



Revista Bioética
ISSN: 1983-8042
ISSN: 1983-8034
Conselho Federal de Medicina

Fortes, Pablo Dias; Rego, Sergio
Justiça, cuidado e reconhecimento: trama moral do vínculo terapêutico
Revista Bioética, vol. 28, núm. 3, 2020, Julio-Septiembre, pp. 464-470
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283408>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570652009>

- [Cómo citar el artículo](#)
- [Número completo](#)
- [Más información del artículo](#)
- [Página de la revista en redalyc.org](#)

UAEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



ACTUALIZACIÓN

Justicia, cuidado y reconocimiento: trama moral del vínculo terapéutico

Pablo Dias Fortes¹, Sergio Rego¹

1. Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Resumen

El objetivo de este ensayo, que se divide en dos partes, es investigar la estructura general del vínculo terapéutico. La primera parte describe a los agentes sociales como sujetos a los que la norma fundamental de la justicia (“a cada uno lo suyo”) interpela moralmente, lo que, en la escena particular de la atención médica, se desdobra en posibles conflictos intersubjetivos. La segunda parte muestra la relación terapéutica que se articula mediante lo que el filósofo Paul Ricoeur denomina “los tres niveles de juicio médico” –prudencial, deontológico y reflexivo–, confiriendo a las prescripciones de este ámbito el estatuto de una relación francamente moral.

Palabras clave: Ética médica. Condición moral. Justicia social. Relaciones médico-paciente.

Resumo

Justiça, cuidado e reconhecimento: trama moral do vínculo terapêutico

O objetivo deste ensaio, dividido em duas partes, é investigar a estrutura geral do vínculo terapêutico. A primeira parte descreve agentes sociais como sujeitos moralmente interpelados pela norma fundamental da justiça (“a cada qual o que lhe é devido”), que na cena particular do cuidado se desdobra em potenciais conflitos intersubjetivos. A segunda representa a relação terapêutica articulada com os “três níveis do juízo médico” apontados por Paul Ricoeur – prudencial, deontológico e reflexivo –, conferindo às prescrições desse âmbito o estatuto de relação francamente moral.

Palavras-chave: Ética médica. Status moral. Justiça social. Relações médico-paciente.

Abstract

Justice, care and recognition: the moral fabric of therapeutic bonds

This article investigates the general structure of the therapeutic bond in two parts: a pragmatic description of social agents as subjects morally challenged by the fundamental norm of justice (“to each one what is due”), which in healthcare may also have potential intersubjective conflicts; and a representation of the therapeutic relationship based on Paul Ricoeur’s “three levels of medical judgment” (prudential, deontological and reflexive), giving the prescriptions in this scope the status of a moral relationship.

Keywords: Ethics, medical. Moral status. Social justice. Physician-patient relations.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Las relaciones entre la justicia y la salud se suelen interpretar como un problema distributivo concerniente a la extensión y a la regulación del derecho a los cuidados médicos. De esta forma, cuestiones como el “acceso a los servicios”, la “asignación de recursos” y las “políticas de promoción de la equidad” adquieren visibilidad, pues movilizan tanto ideas como conceptos de las denominadas “teorías de la justicia”, con su foco explícito en los fundamentos normativos de la sociedad. A pesar de que no ignora estos abordajes, este ensayo pretende destacar otra dimensión de esa relación, investigando la estructura del vínculo terapéutico.

En primer lugar, el texto propone una descripción pragmática de los agentes sociales en cuanto sujetos a los que la norma fundamental de la justicia (“a cada uno lo suyo”) interpela moralmente, lo que, en la escena particular de la atención médica, se desdobra en posibles conflictos intersubjetivos. En segundo, se representa la relación terapéutica que se articula mediante lo que Ricoeur¹ denomina los “tres niveles del juicio médico” –prudencial, deontológico y reflexivo–, confiriendo a este ámbito el estatuto de una relación francamente moral.

El agente social como sujeto moral

Ya se han elaborado muchas teorías con el fin de elucidar el significado de la acción social en conformidad con la coordinación recíproca de las acciones, que marca, desde el punto de vista pragmático, la vida en sociedad²⁻⁵. El individuo que actúa “socialmente”, por lo tanto, es aquel que ya se reconoce en la condición simbólica de sujeto –del latín subjectum: “lanzado debajo”, “el que está sometido”–⁶. Es compelido a establecer una relación práctica de causalidad que define la experiencia de sí mismo (autoconsciencia) como la función primordial de las actividades interactivas.

En este sentido, la noción de que el éxito de las interacciones (la coordinación recíproca de las acciones) depende del entendimiento tácito entre individuos acerca de lo que es de cada uno surge como corolario inevitable de la autoconsciencia⁷. Por ello, el sentido de las acciones también conlleva la experiencia de la propia integridad subjetiva.

La idea de que las relaciones (tanto con los otros como con nosotros mismos) implican una dinámica centrada moralmente en las expectativas del reconocimiento recíproco constituye la base de modelos de análisis que decodifican procesos interactivos en diferentes circunstancias y espacios de la vida en sociedad. De esta forma, la noción de que el valor atribuido a nuestra propia identidad personal dimana de la estructura intersubjetiva –de la que se

desdobra como experiencia social asimilada⁸⁻¹⁰– es un importante eje para comprender la naturaleza del vínculo interpersonal, las motivaciones que nos llevan a actuar de una determinada manera o de otra y los conflictos intersubjetivos que se derivan.

Al considerarlo desde ese prisma, el nexo entre “justicia” y “reconocimiento” indica una inevitable perspectiva analítica para examinar las prácticas sociales, en especial, cuando se tienen en mente situaciones convulsionadas por relaciones de profunda heteronomía entre los agentes¹¹. En dichas circunstancias, la expectativa de que las interacciones se desarrollen sobre la base de un reconocimiento recíproco suele dar lugar a impases irresolubles que condenan las relaciones a un tipo de violencia que afecta de lleno la promesa de autorrealización que caracteriza al individuo en cuanto agente social.

Con base en este argumento, se admite que la estructura de las relaciones terapéuticas, establecida sobre un *pacto de cuidados*¹², asimismo se fundamenta en la demanda de reciprocidad: ambas partes (pacientes y profesionales de la salud) esperan un reconocimiento que va más allá de la dimensión puramente técnica y objetiva de la gestión de los cuidados. En el fondo, se trata de una relación cuya asimetría constitutiva (discurso lego frente a discurso técnico) determina desafíos, que empiezan por el modo como la parte más vulnerable –el paciente– acaba por representarse a sí misma en la esperanza de evitar sufrir aún más con protocolos de asistencia (anamnesis, cuestionarios, registros, notificaciones, etc.) convertidos en juicios condenatorios de su historia de vida. Dichos juicios arruinan la posibilidad de un lazo de confianza que genere un auténtico compromiso en torno a las opciones terapéuticas disponibles.

Dentro de este contexto, es oportuno destacar la tesis desarrollada por la filósofa Judith Butler¹⁰ consistente en que las obligaciones y deberes que nos vinculan socialmente no siempre se pueden reducir a actos de enjuiciamiento. De este modo, el establecimiento de un campo común de responsabilidades muchas veces exige la suspensión del juicio. Una vez más, lo que aquí se sugiere es la estructura de una relación en la que el problema de saber lo que “es de cada uno” se implica mutuamente. Muchas expectativas terminan por encarar la necesidad de un reajuste radical de los términos éticos de la relación. Como bien observa Butler:

Bien puede ser que solo por la experiencia del otro en condiciones de suspensión del juicio seamos finalmente capaces de una reflexión ética sobre la humanidad de ese otro, aun cuando este haya procurado aniquilar a la humanidad. Aunque no sostengo, por supuesto, que nunca deberíamos hacer juicios –son urgentes e igualmente necesarios para la vida política, legal y personal–, creo que, cuando

se trata de repensar los términos culturales de la ética, es importante recordar que no todas las relaciones éticas son reducibles a actos de juicio, y que la capacidad misma de juzgar presupone una relación previa entre quienes juzgan y quienes son juzgados. La capacidad de emitir y justificar juicios morales no agota la esfera de la ética y no coincide con la obligación o la relacionalidad éticas. Además, el juicio, por importante que sea, no puede considerarse una teoría del reconocimiento; en efecto, bien podemos juzgar al otro sin reconocerlo en absoluto¹³.

Sobre la base de esas consideraciones, se asume la hipótesis de que las circunstancias que hacen posible el vínculo terapéutico están profundamente imbuidas de la imposición ética de las relaciones sociales de reconocimiento. Por consiguiente, se trata de examinar hasta qué punto entran en contradicción las implicaciones morales de los cuidados y las expectativas de los trabajadores de la salud, cuya “competencia” también se dimensiona por su capacidad de hacer del relato del paciente, el testimonio de una vida que, a la postre, sea *enjuiciable* con fines prescriptivos. A continuación, lo que se pretende es dar continuidad al raciocinio enfocado en la elucidación del juicio médico, según Paul Ricoeur. A pesar de que se asume que su concepción se refiere a la “práctica médica”, se admite, por analogía, la pertinencia de desvelarlo en lo que respecta a los profesionales de la salud en general.

Los tres niveles del juicio médico según Paul Ricoeur

En el apartado anterior se ha abordado la relación entre “justicia” y “reconocimiento” en el ámbito de la indagación general sobre la estructura de las relaciones sociales, lo que remite al problema del vínculo terapéutico como experiencia determinada por la expectativa de la autorrealización recíproca de pacientes y profesionales de la salud. Esta hipótesis de articulación entre esos fenómenos sugiere una matriz común de interpretación con el fin de comprender de qué modo quedan marcados los diferentes dominios normativos por el sello de la reciprocidad, sobre el que descansa la aplicación efectiva de la norma fundamental de la justicia (“a cada uno lo suyo”).

La tesis de que el juicio médico también es normativo no debería sorprender. El llamado “código hipocrático”, a pesar de la influencia de empirismo que aún se subordina a categorías nosológicas especulativas, ya advertía a sus adeptos sobre la importancia de actuar exclusivamente en nombre del “bien” del paciente. Por mucho que esta idea —de que el vocabulario médico no guarda relación directa con el discurso moral— pueda parecer muy alejada de su

origen, encuentra abrigo en una visión cínicamente ajena a los verdaderos fines de la actuación. Su historia no ha sido otra que la de la progresiva transformación de técnicas y procedimientos en torno a lo que permanece —o a lo que debería permanecer— como núcleo inconfundible de “autoridad”.

No obstante, si bien es cierto que no se la puede disociar del discurso moral, conviene no presumir que la medicina hace de sus prescripciones un conjunto de máximas universales abstractas. El juicio médico, aunque se circunscriba a los enunciados del discurso práctico, no es ajeno a los sujetos concretos que lo enuncian. Solo puede ser aprehendido a partir de la investigación de lo que hace específico su propio ordenamiento discursivo, particularmente, cuando se considera el horizonte de la relación terapéutica, la cual suele revelar su carácter normativo.

Para dar a conocer esta especificidad, el filósofo Paul Ricoeur¹ distingue tres niveles de juicio médico que definen los requisitos prácticos de la relación terapéutica. En el primero de ellos, el “prudencial”, la facultad de juzgar *se aplica a situaciones singulares en que un paciente individual está situado en una relación interpersonal con un médico individual*¹⁴. En el segundo, el “deontológico”, *los juicios asumen la función de normas que trascienden de diferentes maneras la singularidad de la relación entre dicho paciente y ese médico*¹⁵. Por último, el tercer nivel, denominado “reflexivo”, se refiere al *intento de legitimación de los juicios prudenciales y deontológicos de primero y segundo nivel*¹⁶. Esas diferentes instancias, en conjunto, construyen la representación de una medicina enfocada en la elucidación de su moralidad inherente, implicando recíprocamente al médico y al paciente, ante sus expectativas.

El nivel prudencial, punto de partida de Ricoeur¹, se refiere a lo que se suele llamar “pacto de cuidados”. De acuerdo con el autor, es ahí donde originalmente descansa la estructura de la relación médico-paciente. Ese origen no es otro que el propio sufrimiento humano, cuya naturaleza singular (nadie es capaz de sufrir el sufrimiento del otro) explicaría por qué motivo los juicios del nivel prudencial son el primer contacto con lo que define moralmente dicha relación.

Lo que se le ruega al médico es, sobre todo, que sea solícito, lo que lo condiciona a considerar las particularidades del caso en cuestión a medida que se va diseñando en el relato subjetivo de quien lo sufre. Tal y como el propio autor alerta, eso no significa ignorar la importancia de los conocimientos técnicos y científicos, sino dotarlos de un *sentido* capaz de orientar el acto médico hacia la búsqueda de una respuesta —la cual sí que es inevitable y decisiva— para la experiencia del sufrimiento. De acuerdo a como indica Ricoeur:

En la base de los juicios prudentiales se encuentra, por lo tanto, la estructura relacional del acto médico: el deseo de ser liberado del fardo del sufrimiento y la esperanza de ser curado constituyen la motivación principal de la relación social que hace de la medicina una práctica de tipo particular cuya institución se pierde en la noche de los tiempos¹².

No obstante, reconocer que las circunstancias del caso concreto determinan el “pacto de cuidados” aún no es suficiente para distinguir cabalmente su dinámica en cuanto proceso interactivo. Para ello faltaría, según Ricoeur¹, un elemento capaz de caracterizarlo con precisión como un ejercicio interpersonal de pactuación, de modo que ya no habría una distancia significativa, en términos antropológicos, entre el *paciente* y el *agente* de los cuidados. Ahora bien, ¿cuál puede ser ese elemento? y ¿en qué medida también debería ser entendido como un capítulo específico de las circunstancias que constituyen la particularidad del caso?

Antes de responder a estas cuestiones, es útil recordar, aunque de brevemente, algunas ideas centrales de la teoría social de Axel Honneth⁹. Aquí se piensa, específicamente, en la tripartición propuesta por el autor de las esferas del reconocimiento, que delinean las condiciones intersubjetivas de autorrealización de los individuos: confianza (relaciones afectivas), respeto (relaciones jurídicas) y estima social (relaciones solidarias).

La primera de esas esferas se refiere exactamente a la capacidad de las personas de establecer lazos entre ellas. Por lo tanto, en ella se configuran relaciones que, como la terapéutica, implican a las partes recíprocamente en un régimen de reconocimiento afectivo cuyo éxito se expresa en la *confianza mutua*. He aquí porque es fácil concordar con las palabras de Ricoeur:

Es el pacto de confidencialidad que compromete mutuamente a un paciente y a un médico. En este nivel prudencial, aún no hablaremos de contrato y de sigilo médico, sino de un pacto de cuidados basado en la confianza. Ahora bien, este pacto concluye un proceso original. Al comienzo, un foso e incluso una disimetría notable separa a los dos protagonistas: de un lado, aquel que sabe y sabe hacer, del otro, aquel que sufre. Ese foso está cubierto, y las condiciones iniciales se hacen más uniformes por medio de una serie de medidas que parte de los dos polos de la relación. El paciente (...) “lleva al lenguaje” su sufrimiento, pronunciándolo como queja, lo que comporta un componente descriptivo (tal síntoma...) y un componente narrativo (un individuo en tales y tales historias); a su vez, la queja se especifica en una petición: petición de... (cura y ¿quién sabe?— salud y ¿por qué no?— en último plano, inmortalidad y

petición a... dirigida como un llamamiento a dicho médico. En esa petición se injerta la promesa de observar el protocolo de tratamiento propuesto, siempre que él sea admitido¹⁷.

No se trata de que se deba ver al médico como parte del círculo afectivo primario del paciente (amigos, parientes y amantes), sino como alguien profesionalmente *implicado* (estar comprometido es otra cosa) con la esperanza que mueve a los individuos que lo buscan, lo que hace que acabe por ocupar un lugar de enorme relieve. En otras palabras, se trata de un fenómeno inherente al propio ejercicio práctico de la medicina, que posiciona al profesional en una relación sin la cual sería imposible determinar, entre la formulación del diagnóstico y el pronunciamiento de la prescripción, la prudencia del juicio. Desde el punto de vista clínico, es solo el pacto de tratamiento el que permite que el médico sepa lo que debe o no debe hacer, compartiendo con el paciente —al mismo tiempo único y singular en su sufrimiento— la responsabilidad de ponderar los riesgos y beneficios de seguir o no seguir un determinado tratamiento.

De hecho, se puede cuestionar hasta qué punto ese primer encuadramiento hermenéutico del acto médico no idealiza la relación médico-paciente, particularmente al considerar el predominio del paradigma biomédico, en el que el cuerpo, *tomado como universal, reducible a la materialidad físico-química, se presenta como una maquinaria compleja cuya fisiología se encuentra en su interior¹⁸*. En dichas circunstancias, la eficacia del acto médico ya no estaría tan sujeta a la evaluación conjunta con el paciente, sino que se subordinaría a parámetros externos y se reduciría a propiedades anatómico-fisiológicas que harían que la práctica fuese cada vez más objetificable. Asimismo, se trata del tensionamiento entre la *medicina como arte* (discurso práctico) y la *medicina como ciencia* (discurso teórico), en el que el riesgo es la prioridad absoluta de la racionalidad técnico-científica.

A pesar de que el establecimiento, en toda su amplitud, de una crítica a la racionalidad médica moderna no sea el propósito de este ensayo, cabe destacar que esta es una preocupación sistemática entre los que cuestionan la medicina tal y como se practica hoy en día. Dentro de este contexto, a pesar de que se registren modelos alternativos en curso, conviene tener clara la envergadura de los desafíos localizados en el ámbito de una relación específica de poder¹⁹. La asimetría constitutiva entre el médico (aquel que sabe) y el paciente (aquel que sufre) conduce con frecuencia a una comunicación heterónoma, cuya lógica lleva, cuando no al más vulgar de los paternalismos, a justificativas capaces de sancionar, a ojos de la comunidad médica, medidas abusivas y autoritarias.

Es contra esos potenciales abusos o excesos que se debe pasar del nivel prudencial al deontológico del juicio médico. Según Ricoeur¹, dicho paso es definido por tres razones que, a pesar de su articulación, confieren de forma individual un significado particular a la ética en lo que respecta tanto a los derechos individuales del paciente como a los compromisos públicos del médico.

La primera de ellas, y la más obvia, atañe al deber del profesional de no actuar con negligencia o indiferencia, pues eso perjudicaría la relación basada en la confianza mutua. Por su parte, la segunda razón es resultado de la influencia de la biomedicina ya mencionada, que tiende a la *objetivación y reificación del cuerpo humano*²⁰. Tal y como se ha expuesto, se trata de una preocupación fundamental con el ejercicio del poder médico que da origen a la necesidad de pensar formas éticamente apropiadas de limitarlo. Por último, la tercera razón se refiere a la salud pública, cuyos intereses exigen crear una esfera de protección específica que, sin descuidar la defensa de los derechos individuales del paciente, oriente al Estado en el proceso de formulación e implementación de acciones para la prevención de daños al bienestar de la población.

Es a partir de todas esas razones por las que el juicio médico también debe rendir cuentas al conjunto de normas vinculadas, en última instancia, a las múltiples funciones desempeñadas por la medicina moderna, que, al mismo tiempo que está anclada en los saberes técnicos y científicos, está destinada a acabar con el sufrimiento individual y justificarse públicamente. Por consiguiente, el nivel deontológico no se consagra al culto del “deber por el deber”, sino que se trata de la instancia fundamental de la ética médica, en virtud de la que se espera hacer viable la relación que se rige por el equilibrio entre los medios y los fines que puedan interponerse —o incluso que puedan sobreponerse— en la interacción médico-paciente. Ricoeur también habla en este momento, de forma más sistemática, de tres funciones distintas, cada una de ellas enraizada en diferentes aspectos morales que hacen de la práctica médica un ejercicio igualmente pragmático de coordinación de intereses en conflicto.

El siguiente pasaje ilustra con precisión la naturaleza de la primera de esas funciones, la cual pretendería *universalizar los preceptos pertinentes que proceden del pacto de cuidados que ligan al paciente y al médico* (...). Mientras que el pacto de confianza y la promesa de hacer honor a ese pacto constituyen el núcleo ético de la relación que vincula a un médico y a un paciente, el momento deontológico del juicio está constituido por la elevación de dicho pacto de confianza al nivel de norma. Lo que se afirma es esencialmente el carácter universal de la norma: esta liga a todo médico con todo paciente y,

por lo tanto, a cualquiera que entre en la relación de cuidados. Aún más profundamente, no es casualidad que la norma se revista de la forma de interdicción, la de violar el sigilo médico. A nivel prudencial, lo que no pasaba de un precepto de confidencialidad, conservaba las características de una afinidad que vinculaba a dos personas de manera voluntaria; en este sentido, el precepto aún se podía atribuir a la virtud de la amistad. En la forma de interdicto, la norma excluye a terceros, situando al compromiso singular en el ámbito de la regla de justicia y no más en la de los preceptos de amistad. El pacto de cuidados, del que hemos hablado en el plano prudencial, se puede expresar ahora en el vocabulario de las relaciones contractuales. Seguro que hay excepciones a ser consideradas (...), aunque ellas mismas deben seguir una regla: no hay excepción sin una regla para la excepción a la regla²¹.

No menos importante que la primera, la segunda función del juicio deontológico está ligada a la conexión necesaria entre la ética médica y las demás exigencias que conforman el discurso práctico, de modo que hagan de la universalización de los preceptos un mismo y único cuerpo normativo de reglas jerarquizadas y coherentes entre ellas. Además, también se refiere a la exigencia de regular la interacción médico-paciente ante un conjunto mayor de relaciones y obligaciones profesionales que la sitúan, política y jurídicamente, en el espacio de un determinado orden social. En otro significativo pasaje enfocado en este asunto, se puede observar cómo Ricoeur aborda esta función:

Una vez que la norma por la que se rige el sigilo médico forma parte de un código profesional, (...) ella debe estar correlacionada con todas las otras normas por las que se rige el cuerpo médico dentro de un cuerpo político dado. Dicho código deontológico funciona como un subsistema dentro del campo más vasto de la ética médica (...). De esta forma, a las normas que definen el sigilo médico les corresponden normas por las que se rigen los derechos de los pacientes a ser informados sobre su estado de salud. La cuestión de la verdad compartida viene así a equilibrar la cuestión del sigilo médico, que tan solo obliga al médico. Secreto por un lado, verdad por el otro (...). De este modo, se ponen en paralelo las dos normas que constituyen la unidad del contrato que está en el centro de la deontología, de la misma manera que la confianza recíproca constituía el principal presupuesto prudencial del pacto de cuidados. Aquí también fue necesario incorporar restricciones al código, a la vista de la capacidad del enfermo para comprender, aceptar, interiorizar y, si así lo podemos decir, compartir la información con el médico que lo trata. El descubrimiento de la verdad, principalmente cuando ella signifique una sentencia de muerte, equivale a una prueba iniciática, cuyos episodios traumáticos afectan a la comprensión que se tiene de sí mismo

y del conjunto de las relaciones con los otros. Es el horizonte vital en su totalidad que sufre un golpe. Ese vínculo entre el secreto profesional y el derecho a la verdad que el código muestra hace posible atribuir a los códigos de deontología una función bastante peculiar en la arquitectura del juicio deontológico, el papel de puente entre los niveles deontológico y prudencial del juicio médico y de su ética²².

Por último, es en esa misma arquitectura en la que se insinúa la tercera función del nivel deontológico que se atribuye al juicio médico. Según el autor, se trata del papel indispensable de arbitrar conflictos surgidos en la frontera de la práctica médica de orientación "humanista"²³. En ese caso, Ricoeur habla de dos frentes principales en los que se dan dichos conflictos. El primero consiste en el encuentro entre la ética médica orientada a la clínica (curar la enfermedad y cuidar al enfermo) y la ética médica orientada a la investigación (producir evidencias científicas). Como ya se ha dicho, el problema aquí atañe al tensionamiento entre el denominado "arte médico" y las ciencias biomédicas, cuya causa parece ser el aumento de la presión de las técnicas objetivadoras sobre la medicina practicada como arte²⁴.

En lo que respecta al segundo frente, este se refiere a la preocupación más directa con la salud pública. Aquí transparece, particularmente, otro tipo de tensionamiento entre el deber de celar por la dignidad personal del paciente y encarar la salud como un fenómeno social. En palabras de Ricoeur:

Además, un conflicto latente tiende a oponer la preocupación con la persona y su dignidad frente a la preocupación con la salud como fenómeno social. Este es el tipo de conflicto que un código como el Código francés de deontología médica, si no tiende a disimularlo, al menos tiende a minimizarlo. De esta forma, su artículo 2.º reza que "el médico, al servicio del individuo y de la salud pública, ejerce su misión en respeto a la vida humana, a la persona y a su dignidad". Este artículo es un modelo de solución de compromiso. El énfasis se pone en la persona y en su dignidad; aunque la vida humana también se puede entender en el sentido de una mayor extensión de las poblaciones e incluso del género humano en su conjunto. Esa consideración de la salud pública afecta a todas las reglas mencionadas previamente, comenzando por la del sigilo médico. Cabe saber, por ejemplo, si un médico tiene el deber de exigir al paciente que informe a su pareja sexual de su condición de seropositivo o, inclusive, si no es necesario realizar un triaje sistemático, que no puede dejar de afectar a la práctica del sigilo médico. (...) Depende de las instancias legislativas de una sociedad (Parlamento en algunos países, instituciones judiciales superiores en otros) la determinación de los deberes de cada uno y la definición de las excepciones a la regla. No obstante, el deber de la verdad que se le

debe al paciente también se ve afectado, dado que son numerosos los terceros que están implicados en el tratamiento. (...) Ese deber administrativo que asume la salud pública no afecta en menor medida al tercer pilar de la ética normativa que, junto al sigilo médico y al derecho a la verdad, está constituido por el consentimiento informado²⁵.

Es posible que, hasta este momento, haya quedado la impresión de que los diferentes niveles del juicio médico traducen momentos estancos en la relación terapéutica, algo como un "paso a paso" que el médico debe seguir en cada etapa de su encuentro con el paciente. Ahora bien, esos niveles no se relacionan de esa forma. Desde la perspectiva defendida por Ricoeur¹, la transición de uno hacia el otro ocurre (o debería ocurrir) de modo articulado.

Es en el primer nivel, al que no se le denomina "prudencial" por casualidad, en el que convergen todas las normas de nivel deontológico (lógicamente, siempre que se las conozca y se las respete debidamente), y se diferencia de este precisamente en virtud de la transcendencia que deben asumir dichas normas al respecto de las situaciones singulares que implican mutuamente al médico y al paciente. En este sentido, el juicio médico se asemeja a cualquier otra estructura normativa. No obstante, dado que solo se realiza en cuanto acto situado, presupone una fuente de enjuiciamiento capaz de considerar las normas ya no solo en función de su coherencia interna o de su adecuación legal, sino también en nombre de su legitimidad.

Precisamente, Ricoeur¹ denominará a este nivel de juicio "reflexivo". Para el autor se trata del momento en el que el juicio médico encuentra su vértice dialéctico, confrontando decisivamente la finalidad (telos) que lo pone en permanente movimiento, desde los primeros contactos que entabla con un determinado paciente hasta la definición del pacto de cuidados. En este punto, todo parece depender de en qué medida se articula el concepto de salud con las creencias morales que completan la totalidad del enjuiciamiento, inclusive, con aquellas enfocadas en la expansión de las relaciones de reconocimiento recíproco que, pasando por la mutua confianza, culminan en el respeto y en la solidaridad.

De acuerdo con Ricoeur, lo que está en juego, en última instancia, es la propia noción de la salud, ya sea ella privada, o pública. Además, esta no es separable de lo que pensamos —o intentamos no pensar— sobre las relaciones entre vida y muerte, nacimiento y sufrimiento, sexualidad e identidad, nosotros mismos y los otros. Lo que se transpone aquí es un umbral en el que la deontología se injerta en una antropología filosófica, que no podría escapar del pluralismo de las convicciones en las sociedades democráticas²⁶.

Dado su carácter limítrofe con el propio orden social en el que se inscribe la experiencia moral del vínculo terapéutico, el nivel reflexivo es el punto de contacto entre los dos primeros niveles del juicio y el tipo de interacción médico-paciente que deseamos. Al tratarse de sociedades democráticas, la cuestión es saber hasta dónde debe sobrepasar la práctica médica la mera anamnesis clínica, reconociendo, en el cuerpo de cada paciente, al individuo que allí se instala, con sueños, derechos y deseos indisociables del proceso terapéutico. He aquí la importancia de una perspectiva ética que, atenta a las demandas de reconocimiento, retoma, en la hipótesis de conflictos, el significado fundamental de la búsqueda por justicia que es la motivación básica de los agentes sociales.

Consideraciones finales

La relación entre “justicia” y “salud”, en lo que se refiere a la estructura del vínculo terapéutico, corrobora la percepción de que estamos inmersos en una trama moral que vincula irremediamente unos a otros, en la búsqueda, sobre todo, de un “tratamiento justo”. De este modo, reflexionar sobre los cuidados como esfera de “competencia técnica” también significa pensar una ética profesional que acoja y amplifique luchas de afirmación de las poblaciones históricamente excluidas de la consideración pública del Estado. Es en este punto en particular en el que se vislumbra el verdadero eje de articulación entre la dimensión política del vínculo terapéutico y el compromiso con el bienestar individual y colectivo.

Referencias

1. Ricoeur P. O justo: justiça e verdade e outros estudos. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2009. v. 2.
2. Blumer H. A sociedade como interação simbólica. In: Coelho MC, organizadora. Estudos sobre interação: textos escolhidos. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2013. p. 75-90.
3. Piaget J. O juízo moral na criança. São Paulo: Summus; 1994.
4. Habermas J. Obras escolhidas: ética do discurso. Lisboa: Edições 70; 2014. v. 3.
5. Werneck A. Sociologia da moral, agência social e criatividade. In: Werneck A, Oliveira LRC, organizadores. Pensando bem: estudos de sociologia e antropologia da moral. Rio de Janeiro: Casa da Palavra; 2014. p. 25-48.
6. Supiot A. Homo juridicus: ensaio sobre a função antropológica do direito. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2007. p. VIII.
7. Fortes PD. A origem do problema da justiça: breve esboço fenomenológico. Pablo Dias Fortes [blog] [Internet]. 27 nov 2017 [acesso 8 jun 2109]. Disponível: <https://bit.ly/3baKv2B>
8. Goffman E. A representação do eu na vida cotidiana. 20ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
9. Honneth A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. 2ª ed. São Paulo: Editora 34; 2011.
10. Butler J. Relatar a si mesmo: crítica da violência ética. Belo Horizonte: Autêntica; 2015.
11. Mendonça RF. Reconhecimento. In: Avritzer L, Bignotto N, Filgueiras F, Guimarães J, Starling H, organizadores. Dimensões políticas da justiça. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2013. p. 117-131.
12. Ricoeur P. Op. cit. p. 223.
13. Butler J. Op. cit. p. 64-5.
14. Ricoeur P. Op. cit. p. 221.
15. Ricoeur P. Op. cit. p. 221-2.
16. Ricoeur P. Op. cit. p. 222.
17. Ricoeur P. Op. cit. p. 223-4.
18. Bastos LAM. Corpo e subjetividade na medicina: impasses e paradoxos. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2006. p. 37.
19. Bastos LAM. Op. cit.
20. Ricoeur P. Op. cit. p. 225.
21. Ricoeur P. Op. cit. p. 227-8.
22. Ricoeur P. Op. cit. p. 228-9.
23. Ricoeur P. Op. cit. p. 229.
24. Ricoeur P. Op. cit. p. 230.
25. Ricoeur P. Op. cit. p. 231-2.
26. Ricoeur P. Op. cit. p. 234-5.

Participación de los autores

Pablo Dias Fortes elaboró la primera versión del artículo con base en un capítulo de su tesis de doctorado. Posteriormente, los dos autores se alternaron en las revisiones del texto, hasta llegar a esta versión.

Correspondencia

Pablo Dias Fortes – Estrada de Curicica, 2.000, Jacarepaguá CEP 22780-194. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Pablo Dias Fortes – Doctor – pdiasfortes@gmail.com

 0000-0002-2022-2626

Sergio Rego – Doctor – rego@ensp.fiocruz.br

 0000-0002-0584-3707

