurso y excedente de sentido*, Monges Nicolau, G. (trad.), México, Siglo XXI editores.
- Ricoeur, P. (2008 [2001]), *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*, Domingo Moratalla, T. y Domingo Moratalla, A. (trad.), Madrid, Editorial Trotta.
- Rosas Jiménez, C. A. (2014), “El paciente como ‘texto’ según Ricoeur: implicaciones en bioética”, *Revista Bioética*, volumen 22, número 2, 234-240. Recuperado el 15 de julio de 2022 de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533265005>
- Rosas Jiménez, C. A. (2017), “Medicina narrativa: el paciente como ‘texto’, objeto y sujeto de la compasión”, *Acta bioethica*, volumen 23, número 2, 351-359. Recuperado el 29 de abril de 2024 de: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000200351>

*Recibido el 05 de junio de 2024; aceptado el 15 de noviembre de 2024.*