



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

[bioetica@portalmedico.org.br](mailto:bioetica@portalmedico.org.br)

Conselho Federal de Medicina

Brasil

Vergara, Oscar  
Hermenéutica y toma de decisiones en ética clínica  
Revista Bioética, vol. 25, núm. 2, 2017, pp. 255-263  
Conselho Federal de Medicina  
Brasília, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361552153006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

# Hermenéutica y toma de decisiones en ética clínica

Oscar Vergara

## Resumen

La moderna hermenéutica se interesa por las condiciones de posibilidad de la comprensión humana. Sus aportaciones son de indudable interés para el campo de la ética biomédica, donde médico y paciente tratan de comprenderse mutuamente con el fin de concretar determinado proyecto de cuidados. Sin embargo, esta aproximación está lejos de ser aprovechable para formar una pauta concreta de cara a la toma de decisiones en este campo. La hermenéutica acierta al poner el centro de gravedad en el diálogo, en lugar de en el método, pero olvida que, en Gadamer, el diálogo está dirigido a la verdad. Esto es lo que se tratará de poner de manifiesto en este trabajo, intentando establecer la conexión de dicha noción con las de bien, historia y comunidad.

**Palabras clave:** Ética clínica. Hermenéutica. Toma de decisiones.

## Resumo

### Hermenêutica e a tomada de decisões em ética clínica

A hermenêutica moderna interessa-se pelas condições de possibilidade da compreensão humana. Indubitavelmente, os seus contributos são de interesse para a ética biomédica, na qual o médico e o paciente tratam de compreender-se mutuamente a fim de concretizar um determinado projeto de cuidados. No entanto, esta perspectiva está longe de poder ser utilizada como padrão concreto para a tomada de decisões neste campo. A hermenêutica tem razão ao colocar o centro de gravidade no diálogo e não no método, entretanto, esquece-se de que, em Gadamer, o diálogo está orientado para a verdade. É precisamente isso que se pretende evidenciar neste trabalho, procurando estabelecer-se a conexão entre a referida noção de verdade com as noções de bem, história e comunidade.

**Palavras-chave:** Ética clínica. Hermenêutica. Tomada de decisões.

## Abstract

### Hermeneutics and decision making in clinical ethics

Modern hermeneutics deals with the conditions of the possibilities of human understanding. Its contributions are particularly pertinent to clinical ethics, where patient and doctor seek to mutually understand one another in order to establish a determined care plan. Nevertheless, this approach is far from useful for the formulation of a concrete standard for decision making in this area. Hermeneutics is effective in putting the focus on dialogue, rather than method. But it overlooks the fact that dialogue, according to Gadamer, is directed towards truth. The present article aims to highlight this point, and seeks to establish the connection between this notion of truth and ideas of good, history and community.

**Keywords:** Ethics, clinical. Hermeneutics. Decision making.

**Doutor** vergara@udc.es – Universidade da Coruña, Coruña/España.

**Correspondência**  
Facultad de Derecho, Campus de Elviña, s/nº 15071. Coruña/España.

Declara não haver conflitos de interesse.

En este trabajo se analiza la aportación del enfoque hermenéutico a la ética clínica, particularmente en relación con la toma de decisiones en este ámbito. En primer lugar se plantea si es posible formar a partir de él algún tipo de esquema metodológico “El problema de la interpretación”. Ante las dificultades para ello, se dirige la atención a la herramienta del diálogo. Esta noción ocupa un papel destacado en todos los planteamientos hermenéuticos, pero, sin un anclaje ontológico, cabe preguntarse hasta qué punto tiene sentido el diálogo entre médico y paciente. Esto se aborda en “La cuestión del diálogo” y “Una base óntica”. Finalmente se plantea si la formación humanística que proporcionan las ciencias morales pueden tener algún papel en la toma de decisiones y en qué condiciones “Comunidad y tradición”.

### El problema de la interpretación

Como señala Gadamer, la salud es algo oculto. Es un estado de medida interna que no es fácil de determinar a través de la simple medición objetiva. Es preciso, por ello, observar y escuchar al paciente<sup>1</sup>. Para K. M. Hunter, el paciente viene a ser semejante a un ‘texto’ que ha de ser comprendido por el médico. A partir de determinados datos – la queja principal del paciente, los otros síntomas, los signos clínicos, los resultados de los análisis –, el médico forma una hipótesis que tiene que contrastar nuevamente con los datos, con el fin de afinar o corregir su diagnóstico, en un proceso que por su similitud con el círculo hermenéutico, Hunter denomina “círculo diagnóstico”<sup>2</sup>.

Para Thomasma, la razón de ser de la hermenéutica está en la necesidad que tienen médico y paciente de comprenderse mutuamente a través de la distancia que inevitablemente los separa. Así, concibe a la hermenéutica como *acto de interpretación a través de los límites*<sup>3</sup>. Para el autor, el juicio ético está comprendido en el juicio clínico, por lo que resulta artificial la formulación de una ética aplicada a la medicina. Este rechazo de una ética aplicada es una característica en general de todas las aproximaciones hermenéuticas a la ética clínica.

El enfoque hermenéutico nos ayuda a comprender cómo formamos el juicio clínico y el juicio ético, pero al igual que no nos dice qué tratamiento es bueno desde un punto de vista clínico, tampoco nos orienta acerca de qué tratamiento (o ausencia de él) es bueno desde un punto de vista ético. Thomasma rechaza tanto los modelos decisorios

que parten de principios, como los que parten de los casos. En su lugar propone lo que denomina “contextualismo”, que no es lo mismo que casuismo – en su opinión, éste depende de la teoría del derecho natural<sup>4</sup> –, y que parte de la idea básica de que el contexto sirve para ajustar los valores en juego a las circunstancias concretas. En su opinión hay una serie de factores de los que depende el peso relativo de los valores y principios en cada caso.

Estos factores son, principalmente: la especialidad médica implicada; los valores personales del paciente, de su familia o de su grupo social; los valores personales y profesionales del personal sanitario, y el marco institucional en que surge el problema<sup>5</sup>. V. gr., el principio de autonomía tendrá más peso en el contexto de una atención primaria que en el de una atención terciaria, en el cual la autonomía puede verse menguada. Sin embargo, este planteamiento no es excesivamente práctico. Como se puede apreciar, apenas encontramos indicaciones sobre cómo decidir.

El contexto (frente a las teorías aplicadas o los principios abstractos) es también un elemento clave en la “teoría ética interpretativa” de Ten Have<sup>6</sup>. Para éste, médico y paciente no son seres al margen de la historia o de la cultura, sino que forman parte de comunidades en que se comparten diversas tradiciones. Su teoría interpretativa pretende, en consecuencia, fundamentarse en los estándares profesionales internos de la práctica asistencial (aunque sin descuidar su conexión con la moralidad externa). Esta teoría tiene en consideración cuatro parámetros<sup>7</sup>:

- El punto de partida de la actividad médica es la experiencia moral del paciente. Determinar qué está fallando en éste requiere interpretación. Primero, porque la experiencia de la enfermedad en cada paciente es única e irrepetible. Segundo, debido a que los contextos de interpretación de médico y paciente son distintos y, por ende, sus precomprensiones;
- Primariamente, la experiencia moral implica sentimientos. Sólo secundariamente pueden éstos ser objeto de reflexión moral. El papel de la ética médica no es tanto explicar y aplicar teorías éticas y principios, sino interpretar y evocar todo lo que abarca la experiencia moral: no sólo los actos y sus efectos, sino también las actitudes y las emociones;
- Hay que considerar, en tercer lugar, que la interpretación de la situación de un paciente no es la empresa individual de un médico, sino que éste

- realiza su labor guiado por una serie de supuestos culturales sobre la naturaleza del mundo y del cuerpo y la consecuencia de la evolución histórica del conocimiento médico;
- Por último, no hay que descuidar que toda interpretación es tentativa y que siempre es posible más de un significado.

De estos parámetros se desprende que hay que ser consciente de la determinación histórica de toda comprensión. Esto puede ayudar a descartar aquellas soluciones que estén basadas en prejuicios injustificados, pero no determina una solución concreta. Leder considera que el diálogo sirve para descubrir las particularidades de nuestros juicios previos y, a través de ello, para obtener un mayor grado de comprensión<sup>8</sup>. Esto es correcto. Pero es demasiado genérico para solucionar problemas concretos.

En un sentido similar, Leder opina que las metodologías *top-down* (*v. gr.*, kantismo, utilitarismo) pueden oscurecer la rica complejidad de los casos. La hermenéutica, en cambio, es capaz de atender a los múltiples contextos, siendo ésta su mayor utilidad<sup>9</sup>. En su opinión, la hermenéutica del siglo XX tiende a rechazar la posibilidad de interpretaciones unívocas, admitiendo una indefinida variedad de lecturas. La aproximación hermenéutica consistiría, a su juicio, en escuchar todas las voces de los personajes del drama.

En concreto, Leder se alinea con una hermenéutica de la sospecha al modo de Ricoeur, porque, afirma que ni el paciente ni el médico son conscientes de las relaciones subyacentes de poder (*v. gr.*, mercado, consumismo, género etc.)<sup>10</sup>. Junges propone completar el planteamiento casuístico con una hermenéutica de la sospecha que interprete los presupuestos éticos, antropológicos y socio-culturales que determinan la manera como las realidades relacionadas con la vida y la salud son comprendidas en la sociedad y la cultura actuales<sup>11</sup>.

Ver las relaciones sociales en términos de poder es muy discutible. Pero aunque no lo fuera, cabe preguntarse si valen igual todas las mencionadas voces. Tampoco está claro cómo se pasa de la atenta escucha a la práctica. Leder se da cuenta de que no se puede permanecer en una interpretación sin fin, sino que es preciso resolver los casos. Hermenéutica, afirma, no implica relativismo. A su juicio, hay una base que permite superar la subjetividad, que es la tradición compartida.

Opina, asimismo, que el diálogo permite tomar conciencia de los inevitables prejuicios que

acompañan a la comprensión. Ante una sociedad, como la occidental, dividida, el hermeneuta debe contribuir a articular las perspectivas de los participantes, trayendo al debate los diferentes contextos. Su papel, precisa, no es el de hombre-respuesta, sino el de interlocutor socrático, a través de la invitación al diálogo<sup>12</sup>.

Todo esto es interesante, aunque insuficiente para determinar la interpretación correcta. La hermenéutica no aporta un método, sino la toma de conciencia acerca de nuestra mediatizada capacidad para alcanzar la verdad. Pero cabe preguntarse si no será preciso presuponer dicha verdad, porque, en otro caso, no está claro qué sentido tiene dialogar.

De un modo todavía más indeterminado, Lingiardi y Grieco proponen que el médico se convierta en filósofo<sup>13</sup>. Afirman que es preciso que entre médico y paciente se forme un verdadero diálogo. El paciente no puede estar en una posición de mera pasividad. Pero tampoco se trata sólo de escuchar al paciente. La tarea del filósofo consiste en preguntar.

Para estos autores es importante advertir que el médico comparte con el paciente un cuerpo mortal, es también vulnerable. Un médico “con heridas”, opinan, puede activar la capacidad curativa del paciente<sup>14</sup>. Esto va más allá de la mera empatía y se fundamenta en la idea platónica de médico. Éste no es alguien que dispense desde arriba, sino alguien que simplemente inicia en otro el proceso de curación<sup>15</sup>.

A la luz de lo anterior podemos afirmar con Cadorè que la aproximación hermenéutica a la ética clínica es diferente de un método para resolver problemas<sup>16</sup>. Es significativo que Gadamer en su “El estado oculto de la salud”, se abstenga totalmente de formular algo así como un método para la ética biomédica<sup>17</sup>.

## La cuestión del diálogo

Afirma Gadamer: *Lo que no logra la herramienta del método tiene que conseguirlo, y puede realmente hacerlo, una disciplina del preguntar y el investigar que garantice la verdad*<sup>18</sup>. Todos los planteamientos hermenéuticos anteriores hacen hincapié en la necesidad de que médico y paciente se escuchen mutuamente. Pero se trata de una escucha activa que tiene lugar a través del diálogo. Éste permite el mutuo cuestionamiento de los prejuicios que van constitutivamente unidos a todo acto de comprensión y que en algunos casos pueden sesgar dicha comprensión.

En efecto, por medio del diálogo, el médico – o el paciente – es capaz de entender las razones del paciente – o del médico – y, a través de ellas, poner en cuestión las propias, descubriendo los prejuicios que han dado lugar a ellas. Esta característica del diálogo no es una apertura psicológica al otro, entendida como mera empatía, un ponerse en el lugar del otro, sino que es una apertura de índole ontológica. Tiene parte de razón Svenaeus cuando afirma que: *La verdad en la filosofía de Gadamer, sin embargo, ha de ser primariamente entendida como apertura al otro y a su mundo y no sólo a mi propio mundo*<sup>19</sup>.

Pero esta afirmación se queda corta y reduce el planteamiento gadameriano. Porque radicalmente no se trata ni de mi verdad, ni de su verdad, sino de la verdad a la que, a pesar de las inevitables condiciones subjetivas de la comprensión, es posible de algún modo acceder. No se trata ni de que yo me imponga ni de que se imponga el otro, como en una relación de poder. La relación entre médico y paciente no es primariamente una relación de poder. De lo que se trata es de que sea la cosa misma, su verdad, la que se imponga.

Por ello Gadamer afirma: *No cabe duda de que para el comprender lo decisivo sigue siendo entender la cosa, adquirir una percepción objetiva; no se trata de un procedimiento histórico ni de un procedimiento psicológico-genético*<sup>20</sup>. Y, como señala en otro contexto, hay algo que tienen en común la comprensión de un texto y el ponerse de acuerdo en una conversación: que toda comprensión y todo acuerdo tienen presente alguna cosa que uno tiene ante sí; en ambos casos, *de lo que se trata es de dejar hablar a la cosa misma*<sup>21</sup>. Si el paciente no tiene un problema de salud – en el sentido más amplio del término –, el diálogo entre médico y paciente (como tales) carece de sentido.

Es un error pensar que de lo que se trata con la comprensión es únicamente de desvelar el sentido subjetivo de la intención del autor del texto. Cuando Gadamer recurre al diálogo y al método socrático de la pregunta como modo de encaminarse hacia la verdad, lo hace sobre la base de permitir así que las cosas mismas afloren y se hagan valer, frente a las opiniones y prejuicios que le dominan a uno<sup>22</sup>.

No es, pues, correcto reducir lo hermenéutico a un diálogo de perspectivas, en que médico, paciente, miembros del comité etc. efectúan una aproximación de posturas al acercarse recíprocamente a otros horizontes de comprensión<sup>23</sup>. Es un hecho que esto se produce. La cuestión es *por qué* se produce. En sentido radical, ¿por qué aproximar lo

que está distante? Si todas las perspectivas, médico, paciente etc. son válidas, lo congruente es intentar imponerlas porque son propias.

Si esto no es de hecho así, ello no es porque, al modo hobbesiano, así se sustituya la discordia por la concordia, la guerra por la paz, sino porque todas y cada una de dichas perspectivas pueden también estar equivocadas con respecto a la realidad o sesgadas por los prejuicios. Pero esto presupone que, por muchas facetas que presente, existe algún tipo de acceso, si bien parcial, a la verdad objetiva.

Es verdad, como afirma Svenaeus, que Gadamer no considera que el fin de la comprensión hermenéutica sean verdades intemporales que puedan ser alcanzadas a través de algún método universal e intemporal. La verdad, señala acertadamente Svenaeus, es siempre concreta y depende del encuentro de dos horizontes concretos de comprensión, un encuentro que se dirige a la realización de algún fin (*goal*)<sup>24</sup>. Este fin es sanar (*healing*). Como quiera que *sanar es una cosa buena (good thing)*<sup>24</sup>, un fin moralmente valioso, la hermenéutica de la medicina presenta una “estructura normativa”.

Este planteamiento es claramente aristotélico. En efecto, para Aristóteles la *phronesis* o prudencia, que es la virtud encargada de la decisión, es normativa<sup>25</sup> por la razón que se acaba de señalar. Pero esta virtud, aunque de suyo es de carácter intelectual, no es practicable sino sobre la base de la virtud moral, como reconoce Svenaeus. A pesar de ello, y reconociendo que la ética de la virtud es una de las posibilidades de desarrollar una ética que gire alrededor de la *phronesis*, él apuesta por la fenomenología hermenéutica<sup>26</sup>.

Y aunque no tendría por qué, Svenaeus acaba regresando al punto de partida, apelando al diálogo y a la necesidad de que el médico comprenda al paciente, sus preferencias y sus ideas; que se abra, en suma, a su horizonte<sup>27,28</sup>. Para Svenaeus, el ‘buen hermeneuta de la medicina’ es *phronético* en el sentido de que es dialógicamente competente (*dialogically skilful*)<sup>26</sup>.

Pero esto es una reducción del planteamiento aristotélico. A diferencia de lo que plantea Svenaeus<sup>29</sup>, la actividad médica no parece específicamente *phronética*. Es verdad que persigue un fin bueno, la salud, y en esta medida participa en la *phronesis*. Pero, como enseña Aristóteles, esta virtud no se dirige a un bien particular, la salud por ejemplo – así lo señala expresamente –, sino *para vivir bien en general*<sup>30</sup>.

Además, a la luz del planteamiento aristotélico, quien tiene que procurar su salud no es primariamente el médico, sino el paciente. Como destaca Aristóteles, la prudencia delibera sobre lo que es bueno y conveniente *para uno mismo*<sup>30</sup>. De modo análogo, en el mundo del Derecho, el justo es el que quiere dar a cada uno lo suyo. El jurista es el que sabe qué es lo suyo de cada uno.

Algo similar sucede en la medicina. El paciente es el que quiere la salud; el médico, el que sabe cómo la puede recuperar. En definitiva, la medicina participa en alguna medida de la *phrónesis*, pero por las antedichas razones – se dirige a un bien particular y de otro sujeto – parece acercarse más a la *techne*.

### Una base óntica

Afirma Svenaeus que: *La verdad en Wahrheit und Methode es entendida como una experiencia básica de estar junto con otros en y a través del lenguaje y no como criterio para una correcta interpretación*<sup>31</sup>. Conviene matizar. Al *Dasein*, por utilizar la terminología heideggeriana no sólo le es inherente el “ser con”, como señala Svenaeus, sino también “el ser en el mundo”, su carácter de arrojado o *vecto* y referido al mundo<sup>32</sup>.

Para Heidegger, *El “ser ahí con” es esencialmente ya patente en el “coencontrarse” y en el “cocomprender”*<sup>33</sup>. Comprender al otro no es tanto un comprender en el otro, captar su subjetividad y eventualmente transigir con ella, cuanto un comprender junto con otro, un *cocomprender*. No se puede comprender al otro si no se comprende el mundo. El mundo es un criterio de corrección.

Ciertamente, expone Heidegger, la verdad es relativa al *Dasein*: los entes son descubiertos luego que un *Dasein* es. Pero el *Dasein* es, en cuanto constituido por el estado de abierto, esencialmente en la verdad<sup>34</sup>. Así, decir que las leyes de Newton no eran verdaderas antes de su formulación por Newton no significa que no fuesen antes que él los entes que esas leyes descubren<sup>35</sup>. Es gracias a ello que es posible un acuerdo intersubjetivo.

En el ámbito de las humanidades, el diálogo se dirige a que las cosas sean descubiertas. Como señala Gadamer, en principio comprender significa entenderse unos con otros. Es para empezar acuerdo. Pero el acuerdo es siempre sobre algo. Se intenta llegar a un acuerdo y esto se hace rehaciendo el camino *hacia la cosa*.

El verdadero problema de la comprensión aparece cuando, en el esfuerzo por comprender un contenido, se plantea la pregunta reflexiva de cómo ha llegado el otro a su opinión. Para comprender, lo decisivo sigue siendo *entender la cosa, adquirir, en la medida de lo posible, una percepción objetiva; no se trata ni de un procedimiento histórico ni de un procedimiento evolutivo-genético*<sup>36</sup>. Escribe Gadamer: *Siempre que alguien se esfuerza por comprender (...) está operando indirectamente una referencia a la verdad que se oculta en el texto y debe llegar a la luz*<sup>37</sup>. A su juicio, el objetivo de toda comprensión y de todo consenso montado sobre ella es el acuerdo en la cosa misma.

Esto que Gadamer dice del texto se puede aplicar igualmente, en el contexto de un diálogo, a la mutua comprensión entre médico y paciente. El texto, o las palabras que dichas personas intercambian, ya no son entendidas como mera expresión vital, sino que se toman en serio su propia pretensión de verdad. Los síntomas que el paciente relata son verdaderos en la medida en que acontecen en su cuerpo. Asimismo, el tratamiento indicado por el médico es verdaderamente bueno si está destinado a curar al paciente.

Por eso, con carácter general, es necesario muy poquito diálogo entre médico y paciente. No son ellos, sino las cosas mismas, las que determinan el acuerdo. La salud es un fin que cualifica a los medios a ella conducentes como verdaderamente buenos. Por ello, para Aristóteles, la prudencia – en la medida en que atiende a la salud en el contexto más amplio de la vida buena – es un modo de ser racional *verdadero* y práctico respecto de lo que es bueno y malo para el ser humano<sup>38</sup>.

El problema son los casos difíciles. En particular, cuando el paciente o sus representantes solicitan una medida contraria al juicio clínico del médico. Es verdad, *ut supra*, que quien tiene que decidir qué es lo bueno, tratándose de su propia salud, es el paciente. Pero también es verdad que al médico *le va la vida*, éticamente hablando, en realizar bien su función. Por eso es tan importante la objeción de conciencia. En este tipo de casos, dos bienes básicos están en juego respectivamente: la salud, física o espiritual, para uno y su misión para otro.

Los bienes están en una tensión variable con la voluntad, la cual tiene que ser convenientemente fortalecida con la costumbre para que pueda operar la *phrónesis* o prudencia. Hablar de “valores” no permite ver esta realidad profunda. Los valores son abstractos y se pueden asumir como quien elige un producto en un catálogo. Esto no es realista.

Acudiendo de nuevo al punto de comparación jurídico, para dictar sentencias justas, el juez tiene antes que querer ser justo en el sentido de que tiene esta disposición. No hay prudencia sin virtud moral<sup>39</sup>. Si médico y paciente son prudentes, será más fácil el acuerdo. Si uno de los dos no lo es, la cosa se complica, pero eso no significa que no exista una verdad práctica, puesto que todo aquello que es bueno puede medirse en función de lo que Aristóteles denomina bienes en sí mismos<sup>40</sup>, que aquí se ha calificado según el uso actual como bienes humanos básicos<sup>41</sup>.

Así se encuentra que la mera intersubjetividad no basta para escapar al relativismo. Como ha señalado García Llerena, el único modo de escapar al relativismo – y también a su opuesto, el absolutismo – consiste en acudir a un referente objetivo y transcultural: el ser. Esta autora aboga por una ontología hermenéutica que no teme operar con criterios objetivos, labor todavía no acometida en el terreno bioético<sup>42</sup>.

### Comunidad y tradición

Que el razonamiento práctico encuentre asidero en bienes humanos básicos que lo guíen no equivale a que proporcione un conocimiento absolutamente objetivo. Siguiendo a Heidegger, Gadamer muestra que toda comprensión está determinada continuadamente por el movimiento anticipatorio de la precomprensión<sup>43</sup>. Ésta consiste en una anticipación de sentido que guía la comprensión de modo ineludible, puesto que constituye un momento estructural ontológico de dicha comprensión<sup>43</sup>.

La precomprensión no es un mero acto de la subjetividad, sino que se determina *desde la comunidad que nos une con la tradición*<sup>43</sup>. MacIntyre ha hecho hincapié en este aspecto puesto de manifiesto por Gadamer:

*Yo soy en gran parte lo que he heredado, un pasado específico que está presente en alguna medida en mi presente. Me encuentro formando parte de una historia y en general esto es afirmar, me guste o no, lo reconozca o no, que soy uno de los soportes de una tradición*<sup>44</sup>.

Para MacIntyre todo razonamiento tiene lugar dentro del contexto de algún modo tradicional de pensar. A su vez, una tradición siempre está parcialmente constituida por un razonamiento acerca de los bienes cuya búsqueda da a esa tradición su punto y su propósito<sup>44</sup>. Por ejemplo, la tradición

médica envuelve una continua discusión acerca de lo que es o debe ser la medicina. Esto nada tiene que ver con el tradicionalismo, puesto que las tradiciones constituyen una corriente viva, en continua transformación. Por ejemplo, la tradición médica ha experimentado importante transformación en las últimas décadas, pasando del acusado paternalismo al respeto cada vez mayor por la autonomía del paciente. En definitiva, la tradición condiciona la comprensión, pero, a su vez, la comprensión condiciona la tradición.

En la comprensión no sólo se dialoga con un texto – o un paciente –, sino que también se establece un diálogo con la tradición. Pero ese diálogo no es meramente teórico, sino que tiene aplicación a los textos o a las personas que tratamos de comprender en cada momento. Como dice Gadamer, la tradición escrita, desde el momento en que se descifra y se lee es tan espíritu puro, que nos habla como si fuera actual<sup>45</sup>.

Este diálogo es enriquecedor porque ilumina. De ahí la importancia de la formación. Y las humanidades son esenciales para la formación. Un médico con una formación humanística está mejor preparado a la hora de tomar decisiones. Sin duda alguna, la ética clínica es importante; pero también lo es la historia de la medicina y todas las humanidades en general. En algunos países han sido introducidos los estudios de medicina y literatura, que se han mostrado muy útiles. Éste es un punto a favor de la bioética narrativa<sup>46</sup>. Muchas veces reconocemos el bien a través del ejemplo.

Como enseña Aristóteles: *Así las acciones se llaman justas y moderadas cuando son tales que un hombre justo y moderado podría realizarlas; y es justo y moderado no el que las hace, sino el que las hace como las hacen los justos y moderados*<sup>47</sup>. Es un lugar común desde la Antigüedad señalar la importancia de la narración de los hechos del pasado para el presente. Plutarco, al escribir sus “Vidas paralelas”, señala que al comenzar esta obra tuvo en consideración a otros (sus vidas), pero añade: *en la prosecución y continuación he mirado también a mí mismo*<sup>48</sup>. En efecto, la historia es un “espejo” que permite adornar y asemejar la vida de cada uno a las virtudes de otros<sup>48</sup>. Y, a juicio de Julián de Toledo, la narración de los triunfos viene en ayuda de la virtud, destacando en general la importancia de la narración de los hechos del pasado para el presente<sup>49</sup>.

Es significativo que Gadamer considere que las humanidades forman parte del saber *moral*<sup>50</sup>. En efecto, el objeto de las humanidades es justamente el hombre y lo que éste sabe de sí mismo. Por eso

señala: *Y para comprender esto [el texto y la tradición] no le es dado [al intérprete] querer ignorarse a sí mismo y a la situación hermenéutica concreta en la que se encuentra. Está obligado a relacionar el texto con esta situación, si es que quiere entender algo en él*<sup>51</sup>.

Con esta reflexión el autor está queriendo decir que la aplicación de un texto no es una parte última y eventual del fenómeno de la comprensión, sino que la determina desde el principio y en su conjunto<sup>52</sup>. Bajo este presupuesto, considera Gadamer que se reconstruye la vieja unidad del problema hermenéutico en que vienen a encontrarse, a su juicio, el jurista, el teólogo y el filólogo<sup>53</sup>, a los que hay que añadir el historiador<sup>54</sup>. En general hay que decir que en toda lectura tiene lugar una aplicación<sup>55</sup>.

Comentando a Gadamer, Grondin remarca que un rasgo distintivo del humanismo no es producir resultados mensurables, sino más bien contribuir a la formación<sup>56</sup>. En efecto, para Gadamer, la formación es, junto al *sensus communis*, la capacidad de juicio y el gusto, uno de los cuatro elementos básicos del humanismo. El que las humanidades o ciencias del espíritu sean ciencias morales parece que puede determinar un progresivo enriquecimiento en la formación que sea parte en un progresivo afinamiento de la prudencia. De modo semejante a como el gusto o la sensibilidad estética presupone la formación, lo mismo sucede con la capacidad de juicio moral. Al fin y al cabo, la formación exige memoria (un tipo de memoria selectiva) y la memoria es una de las partes de la prudencia<sup>57</sup>.

La formación no es experiencia, que es un saber vivido, pero puede actualizarse como experiencia desde el momento en que las humanidades son ciencias morales cuya comprensión entraña constitutivamente su aplicación al presente. Como señala Conill, el concepto central de formación, como los ingredientes del saber práctico humanístico (sentido común, capacidad de juicio y gusto) tienen una reconocida significación moral. Este saber práctico tiene virtualidades formadoras muy aprovechables en las éticas aplicadas, como, por ejemplo, en la formación de profesionales con sentido humanista y no meramente tecnicista<sup>58</sup>.

Las humanidades tienen la vocación de contribuir a la formación integral de la persona y no hay que olvidar que, a diferencia del *facere* de la técnica, en el *agere* de la prudencia participa todo el ser de la persona. Justamente por ello, Aristóteles remarca la importancia que el conocimiento tiene para el prudente. Con carácter general señala que en cada materia juzga bien el instruido en ella y

de una manera absoluta el instruido en todo. Pero advierte que cuando se trata de política – y aquí podríamos incluir a la ética –, el joven no es un discípulo apropiado, ya que no tiene experiencia de la vida. Escribe:

*Así, cuando se trata de la política, el joven no es un discípulo apropiado, ya que no tiene experiencia en las acciones de la vida, y los razonamientos parten de ellas y versan sobre ellas; además, siendo dócil a sus pasiones, aprenderá en vano y sin provecho, puesto que el fin de la política no es el conocimiento, sino la acción. Y poco importa si es joven en edad o de carácter juvenil; pues el defecto no radica en el tiempo, sino en vivir y procurar todas las cosas de acuerdo con la pasión. Para tales personas, el conocimiento resulta inútil, como para los incontinentes; en cambio, para los que orientan sus afanes y acciones según la razón, el saber acerca de estas cosas será muy provechoso*<sup>59</sup>.

En efecto, nuestros juicios no sólo versan sobre acciones de la vida, sino que, como afirma Aristóteles, ‘parten de ellas’. Hace referencia a la virtud, que se forma con el hábito, porque, como enseña el Estagirita, ninguna de las virtudes éticas se produce en nosotros por naturaleza, puesto que ninguna cosa que existe por naturaleza se modifica por costumbre<sup>60</sup>. Así, practicando la justicia, nos hacemos justos; viriles, practicando la virilidad<sup>61</sup>.

Pero mientras no hemos alcanzado la virtud, el saber no aprovecha. Por eso no serán buenos políticos: ni el joven, al cual le falta maduración en la virtud, ni el incontinente, al haber formado un hábito de signo contrario. Como señala Aristóteles en otro lugar, *el incontinente y el malo alcanzarán con el razonamiento lo que se proponen hacer, y, así, habrán deliberado rectamente, pero lo que han logrado es un gran mal; y el haber deliberado rectamente se considera un bien, pues la buena deliberación es rectitud de la deliberación que alcanza un bien*<sup>62</sup>. Por eso Aristóteles sostiene que a quien aprovecha el conocimiento en materias prácticas es a quien orienta su acción y sus afanes según la razón, esto es, al prudente<sup>63</sup>.

## Consideraciones finales

Hay una dimensión hermenéutica en la relación entre médico y paciente. Puede que sea discutible afirmar que el paciente es semejante a un texto que el médico tiene que interpretar, pero lo cierto es que el acto médico, tanto en su vertiente clínica, como ética, no puede hacerse al margen del relato del

paciente. El enfoque hermenéutico nos ayuda a comprender cómo formamos el juicio clínico y el juicio ético, pero al igual que no nos dice qué tratamiento es bueno desde un punto de vista clínico, tampoco nos orienta acerca de qué tratamiento (o ausencia de él) es bueno desde un punto de vista ético. Por ello resulta complicado, a diferencia de lo que algunos planteamientos hermenéuticos pretenden, sustituir los modelos decisorios usuales por algún esquema metodológico de inspiración hermenéutica.

Los mencionados planteamientos hermenéuticos no tienen a su disposición la herramienta del método, pero sí la del diálogo, que ocupa un lugar central en todos ellos. Aunque el origen de esta idea está en Gadamer, aquellos planteamientos no alcanzan el fondo de su pensamiento. En efecto, no se trata solamente de estar abierto al otro y a su verdad, en el sentido de no imponer la propia y de ser capaz de descubrir los propios prejuicios, sino que, desde un punto de vista

más radical, se trata de dejar hablar a la cosa misma. En efecto, para Heidegger, al Dasein no sólo le es inherente el “ser-con”, sino también el “ser-en-el-mundo”, su carácter de arrojado y yecto y referido al mundo. Por tanto, no se puede comprender al otro si no se comprende el mundo. Por ello, para Aristóteles la prudencia es un modo de ser *racional verdadero* y práctico respecto de lo que es bueno y malo para el hombre.

Toda comprensión está determinada por el movimiento anticipatorio de la precomprensión. Ésta no es un mero acto de la subjetividad, sino que se determina desde la comunidad que nos une con la tradición. En la comprensión no se dialoga sólo con un texto – o un paciente –, sino también con la tradición. Se trata de un diálogo que potencia la comprensión y que pone de manifiesto la importancia de la formación humanística para el hombre prudente que tiene que tomar decisiones. No en vano las humanidades forman parte del saber moral.

*Este trabajo forma parte del Proyecto de Investigación El Discurso de los Bioderechos. Bases Filosóficas Y Jurídicas Para Su Fundamentación, Caracterización y Aplicación (DER2014-52811-P), dirigido por José Antonio Seoane y financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad. Agradezco a los profs. José Antonio Seoane, Viviana García Llerena y Carolina Pereira por sus enriquecedoras observaciones.*

## Referências

1. Gadamer H-G. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa; 1996. p. 115-6.
2. Hunter KM. Doctor's stories: the narrative structure of medical knowledge. Princeton: Princeton University Press; 1991. p. 9.
3. Thomasma DC. Clinical ethics as medical hermeneutics. *Theor Med Bioeth.* 1994;15(2):93-111. p. 95.
4. Thomasma DC. Op. cit. p. 98.
5. Thomasma DC. Op. cit. p. 100.
6. Ten Have H. The hyperreality of clinical ethics: a unitary theory and hermeneutics. *Theor Med Bioeth.* 1994;15(2):113-31. p. 118-9.
7. Ten Have H. Op. cit. p. 125-7.
8. Ten Have H. Op. cit. p. 127.
9. Leder D. Toward a hermeneutical bioethics. In: DuBose ER, Hamel R, O'Connell LJ, editors. *A matter of principle? Ferment in US bioethics.* Valley Forge: Trinity Press International; 1994. p. 251.
10. Leder D. Op. cit. p. 252-3.
11. Junges JR. Bioética como casuística e como hermenéutica. *Rev Bras Bioética.* 2005 [acesso 20 jul 2016];1(1):41. Disponível: <http://bit.ly/2sLHUIX>
12. Leder D. Op. cit. 255.
13. Lingiardi V, Grieco A. Hermeneutics and the philosophy of medicine: Hans-Georg Gadamer's platonic metaphor. *Theor Med Bioeth.* 1999;20(5):413-22. p. 419.
14. Lingiardi V, Grieco A. Op cit. p. 419-20.
15. Lingiardi V, Grieco A. Op. cit. p. 413.
16. Cadorè B. A hermeneutical approach to clinical bioethics. In: Viafora C. *Clinical bioethics: a search for the foundations.* Dordrecht: Springer; 2005. p. 56.
17. Gadamer H-G. Op. cit. 1996. p. 116.
18. Gadamer H-G. Verdad y método. Salamanca: Sígueme; 2012. p. 585.
19. Svenaeus F. Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: the issue of phronesis. *Theor Med Bioeth.* 2003;24(5):414.
20. Gadamer H-G. Op. cit. 2012. p. 236.
21. Gadamer H-G. Op. cit. 2012. p. 457.
22. Gadamer H-G. Op. cit. 2012. p. 556.

23. Svenaeus F. Hermeneutics of clinical practice: the question of textuality. *Theor Med Bioeth.* 2000;21(2):171-89. p. 181-3.
24. Svenaeus F. Op. cit. 2003. p. 417.
25. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Gredos; 2010. Libro VI, 10, 1143a8-9.
26. Svenaeus F. Op. cit. 2003. p. 425.
27. Svenaeus F. Op. cit. 2003. p. 426.
28. Svenaeus F. Op. cit. 2000. p. 178.
29. Svenaeus F. Op. cit. 2003. p. 421.
30. Aristóteles. Op. cit. Libro VI, 5, 1140a25-27.
31. Svenaeus F. Op. cit. 2000. p. 180.
32. Heidegger M. Ser y tiempo. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1971. p. 152.
33. Heidegger M. Op. cit. p. 181.
34. Heidegger M. Op. cit. p. 247.
35. Heidegger M. Op. cit. p. 248.
36. Gadamer H-G. Op. cit.; 2012. p. 236.
37. Gadamer H-G. Op. cit.; 2012. p. 239.
38. Aristóteles. Op. cit. Libro VI, 5, 1140b4-5.
39. Aristóteles. Op. cit. Libro VI, 13, 1144b31-2.
40. Aristóteles. Op. cit. Libro I, 6, 1096b16.
41. Finnis J. Nature and natural law in contemporary philosophical and theological debates: some observations. In: Vial Correa JD, Sgreccia E, editors. *The nature and dignity of the human person as the foundation of the right to life: the challenges of the contemporary cultural context.* Vaticano: Lib. Ed. Vaticana; 2003. p. 82-4.
42. García Llerena V. De la bioética a la biojurídica: el principlismo y sus alternativas. Granada: Comares; 2012. p. 152, 154.
43. Gadamer H-G. Op. cit. 2012. p. 363.
44. MacIntyre A. Tras la virtud. Barcelona: Austral; 2013. p. 273.
45. Gadamer H-G. Op. cit. 2012. p. 216.
46. Vergara O. Some notes on the contribution of the narrative approach to the decision making process in healthcare ethics, pro manuscripto: 6-10. (mímeo)
47. Aristóteles. Op. cit. Libro II, 4, 1105b7-8.
48. Plutarco. Vidas paralelas. Madrid: Calpe; 1919. t.III, p. 177.
49. Toledo J de. The history of Wamba: Julians of Toledo's historia Wambae regis. Washington: Catholic University of America; 2005. p. 178-9.
50. Gadamer H-G. Op. cit. 2012. p. 386.
51. Gadamer H-G. Op. cit. 2012. p. 396.
52. Gadamer H-G. Op. cit. 2012. p. 378 ss.
53. Gadamer H-G. Op. cit. 2012. p. 401.
54. Gadamer H-G. Op. cit. 2012. p. 413-14.
55. Gadamer H-G. Op. cit. 2012. p. 413.
56. Grondin J. ¿Qué es la hermenéutica? Barcelona: Herder; 2008. p. 72.
57. Tomás de Aquino. Suma de teología, II-II, q. 49, a. Regentes EPDE. Madrid: BAC; 2006-2010.
58. Conill J. Ética hermenéutica: crítica desde la facticidad. Madrid: Tecnos; 2006. p. 190.
59. Aristóteles. Op. cit. 1095a3-11.
60. Aristóteles. Op. cit. Libro II, 1, 1103a20-22.
61. Aristóteles. Op. cit. Libro II, 1, 1103a34-35.
62. Aristóteles. Op. cit. Libro VI, 9, 1142b19-23.
63. Vergara O. Ética biomédica y prudencia. Cuadernos de Bioética. 2015;26(87):267-77.

Recebido: 9.8.2016  
Revisado: 14.2.2017  
Aprovado: 24.2.2017