

Reconocimiento en el acto médico: Implicaciones éticas desde las propuestas de Honneth y Pellegrino

Ricardo Cartes-Velásquez

Facultad de Medicina,
Universidad de Concepción
cartesvelasquez@gmail.com

Recognition in the medical act: Ethical implications from the proposals of Honneth and Pellegrino

ISSN 1989-7022

RESUMEN: En su Teoría del Reconocimiento, Honneth plantea que es la interacción entre los seres humanos la que determina la constitución de estos, siendo el reconocimiento, el elemento fundamental para dicha constitución en tres esferas: el amor, el derecho y la solidaridad. Pellegrino identifica que la medicina es una empresa moral, construida sobre ciertas creencias de lo bueno y lo malo, y presenta una caracterización del acto médico constituida por tres elementos: el hecho de la enfermedad, el acto de profesión y el acto de medicina. En este artículo se evaluará las implicaciones éticas del acto médico, en el marco de la Teoría del Reconocimiento de Honneth y el modelo tripartito de la relación médico paciente propuesta por Pellegrino.

ABSTRACT: In his Theory of Recognition, Honneth states that it is the interaction between human beings that determines their constitution, being recognition, the fundamental element for said constitution in three spheres: love, law and solidarity. Pellegrino identifies that medicine is a moral enterprise, built on certain beliefs of good and bad, and presents a characterization of the medical act consisting of three elements: the fact of illness, the act of profession and the act of medicine. This article will evaluate the ethical implications of the medical act, within the framework of Honneth's Theory of Recognition and the tripartite model of the doctor-patient relationship proposed by Pellegrino.

PALABRAS CLAVE: Relaciones Médico-Paciente; Reconocimiento en Psicología; Ética Médica; Atención Médica; Libre Elección del Paciente; Derechos Humanos

KEYWORDS: Physician-Patient Relations; Recognition, Psychology; Medical Ethics; Medical Care; Patient Freedom of Choice Laws; Human Rights

Introducción

El acto médico implica ciertas características que intuitivamente consideramos "naturales" y obvias, las que parecemos (o parecíamos) aceptar sin mayores críticas. Por ejemplo, aceptamos que se trata de una relación de cuidado (de un profesional con vocación de ayudar a un sufriente) y la asimetría de los actores (por un lado, un paciente vulnerable e ignorante, por otro, un profesional sabio y omnipotente), algo que podríamos resumir en un diálogo o relación entre un sanador y un sufriente (Emanuel & Emanuel, 1999; De Castro-Peredo, 2005). Aun cuando esta visión o predisposición responde a una práctica médica vista y experimentada en su mayoría hace decenios y siglos atrás, actualmente minoritaria, muchos siguen considerando que el acto médico tiene estas y otras características similares (De Castro-Peredo, 2005; Rodríguez Silva, 2006).

Si se analizan los motivos por los que la gente en Chile reclama contra la atención médica en la Superintendencia de Salud, veremos que en su mayoría se refieren a que el médico no entregó información suficiente al paciente, por lo que el paciente no se sintió estimado como persona, o derechamente, sintió que recibió un trato indigno, no acorde a su estatus de persona (Portela León, 2013), no fue reconocido. Esto nos lleva al tema de la identificación de los roles que se dan en el acto médico, dicho de otra forma, a qué es lo que reconoce el médico y el paciente en el otro y en cada uno al momento de la atención en salud. Pareciera que en la práctica actual no existe un acuerdo sobre cómo

Ricardo Cartes-Velásquez:
"Reconocimiento en el acto médico: Implicaciones éticas desde las propuestas
de Honneth y Pellegrino", en
IILEMATA, Revista Internacional de Éticas Aplicadas, n° 42, 39-50



Received: 22/08/2023
Accepted: 30/05/2023

deben reconocerse unos a otros, acuerdo que sí parece darse en la relación idealizada del sanador y el sufriente de épocas pasadas.

En las últimas décadas, diversas teorizaciones sobre el reconocimiento y conceptos aledaños han tomado relevancia social a la hora de explicar el conflicto entre diversos actores, tanto a nivel de personas como de grupos (Ricoeur, 2006; Taylor, 1997; Fraser & Honneth, 2003; Iser, 2019; Heins, 2012). En otra vereda, caracterizaciones y propuestas normativas de la relación médico paciente han intentado comprender, precisamente, los conflictos, demandas y contextos de una relación en rápida evolución producto de los vertiginosos cambios sociales, económicos y tecnológicos de las últimas décadas (Emanuel & Emanuel, 1999; De Castro-Peredo, 2005).

El objetivo de este artículo es explorar preliminarmente las implicaciones éticas del acto médico, en el marco de la Teoría del Reconocimiento de Honneth y el modelo tripartito de la relación médico paciente propuesta por Pellegrino. Para esto, se presenta una breve caracterización de las propuestas de ambos autores; se sigue un análisis exploratorio del modelo de Pellegrino enmarcado en cada una de las esferas del reconocimiento propuestas por Honneth: Derecho, Solidaridad y Amor.

1. Consideraciones teóricas: Honneth y Pellegrin.

Para Honneth (1997), así como para otros investigadores, el reconocimiento es una clave que se utiliza en varias teorías morales, pero con significados distintos en cada una (Ricoeur, 2006; Taylor, 1997; Fraser & Honneth, 2003; Iser, 2019). En cualquier caso y más allá del significado específico, Honneth entiende que en la base de cualquier teoría moral se encuentra una forma de reconocimiento recíproca.

Honneth (1997) toma las tres instancias planteadas por Hegel para definir tres esferas en las que se da el reconocimiento, siendo estas respectivamente el amor en la familia, el Derecho en el Estado y la solidaridad en la sociedad civil. El reconocimiento fallido en estas esferas llevará, respectivamente, a una pérdida en la auto-confianza, el auto-respeto y la auto-estima. En tal sentido, podemos ver cómo la falla en el reconocimiento de otros va a llevar a fallos en el propio auto-reconocimiento o, mejor dicho, en elementos necesarios para lograr ese auto-reconocimiento.

Si bien, no existen certezas respecto a la primacía de una esfera por sobre otra, Honneth sigue a Kant en su idea de que es la esfera del Derecho, sostenida por el Estado en defensa del respeto por todos los seres humanos, la que se encontraría en la base de un sistema de reconocimiento adecuado o bien logrado. En este sentido, las esferas de la solidaridad y el amor parecen tener un rol auxiliar y periférico frente al carácter central del Derecho y el Estado (Honneth, 1997).

En este marco del reconocimiento y volviendo al acto médico, podemos ver que la atención médica es un acto interactivo, como ya dijimos, entre un sufriente en condiciones de vulnerabilidad diversa y un experto en condiciones de potencialidad también diversa. Por otra parte,

el acto médico para los profesionales de la medicina es un arte y ciencia que debe ajustarse a una serie de principios éticos, los que en la práctica se refieren básicamente a principios deontológicos que se plasman en los códigos de ética de instituciones médicas nacionales e internacionales (De Castro-Peredo, 2005).

Pero el acto médico implica también, siempre desde la perspectiva del profesional, una disposición que atiende no solo a las necesidades físicas del paciente, en cuanto paciente, sino también a sus necesidades psíquicas y sociales. En otras palabras, al menos desde la posición del médico, existe cierto deber por reconocer al paciente en cuanto persona.

Siempre en el marco del reconocimiento, lucha por él o demanda de él, en las últimas décadas han aparecido corrientes éticas y sociológicas que buscan lograr un rol más activo de los pacientes durante "el acto médico", superando el paternalismo que ha caracterizado históricamente esta relación. Estas corrientes parecen atender a la necesidad de pacientes que ya no se reconocen como vulnerables en una situación asimétrica, sino como iguales en una relación entre iguales con distintos roles, pero que tampoco se puede o debe resumir en cliente-prestador (Emanuel & Emanuel, 1999; Bascuñan & Luz, 2004). Lo que parece ocurrir, es que al igual que otras relaciones inter-personales o inter-grupales, la relación médico paciente ha cambiado. Esto se originó en las exigencias de personas o grupos que se encontraban o sentían en una situación de menoscabo. Así, los pacientes presionan para que se les reconozcan nuevas capacidades y derechos, contrarias a cualquier forma de paternalismo (Emanuel & Emanuel, 1999).

En sus últimos trabajos, Pellegrino (2002, 2006) centró sus esfuerzos en la reconstrucción de una moralidad médica, donde el aspecto central era la relación de sanación que se establecía entre paciente y médico. Pellegrino identifica que la medicina es una empresa moral, que se construye sobre ciertas creencias de lo bueno y lo malo, y que solo hasta épocas recientes ha tenido un desarrollo en un sentido ético estricto. La ética es un ejercicio sistemático y racional para identificar lo bueno y lo malo, señala Pellegrino. El ejercicio es necesario, los tiempos han cambiado y la figura del médico omnipotente ya no es sostenible.

La sistematización que ofrece Pellegrino alcanza a una caracterización de la relación médico paciente que apunta al acto médico. En esta caracterización encontramos tres elementos: el hecho de la enfermedad, el acto de profesión y el acto de medicina.

El hecho de la enfermedad pone a la persona en una situación de vulnerabilidad, no solo por la disminución de sus recursos físicos y mentales, o su debilidad y exposición a situaciones de mayor daño, sino también por la duda, la incertidumbre de lo que ocurrirá más adelante y la aparición de la posibilidad del fin de la vida, que le empujan a la búsqueda de ayuda (Pellegrino, 2006).

El acto de profesión detalla otras implicaciones; no sería solo la proclamación de, o el profesar que, se ayudará al paciente y se buscará su bien, sino que el médico se compromete a lograrlo, lo que implica que cuenta con el conocimiento (las competencias) necesario y que lo usará en el bien del paciente. Esto a su vez abre otras implicaciones. El médico debe equilibrar una serie de bienes que incluyen los propios deseos del paciente. Finalmente, el acto de profesión implica que el encuentro médico es una relación desigual, no por deseo, sino por

su propia constitución, pero además es una promesa del médico con su paciente (Pellegrino, 2006).

La tercera parte, el acto de medicina, está constituido por aquellas acciones que finalmente lograrán el cometido de sanar al paciente, acciones apoyadas en la ciencia médica que se aplica juiciosamente para el paciente en particular, en consideración de todas sus condiciones. Esto también implica que se ha de considerar a la persona con sus valores, a la persona en el amplio sentido del término (Pellegrino, 2006).

2. Reconocimiento en el acto médico: Derecho.

Tomando como referencia a Chile, el derecho ha regulado el acto médico desde las prerrogativas que le corresponden a cada profesión. El elemento más relevante que aplica el Derecho al acto médico en Chile es la Ley 20.584 que “regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud” (Estado de Chile, 2012). Los elementos generales más relevantes de la ley guardan relación con la atención oportuna, sin discriminación, con un trato digno y respetuoso. En tanto que, a nivel más práctico, la Ley releva el derecho a la información durante todo el proceso de atención en salud; la autonomía del paciente para decidir respecto a los tratamientos que recibe (exceptuando los relacionados con eutanasia y similares). Por último, la Ley 20.584 contiene un apartado respecto a los deberes de los pacientes y sus familiares o acompañantes, que básicamente exigen respeto y colaboración con los funcionarios y establecimientos de salud donde son atendidos.

La Ley 20.584 es un buen ejemplo de reconocimiento desde lo planteado por Honneth, toda vez que el elemento central a lograr es el respeto que debe existir entre el paciente y el funcionario de salud. Más específicamente, la capacidad o competencia que se pretende que se reconozca o respete es, esencialmente, la autonomía del paciente en un marco jurídico más amplio (las leyes y la constitución). De esta manera se busca generar en el paciente el logro central para Honneth respecto de la esfera del Derecho, el autorrespeto. Sin embargo, la Ley 20.584 falla o descuida el autorrespeto que también debe existir en la otra dirección de la relación, básicamente porque es una relación paciente-céntrica. Esto lleva a que el logro del autorrespeto en el funcionario de salud no sea una meta a lograr, al menos no una relevante y declarada explícitamente. Para profundizar en esta aparente parcialidad en desmedro del médico, en particular, es relevante remitirnos a la caracterización de Pellegrino (2006).

En el hecho de la enfermedad podemos ver que la aplicación del reconocimiento sobre el acto médico debe tener especial consideración de la situación de vulnerabilidad del paciente y debe ir en búsqueda activa de un aseguramiento del autorrespeto del paciente, algo que se expresa en una autonomía protegida por la Ley. Esto, sobre la base de que el reconocimiento de la autonomía del profesional, su autorrespeto, están por descontadas y no es, en principio, una cuestión que demande de esfuerzos o gastos. Sin embargo, tal como mencioné en la introducción, esta relación asimétrica se ha tornado más simétrica y en algunas ocasiones puede generar una situación de vulnerabilidad para el profesional. Esto puede ocurrir debido a que la autonomía del profesional para tomar decisiones se ve cuestionada, no por los deseos del paciente respecto a lo que espera como resultado de un tratamiento, sino por su deseo

de elegir un determinado tratamiento sobre la base de sus propios conocimientos, los que a su vez se limitan generalmente a *Dr. Google* o a información anecdótica que le dan conocidos (Lee et al., 2014).

El acto de profesión del médico no es solo la proclamación de (o el profesar) que ayudará al paciente o buscará su bien, sino un compromiso genuino de hacerlo, lo que implica que cuenta con el conocimiento (las competencias) necesario y que lo usará en el bien del paciente; para cumplir este compromiso el médico debe equilibrar una serie de bienes, entre los que se incluyen los propios deseos del paciente. El acto de profesión refuerza la idea de que el encuentro médico-paciente es una relación desigual, no por deseo sino por su propia constitución, la que además implica una promesa del médico al paciente. Así, lo relevante no es la actitud del paciente que lo motiva a exigir al médico un determinado tratamiento, sino la disposición, la profesión del médico para recomendar el mejor tratamiento de acuerdo a sus condiciones e ir en búsqueda de su bien. Por lo tanto, siempre desde de la esfera del Derecho planteada por Honneth, el acto de profesión viene a reforzar la situación de vulnerabilidad del paciente. En efecto, es el médico el que está obligado a una búsqueda activa de las condiciones que aseguren la autonomía de su paciente, logrando el autorrespeto del paciente. Mientras que, si miramos desde la perspectiva del médico, el acto médico le plantea exigencias para que en su actuar asegure la autonomía y el bien del paciente, y es el logro exitoso de la satisfacción de estas exigencias el que finalmente determinará su autorrespeto. Esto abre un punto interesante porque, en cierto modo, el autorrespeto del médico no estaría definido ni plenamente sustentado por las leyes ni por el actuar del paciente, sino que dependería en exclusiva de él mismo, de su propio actuar. Dicho de otra forma, en el acto médico, la autonomía del profesional tiene como único propósito el bien del paciente, asegurándole su autonomía. Esto es coherente con el carácter de omnipotencia que se le adjudica al médico en el acto médico y la relación médico-paciente, como complemento de la situación vulnerable del paciente.

El acto de medicina está constituido por aquellas acciones que finalmente lograrán el cometido de sanar al paciente, acciones apoyadas en la ciencia médica que se aplica juiciosamente al paciente en particular, en consideración de todas sus condiciones. Esto también implica que se ha de considerar a la persona con sus valores y principios, a la persona en el más amplio sentido del término. Esto puede dar la idea de que, en el acto médico, el médico tiene un mero rol instrumental y que, por lo tanto, en cierto modo, no es relevante su autorrespeto.

Así las cosas, parece que, si se considera la propuesta de Pellegrino en el marco de la esfera del Derecho, se pueden dar dos situaciones que no son compatibles con el reconocimiento. Primero, el autorrespeto del médico es una cuestión importante y necesaria, pero que depende en exclusiva del propio actuar del médico. Segundo, el autorrespeto del médico no es importante ni necesario, solo importan las condiciones para lograr el autorrespeto del paciente. En ambos casos, el autorrespeto del médico parece un producto de autopoiesis, lo que claramente es incompatible con un reconocimiento que nace de condiciones de reciprocidad y mutualidad. Es importante insistir en que no podemos dar por descontado el autorrespeto del médico solo por la omnipotencia histórica que ha tenido su figura en el acto médico, precisamente por la existencia de relaciones médico paciente conflictivas.

Si volvemos sobre Honneth (1997), en su caracterización del Derecho no queda del todo claro qué es lo que debe (auto) respetarse, aunque sí deja claro que una de las premisas o requisi-

tos a la base es la racionalidad. Si consideramos que el paciente va al médico para recuperar su salud, porque cree que es el mejor capacitado para indicar los medios que alcancen ese fin, el conflicto debería solucionarse en la medida en que el médico, equipado con la mejor evidencia científica, transmite esa información al paciente, quien racionalmente la analiza y la acepta. Nuevamente se da la situación en que el médico tiene responsabilidad absoluta y omnipotencia sobre la relación, por lo que, si consideramos al paciente como persona, el médico adquiere un nivel suprahumano, donde el requisito del autorrespeto del profesional más que descontado parece innecesario.

En resumen, en la esfera del Derecho y la caracterización tripartita del acto médico, el logro del autorrespeto del paciente, entendido esencialmente como autonomía, se ha establecido como el resultado de condiciones que parecen garantizar la Ley. Sin embargo, el autorrespeto del médico es una cuestión complicada de definir y lograr, atendiendo a que parece darse por descontada e irrelevante en un sistema caracterizado por la responsabilidad absoluta y omnipotencia del médico. Esta complicación desestabilizaría el logro del autorrespeto del paciente, ya que la reciprocidad y mutualidad en la base del reconocimiento exige el logro del autorrespeto en todos los actores involucrados. Ante esto, la situación se salvaría desde un actuar racional de los actores a partir de la evidencia científica. A pesar de ello, sigue siendo problemático alcanzar una concepción clara de las condiciones necesarias para el logro del autorrespeto del médico, lo que explicaría la escasa importancia que se le da en la Ley, poniendo el énfasis en la situación de vulnerabilidad del paciente frente al médico.

3. Reconocimiento en el acto médico: Solidaridad

Para Honneth, el logro en la esfera de la solidaridad es la autoestima, donde *cada miembro de la sociedad se desplaza a valorarse de este modo a sí mismo*. Así, se supera esta valoración por estamentos o grupos y se da una relación simétrica entre particulares que es significativa para la praxis común. Honneth la llama solidaridad porque excede la mera tolerancia de la autorrealización del otro, va más allá, hacia una preocupación genuina por la autorrealización del otro en tanto elemento necesario para el logro de *objetivos que nos son comunes*. Esto es patente en las instituciones mencionadas en el párrafo anterior, especialmente si consideramos que los objetivos de vida aun cuando sean influenciados e incluso determinados por la sociedad, tienden a ser objetivos con beneficios personales, por lo tanto, no comunes. Desde Honneth (1997), tomando conceptos de Mead y Weber, la solidaridad es entendida, en cambio, como un ejercicio de reconocimiento de ciertas capacidades que son valiosas y pueden ser complementarias de una praxis común, redunde o no en beneficio de objetivos particulares. Esto es lo que permitirá el logro de la autoestima, en tanto que la comunidad a la que una persona pertenece la reconoce como valiosa sin importar si es funcional a los intereses de otros particulares.

Si analizamos los elementos propuestos por Pellegrino en esta esfera de la solidaridad, podemos ver que los tres elementos no se orientan a la búsqueda de condiciones que garanticen el reconocimiento de la autonomía como sucedía en la esfera del Derecho, sino más bien a establecer un compromiso con el desarrollo, la autorrealización del otro. Para alcanzar este logro es necesario superar o, al menos, acotar el impacto de la enfermedad y recuperar la

salud. Así, el hecho de la enfermedad, esa situación de vulnerabilidad en la que se encuentra el paciente, establece que este ha visto mermada sus posibilidades para desarrollarse, para expresar sus capacidades, por lo que el acto médico pasa a ser el medio para que recupere su salud, dado que todas las personas son valiosas y merecen desarrollarse. En estos términos, el acto médico es una muestra de solidaridad.

A diferencia de lo que ocurre con el Derecho, la solidaridad permite apreciar el hecho que todos somos personas, todos podemos enfermarnos y ser pacientes, todos tenemos proyectos de vida y cualidades distintas, todas valiosas y en algún sentido complementarias. De esta manera, se amplía la noción de (auto) respeto para con otros, asegurada por la imposición de cierto cuerpo jurídico, y se avanza a la (auto) estima para con otros, dado que somos pares, distintos, pero valiosos todos en cuanto personas. Este hecho es relevante porque otorga a cada uno la posibilidad de experimentarse en la posición del otro, sin necesidad de reglas impuestas externamente, como las leyes. Por otro lado, cuestiona la posición rígida de responsabilidad total y omnipotencia que quedó insalvable en la esfera del Derecho. Desde la solidaridad, mi posición puede cambiar y ciertamente lo hará muchas veces a lo largo de la vida.

El acto de profesión, como declaración de la búsqueda del bien del otro, también se ve modificado en esta esfera. El compromiso del médico con la búsqueda del bien del otro se sustenta en que el otro es valioso, como lo son todas las personas; este hecho es el que lo mueve y orienta sus competencias a ser un buen médico. La solidaridad resta peso al acto de profesión como expresión de la prerrogativa del médico en el acto médico y pone el peso en la reciprocidad, no de iguales en tanto cualidades y objetivos vitales, sino de personas con igual valor y cualidades complementarias.

En tanto que, el acto de la medicina, también ve modificada la concepción que se había planteado en la esfera del Derecho. Esto ocurre porque en la solidaridad se destaca la división del trabajo, la complementariedad de funciones, por lo que la responsabilidad total y la omnipotencia se muestran como visiones más bien ilusorias del acto médico. El médico asume un rol más acotado, sus conocimientos y habilidades concretas se deben orientar a recuperar la salud del enfermo, pero ciertamente no son infinitas ni infalibles.

En esta nueva perspectiva del acto de la medicina donde se reconoce un set de competencias acotadas del médico, toma relevancia una idea que está en la base de algunas corrientes terapéuticas en psicología, la de que el profesional es experto en medicina y el paciente es experto en sí mismo.⁹ En este sentido, y términos de los roles en una relación terapéutica, el resultado de una terapia no demanda exclusivamente que el profesional sea un buen profesional, sino que el paciente sea un buen paciente.

La esfera de la solidaridad en la teoría del reconocimiento de Honneth nos permite apreciar al médico, primero como un par con su paciente, persona valiosa, con competencias especiales para ayudar a otros en la enfermedad, pero con competencias acotadas. Desde esta comprensión, no solo se rompe con la idea de omnipotencia, sino que aún más importante es que la responsabilidad en el acto médico es una carga conjunta, no una carga que deba empujar solo el médico para beneficio del paciente. El acto médico, en cuanto solidario, es un acto de cooperación.

Podemos reforzar esta visión con el hecho de que en la medida que paciente y médico cooperen en el acto médico, además de reconocer mutuamente su valía en cuanto persona, reconocen cualidades y competencias en el otro. Este reconocimiento mutuo, recíproco, permite generar un círculo virtuoso de trabajo conjunto que redundará en la recuperación de la salud del paciente y en la experimentación de ser un buen médico, lo que a su vez redundará en la (auto) estima de ambos.

A pesar de las bondades que podemos apreciar desde esta esfera, existe el peligro de entrar en un círculo vicioso en la medida que la cooperación, la complementariedad entre médico y paciente, deje zonas de acuerdo sin explicitar, donde luego aparezcan conflictos. Esto vuelve a cargar la balanza de la responsabilidad sobre el médico, pero no una responsabilidad absoluta fundada en una posición de omnipotencia; tales casos funcionan más bien como recordatorios de la relevancia de establecer reglas claras y expectativas realistas, compartidas explícitamente con el paciente.

En resumen, la esfera de la solidaridad ha permitido generar una comprensión del acto médico como acto de cooperación, en el que se reconocen las limitaciones de ambos actores; el médico ya no es el responsable absoluto y omnipotente de la relación. Esto permite superar en gran parte los problemas de un concepto de reconocimiento pensado solo desde la esfera del Derecho, relevando el rol de personas de los pacientes que se destaca en la Plegaria de Maimonides. Sin embargo, el acto médico así entendido no queda inmune a la aparición de conflictos, para los que se puede apoyar en elementos de Derecho, especialmente en relación a la existencia de reglas claras y reconocidas por ambas partes.

4. Reconocimiento en el acto médico: Amor

El amor, la dedicación del médico hacia sus pacientes, ha sido objeto de expresiones artísticas, y muchas veces considerado como la diferencia entre el carácter del médico y la de otros profesionales. Situaciones como turnos nocturnos y de fin de semana, visitas en las que no importa la hora, cirugías de decenas de horas, entre otros, son elementos que muestran el sacrificio del médico. En palabras de Sir Francis Thomas (citado por Romer, 2009) *“Ningún bebedizo, infusión o tratamiento alguno administrado al enfermo, surtirá más efecto que el amor y la constancia del médico por su paciente”*.

Pero el amor en la teoría del reconocimiento de Honneth apunta esencialmente a la primera forma de reconocimiento que experimentamos en nuestra familia, la que tendría un carácter dual: individualidad y simbiosis, fundamentalmente con nuestra madre. Cuando se altera esta dualidad se darían deformaciones patológicas del amor como el masoquismo y el sadismo. Honneth pone énfasis en la fusión como una etapa inicial de la interacción, donde no existe la necesaria individualidad, desde esta lógica, *la relación de amor idealmente representa una simbiosis rota por el reconocimiento*, reconocimiento que implica una dedicación recíproca. Dicho de otra forma, el reconocimiento rompe la simbiosis y la une con la individualidad, el reconocimiento es el logro de la co-existencia armónica de ambas.

El amor, entendido como un reconocimiento que es la evolución de la simbiosis hacia la individualidad, reteniendo el vínculo, nos proporciona una perspectiva interesante para comprender qué caminos pueden seguir el acto médico y la relación médico paciente para alcanzar estados más plenos de reconocimiento. Aquí debemos recordar que Honneth se apoya en la teoría de relaciones objetales de Winnicott (1967) para mostrar cómo desde una dependencia absoluta, tanto física como afectiva, se pasa a una relativa en que, tras ataques destructivos del niño a la madre, que soporta sin venganza, se logra una delimitación de las fronteras entre la madre y el niño, pero manteniendo la dependencia del amor del otro. Aquí podemos establecer un paralelo entre madre y médico, así como niño y paciente.

Lo anterior se muestra como una explicación alternativa de cómo operan las crecientes corrientes anti-paternalistas en la práctica médica, que defienden una mayor autonomía de los pacientes en la toma de decisiones de su proceso de salud. Así, parafraseando el proceso de individuación del niño (paciente) respecto a su madre (médico), podríamos decir que este proceso anti-paternalista permite al niño (paciente) lograr la seguridad necesaria para *la realización social de sus propias pretensiones de necesidad (la autonomía del paciente)*. Tomando la propuesta de etapas de Erikson y la teoría de Honneth podríamos decir que, porque está seguro del amor de su médico, el paciente consigue la confianza en sí mismo que le permite sin angustia ser solo consigo; desarrolla de esta manera la autoconfianza, y este es el logro en la esfera del amor médico-paciente.

En este orden de ideas, en la esfera del amor retomamos una de las conclusiones iniciales que dejó el análisis en la esfera de la solidaridad, me refiero a la interacción entre pares, valiosos en tanto personas y que han superado la responsabilidad absoluta y omnipotencia del médico sobre el paciente. Sin embargo, esa relación de simbiosis con mayor dependencia del niño (paciente) parece seguir dominando la mayoría de las relaciones médico paciente y los actos médicos, lo que es aún más notorio en los casos donde el paciente suma a la vulnerabilidad propia de la enfermedad otras relativas a aspectos socioculturales, educativos o económicos. Pero así también, de manera creciente, se dan actos médicos mediante relaciones más simétricas, donde el profesional tiene internalizada la individualidad (autonomía) de su paciente, y este, a su vez, reconoce las competencias del médico; en otras palabras, ambos reconocen mutuamente su carácter de personas y logran generar una relación de (auto) confianza.

Cuando analizamos los tres elementos de la propuesta de Pellegrino (2006), podemos ver que, desde el hecho de la enfermedad o de la vulnerabilidad que impone la enfermedad en el paciente, el amor del médico puede fluctuar entre un extremo paternalista, donde predomina la simbiosis con una mayor dependencia del paciente hacia el médico, y otro extremo donde el médico reconoce la individualidad de su paciente y sus propias pretensiones de necesidad. Son los actos médicos más cercanos al segundo extremo los que parecen implicar un reconocimiento bien logrado, alcanzado la autoconfianza. Este cruce de la esfera del amor y el hecho de la enfermedad aporta una perspectiva diferente acerca de la enfermedad en el contexto del reconocimiento, me refiero a las pretensiones de necesidad del paciente. Esta visión, que hemos asumido previamente a partir de la definición de Pellegrino, difiere de la concepción tradicional que asume la enfermedad como un determinante de vulnerabilidad. Sin embargo, esta perspectiva es problemática porque podría, nuevamente, dejar al médico como mero instrumento para satisfacer las necesidades del paciente. Considero, pese a ello, que no es el caso, ya que, si tomamos el paralelo madre-niño y médico-paciente, cuando el

reconocimiento rompe con la simbiosis dependiente, el niño (paciente) reconoce también a su madre (médico) como individuo y con ello renuncia a su utilización instrumental para satisfacer sus necesidades. Dicho de otra forma, el paciente no podría reconocer sus propias pretensiones de necesidad al reconocerse persona y rechazar el carácter de persona del médico.

Si avanzamos al acto de la profesión desde la esfera del amor, encontramos que la disposición a lograr el bien del otro es solo posible si el médico parte por considerar que el paciente es otra individualidad que tiene condiciones y un contexto propio, tal como señala la definición de Pellegrino. Así, para alcanzar la (auto) confianza en el acto médico, resulta imprescindible que el médico logre transmitir que reconoce la pretensión de necesidad de su paciente, mientras que el paciente recíprocamente reconoce la pretensión del médico, que en este caso sería la de buscar el bien del paciente en los términos más amplios. En la actualidad esta posibilidad parece lejana, toda vez que la relación médico-paciente ha sido aceptada como una prestación de servicios que debe regularse por los mismos criterios que cualquier compra-venta de bienes o servicios.

Luego, en el acto de la medicina, sustentado en el conocimiento y las habilidades necesarias para recuperar la salud del paciente, podríamos situar el reconocimiento desde la esfera del amor en que el médico, al reconocer la individualidad del paciente, pueda ofrecer más de una opción para lograr un mismo objetivo. Esto se relaciona con la idea de que el profesional es experto en técnicas terapéuticas y el paciente es experto en sí mismo, por lo que la aceptación de la individualidad del paciente implica que, sobre varias opciones médicamente válidas, será el propio paciente quien elige cuál es la mejor para su propio caso.

En resumen, la esfera del amor ha permitido avanzar desde la relación de cooperación, que nos dejó la esfera de la solidaridad, hacia la aceptación de la individualidad del paciente y la posibilidad de que la enfermedad no represente un estado de vulnerabilidad, sino una pretensión de necesidad desde una individualidad que acepta otras individualidades.

4. Discusión

En un trabajo reciente, Ramos Vergara & Bedregal García (2017) realizaron un análisis de los principales temas sobre ética médica en la práctica clínica tratados en revistas chilenas. Un hallazgo relevante es que la relación médico paciente ocupó el segundo lugar entre los temas más mencionados, y que los deberes y obligaciones del médico ocuparon el primer lugar por un amplio margen. Este dato da sustento a la idea de que la relación médico paciente es un tema relevante en la investigación bioética actual, pero también refuerza la convicción de que la aproximación actual está orientada fuertemente por lo deontológico, por la esfera del Derecho, y la responsabilidad y omnipotencia del médico. La situación es concordante con la existencia de una ley de derechos y deberes que se centra en un rol activo-dador del médico y uno pasivo-receptor del paciente. Esto último parece ser independiente de que se promueva o no la autonomía del paciente, vale decir, se da aun cuando el paciente sea autónomo, pues sigue siendo el médico quien está a cargo del proceso.

El análisis del cruce de las propuestas de Honneth y Pellegrino ha permitido complementar la perspectiva dominante de la relación médico paciente, descrita en el párrafo previo. Los aportes que hacen las miradas desde la esfera de la solidaridad y el amor, no solo enriquecen la del Derecho, sino que permiten vislumbrar soluciones o mejoras a las limitaciones vistas en el análisis de la esfera del Derecho. En tal sentido, las consideraciones del reconocimiento en la esfera de la solidaridad representan un punto de inflexión para corregir las amenazas que implica la responsabilidad absoluta y omnipotencia del médico. Este hecho no es del todo imprevisto, el mismo Honneth reconoce que la solidaridad es la esfera donde las luchas por el reconocimiento pueden generar una ampliación de este último.

A partir de este análisis, resulta de interés el paralelo que se da entre estas nuevas perspectivas del cruce de reconocimiento y acto médico con la propuesta de los modelos de relación médico paciente de Emanuel & Emanuel (1999), que incluye los modelos paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo. Mientras los modelos paternalista e informativo están más cercanos a la responsabilidad absoluta y omnipotencia del médico, el interpretativo y deliberativo son más cercanos al modelo de la relación cooperativa que nos ofrece la esfera de la solidaridad.

Por otro lado, la esfera del amor reforzó la perspectiva de la solidaridad, pero, además, considerada como reflejo de la relación madre-niño (bebé), ofreció una mirada alternativa al hecho de la enfermedad como una situación de vulnerabilidad que vive el paciente. Esto no es menor, si consideramos que la enfermedad ha sido un hecho de la causa, incuestionable, cuando se analiza la relación médico paciente. La mirada alternativa de las pretensiones de necesidad, ciertamente no está libre de problemas si queremos integrar acto médico y reconocimiento, pero ofrece una alternativa coherente con la existencia de relaciones médico paciente cada vez más simétricas.

A pesar de todo lo anterior, no debemos olvidar que, tal como señala Honneth, la división en estas tres esferas es representativa de la situación actual en términos generales del conflicto social. Sin embargo, la división de las tres esferas es difusa y no necesariamente aplicará a todos los escenarios particulares de los conflictos sociales. Para el caso de la relación médico paciente, el análisis realizado parece apuntar a que hay una esfera distinta que toma mayor relevancia, una intermedia entre la solidaridad y el amor. Por otro lado, el rol del Derecho, esfera central según los planteamientos de Honneth, pareciera tener un rol más periférico o de red de seguridad cuando la relación médico paciente devenga en un conflicto no resuelto desde la solidaridad y el amor.

La lucha por el reconocimiento es una cuestión presente en una amplia parte de las relaciones sociales. Una de sus características más importantes es ser un proceso y no un estado, un continuo de la ampliación de las capacidades y el desarrollo de las personas. El acto médico, por otra parte, es también un proceso continuo, cambiante y demandante que forma parte de una de las relaciones más importantes en sociedad, la relación de cuidado. En tal sentido, la exploración filosófica sobre esta materia también debe asumirse como un trabajo continuo que permita generar nuevas comprensiones de la relación entre médicos y pacientes.

Referencias.

- Bascuñán, R., & Luz, M. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista Médica de Chile*, 133(1), 11-16.
- De Castro-Peredo, H. F. (2005). Ética médica en la literatura del siglo XIX. *Gaceta Médica de México*, 141(4), 323-334.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1999). *Cuatro modelos de la relación médico-paciente*. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 13.
- Estado de Chile. (2012). *Ley 20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. Santiago: Estado de Chile.
- Fraser, N., & Honneth, A. (2003). *Redistribution or recognition?: A political-philosophical exchange*. London: Verso.
- Heins, V. (2012). The global politics of recognition. In Shane O'Neill and Nicholas H. Smith (Eds.), *Recognition Theory as Social Research* (pp. 213-230). Palgrave Macmillan, London.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*. España: Crítica.
- Iser, M. (2019). "Recognition", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Consultado el 27 de Agosto de 2019. Disponible en <https://plato.stanford.edu/archives/sum2019/entries/recognition/>
- Lee, K., Hoti, K., Hughes, J. D., & Emmerton, L. (2014). Dr Google and the consumer: a qualitative study exploring the navigational needs and online health information-seeking behaviors of consumers with chronic health conditions. *Journal of Medical Internet Research*, 16(12), e262. Disponible en <https://plato.stanford.edu/archives/fall2014/entries/episteme-techne/>
- Pellegrino, E. D. (2002). Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 69(6), 378-84.
- Pellegrino, E. D. (2006). Toward a reconstruction of medical morality. *The American Journal of Bioethics*, 6(2), 65-71.
- Portela León, F. J. (2013). Caracterización de los aspectos bioéticos en los reclamos realizados ante la superintendencia de salud de Chile en el área de odontología. *Acta Bioethica*, 19(1), 143-152.
- Ramos Vergara, P., & Bedregal García, P. (2017). La ética médica en discusión: análisis de los principales temas sobre ética médica en la práctica clínica tratados en revistas nacionales de Medicina y Bioética 1998-2013. *Acta Bioethica*, 23(1), 71-81.
- Ricoeur, P. (2006). *Caminos del reconocimiento. Tres estudios*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Rodríguez Silva, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4).
- Romer, M. (2009). El amor en el ejercicio de la medicina. *Gaceta Médica de Caracas*, 117, 1, 71-76
- Soler, J., & Raurich, J. (2015). *Comunicación y atención primaria para los alumnos de Medicina*. España: Universitat de Lleida.
- Taylor, C. (1997). The politics of recognition. *New Contexts of Canadian Criticism*, 98, 25-73.
- Winnicott, D. (1967). *El concepto de individuo sano*. In Conferencia pronunciada en la División de Psicoterapia y Psiquiatría Social de la Real Asociación Medico Psicológica, 8.