

Universidad de Concepción

Facultad de Humanidades y Arte

Programa de Magíster en Filosofía

**Implicancias éticas del acto médico en el marco de la Teoría del  
Reconocimiento de Axel Honneth.**



**Tesis para optar al grado de Magíster en Filosofía**

Tesista: Ricardo Cartes Velásquez

Directora de tesis: Claudia Muñoz Tobar

Julio 2020

## Resumen

En su Teoría del Reconocimiento, Honneth basado en Hegel y apoyado en Mead, 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 base a la división familia, Estado y sociedad civil planteada por Hegel, Honneth define tres esferas en las que se da el reconocimiento: el amor, el derecho y la solidaridad. El reconocimiento fallido en estas esferas llevará respectivamente a una pérdida de la autoconfianza, el autorrespeto y la autoestima. Si bien, no existen certezas respecto a la primacía de una esfera por sobre otra, Honneth ha planteado, siguiendo a Kant, que la esfera del derecho, soportada por el Estado en defensa del respeto por todos los seres humanos, es la que se encontraría a la base de un sistema de reconocimiento.

La atención médica es un acto interactivo, generalmente entre un sufriente en condiciones de vulnerabilidad diversa y un experto en condiciones de potencialidad diversa. Por otra parte, el acto médico, desde la perspectiva del profesional, es un arte y ciencia que debe ajustarse a una serie de principios éticos, básicamente deontológicos. Pero el acto médico implica también, siempre desde la perspectiva del profesional, una disposición que atiende no sólo a las necesidades físicas del paciente, sino también a sus necesidades psíquicas y sociales, vale decir, que lo reconoce en su integralidad. En las últimas décadas han aparecido corrientes, desde perspectivas 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. A pesar de esto último, el rol que juega o debería jugar la Teoría del Reconocimiento en la relación médico paciente, así como sus aportes para mejorarla o el problema de su inadecuación no han sido mayormente explorados.

En esta tesis se evaluará las implicancias éticas del acto médico, como evento particular y prototípico de la relación médico paciente, en el marco de la Teoría del Reconocimiento de Axel Honneth y el modelo tripartito de la relación médico paciente propuesta por Edmund Pellegrino.

## 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). Esta relación aparece idealizada, incluso en términos románticos, por el lazo que se mantenía con el “médico de cabecera” o “médico familiar”.<sup>1</sup> Aun cuando esta visión o predisposición responde a una práctica médica vista y experimentada en su mayoría hace decenios y siglos atrás<sup>2</sup>, muchos siguen considerando que el acto médico tiene estas y otras características similares (Rodríguez Silva, 2006; de Castro-Peredo, 2005).

Estas exigencias del acto médico, particularmente del actuar del médico más que del paciente, responden a otras características que van más allá de las que consideremos “naturales” o no. Con esto me refiero a que la idealizada relación médico paciente, ya no implica necesariamente el cuidado de un sufriente ni asimetría de los actores. Por ejemplo, muchas de las atenciones médicas solo involucran la certificación de que una persona está sana para un determinado puesto laboral. Por otro lado, en la actualidad no resulta extraño que el paciente llegue con más, mejor y más actualizado conocimiento médico de su condición que la que el mismo médico posee (Bascañán & Luz, 2005), muchas veces gracias a información entregada por “Dr. Google” (Lee, Hoti, Hughes & Emmerton, 2014).<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Muestras de esta idealización pueden ser vistas en diversas novelas, muchas de ellas Best Sellers, como *El médico* (Médicos Residentes, 2016).

<sup>2</sup> En la mayor parte de los casos, la posibilidad de tener un médico de cabecera se limitaba a un sector de la población con alto poder adquisitivo; para el resto, el acceso a la atención de un médico era más bien aleatoria, de acuerdo a la disponibilidad del centro de salud público en el que se atendiera cada persona.

<sup>3</sup> El problema no es la cantidad ni lo actualizada de la información entregada por buscadores como Google y otros, sino su calidad e interpretación; entonces, es necesario que los pacientes cuenten con una guía profesional para buscarla e interpretarla. Esta necesidad se hace patente cuando un paciente ingresa cualquier síntoma en el buscador y la enfermedad más probable parece ser siempre cáncer.

Por otra parte, no podemos obviar que, en el acto médico, el paciente entrega información personal que entregaría solo a otros muy cercanos o la guardaría para sí mismo. En este sentido, en el acto médico parece producirse un rompimiento temporal de las reglas que fuera de ese espacio determinan nuestras relaciones de intimidad en general. Lo que típicamente ocurre es que la intimidad con alguien está dada por la cercanía y duración de nuestra relación previa. Esto no aplica cuando accedo voluntariamente a entregar acceso a mi corporalidad e historia personal a una persona que en muchos casos nunca había visto antes, como es el caso de médico. Hablamos entonces de una primera excepción en este acto, la excepción de la intimidad. Se podría argumentar contra esta excepción señalando que en algunas ocasiones ese acceso se entrega a un médico que ya me conoce; el acceso es proporcional a la calidad y duración de la relación médico paciente previa; y el acceso se entrega solo para fines específicos, como es el de llegar a un diagnóstico e iniciar una terapia.

Una segunda excepción es que el paciente se ve obligado a seguir u obedecer las indicaciones del médico, aceptando su autoridad en la materia por sobre su propio conocimiento o intuiciones, esta es la excepción de la obediencia. Acá también se puede argumentar en contra señalando que el paciente puede seguir o no las indicaciones dadas por el médico, e incluso desprestigiar la autoridad del médico; o podemos decir que cuando acudimos a otros expertos, también seguimos sus instrucciones, como puede ser el caso de un abogado o un profesor.

Actualmente, parece cada vez menos presente o aceptable hacer este tipo de excepciones, intimidad y obediencia ya no son características reconocidas como obvias cuando recibo atención médica. En términos generales, parece que la figura del médico ha perdido autoridad y por tanto el acto médico ha dejado de ser un acto íntimo y de obediencia entre dos extraños. Entonces, mi visita al médico ya no implica que le confiaré cuestiones personales, sino que sólo le confiaré las que yo estime conveniente (no todas las que él consulte), y claramente seguiré solo las indicaciones que yo considere adecuadas (no todas las que él indique) (Bascuñán & Luz, 2005).

Lo anterior no es de extrañar, si consideramos que la super-especialización de la medicina ha llevado a que el médico ya no trate con personas, sino que, con sistemas orgánicos, órganos o

simplemente las enfermedades de algunos órganos en específico (Kalra, Anand & Shahi, 2003)<sup>4</sup>. Probablemente, la mayoría de las personas queremos que nos traten como personas en el conjunto de nuestra humanidad, no sólo a nuestros órganos o las enfermedades que estos pueden desarrollar. He aquí un primer problema para una buena predisposición al acto médico que habíamos definido preliminarmente, es decir, una interacción entre dos personas, personas en cuanto el sentido más amplio e integral posible.

En el reverso de la moneda, muchos pacientes acuden precisamente a realizarse ciertos procedimientos que involucran solamente alguna capacidad profesional del médico. En otras palabras, los pacientes ya no parecen tratar con personas, sino más bien con “*capacidades resolutivas*”, “*competencias médicas*” o simplemente “*servicios médicos especializados*” donde es difícil distinguir a las personas que están detrás de esas prestaciones, de hecho, es frecuente que se le califique de esa forma, prestador. Esto claramente complica aún más la predisposición al acto médico como interacción entre dos personas.

Parece, entonces, que las transformaciones que han ocurrido en el acto médico responden a que los actores ya no se identifican con aquellos de la visión idealizada de la relación médico paciente de antaño, la de sanador y sufriente. Podríamos hipotetizar que los roles con que cada uno se identifica a sí mismo y al otro son básicamente de un cliente y un prestador de servicios. Aún más, podríamos hipotetizar que esta relación cliente-prestador no difiere (en la visión actual) de la que, por ejemplo, tengo con el mecánico, un cajero o el panadero. Para ahondar en este punto, consideremos que, de acuerdo con el Servicio Nacional del Consumidor, casi 3 de cada 4 reclamos a servicios o centros médicos caen en las categorías “*servicio defectuoso*” o “*incumplimiento en las condiciones contratadas*” o “*no entrega información completa*” (Servicio Nacional del Consumidor, 2014). Estas

---

<sup>4</sup> No solo se ha perdido un trato más humano y centrado en la persona, la atención médica se ha vuelto más dependiente del uso de tecnología para realizar estudios “complementarios”. Se entiende que son complementarios en cuanto a que lo central es la anamnesis (historia clínica) y el examen físico. La dependencia de exámenes “complementarios” trae otro problema, el incremento en los costos de la atención médica, profundizando la desigualdad histórica que ha caracterizado a esta práctica.

categorías se enmarcan claramente en una visión de servicio tipo cliente-prestador como cualquier otra.

Lo relevante de este hecho no es que se categorice de esta forma los reclamos contra la atención en salud, sino que se use esa taxonomía que está definida *a priori* desde la lógica de la “calidad de servicios y productos” de un Servicio Nacional del Consumidor, precisamente, al servicio del consumidor, no de la persona. En otras palabras, lo relevante de este hecho es que se acepte, sin mayores dudas ni comentarios, que el acto médico y las disputas entre sus participantes pueden o deben caracterizarse en términos de un producto o servicio, tal como ocurre con productos u otros servicios<sup>5</sup>.

Los productos y servicios que entregan un mecánico, un cajero o un panadero ciertamente difieren de la que entrega un médico, al menos si consideramos a nuestra salud como un bien preciado más allá que cualquier producto o servicio. Por tanto, no parece intuitivamente adecuado equiparar la relación médico paciente, y específicamente el acto médico, al de otras relaciones comerciales en las que se transan productos y servicios. Más aún, si nos alejamos del lenguaje del Servicio Nacional del Consumidor y se analizan los motivos por los que la gente 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. Por ejemplo, en el caso de los reclamos contra dentistas, Portela León (2013) señala que la “principal categoría expuesta fue la de problemas de comunicación, seguida por la generación de falsas expectativas, ética profesional deficiente, comentarios sobre otro profesional, técnicas rehabilitadoras mutilantes e incumplimiento de obligaciones”, agregando que los “reclamos podrían disminuir con la inclusión

---

<sup>5</sup> Una situación similar ocurre con los “servicios educativos”. La figura del profesor, la escuela o la universidad tienen una historia de idealización y romanticismo similar a lo que ocurre con el médico. Al igual que con los servicios médicos, el Servicio Nacional del Consumidor publica periódicamente la cantidad y naturaleza de los reclamos contra instituciones educativas. En el caso de las instituciones de educación superior, la mayor parte de los reclamos se deben a problemas con cobros (Servicio Nacional del Consumidor, 2018).

de pautas éticas en la relación odontólogo-paciente, apuntando a un reconocimiento del otro, su dignidad y a la constante mejora de nuestra conciencia ética como profesionales”.

Lo anterior, nos vuelve 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. Pareciera que en la práctica actual no existe un acuerdo sobre cómo deben reconocerse unos a otros, acuerdo que sí parece darse en la relación idealizada del sanador y el sufriente descrita al comienzo.

Así las cosas, el acto médico sigue siendo una instancia de una relación especial, a pesar de su inminente transformación en una mera relación de servicios, similar a cualquier otra transacción entre un prestador y un cliente. En cualquier caso, la inminencia de esta transformación no es sinónimo de un proceso de cambio bien aceitado y libre de roces, por el contrario, parece que es resistido.

En el primer capítulo de esta tesis atenderé al primer objetivo específico, esto es, profundizar la caracterización del acto médico. En particular, intentaré identificar y delimitar una esencia del acto médico, esencia que a mi parecer es la que se resiste al reduccionismo de la prestación o el mero servicio y en cuyo centro se encuentra el reconocimiento como fuerza anti-reduccionista.<sup>6</sup> Con este fin realizaré una revisión de los principales códigos de ética a nivel histórico, para terminar con el modelo tripartito de la relación médico paciente propuesto por Edmund Pellegrino (2006).

En ese orden de ideas, parece adecuado explorar qué es lo que hoy entendemos como reconocimiento y cuáles son las teorías filosóficas que se han desarrollado sobre el tema. En este caso, dada su notoriedad en los últimos 20 años, parece adecuado tomar como base la Teoría del Reconocimiento de Axel Honneth (1997). En el segundo capítulo de esta tesis me centraré en describir la propuesta de Honneth en términos amplios, especialmente lo planteado en su obra “La lucha por

---

<sup>6</sup> Anticipo que esta esencia del acto médico que se resiste al reduccionismo es la que no puede ser atendida con una esfera particular de la Teoría del Reconocimiento de Honneth, aquella que se expresa en la regla o la norma. Reglas y normas que sí son compatibles con la reducción de la prestación o el servicio, pero no con el acto médico.

el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales”, así como su relación con los planteamientos de otros investigadores respecto al Reconocimiento.

Rescatando a Hegel, específicamente su juventud en Jena, Axel Honneth al igual que Taylor y Ricoeur, retoma el concepto de reconocimiento como eje fundamental de la (inter)subjetividad humana. En su Teoría del Reconocimiento, Honneth se apoya también en el trabajo de G.H. Mead para sustentar la tesis de que la interacción entre los seres humanos es la que determina la constitución de estos. En dicha interacción, el reconocimiento es el elemento fundamental.

Para Honneth, así como para otros investigadores, el reconocimiento es una clave que se utiliza en varias teorías morales, pero con significados distintos en cada una. 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. Más aún, siempre desde Hegel, el reconocimiento es un proceso creciente, una lucha continua, por la expansión de nuevas capacidades que me son reconocidas por otros y que yo reconozco a otros.

Dado entonces que necesitamos del reconocimiento para constituirnos como personas, si este no ocurre u ocurre de forma fallida, la constitución de los seres humanos tampoco ocurrirá, o se dará de forma fallida. Además, existe una proporcionalidad entre la magnitud de la noxa o falla del reconocimiento y el daño a la constitución o autorrealización de las personas.

Hegel plantea que el reconocimiento ocurre en tres instancias: la familia, el Estado y la sociedad civil. Honneth toma estas tres instancias 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 autoconfianza, 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, soportada 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.

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<sup>7</sup> 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 (Asociación Médica Mundial, 2007; de Castro-Peredo, 2005, Colegio Médico de Chile, 2013).<sup>8</sup>

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<sup>9</sup>.

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

---

<sup>7</sup> Arte en cuanto actividad u oficio que demanda de cierta sensibilidad y habilidades que son difícilmente objetivables, perfectibles por la práctica y que tienen un sentido o fin estético. También Ciencia, en cuanto se apoya en conocimiento obtenido y validado por el método científico, en términos más recientes, hablamos del nuevo paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia.

<sup>8</sup> No es de sorprender que lo deontológico haya tomado primacía como manifestación de la ética médica y la fuerza reduccionista del acto médico en “prestación médica”, toda vez que la definición de una lista de deberes es compatible con una lista de “estándares de servicio” y otras normas o reglas que regulan diversos tipos de prestaciones.

<sup>9</sup> Más aún, en las últimas décadas ha tomada fuerza la valoración de los Determinantes Sociales de la Salud. Ya no hablamos de considerar integralmente a la persona como un ser aislado, sino que se encuentra en interacción con una serie de factores medioambientales, políticos, demográficos, etc., que van a incidir en su proceso de salud-enfermedad.

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 (Bascañán & Luz, 2005; Emanuel & Emanuel, 1999).

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).

A pesar de esto último, el rol que juega o debería jugar la Teoría del Reconocimiento en la relación médico paciente, sus aportes para mejorarla o el problema de su inadecuación no han sido mayormente explorados. Esto se muestra como una oportunidad desaprovechada al menos por dos ventajas comparativas que ofrecería esta teoría. Por una parte, ofrece un marco estructurado para facilitar el análisis de la relación médico paciente en los tres niveles ya señalados, incluyendo los logros de los tres niveles, así como las tres formas de desprecio respectivas. Por tanto, tendríamos una nueva taxonomía para clasificar los logros y fracasos de la relación médico paciente, distintas a las del Servicio Nacional del Consumidor o las de la Superintendencia de Salud. Por otra parte, aparece la posibilidad de tener un marco común para comparar lo que ocurre en el acto médico con otras formas de relaciones sociales, en las que ya ha sido usada la Teoría del Reconocimiento de Honneth, como la lucha de diferentes minorías sociales, las prácticas educativas y cuestiones de política internacional (Thomas, Roberts, Luitel, Upadhaya & Tol, 2011; Huttunen & Murphy, 2012; Heins, 2012).

En el tercer capítulo analizaré estas y otras posibilidades y dificultades de la aplicación de la Teoría de Honneth al acto médico en cuanto a las características de la teoría, descritas en el segundo capítulo, y las características del acto médico descritas en el primer capítulo de la tesis. Se considerarán los planteamientos de Honneth (1997) y Pellegrino (2006), realizando un análisis del

cruce entre las tres esferas y los tres elementos propuestos por cada uno para el reconocimiento y el acto médico, respectivamente.

Este análisis se planteará como una crítica a la perspectiva deontológica que domina los códigos de ética actuales, la que es coherente con la relevancia que se le da al Derecho en la teoría del Reconocimiento de Honneth. Esta crítica se sustenta en que, si bien el acto médico es una interacción que demanda un análisis desde las tres esferas del reconocimiento, el reconocimiento fundamental en el acto médico se da en una esfera intermedia basada en el amor y la solidaridad, tanto desde el paciente como del médico. Esto invertiría la posición que Honneth asigna a las esferas, quedando en este caso el derecho en un lugar periférico, y el amor y la solidaridad en la posición central.

En cuanto a la ética médica, quitar del centro al Derecho (deontología y estándares incluidos), cuestionaría la forma en que actualmente se toman decisiones en esta materia (códigos y comités de bioética incluidos) y recuperaría la importancia de la relación entre las personas concretas que asisten al acto médico.



## Capítulo 1: “Caracterización del acto médico”.

*¿De qué acto hablamos?*

El acto médico podría ser considerado como una performance artística y/o un procedimiento técnico y/o una demostración de habilidad y/o definirse en función de cualquier acto propio de una u otra disciplina<sup>10</sup>. Cualquiera de estas definiciones puede ser criticada por no ajustarse a la esencia de lo que es el acto médico. Sin embargo, hay una caracterización que difícilmente puede ser criticada, el acto médico es una interacción entre personas. A diferencia de la performance, el procedimiento o la demostración, que sí pueden ser realizadas en solitario, el acto médico demanda de la concurrencia de dos o más personas con roles distintos y complementarios.

Frente a esta idea, alguien podría señalar que un radiólogo no interactúa con el paciente, lo mismo un laboratorista clínico. Pero si los actos que realizan el radiólogo o el laboratorista se refieren a un paciente, a una persona en particular, entonces sí existe una interacción entre ambos. Dicha interacción puede ser indirecta o estar mediatizada, pero es entre personas. Distinto es el caso en que hay anonimato de paciente y/o del médico, en ese caso, cuando se ven exámenes sin referencia a una persona en particular, allí no hay acto médico, no hay interacción médico paciente, solo puede haber performance, demostración o mero procedimiento.<sup>11</sup>

Una primera conclusión es que, el acto médico es un fenómeno interactivo. Esto puede parecer de perogrullo, pero es esencial su explicitación para definir una idea o fenómeno común sobre el que se busca encontrar una esencia o al menos una caracterización profunda y detallada.

Frente a lo anterior, debemos ser aún más específicos en la explicitación o definición de esta primera característica. La primera especificidad en lo físico, del acto médico, es el encuentro entre un

---

<sup>10</sup> Disciplina en el amplio sentido, no solo un cuerpo académico, sino que, desde la academia, el arte, la práctica deportiva, etc. La segunda definición de Disciplina de la Real Academia de la Lengua Española señala que es: Arte, facultad o ciencia.

<sup>11</sup> De hecho, en estos casos, ya no se necesita de un médico, en esos casos, la habilidad puede ser puesta en acción por un computador programado adecuadamente para identificar una alteración en la imagen radiográfica o en los valores séricos de alguna sustancia.

paciente y un médico (o cualquier profesional de la salud<sup>12</sup>). Puede ser este un encuentro en un mismo lugar, donde ambas personas tienen acceso sensorial a toda la humanidad física del otro, lo puede ver, tocar, oler, escuchar e incluso saborear de manera directa. Ese sería el ejemplo típico, paciente visitando consulta del médico o médico visitando la cama o casa del paciente. Pero también puede ser otra instancia en donde el acceso sensorial no es completo, como una consulta por teléfono o una videoconferencia, como ocurre con las tecnologías de la telemedicina (Cartes-Velásquez & Bustos-Leal, 2012). Por cierto, existe o debe existir un piso mínimo de acceso sensorial, quizás verse o escucharse, para seguir siendo considerado un acto médico<sup>13</sup>.

Una segunda especificidad es que este acto interactivo, físico, con una geolocalización específica, está motivado por una necesidad del paciente. Como mencionamos anteriormente, la consulta al médico puede realizarse en búsqueda de un certificado de salud o de otro tipo para completar algún trámite, pero el acto médico que analizaremos tiene como necesidad el atender e idealmente solucionar algún padecimiento físico y/o psíquico del paciente. Por otra parte, desde el médico existe una “contra-necesidad” de atender dicho padecimiento como forma de expresar, a lo menos, su *self* profesional.<sup>14</sup>

Una tercera especificidad es lo relacional. Aquí podemos incluir parámetros de calidad (duración de la consulta, estándares de la comunicación y el trato, etc.) o el alcance o campo (psicológico, religioso, sociológico, etc.). Pero en lo relacional, en esta tesis nos referiremos al campo de lo ético, a cuál es la forma correcta de relacionarse los actores de este acto en tanto personas.

Resumiendo, vamos a caracterizar al acto de encuentro e interacción en un mismo lugar físico de dos personas con motivo de una necesidad médica, estas personas cumplen roles complementarios

---

<sup>12</sup> A lo largo de la tesis me referiré a médico, profesional o funcionario de la salud indistintamente.

<sup>13</sup> Encontrar ese límite está fuera del alcance de esa tesis, por lo que en términos generales nos referiremos a la visita del paciente al médico o viceversa, ambos en el mismo espacio físico. Dada las particularidades del acto tele-médico, no será considerado en esta tesis.

<sup>14</sup> Este planteamiento de necesidad y contra-necesidad se refiere solo a los roles que tienen médico y paciente, pero la cuestión es más amplia. En lo económico, el paciente necesita estar sano para trabajar y recibir un sueldo, mientras que el médico también necesita trabajar por un sueldo.

y existe una forma buena o correcta en la que deben interactuar o, al menos, existe cierta orientación a cómo sería esa forma.<sup>15</sup>

#### *Acto médico y relación médico paciente.*

En la sección anterior intenté acotar a qué nos referimos con acto médico, la apariencia más gruesa de este, lo físico, la necesidad y lo relacional. Sin embargo, pueden aparecer otras brechas en cuanto al acotar “el acto médico” como objeto de estudio relevante. Ante esto, la respuesta fácil y sucinta sería que solo nos interesa ese evento en particular, sin tener que entregar mayores justificaciones. Esto abre espacio para cuestionamientos del por qué no se analiza la relación médico paciente, la que sobrepasa en varios sentidos al mero acto médico<sup>16</sup>. Duración y persistencia, calidad, intensidad, profundidad, son algunas de las características en las que la relación médico paciente supera al mero, individual y particular acto médico. Pero hay una relevancia indiscutible en este “mero” evento.

El acto médico, que acotamos anteriormente, es la base sobre la que se construye una relación médico paciente. Más aún, en muchos casos, quizás todos, la relación médico paciente está constituida por una serie de actos sumado a una estela que perdura entre un acto y otro, que podríamos denominar *la estela del acto*, la persistencia de ese acto en la memoria del médico y su paciente.

Si analizamos esta situación desde la carencia, la carencia de bondad o corrección en la relación médico paciente, podríamos remitirnos a lo que ya señalamos en torno a los reclamos de pacientes en el Servicio Nacional del Consumidor (2014) o la Superintendencia de Salud (2013). Ciertamente, aquí existe un sesgo porque los reclamos son en consideración del acto médico en cuanto

---

<sup>15</sup> En esta caracterización del acto médico es necesario excluir ex profeso las consultas o atenciones que un médico puede prestar a algún miembro de su propia familia o amigo cercano. Es importante hacer esta salvedad porque: representan eventos esporádicos y se mezclan directamente el rol profesional y el familiar. Se ha demostrado que la calidad de la atención médica difiere de la que se entrega a un paciente que no es familiar ni amigo, por lo que muchos códigos de ética desaconsejan o prohíben este tipo de atenciones (Kamerow, 2014)

<sup>16</sup> Más adelante precisaré que esos sentidos son poco relevantes, la relación médico paciente se funda y renueva en el acto médico.

servicio, por lo que parece esperable que los reclamos se refieran a un problema durante el encuentro. Pero, a mi parecer, este sesgo no es absoluto. Siempre existe la posibilidad de que un paciente reclame por la “relación en sí”, por una despreocupación fuera del ámbito del mero evento de encuentro, pensando siempre en esta lógica del servicio, por la calidad de la post-venta. Esto no ocurre. Puede existir una relación de años entre un médico y su paciente, pero esa relación se funda y constituye en el acto médico, se renueva, cual voto, en sucesivos actos médicos, y, probablemente, se finalice o ponga en pausa en otro acto médico como es el de “dar el alta”, o dejar en control en uno o más años, o el alejamiento del paciente o el médico producto de alguna desavenencia o mal entendido.

Por otro lado, la referencia a la relación médico paciente puede llevar a ciertos equívocos en cuanto a las exigencias para que algo sea considerado como tal. Algunos podrán plantear que la relación médico paciente demanda de al menos dos encuentros, de al menos un año, de al menos un motivo médico bien definido. Esas exigencias o criterios para calificar algo como relación, parecen difusas y creo que cualquier definición al respecto no sería más que producto de un convencionalismo de alcance limitado<sup>17</sup>. Por cierto, la definición previa de acto médico no está libre de críticas, de aspectos difusos y opinables, pero creo que es mucho más natural e intuitivo tener un acuerdo sin mayor esfuerzo cuando nos referimos al acto médico, lo que previamente ya definimos. Por así decirlo, el convencionalismo no requiere de esfuerzos y, por tanto, podemos no darnos cuenta que es un convencionalismo.

Resumiendo, no centraré el análisis en la relación médico paciente porque esta es una construcción permanente fundada en una serie de actos médicos individuales, cuyos criterios definitorios son menos claros que los de esos actos individuales, y porque, por lo mismo, abre espacio para reflexiones que, de momento, no son el objetivo de esta tesis.

---

<sup>17</sup> Un paciente con una enfermedad cardiovascular, en control crónico cada 12 meses, probablemente va establecer una relación en pocos encuentros y en un largo tiempo (producto del lapso entre cada control). Mientras que un paciente con un trastorno de su salud mental que asiste semanalmente con psiquiatra o psicólogo, puede establecer una relación en muchos encuentros y en un corto tiempo porque las visitas son más seguidas.

*¿Cómo ha de ser el acto médico según los médicos? Primero, la deontología.*

El acto médico ha sido históricamente considerado como una expresión del médico en relación al paciente, no viceversa, ni tampoco como una expresión mutua (de Castro-Peredo, 2005). Ello ha tenido una vuelta de tuerca en las últimas décadas, pues en muchos casos se ha producido una inversión de roles, ahora es el paciente quien se expresa en relación al médico, o al servicio médico (Bascuñan & Luz, 2005; Emanuel & Emanuel, 1999). Por este motivo, si revisamos la literatura filosófica en torno al tema, nos encontraremos mayoritariamente con textos escritos por médicos. En cualquier caso, esos textos de médicos no son solo desde la perspectiva del médico, sino también del paciente, por ejemplo, si consideramos que los médicos también se enferman y requieren ser atendidos por otro médico.

A partir de lo anterior, el ejemplo más notorio de cómo debe ser el acto médico es el juramento hipocrático. Con una clara orientación deontológica, el juramento hipocrático es la declaración, compromiso y ritual con el que termina la transformación de estudiante de medicina en médico; además, es la orientación del cómo se debe comportar. Aun cuando muchos de los elementos mencionados por el juramento no tengan, hoy, ningún sentido, es el espíritu del buen médico descrito en él lo que perdura hasta nuestros días:

Juro por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mantenimiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo. Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas. Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.



No operaré a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier cosa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos. Guardaré silencio sobre todo aquellos que, en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deban ser públicos, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas. Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro (Colegio Médico de Chile, 2013).

El carácter deontológico es claro<sup>18</sup>, el juramento lista una serie de deberes concretos que les corresponde al médico en su actuar. Si bien la referencia a discernimiento abre la posibilidad para la reflexión previo al actuar, la posibilidad de acción se ve acotada a una serie de límites estrechos. En tal sentido, el discernimiento más que un espacio reflexivo, es la mera competencia para poder identificar, dentro de mi ejercicio profesional, lo que está bien y lo que está mal según las reglas del juramento hipocrático. Es un campo de juego con líneas demarcatorias claras.

Es tal la relevancia del juramento hipocrático, que cuando hablamos de códigos de ética del pasado o los actuales, básicamente nos referimos a actualizaciones y adaptaciones del juramento a las idiosincrasias de los tiempos y los países desde donde se crean. En el caso chileno, el Código de Ética del Colegio Médico (2013) incluye una serie de consideraciones en cuanto al comportamiento del médico con sus pacientes, la industria médica, la investigación médica, entre otras. Mientras que el Código de Ética Médica Internacional es mucho más concreto en señalar tres grupos de deberes: en general, hacia los pacientes y hacia los colegas (Asociación Médica Mundial, 2007).

*¿Cómo ha de ser el acto médico según los médicos? Segundo, el arte, la ciencia, la persona.*

A pesar de lo anterior, las consideraciones de los códigos de ética médica dejan espacio para lo que podemos llamar una “reflexión amorosa”, pero ese espacio queda en un segundo lugar.

---

<sup>18</sup> Esto no implica que el juramento sea un texto basado absolutamente en deberes, existe también una orientación hacia las virtudes, pero lo deontológico prevalece.

Es tal la preponderancia de la prescripción de conductas éticas por sobre la apertura para una reflexión ética, que en el caso del Código de Ética Médica del Colegio Médico de Chile (2013), primero aparece el juramento hipocrático y luego la Plegaria del médico, de Moisés Maimónides.

Llena mi ánimo de amor para el arte y para todas las criaturas. No permitas que la sed de ganancia y la ambición de gloria hayan de influirme en el ejercicio de mi arte, porque los enemigos de la verdad y del amor del prójimo, podrían fácilmente descarriarme y alejarme del noble deber de hacer el bien a tus hijos. Sostén la fuerza de mi corazón, a fin de que siempre esté dispuesto para servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo, al bueno y al malvado. Haz que en el que sufre yo no vea más que al hombre. Que mi entendimiento permanezca claro a la cabecera del enfermo, que no lo distraiga ningún pensamiento extraño, para que tenga presente todo lo que la experiencia y la ciencia me han enseñado, porque grandes y sublimes son las investigaciones científicas que miran a conservar la salud y la vida de todas las criaturas. Haz que mis enfermos tengan confianza en mí y en mi arte, y que sigan mis consejos y prescripciones. Aleja de sus camas a los charlatanes, a la multitud de parientes con sus mil consejos, y a los asistentes que siempre lo saben todo, porque constituyen una raza peligrosa, la que por vanidad hace fracasar las mejores intenciones del arte, y a menudo arrastra a los enfermos a la tumba. Si los ignorantes me censuran y se burlan de mí, haz que el amor del arte, como una coraza me haga invulnerable para que pueda perseverar en la verdad sin miramientos para el prestigio, el renombre y la edad de mis enemigos. Incúlcame, Dios mío, indulgencia y paciencia al lado de los enfermos toscos y testarudos. Haz que sea moderado en todo, pero insaciable en el amor por la ciencia. Aleja de mí la idea de que lo sepa todo y de que todo lo pueda. Dame la fuerza, la voluntad y la ocasión de adquirir siempre mayores conocimientos. Que yo pueda hoy descubrir en mi ciencia cosas que ayer no llegaba a sospechar, porque el arte es grande, pero el pensamiento humano penetra siempre más allá. (Colegio Médico de Chile, 2013).

En el caso de la plegaria, el deber sigue siendo el carácter dominante, pero es menos dominante que en el juramento y hay otras diferencias relevantes para ir desde el deber a la persona hasta el amor a la persona.

Primero, desaparecen los dioses, aparece un Dios benevolente. Lo que guía al médico es ahora, primero la ciencia y segundo el arte. Esto puede parecer algo irrelevante, pero el deber para

con los dioses difiere del deber para con la ciencia o el arte. El humano tiene una capacidad limitada para comprender lo que los dioses comprenden, el humano debe enfocarse en el buen actuar según el pensamiento del dios, de lo contrario, la consecuencia es el castigo de esos dioses que son los testigos y jueces al inicio del juramento. Pero la ciencia y el arte, están al alcance del humano, especialmente la ciencia en el caso de la plegaria, "... el pensamiento humano penetra siempre más allá" (Colegio Médico de Chile, 2013). En este caso, es el médico quien puede reflexionar, es el quien tiene la oportunidad en toda su potencia, lo que se pide a Dios es contar con toda esa potencia.

Segundo, no es solo que el arte y la ciencia estén al alcance, sino que son ahora los fundamentos para hacer una buena medicina. Esto también difiere del Juramento Hipocrático, donde el buen actuar se caracteriza por abstenerse de realizar malos actos, o pecar si se quiere. En la Plegaria del médico también encontramos estas menciones a las abstenciones, pero se hace mucho más evidente que su centro apunta a una actitud más proactiva, más positiva en tanto afirma la necesidad de acciones y no la mera abstención de otras, todo ello utilizando las herramientas del arte y la ciencia, motivados por el amor al prójimo.

Tercero, hay una referencia mucho más fuerte al paciente como prójimo, la devoción a los otros médicos queda en un lugar secundario. En este sentido, la frase "... *esté dispuesto para servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo, al bueno y al malvado. Haz que en el que sufre yo no vea más que al hombre*" (Colegio Médico de Chile, 2013) es clave para reforzar la caracterización del acto médico que hemos venido realizando. Aquí se hace explícito que el deber, la orientación, el objetivo o la meta es el hombre, la persona. Este es un llamado de la Plegaria del médico a que en último término este sea un acto de seres humanos, de interacción de personas<sup>19</sup>. Mientras que al referirse a "*el que sufre*" se hace evidente cuál es la necesidad a la base de esta interacción.

---

<sup>19</sup> En la primera parte de esta frase se llama a no diferenciar entre pobres, ricos, amigos, enemigos, buenos o malvados. Esto por una parte refuerza el llamado a que el médico vea en el sufriente solo a la persona, algo que parece olvidado en el sistema de salud actual, donde la discriminación y las desigualdades se han vuelto características casi inherentes no solo de la forma en la que se financia, sino también de la forma en que se entrega y en la forma en que se educa a los profesionales de la salud. Esto da como resultado que el factor económico sea determinante tanto en la morbimortalidad de los chilenos (Sánchez & Albala, 2004).

Finalmente, podría parecer que está implícita la caracterización física del acto médico, del cómo este se da en un hospital, una consulta o la casa del enfermo. Sin embargo, en ningún momento la Plegaria del médico es taxativa en ello, lo que da espacio a los actos tele-médicos que mencionamos anteriormente.

Cuarto, las personas involucradas parecen más humanas, quedan mucho más claramente definidas sus limitaciones y defectos, tanto del paciente, de la comunidad o el médico mismo. Pero además se explicita la bondad, el amor y la capacidad humana de ampliar conocimientos y habilidades para poder servir mejor al otro, al sufriente. Se refuerza entonces la persona como fin último, la persona del sufriente y la del médico. También se refuerza esta imagen idealizada comentada al principio, la del acto médico como un acto interactivo, generalmente entre un sufriente en condiciones de vulnerabilidad diversa y un experto en condiciones de potencialidad diversa.

¿Hay un proceso evolutivo entre el juramento y la plegaria? No podríamos afirmarlo con total propiedad, pero entre el primero y la segunda pasaron aproximadamente 16 siglos, de manera que si podríamos inferir cierto proceso evolutivo. Pero ¿en qué aportan estos códigos a la caracterización del acto médico? Los códigos indican el cómo deben relacionarse los médicos con sus pacientes, señalan cuál es el rol y cómo debe ejecutar ese rol el médico. La prescripción tendrá una clara influencia sobre lo que finalmente ocurra en el acto médico, pero es claramente incompleta, ya que no hace referencia directa al papel del paciente. Una explicación alternativa es que estos códigos no consideran ningún rol para el paciente, solo ser paciente.

A pesar de su incompletitud, la visión de la Plegaria del médico nos lleva a un aspecto relevante para esta tesis, pues, tal como señalé en la diferencia cuarta, aparecen las personas en cuanto personas. Maimónides hace un gesto preciso y notorio por señalar que médico y paciente son personas. Esto, que parece de perogrullo, es difícil de ver en el juramento o en los códigos de ética médica moderna<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Por cierto, existe un carácter de la persona que va implícito en los códigos, pero ese movimiento tácito en cuanto a lo que es la persona (médico y paciente) me parece claramente insuficiente y termina por socavar

*¿Cómo ha de ser el acto médico según los médicos? Tercero, ya personas, de la virtud a la humanitas.*

Ahora que hemos dado espacio a la persona, se abre una nueva serie de posibilidades para caracterizar el acto médico. Abriendo un ámbito reflexivo más allá de la deontología, no existen muchos autores en los que podamos apoyarnos para seguir nuestra caracterización del acto médico. Pero hay un autor que por varias décadas puso sus esfuerzos en la investigación y desarrollo filosófico alrededor de la práctica médica. Edmund Pellegrino fue un destacado médico y filósofo estadounidense que por más de 60 años compatibilizó y avanzó en la reflexión filosófica al servicio de la medicina (de Santiago, 2014).

Recordemos que aún estamos en una caracterización centrada en el rol del médico, así las cosas, Pellegrino (1987, 2002) centra su análisis en la virtud del médico. Pellegrino define la virtud en relación a la persona virtuosa, aquella que actúa de la forma buena, la forma correcta sin consideraciones de aplausos (o castigos), sino porque actuar de otra forma sería una violación de lo bueno. Enlazado esto al actuar del médico, Pellegrino (1987), desde un principio, aclara que este buen actuar es en privado, en lo profesional y en lo comunitario. Es el campo de lo profesional lo que se vuelve de interés para proseguir en una caracterización del médico en el acto médico<sup>21</sup>, recordando que el acto médico es el constituyente básico de la relación médico paciente y de la práctica médica en sí misma.

Pellegrino (1987, 2002) distingue al menos dos visiones frente al profesionalismo médico. Por una parte, se refiere a la demanda de profesionalismo médico como un elemento esencial en la formación de los médicos. Por otra parte, se refiere al peligro de una definición de profesionalismo médico que no lleve a la virtuosidad del médico.

---

la prioridad cero en una definición de ética médica. Si la prioridad uno es una definición de la forma buena, la forma correcta en cómo deben relacionarse médico y paciente, la prioridad primera es definir y defender ante todo su carácter de personas.

<sup>21</sup> Esta focalización en lo profesional, no implica que lo privado y lo comunitario tengan menos peso. El buen actuar en estas tres esferas es imprescindible para calificar a alguien como buen médico.

Partamos por lo segundo. Pellegrino (1987) señala claramente que la virtuosidad del médico no se refiere a que puede operar bien, tomar un buen examen o hacer un buen diagnóstico; la bondad que expresa la virtuosidad del médico, no es la bondad o corrección técnica. De hecho, un médico podría hacer todos esos procedimientos de buena forma, pero no por ello ser virtuoso, pues la virtud no va en función de los resultados. Para clarificarlo más, Pellegrino recuerda las diferencias entre *areté* y *techné*. *Techné* es una disposición que produce algo a través del verdadero razonamiento, es la creación de cosas que pueden existir o no. Mientras que *areté*, la virtud, es una disposición para actuar. En este sentido, desde la *techné*, el valor de las cosas, de los productos está en sí mismos. Pero desde la *areté*, el valor de una acción virtuosa depende del agente, que debe actuar con conocimiento y elegir deliberadamente la acción por sí misma, elección que proviene de una disposición fija de carácter (Parry, 2014). Así, un buen diagnóstico o un buen tratamiento no son virtuosos en sí, no pueden serlo; diagnosticar y tratar a los enfermos pueden serlo, si es que el médico actúa desde el conocimiento, la libre elección y una disposición propia de su carácter.

Entonces, el médico bueno es el que busca el bien para el paciente, y aquí Pellegrino define cuatro tipos de bien: el bien clínico o biomédico, el bien en perspectiva del paciente, el bien del paciente como persona y el Bien como bien último<sup>22</sup>. El médico virtuoso ha de ser capaz de equilibrar cada uno de estos 4 bienes para poder lograr el bien del paciente. Más aún, Pellegrino, recordando a Sócrates, recuerda algo que señalamos algunos párrafos atrás, la virtuosidad debe manifestarse en lo privado, lo profesional y lo comunitario. Estas demandas por el actuar virtuoso del médico para lograr los cuatros bienes en los tres escenarios, pueden parecer difíciles de lograr, pero no se debe olvidar

---

<sup>22</sup> El bien clínico o biomédico correspondería a lo que típicamente se exige del médico, que recupere un estado de salud física y/o psíquica, lo que se demuestra con la performance del paciente, algún signo clínico y/o de laboratorio. El bien en perspectiva del paciente se refiere a lo que el propio paciente reporta y no necesariamente será consistente con el bien clínico, más aún, esto puede estar teñido por la presencia de algún trastorno psicossomático del paciente, lo que vuelve aún más difícil su valoración. El bien del paciente como persona observa a la persona desde lo más integral, por lo que tienen relevancia los aspectos psicossociales, la persona como integrante de un grupo familiar y comunitario; esta valoración es más difícil aún porque no es sencillo acceder a toda la información del contexto del paciente y las perspectivas de sus familiares o vecinos. Finalmente, el Bien como bien último, es una meta de beneficio general, de la mejor opción posible.

que la valoración no se hace desde el resultado del actuar, sino desde la intención del médico a actuar desde el conocimiento, la libre elección y una disposición propia de su carácter.

Volviendo a lo primero, al llamado a la formación de médicos profesionales, Pellegrino (2002) revisa el origen del profesionalismo, del proclamar o profesar algo que intento hacer o de lo que me ocupo (Pellegrino & Pellegrino, 1988). Aquí parece dar con un concepto vacío, o más bien dicho, con un concepto contenedor de algo, pero no claramente definido, identificado ni caracterizado. Pellegrino va entonces más atrás y llega a la figura de Scribonius Largus para definir ese algo o, al menos, para ofrecer una primera opción con la que llenar la proclamación, la profesión del médico. Scribonius Largus pone como fin de la profesión a *humanitas*, lo que se corresponde con la compasión. La compasión aquí aparece como una preocupación por un otro que está en un estado de vulnerabilidad, por lo que la orientación de la compasión es hacia la cura, la recuperación, la restitución de cierto estado<sup>23</sup>.

Pero el *humanitas* refiere no solo a compasión, sino que a otros conceptos que son necesarios de aclarar. *Humanitas* también va referido a la misericordia<sup>24</sup>, lo que va en un sentido similar a la compasión, aunque también se presenta un concepto más amplio, *humanitas* es “*aquella cualidad por la que los hombres son diferenciados de las bestias*”<sup>25</sup> (Pellegrino & Pellegrino, 1988). Prosiguen los autores, señalando otros conceptos que permiten dar mejor cuenta de esta cualidad, y aparece entonces la empatía y la compasión mezclada con la racionalidad. Esto, nuevamente, refuerza la idea de que son personas las que están en el centro de la discusión cuando hablamos del acto médico, lo que, sumado al arte y la ciencia como herramientas fundamentales del actuar médico, permite identificar las virtudes necesarias para concretarlo como tal.

---

<sup>23</sup> Desde el Diccionario de la Lengua Española, la compasión es el sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien.

<sup>24</sup> Desde el Diccionario de la Lengua Española, la misericordia es la virtud que inclina el ánimo a compadecerse de los sufrimientos y miserias ajenos.

<sup>25</sup> Traducción propia desde el inglés.

Hasta aquí, podemos notar que los deberes definidos por acciones concretas, mayoritariamente prohibiciones de acciones, han sido dejados en un segundo plano cuando hemos de definir la bondad y la corrección de un médico. La prioridad está en la definición de las virtudes que debe poseer quien profesa la medicina, el ánimo o el espíritu que lo impulsa a hacer lo bueno y correcto, lo ético. Sin embargo, una ética basada en la virtud no está exenta de problemas. Pellegrino (1987) tiene clara estas dificultades, toda vez que virtud y bondad se definen recíprocamente; como el mismo señala, personas sinceras<sup>26</sup> pueden tener definiciones distintas de lo que cada una de ellas significa, lo que dificulta la realización de juicios normativos en circunstancias concretas y generalizables a toda la práctica médica. Esto parece abrir la puerta, nuevamente, para la aparición de una ética basada en deberes, que priorice la deontología médica como sistema único para regular el actuar de estos profesionales. Pero Pellegrino (1987) señala que para que esta postura deontológica funcionara de buena forma, sería necesario una teoría fuerte del bien que sustente esos deberes, pero que como tal no existe.

A pesar de lo vago que resultan algunos de los conceptos revisados en estos últimos párrafos, sumado a las dificultades para su aplicación práctica de manera exitosa, creo que aquí hemos podido identificar otras características sobre las que podemos tener consenso. El acto médico es, en parte, una expresión de virtuosismo, de humanidad, de compasión, de empatía por un otro hacia el que deseamos y hacemos el bien. Más claramente, es el acto de una persona haciendo el bien por otra persona. La primera persona, el médico, se define al interior de ese acto, en relación a la segunda persona, el paciente, y a las necesidades de este paciente. ¿Significa esto que la primera persona se puede considerar como un mero proveedor de servicios? Claramente no, ello atentaría contra la calidad de persona que ya hemos aclarado. ¿Significa eso que el médico no debería sub-especializarse para ver a su paciente de forma integral como persona? Creo que esta respuesta es menos clara, pero las sub-especializaciones logran mejorar, ampliar las posibilidades de bien que el médico puede lograr

---

<sup>26</sup> Entenderemos personas sinceras como aquellas intelectual y emocionalmente honestas, que hacen lo que dicen y dicen lo que piensan o creen.



con el paciente. Esto no lo planteo contrario a la idea de que las virtudes no se evalúan por su resultado, sino por el espíritu; el espíritu de la sub-especialización es la búsqueda del mejor bien para el paciente, sin importar si ello finalmente es alcanzado o incluso si un sub-especialista termina con conocimiento y habilidades muy acotadas que en último término signifiquen la entrega de una peor atención médica y/o con peores resultados. Dicho de otra forma, la sub-especialización es en principio una orientación al virtuosismo.<sup>27</sup>

Aquí aparece otra característica relevante del acto médico. A pesar de las mejores intenciones, preparaciones, y recursos, las cosas pueden resultar de una forma que no era la buscada. El acto médico no es un procedimiento de ciencia exacta, no es una receta que, si seguimos paso a paso nos llevará a obtener el mismo resultado siempre.

Pero la caracterización del acto médico permanece aún bastante incompleta, de manera que para lograr una visión más definida nos seguiremos apoyando en los trabajos de Pellegrino.

*Una teoría tripartita para el acto médico, la relación de sanación.*

He intentado hacer una revisión de las características que definen al acto médico, muchas de ellas, quizás todas, pueden parecer de una obviedad ingenua. Pero si han de ser tan obvias, tan ingenuamente obvias, los problemas que definimos al principio de esta tesis no serían problemas, no existirían esos conflictos y quejas por la atención médica.

Por otro lado, podría ser que todo este esfuerzo por caracterizar el acto médico esté mal enfocado, y que el problema sea que los concurrentes no están interesados en nada de lo que aquí se ha dicho, que solo importe la entrega de un buen servicio caracterizable por criterios “objetivos”. Pero si así fuese, si el acto médico que intentamos definir fuera solo otro habitante para el mundo de

---

<sup>27</sup> Podemos criticar si la sub-especialización es realmente virtuosa, considerando el factor económico involucrado, a mayor sub-especialización mayor sueldo. Sin embargo, la orientación inicial de la sub-especialización es lo que declara la Plegaria del médico, es la búsqueda por ampliar el conocimiento y mejorar el arte. En la práctica, la medicina como cualquier otra disciplina, se ve obligada a elegir entre extensión y profundidad, saber menos de mucho o más de poco.

las ideas, todavía no impide que esa definición pueda servir para tener un punto de partida sobre el que avanzar en cambios para solucionar los problemas que suceden cada día en los millones de actos médicos. No me refiero solo a problemas técnicos como la falta de información, el trato indigno o cobros indebidos, sino a cierta percepción generalizada de que la profesión médica se mueve por intereses personales más que por la compasión hacia los sufrientes, el *humanitas*. Entonces, ¿cómo seguimos caracterizando al acto médico?

En sus últimos trabajos, Pellegrino (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. Vemos aquí una diferencia, pues no hablamos de ética, sino de moralidad. 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 (Pellegrino, 2006)

La sistematización que ofrece Pellegrino alcanza a una caracterización de la relación médico paciente que, para efectos prácticos de esta tesis, 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 ya lo hemos revisado, pero aquí Pellegrino detalla otras implicancias; 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 implicancias. Como mencionamos anteriormente, 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.

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.

Entonces, tenemos a las personas, pero ¿cómo hemos de reconocer a las personas en el acto médico?



## Capítulo 2: “Teorías del reconocimiento”.

Cuando hablamos de teoría del reconocimiento, podemos incluir los aportes de diversos autores, tales como: Honneth, Ricoeur, Fraser, Taylor, entre otros. Sin embargo, estos aportes, que se han concentrado en las últimas tres décadas, parece que no han decantado lo suficiente como para ser, valga la redundancia, reconocidos como teorías del reconocimiento propiamente tales. Como señala Ricoeur en sus *Caminos del Reconocimiento* (2006): “*Es un hecho que no existe teoría del reconocimiento digna de este nombre al modo como existen una o varias teorías del conocimiento*”.

Sin embargo, otros autores tienen una mirada menos exigente respecto a lo que debe tener una teoría del reconocimiento, por lo que señalan varias teorías. Por ejemplo, Isser (2019) en la entrada de Reconocimiento en la Enciclopedia de Filosofía de Stanford habla de la existencia de varias teorías, las que han tomado mayor visibilidad desde la década de 1990 producto de los movimientos reivindicatorios de diversos grupos que han sido históricamente excluidos, degradados o menospreciados en variadas formas.

¿Pero de qué hablamos cuando hablamos de reconocimiento? Desde la discusión filosófica, podemos decir que el reconocimiento se plantea con dos dimensiones. Primero, desde lo normativo, se preocupa del cómo se debe actuar cuando he reconocido a una persona como tal; no se trata del simplemente reconocer cierto estatus o característica, sino que ello trae como consecuencia que la relación con esa persona debe caracterizarse en términos prácticos por lo que se le reconoce. Segundo, desde lo psicológico, el reconocimiento de otros es un elemento esencial para la constitución de mi identidad, con cierto énfasis en la auto-estima, por lo que, si ese reconocimiento falla, se producirán fallas en la constitución de mi identidad o salud mental (Isser, 2019).

¿Quiénes pueden ser objeto/sujeto de reconocimiento? Un elemento central en las teorías del reconocimiento es la reciprocidad, por lo que se ha planteado que el reconocimiento es un proceso interpersonal. Esto ha originado diversas posturas respecto a quienes podrían ser reconocidos y en qué términos, especialmente cuando hablamos de niños, personas con algún tipo de déficit cognitivo o algunas especies de animales. Por otro lado, cuando hablamos de colectivos se han planteado

diferencias en función del tipo de grupo. Por ejemplo, es generalmente aceptado que los grupos son sujetos/objetos de reconocimiento y que lo que reconocemos en las personas particulares del grupo es básicamente lo mismo que se reconoce al grupo en su conjunto. Sin embargo, cuando hablamos de corporaciones, estados o instituciones en general, las opiniones varían en función del ámbito de reconocimiento que sea de interés o las características de esas corporaciones, estados o instituciones (Isser, 2019). Esto refuerza la idea de que el reconocimiento es esencialmente una cuestión de interacción de personas, de reciprocidad, por lo que en la medida en que las personas sean menos visibles e identificables, será más difícil hablar de reconocimiento, al menos como es entendido más transversalmente<sup>28</sup>.

¿Existe un solo reconocimiento? Los autores difieren no solo respecto a si existe uno o más tipos de reconocimiento y la tipología para clasificarlos, sino también acerca de cómo se estructuran los diversos tipos y, por cierto, la cantidad de tipos. Isser (2019) al analizar a varios autores, identifica cuatro tipos: un reconocimiento elemental, respeto, estima, y amor y amistad. En su forma elemental, el reconocimiento refiere a una actitud normativa básica basada en la mutualidad o reciprocidad de las personas, lo que nos permite dar o reconocer en otros una autoridad epistémica para luego construir un espacio normativo de razones. En segundo lugar, el respeto se refiere a tener en consideración la igualdad moral de las personas y sus demandas; ya no se trata de simplemente de considerar a los otros como personas, sino como personas de “la misma clase”. En tercer lugar, la estima apunta a una forma valorativa (positiva) de reconocimiento, en particular referida al valor que tienen personas o culturas diferentes a la nuestra, aunque, en la práctica, estimamos o evaluamos positivamente a individuos o grupos similares o cercanos a nosotros, con quienes compartimos cierto estándar de vida. Finalmente, el amor y la amistad son relevantes como la primera forma de

---

<sup>28</sup> Esta cuestión es de interés cuando hablamos de práctica médica, dado que la mayor parte se ejerce al alero de alguna institución. Recientemente hemos visto como algunas instituciones demandaron que se les reconociera su derecho a objeción de conciencia a practicar abortos (Beca & Astete, 2015). Esto generó una amplia discusión respecto a si las instituciones tenían ese derecho, toda vez que en principio se había pensado como un derecho de las personas en particular, no institucional. Para efectos de esta tesis, el análisis de las cuestiones éticas se realizará en torno a personas, no instituciones.

reconocimiento que experimentamos siendo bebés (al cuidado de nuestros padres u otros), que nos prueba que somos valiosos (que merecemos ser amados solo por ser nosotros mismos), y nos permite posteriormente buscar las otras formas de reconocimiento que ya mencionamos.

Respecto al reconocimiento se han planteado dudas sobre si es un elemento suficiente para garantizar el desarrollo de las personas o para resolver algunas formas de exclusión y detrimento históricas que han sufrido ciertos grupos de la población. Esto se ha materializado en una crítica respecto a la necesidad de redistribución de distintas formas de poder junto con el reconocimiento (Fraser & Honneth, 2003). Por otro lado, el reconocimiento depende de otras personas o grupos que muchas veces son o han sido quienes precisamente no reconocen, desprecian o humillan a otros. En el pasado, logros de reconocimiento han sido alcanzados mediante luchas, violentas y no violentas, por lo que algunos autores han usado el reconocimiento como un nuevo paradigma para la teoría crítica en el marco de la lógica de la emancipación. Esto implica otras consideraciones respecto a qué aceptamos como formas de desprecio y humillación, cuestiones que por su naturaleza subjetiva (al menos desde la visión psicológica), dificultan la aproximación normativa que también pretende el reconocimiento.

Así también, no queda claro qué es lo que se busca que sea reconocido en la persona, si alguna capacidad de su agencia u otra característica. Esto es problemático porque al reconocerse cierta capacidad, se iguala dicha capacidad con la persona, por lo que esta última se ve impedida de evolucionar, sin que ello implique la pérdida de reconocimiento, con lo cual queda atrapada por el reconocimiento en un estatus fijo y limitado. Lo anterior tiene relevancia cuando se considera la aproximación normativa al reconocimiento, que incluye cierta aspiración a indicar cómo sería una buena vida y pone presión social a personas que no se ajustan o buscan explorar y desarrollar otros estatus, distintos a la de la norma social imperante (reconocida). Esto, finalmente, ha decantado en la idea de que la lucha por el reconocimiento no debe enfocarse en reconocer determinadas características, sino que en la búsqueda de garantías para el desarrollo más amplio que desee cada persona, de identidades que son cambiantes (Isser, 2019).

Como vemos, el reconocimiento presenta una serie de aristas que están en discusión en el campo filosófico. Esto ha dado pie a aseveraciones como la de Ricoeur (2006), en torno a que no existe una teoría del reconocimiento propiamente tal, sino una serie de aportes a la discusión, que no constituyen definiciones transversalmente aceptadas.

En esta tesis, se trabajará con la propuesta de Axel Honneth, filósofo y sociólogo alemán, perteneciente a la tercera generación de la escuela de Frankfurt. He optado por la propuesta de Honneth por cinco razones. La primera, es que muchas propuestas en torno al reconocimiento consideran el trabajo de Hegel en su etapa en Jena, siendo, quizás, una de las más importantes fuentes para las teorías de reconocimiento en la actualidad. Honneth toma directamente el trabajo de Hegel y lo actualiza con aportes de Mead. Segundo, Honneth plantea una teoría del reconocimiento que, a mi parecer, no solo es más estructurada en cuanto a los elementos y relaciones dentro del modelo teórico, sino que este modelo es, en principio, aplicable al mundo real en términos más directos. Tercero, además de la base Hegeliana y el aporte de Mead, Honneth incluye otras contribuciones desde la psicología, lo que brinda un soporte más empírico a su propuesta. Cuarto, es una propuesta teórica amplia para la comprensión del conflicto social, una teoría formal más que sustantiva, a diferencia de otras centradas en conflictos más específicos; en principio, esto permitirá comparar lo que ocurre en diversas instancias de interacción social. Quinto, el acto médico incluye de manera más o menos evidente las tres esferas que propone Honneth desde Hegel, no solo elementos como el amor y la solidaridad propios de las relaciones de cuidado, sino también la regulación del Derecho.

Sin desmedro de lo anterior, en este capítulo se incluirá una breve revisión de los trabajos de Ricoeur, Taylor y Fraser en torno al reconocimiento. Las propuestas de estos autores se encuentran enfocadas a conflictos más concretos y no serán considerados directamente para el análisis de las implicancias éticas del acto médico. Sin embargo, estos tres autores, no solo son destacados en torno a la discusión del reconocimiento, sino que además han trabajado de una u otra forma con la propuesta de Honneth, ya sea complementando o planteando críticas.

### *La base hegeliana en la propuesta de Honneth*

En su *Lucha por el reconocimiento*, partiendo de la propuesta de Hegel en su período en Jena, Honneth (1997) señala que Hegel se dio a la “tarea de quitarle a la idea kantiana de la autonomía del individuo el carácter de una simple exigencia de deber” (p. 10). Este sería un intento de “mediar la doctrina de la libertad de la época con la antigua concepción de moralidad y eticidad” (p. 10). Así, Honneth plantea que Hegel desarrolla la convicción de que para la aceptación de instituciones que garanticen la libertad es un elemento necesario la lucha del reconocimiento recíproco de la identidad de los sujetos. Esta lucha es la que de manera constante supera a la institucionalidad imperante, generando un *conflicto repetido en escalones que finalmente lleva a una situación de libertad vivida comunicativamente*. Esta concepción hegeliana, significó un vuelco desde la concepción de autoconservación planteada por Hobbes y Maquiavelo, hacia una concepción moral.

Este vuelco de la autoconservación hacia la moralidad significó, en cierta medida, un intento por recuperar parte de la teoría política de la Antigüedad. En esta última, *el hombre había sido concebido en su estructura fundamental como un ser comunitario, zoon politikon* (citado en Honneth, 1997, p. 15), *que para la realización de su naturaleza interna estaba destinado a los marcos sociales de una entidad comunitaria*. Esta visión relevaba la participación del hombre en la *Polis* o la *Civitas*, por sobre la sola actividad económica, por lo que las virtudes se entendían y se podían desarrollar solo de manera intersubjetiva.

Sin embargo, durante la Edad Media y especialmente en el Renacimiento, esta visión comunitaria pierde fuerza y es el campo económico, la actividad comercial, la que define gran parte de la actividad humana. Esto trajo consecuencias, tanto a nivel individual como grupal; en lo individual, las personas se orientan a la búsqueda de sus propios intereses (casi siempre limitados a lo material y más específicamente a lo económico); y en el nivel grupal, la concepción de Estado también se enmarcó en esta visión egocéntrica y de autoconservación. Honneth ubica a Maquiavelo y Hobbes como quienes marcaron esta visión, desarrollándola en dos etapas. Primero, Maquiavelo pone el acento en la conservación de la identidad física, luego, Hobbes profundiza esta visión



señalando que la naturaleza humana se caracteriza por la capacidad de procurarse bienestar futuro. En ambos casos, además de la lucha, la relación entre los sujetos está caracterizada por la desconfianza. Esto, finalmente decanta en una concepción de Estado donde el contrato social es la expresión de una tregua o un acuerdo superficial con el solo fin de preservar los propios intereses individuales, los que luego se terminan realizando políticamente en una forma autoritaria.

Un siglo después de Hobbes, Hegel se ve familiarizado con una serie de corrientes filosóficas que relevan la intersubjetividad y lo llevan a proponer la fundación de una ciencia filosófica que supere *los errores atomísticos a que estaba encadenada toda la tradición del moderno derecho natural* (Honneth, 1997, p. 21). Hegel identifica dos concepciones del derecho natural, una empirista y otra formal; en ambas formas es posible identificar la presencia de lo comunitario, por lo que “el derecho natural de la modernidad de ‘una comunidad de muchos’ solo puede ser pensada según el modelo abstracto de la ‘unidad de muchos’, es decir, en tanto que conexión de sujetos singulares aislados, pero no conforme al modelo de una unidad ética” (Honneth, 1997, p. 22). Al intentar desarrollar un concepto de totalidad ética, Hegel se remonta a un trabajo conjunto con Schelling y Hölderlin<sup>29</sup> pero con mayor fuerza al modelo de la Polis, específicamente a la teoría de Platón y Aristóteles sobre la constitución institucional de las ciudades-estado, que reconocía la intersubjetividad. En la Polis, Hegel identifica elementos que permiten caracterizar en términos ideales a la entidad comunitaria de su interés. El primer elemento es la unidad viva que permite integrar la libertad de lo general con lo individual. En segundo lugar, las costumbres, que son la base de la comunión de estas libertades, las actitudes intersubjetivas realmente practicadas. Tercero, la presencia de la *sociedad civil* como “una zona donde se dan las actividades e intereses de todos los individuos singulares mediatizados por el mercado”, zona que es constitutiva del todo ético (Honneth, 1997, p. 24). Esto lleva a Hegel a la tarea de identificar los instrumentos categoriales que permitan “la construcción filosófica de una organización social que, en el reconocimiento solidario y la libertad

---

<sup>29</sup> El trabajo, citado por Honneth, es *Werke, in zwanzig Blinden* (1984, p. 234).

individual de todos los ciudadanos, se dé su conexión ética” (Honneth, 1997, p. 24). Para desarrollar más esta idea, Hegel menciona una frase de Aristóteles, “el pueblo... es -según la naturaleza- más que el singular, porque el singular aislado no es nada autónomo, debe, como las partes, ser en la unidad con el todo” (Honneth, 1997, p. 24), esto apunta que cualquier teoría filosófica de la sociedad debe partir de los lazos éticos entre las personas y “que, más aún, en la naturaleza del hombre ya están depositados, como un sustrato, los rasgos comunitarios que en la Polis logran desarrollo pleno” (citado en Honneth, 1997, p. 24).

Hegel no busca explicar la génesis de una comunidad en general, va más allá en la búsqueda de ampliar y reconstruir formas germinales de la comunidad en relaciones de interacción social más globales. Esto será entendido como un proceso continuo de *negociaciones por las que sucesivamente las relaciones éticas de la sociedad pueden ser libradas en unilateralidades y particularidades que subsisten en cada momento*. Esto procesos llevarán a la unidad de lo general y particular, como consecuencia de reintegraciones del desequilibrio producto de “la existencia de la diferencia” que moviliza a la eticidad de su estadio natural. Este sería un proceso de universalización de las potencias morales, un “devenir de la eticidad” como “progresiva expresión de lo negativo o subjetivo” (Honneth, 1997, p. 27). Hegel no contaba con los instrumentos necesarios para definir esta propuesta, por lo que recoge la teoría fichteana de reconocimiento, definido como *una interacción entre individuos en la base de sus relaciones jurídicas*: “en la recíproca disposición a un obrar libre y en la delimitación de la propia esfera de acción en favor del otro, se conforma entre los sujetos la conciencia común, que consigue validez objetiva en las relaciones jurídicas” (Honneth, 1997, p. 27). Así, las relaciones éticas tienen la forma de una intersubjetividad práctica que asegura el reconocimiento, donde un “sujeto deviene siempre en la medida que se sabe reconocido por otro en sus determinadas facultades y cualidades, y por ello reconciliado con éste; al mismo tiempo a conocer partes de su irremplazable identidad y, con ello, a contraponerse al otro en tanto que un particular” (Honneth, 1997, p. 27). Pero esta identidad, estas facultades y cualidades son mutables, mejor dicho, expansivas.

Esta mutación o expansión lleva a nuevos conflictos sucesivos, que deben ser reconciliados vía reconocimiento, por el camino social.

Hegel, logra así reinterpretar el concepto de lucha planteado por Hobbes y Maquiavelo. La lucha ya no es por la autoconservación, sino un conflicto ético que busca el reconocimiento de las *dimensiones de la diversidad humana*. Así, el contrato se convierte en un medio moral para alcanzar formas cada vez más maduras de eticidad. Hegel desarrolla más claramente estas ideas en su *System der Sittlichkeit* (1802) durante su período en Jena, partiendo por la definición de formas básicas de reconocimiento o de “eticidad natural”, donde el “delito” es la violación de estas formas. Para esto, Hegel parte de las formas de socialización más básicas.

El primer estadio es la relación de padres e hijos, aquella donde los sujetos se reconocen como seres que se aman, que necesitan afectos; se reconoce el “sentimiento práctico”, la dependencia de lo necesario para la vida. Así, la tarea “educativa” de la familia es la conformación de la “negatividad interior” y autonomía del niño. Un segundo estadio corresponde a las relaciones de cambio de propiedades contractualmente reguladas, se transita así de relaciones particulares a unas de validez general, donde el reconocimiento se da entre personas que pueden aceptar o rechazar las transacciones que se le ofrezcan ya que les corresponde un derecho formal.

Volviendo a la idea de delito, planteada por Hegel, esta se plantea como un uso destructor de la acción en el plano social, plano que está regulado jurídicamente. Sin embargo, en su *System der Sittlichkeit*, Hegel no desarrolla en profundidad este concepto, ni las motivaciones que tendrían quienes los cometen. Honneth, toma algunos pasajes de Hegel tales como: “devastación natural”, “abstracción de los ilustrados” o “contraposición a la contraposición” para conjeturar que Hegel ve en una falta de reconocimiento el origen del delito. Así, el delincuente afecta un derecho particular de otra persona, la propiedad, pero con ello afecta a la totalidad de la persona. Ante esto, el agredido responde al agresor, lo que en un plano de eticidad natural no sería más que la lucha entre dos personas. Sin embargo, al considerar el segundo estadio, el agredido “*conserva la superioridad*” debido a que su acción de lucha es contra una lesión de toda su personalidad, a diferencia del agresor,

que solo se mueve por un interés particular. Hegel avanza su análisis en esta lucha, llegando a un tercer escalón, la lucha por el honor. Si bien el honor es una posición frente a uno mismo, la lucha por él busca la confirmación del reconocimiento por parte de otros. Hegel profundiza más esto, al señalar que en esta lucha las personas están dispuestas a poner en juego su vida, ya que los objetivos y especificidades individuales cuentan más que la supervivencia física. En todo este proceso, Hegel reconoce dos dimensiones; por una parte, la identidad como el conjunto de especificidades individuales que son objetos de reconocimiento; por otra parte, una autonomía en recíproca dependencia del resto. Ambas dimensiones permiten comprender de mejor manera cómo el delito, el conflicto, la reconciliación, el reconocimiento, permiten avanzar a estados de eticidad más maduras, de una forma natural a una absoluta.

Hegel avanza en su argumentación hasta desarrollar un tercer estadio, uno donde cada sujeto “se intuye” a sí mismo en cada uno (en otro) de la comunidad. Esta nueva forma de reconocimiento, más allá de lo cognitivo, que incluye lo afectivo, Hegel lo denomina solidaridad. La solidaridad entrega la base comunicativa para que las personas, aisladas por lo jurídico, puedan reencontrarse en una comunidad ética.

Honneth señala que estos tres estadios o formas de reconocimiento se diferencian por el cómo y el qué de *la confirmación práctica; en las relaciones afectivas de reconocimiento de la familia, el individuo humano es reconocido como un ente concreto de necesidades, en las de reconocimiento formal-cognitivo del derecho, lo es como persona abstracta, y en las relaciones emocionalmente ilustradas del Estado, es reconocido exclusivamente como un general concreto, como un sujeto socializado en su unicidad* (Honneth, 1997, p. 38). Honneth resume esto en la siguiente tabla:

<b>Objeto y modo de reconocimiento</b>	<b>Individuo (necesidades concretas)</b>	<b>Persona (autonomía formal)</b>	<b>Sujeto (especificidad individual)</b>
<b>Intuición (afectivo)</b>	Familia (amor)		
<b>Concepto (cognitivo)</b>		Sociedad civil (derecho)	
<b>Intuición intelectual (afecto devenido racional)</b>			Estado (solidaridad)

Honneth señala que esta propuesta de *System der Sittlichkeit* está incompleta debido a que faltan conceptos para lograr una clara diferenciación del cómo y del qué en estos tres estadios. Pero este esbozo contiene algunas ideas más; para Hegel el conflicto a la base del proceso de reconocimiento es un *mecanismo de colectivización social* que termina por generar una conciencia general para constituir el “espíritu del pueblo”, la “sustancia viva” de sus costumbres.

El trabajo de Hegel en *System der Sittlichkeit* aporta una serie de ideas que luego pierden fuerza en su *Realphilosophie*, especialmente la fuerza o el peso de la intersubjetividad, desarrollando su filosofía de la conciencia y generando las bases teóricas para su concepto de Espíritu. La constitución del espíritu se daría en etapas desde el espíritu subjetivo al espíritu real. En esa primera fase del espíritu subjetivo, Hegel pone énfasis en el trabajo, en la capacidad de hacer, de ser una “cosa” activa; sin embargo, esta capacidad de “actividad” no es suficiente *para llegar a una conciencia de sí en tanto persona jurídica*, por lo que se hace necesario, nuevamente, el desarrollo de un plano intersubjetivo la búsqueda de *una primera forma de reconocimiento recíproco*. Hegel prosigue desarrollando esta idea con la separación/complementariedad de sexos<sup>30</sup>, “en la reciprocidad de una saberse-en-el-otro; en la relación de interacción sexual los dos sujetos pueden reconocerse en su pareja, porque recíprocamente desean el deseo del otro” (Honneth, 1997, p. 51). Esto, el amor, según Hegel, demanda un conocimiento del otro, un conocimiento intersubjetivamente compartido. Como señala Honneth, en su *Realphilosophie*, Hegel llega a una conclusión similar a la de *System der Sittlichkeit*, el desarrollo de la identidad personal requiere de actos de reconocimiento de otros y que, para ser reconocido como persona, con ciertas cualidades y facultades, debo reconocer al otro como un determinado tipo de persona. Pero Hegel busca el reconocimiento jurídico, por lo que el amor, si bien es un elemento necesario, no es suficiente. Más aún, el amor sería insuficiente para dar

---

<sup>30</sup> Aquí es donde aparece la idea de astucia, como una característica de la psique femenina.

cuenta de un objeto de reconocimiento propiamente tal, lo que demandaría de una muestra concreta, que vendría dada por el nacimiento de un hijo, con lo que el amor deviene “un conocer que conoce”.<sup>31</sup>

Para acercarse al objetivo del reconocimiento jurídico, Hegel sigue la evolución de la familia apuntando a un contexto más social, donde existen otras familias, cada una de ellas con la necesidad de apropiarse de bienes económicos, los que ya no estarán disponibles para otras familias, un contexto que se regula por el derecho natural. Aquí, el contrato social aparece como la solución para alcanzar esta regulación. A diferencia de Hobbes, Kant o Fichte, quienes ponen al contrato como una imposición externa, Hegel (1802) lo plantea como algo que se da de forma práctica entre los hombres: “Derecho es la relación de personas en su comportamiento unas con otras, el elemento general de su ser libre o la determinación, la limitación, de su libertad vacía. Esta relación o limitación no tengo que elucubrarla o introducirla por mi cuenta, sino que el objeto mismo es esta producción del derecho, es decir, la relación de reconocimiento” (Honneth, 1997, p. 58). Así, el movimiento natural del hombre sería reconocer y buscar ser reconocido. Hegel repite el ejercicio de uno atacando o tomando la propiedad de otro, pero en este caso el atacante busca el reconocimiento del otro, más que la cosa apropiada en sí. Luego de una serie de razonamientos, que retoman esta idea de lucha a muerte, Hegel logra mostrar cómo el reconocimiento intersubjetivo de derechos es la mejor opción para resolver el conflicto. Para Honneth, Hegel falla en dar un sustento adecuado a la conclusión previamente mencionada, especialmente por la falta de claridad respecto a esa lucha a muerte.

A pesar de lo anterior, Hegel logra completar su objetivo de explicar o al menos proponer cómo se logra el reconocimiento jurídico de las personas. Sin embargo, esto no garantiza nada, en tanto los derechos no están escritos a priori, sino que van evolucionando. Esto da pie, nuevamente, para la aparición de la sociedad civil como un nuevo espacio para garantizar un adecuado reconocimiento. Honneth describe los razonamientos de Hegel en torno al incumplimiento del contrato y cómo se lesiona o menosprecia la voluntad general e individual, justificando la existencia

---

<sup>31</sup> Honneth nos recuerda que Hegel es un teórico clásico de la familia burguesa, lo que justifica la importancia que le da esta familia nuclear “bien” constituida.

del castigo como elemento válido de coacción. Sin embargo, Honneth no queda satisfecho con la explicación de Hegel, ya que no otorga una base jurídica fuerte para justificar las exigencias morales productos de la lucha por el reconocimiento.

Más adelante Hegel retoma el análisis de la eticidad desde su filosofía del Espíritu, donde toma relevancia el rol del Estado como producto y lugar de la reflexión del Espíritu, asimilado al concepto de voluntad general y de costumbres. Pero, además, el Estado aparece como un *uno* con el que también las personas se relacionan, un *uno* absoluto que finalmente debe estar representado por una sola persona para garantizar la unicidad de la voluntad política. Este movimiento viene a terminar por restar preponderancia al rol de la intersubjetividad; dicho por Honneth, *la eticidad ha devenido una forma del Espíritu que monológicamente se forma en su propio proceso, y no una forma específica y henchida de pretensiones de la intersubjetividad* (1997, p. 80).

A juicio de Honneth, Hegel no vuelve a retomar estas ideas de intersubjetividad, identidad y evolución por estadios, sacrificadas para desarrollar su filosofía de la conciencia. Esto es su motivación para realizar una actualización sistemática de la propuesta de lucha por reconocimiento.

#### *Los aportes de la psicología social de Mead.*

Para Honneth, la propuesta de Hegel sigue atada a un supuesto idealista, donde las relaciones conflictivas son un despliegue de la razón, que lleva consigo el *carácter comunitario del hombre* o la *autorreferencia del Espíritu*. Sin embargo, eso solo tendría el soporte metafísico desarrollado por Hegel, mas no cuenta con la justificación empírica que demandan los tiempos actuales. Así, Honneth identifica tres situaciones que dan cuenta de las limitaciones de la propuesta de Hegel para lograr convertirse en *una teoría social plena de contenido normativo*. Primero, el yo práctico depende del reconocimiento recíproco entre individuos, esa es la premisa fundamental, por lo que se hace necesario reconstruir esta tesis en un plano empírico, aquí Honneth propone la psicología social como sustento. Segundo, existe un abanico de formas de reconocimiento, *que pueden ser diferenciadas según el grado de autonomía que se posibilita al sujeto* (Honneth, 1997, p. 88), aquí aparece el amor,

el derecho y la eticidad <sup>32</sup> como una vía ascendente de autonomía e individualidad; pero esto tampoco tiene un sustento empírico, por lo que requiere una comprobación, la que incluso podría llegar a modificar estas formas y sus respectivos estadios. Tercero, para constituir su identidad, los sujetos se ven forzados al enfrentamiento para ampliar las formas de reconocimiento con miras a lograr esta mayor autonomía; dicho de otra forma, la carencia de reconocimiento recíproco es vivida como un menosprecio que mueve a los sujetos a una lucha por reconocimiento; pero, nuevamente, esto tampoco cuenta con un sustento empírico claro; para Honneth es importante que este sustento también sea sociológico e histórico.

Como dijimos, Honneth ve en la psicología social una fuente de sustento empírico a los planteamientos de Hegel, no tanto para justificarlos al pie de la letra, sino para actualizarlos. Aquí aparece la psicología de George Herbert Mead, un puente entre la idea original de Hegel y la postura de Honneth, que permite traducir su doctrina teórico-intersubjetiva en un lenguaje teórico postmetafísico. Honneth ve claras coincidencias entre las propuestas de Hegel y Mead, especialmente en la génesis social de la identidad y sus críticas a visiones atomistas de la tradición teórico-contractualista.

Para Mead, el problema central es *el acceso al objeto específico de lo psíquico*. Inicialmente, lo psíquico es *la experiencia que un sujeto realiza consigo mismo cuando por un problema práctico que se le plantea, se ve obstaculizado en la acostumbrada realización de su actividad* (citado en Honneth, 1997, p. 91). Sin embargo, esta definición le parece insuficiente y poco útil, por lo que Mead reorienta la experiencia consigo mismo a una subjetiva donde toma relevancia la posición respecto a otros y cómo esta capacidad o experiencia problematizadora le permite a cada uno alcanzar un comportamiento social exitoso, en el que la conciencia de las propias actitudes ayuda en el control del comportamiento de los demás. Esta nueva postura no contesta por completo cómo surge la conciencia de la propia subjetividad. Mead desarrolla una explicación que inicia con la observación

---

<sup>32</sup> En este punto se equipara eticidad y solidaridad.



de que la acción dirigida a otros provoca un efecto no solo en otros, sino que también en uno mismo, vale decir que, así como otros, uno puede dar una respuesta a su propio estímulo; para Mead, aquí es relevante el estímulo sonoro como medio para la comunicación. Aquí es relevante diferenciar el *yo* del *mí*; el primero nunca puede ser objeto de la conciencia, pero dado el carácter conversacional de nuestra experiencia, podemos saber que existe ese yo; por otro lado, el *mí* sí es un objeto, especialmente en el plano social, donde por múltiples procesos podemos generar una multiplicidad de *mis* que se transan o interactúan socialmente. Esta explicación logra entregar un primer sustento a la propuesta de Hegel, en cuanto devela el mecanismo psíquico que explica el desarrollo de la propia conciencia a partir de un segundo sujeto, de un otro.

Este primer logro explicativo de Mead lo mueve a un estadio sobre las consideraciones de los aspectos normativos en la interacción social. Honneth destaca este pasaje de Mead: “un niño puede juzgar bueno o malo sus comportamientos solo cuando reacciona a sus propias acciones con las palabras recordadas de sus padres” (Honneth, 1997, p. 96). El *mí*, que en principio era meramente cognitivo, ahora evoluciona a una instancia moral, instancia que se va ampliando de forma paralela a la expansión de mi círculo de interacción. Mead señala que esta ampliación lleva a una transición desde el juego (*play*) a la competición (*game*); mientras que en el *play* el sujeto reacciona a un otro concreto y particular, en el *game* es necesario responder a todos, a un otro generalizado, reconocer mi posición en el *game* y actuar en concordancia con las reglas. Esta transición representa al proceso de socialización mediante el que se interiorizan *las normas de acción que resultan de la generalización de las expectativas de comportamiento de todos los miembros de la sociedad*. A partir de esta socialización el *mí* se transforma y aprende a concebirse desde la perspectiva de un otro generalizado, “solo en la medida en que él acoge las posiciones del grupo social organizado al que pertenece, frente a las actividades sociales que descansan en el trabajo conjunto a las que este grupo se decida, puede desarrollar una plena identidad, y poseer la que ha desarrollado” (citado en Honneth, 1997, p. 97). De esto se desprende con cierta claridad que el reconocimiento recíproco es el elemento fundamental a la base de la formación de la identidad y la interacción social. También se desprende

que existen cierto derechos y deberes asociados; aquí Mead señala que, “si uno desea preservar su propiedad en la comunidad, es de gran importancia que uno sea miembro de la misma, ya que garantiza la aceptación de los demás en cuanto a que los propios derechos sean respetados. Por eso uno mantiene la propia posición, consigue la dignidad de ser miembro de la comunidad” (citado en Honneth, 1997, p. 97). De esta forma, el sujeto estará seguro del “valor social de su identidad”, la conciencia de ese valor será referida como autorrespeto por Mead (en Honneth, 1997, p. 97).

Hasta aquí, Mead ha puesto el foco en el mí, en ese producto de la interacción social, pero luego viene a reconocer que existen ciertos aspectos, ciertas energías, cierto potencial reactivo del yo que exceden al mí, por lo que no es suficiente con la interiorización de un otro generalizado para la formación de la identidad moral. En ese yo con ciertos impulsos, Mead reconoce la fuerza que genera una tensión entre *la voluntad común interiorizada y las pretensiones de individuación*, que pone en duda el propio mí para tomar interés del propio yo en contra de las normas sociales y a favor de nuevas formas de reconocimiento y, con ello, produce la ampliación de su identidad. Esta pugna es para Mead “la forma y la manera en que la sociedad se desarrolla, por una recíproca influencia tal como la que se cumple allí donde una persona piensa algo hasta el final. Podemos transformar nuestro sistema social en algunos aspectos y podemos actuar inteligentemente, porque podemos pensar” (citado en Honneth, 1997, p. 105). Para Mead, el desarrollo social es el proceso de ampliación<sup>33</sup> de los contenidos de reconocimiento jurídico; en su psicología, la lucha por el reconocimiento es “la praxis social que se da a partir del empuje unitario por tal enriquecimiento de la comunidad” (citado en Honneth, 1997, p. 106).

Hasta aquí, parece que Mead ha obviado el primer estadio de reconocimiento planteado por Hegel, la familia. Mead insiste, en efecto, en una visión más comunitaria desde una división funcional del trabajo, donde la autorrealización se corresponde con el ejercicio de un trabajo socialmente útil y reconocido como tal por el otro generalizado, que le brinda a la persona la conciencia de su aporte y

---

<sup>33</sup> Esta ampliación puede darse en tanto lo que se reconoce y garantiza a los miembros de una comunidad, como tanto a quienes se les reconoce.

valor individual. Esto claramente limita la individualidad de la persona, toda vez que pone los valores sociales de tal o cual comunidad y tiempo como límites rígidos para que las personas busquen su autorrealización. Para Honneth, esta postura restrictiva está condenada al fracaso en lo que respecta a la resolución del *problema de la integración moral de las sociedades modernas*, razón por la cual recuerda la alternativa planteada por Hegel en la *intuición recíproca*, que para Honneth es la solidaridad. La solidaridad incorpora el punto de vista cognitivo del tratamiento igualitario y la conexión amorosa y relación de cuidado del amor. Honneth vuelve a equiparar la solidaridad con la eticidad, señalando que Hegel entiende esta última como “el tipo de relaciones sociales que surge cuando el amor, por la presión cognitiva del derecho, se purifica hacia una solidaridad universal entre los miembros de la comunidad” (citado en Honneth, 1997, p. 108); es en la eticidad donde *se cumple la forma de reconocimiento más plena de pretensiones*. Sin embargo, a juicio de Honneth, esta eticidad está vacía, ya que, a diferencia de la propuesta de Mead con la división funcional del trabajo, carece de una conexión de experiencia motivadora, del qué compartimos y hacia dónde nos movemos.



#### *Amor, Derecho y Solidaridad.*

Descritas y analizadas las propuestas, por un lado, la idealista de Hegel, por otro la materialista de Mead, Honneth se aboca al trabajo de perfeccionar una propuesta de tres estadios de reconocimiento y sus respectivas formas de desprecio. Honneth aclara que esta división atiende a nuestra realidad reciente, pero que originariamente estas tres esferas pudieron haber estado fundidas en una sola forma de interacción social. Otro punto relevante es que para Honneth, el amor y la solidaridad están subordinados al Derecho, ya que es el Derecho quien establece los límites normativos de los horizontes de valor de una determinada comunidad.

Primero. El amor. Honneth clarifica que con amor nos referimos a los lazos afectivos, no solo las relaciones románticas. Honneth reconoce que en el amor hay un equilibrio precario entre autonomía y conexión, entre la individualidad y la entrega simbiótica. Para sustentar empíricamente este concepto utiliza aportes de diversos psicoanalistas y teóricos del apego, poniendo énfasis en la

necesidad del contacto satisfactorio. Refuerza esta idea con la presentación de alteraciones psicológicas como el trastorno de personalidad limítrofe o el narcisismo, que tendrían como etiología interacciones mal logradas entre el niño y sus cuidadores (1997, p. 120).

Como se dijo previamente, el amor incluye dos polos opuestos, la individualidad y dependencia, autonomía y simbiosis. Honneth explica en extenso la teoría de relaciones objetales de Winnicott para mostrar cómo de una dependencia absoluta, tanto física como afectiva, se pasa a una relativa en que, tras ataques destructivos del niño a la madre, que la madre soporta sin venganza, se puede lograr una delimitación de las fronteras entre la madre y el niño, pero manteniendo la dependencia del amor del otro. Todo este proceso permite al niño lograr la seguridad necesaria para *la realización social de sus propias pretensiones de necesidad*. Tomando la propuesta de etapas de Erikson, Honneth señala que el niño, *porque está seguro del amor maternal, consigue la confianza en sí mismo que le permite sin angustia ser solo consigo* y desarrolla la autoconfianza, ese es el logro en la esfera del amor. Así, la falla en esta forma de reconocimiento básica será vivida como un desprecio que implicará una falta de autoconfianza. Por otro lado, cualquier intento de apoderamiento del cuerpo contra la voluntad será vivido como una humillación que también llevará a la pérdida de la confianza, en principio ganada en el amor de la madre al niño.

Entonces, el amor como forma de reconocimiento tiene este carácter dual de individualidad y simbiosis; cuando se pierde esta dualidad se darían deformaciones patológicas del amor como el masoquismo y el sadismo. Honneth pone un énfasis en la fusión como una etapa inicial de la interacción, pero 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.

Segundo. El Derecho. Honneth señala que en este estadio, Hegel y Mead tienen claras diferencias; mientras el segundo se mantiene en una forma tradicional de reconocimiento muy ligada a lo social, el primero se desliga de las tradiciones morales para proyectarse en un principio universalista. A partir de esto, Honneth utiliza las propuestas de otros autores para acotar y definir un

concepto de respeto que estaría en base del reconocimiento jurídico, diferenciándolo del concepto de valoración social, más cercano a la propuesta funcionalista y comunitaria de Mead. Sin embargo, el respeto no define a priori qué es lo que debe ser respetado, *qué cualidad general debe ser protegida en los sujetos capaces de derecho*. Para avanzar en esa definición, Honneth se apoya en el requisito de la racionalidad, y señala que “toda comunidad moderna de derecho, puesto que su legitimidad depende de la idea de una coincidencia racional entre individuos iguales en derecho, se funda en la aceptación de la responsabilidad moral de todos sus miembros” (Honneth, 1997, p. 140). Sin embargo, esta definición tampoco termina de definir qué ha de ser respetado, protegido por el derecho en las sociedades modernas.

Honneth nos recuerda que no hay un único tipo de derecho, sino al menos son tres: liberales, políticos y sociales. Estos tres tipos han ganado reconocimiento del derecho a lo largo de los últimos cuatro siglos, en ese mismo orden, especialmente en países occidentales, aunque persisten claras diferencias entre países. Así las cosas, tal como se mencionó a propósito de la ampliación de derechos con Hegel y Mead, lo importante es precisamente el proceso de ampliación. Como señala Honneth, “reconocerse recíprocamente... hoy significa más...la capacidad concreta de merecer la medida necesaria en nivel social de vida por la que un sujeto es entretanto reconocido cuando entura reconocimiento jurídico” (Honneth, 1997, p. 144). Honneth sigue a Hegel y Mead en su convencimiento de la relevancia primordial de la lucha por el reconocimiento dentro de la esfera del Derecho.

El logro del Derecho será entonces el autorrespeto, que consiste en que las personas tendrán conciencia de que tienen la capacidad de tomar juicios autónomos y que estos serán considerados válidos por el resto de la sociedad, ya sea que afecten a su propia persona o al general de la sociedad. Honneth se apoya en Feinberg para señalar que una sociedad sin derechos, aun cuando garantice bienestar, será una sociedad donde no habrá oportunidades para lo formación de la propia autoestima. Por otro lado, la limitación o exclusión de ciertos grupos respecto a sus derechos, será vivida como una desposesión de la expectativa de igualdad jurídica y con ello del respeto hacia sí mismo.

Tercero. La solidaridad. Como se mencionó previamente, Hegel y Mead reconocen una esfera del reconocimiento distinta al amor y el derecho. Mientras Hegel se refiere a esta como eticidad, Mead apunta la división cooperativa del trabajo. En esta esfera es donde las personas obtienen una valoración positiva de sus particularidades, de sus cualidades y facultades. Al igual que en el amor y el Derecho, en la solidaridad se da una tensión entre la individualidad y la generalidad, toda vez que para que ocurra esta valoración positiva, debe existir cierta concurrencia coherente, compartida de valores sociales. Aquí nos encontramos con otra expansión de reconocimiento, abriéndose espacio para nuevos valores y para una sociedad más horizontal. Honneth utiliza los planteamientos de Weber para explicar cómo las sociedades presentan una tendencia a la fragmentación en estamentos, asociada a conceptos de estatus, honor y valor; conceptos que han perdido validez, dando espacio al de dignidad humana, siempre más ligada al Derecho que a la solidaridad; de esta manera se ha generado una transición desde el honor social al prestigio social, anclando el valor, ya no en la pertenencia a un grupo o clase, sino en la persona en particular.

En esta tercera esfera volvemos a encontrar una lucha. Honneth señala que, aunque una sociedad defina ideas directrices de qué es lo que se valora, siempre habrá interpretaciones culturales adicionales que definan las respectivas cualidades y facultades. A juicio de Honneth, acá toma peso la defensa y exposición pública de ciertas formas de vida, las que pueden incluso llegar a formas de violencia con tal de lograr un efectivo reconocimiento de la sociedad civil, de los otros. Estas luchas se convierten en oportunidades para la cooperación, para la valoración de otros en la lucha, como señala Honneth, para “valorar al otro para operaciones y capacidades que previamente habían carecido de significación social” (Honneth, 1997, p. 158).

Al ser reconocido por otros, se produce un sentimiento del propio valor que Honneth califica como de autoestima, pues *cada miembro de la sociedad se desplaza a valorarse de este modo a sí mismo*. Así, se supera la valoración por estamentos o grupos y se da una relación simétrica entre particulares que son significativas para la praxis común. Honneth lo 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*.

El menosprecio en esta esfera corresponderá a una desvalorización de determinadas personas o grupos, lo que será vivido como deshonra y llevará a que la persona tienda a referirse hacia sí mismo de manera negativa, vale decir, con una pérdida de autoestima.

Definidas las tres esferas, Honneth plantea la siguiente estructura de las relaciones de reconocimiento social:

<b>Modos de reconocimiento</b>	<b>Dedicación emocional</b>	<b>Atención cognitiva</b>	<b>Valoración social</b>
<b>Dimensión de personalidad</b>	Naturaleza de la necesidad y del afecto	Responsabilidad moral	Cualidades y capacidades
<b>Formas de reconocimiento</b>	Relaciones primarias (amor y amistad)	Relaciones de derechos (derechos)	Comunidad de valor (solidaridad)
<b>Potencial de desarrollo</b>		Generalización, materialización	Individuación, igualación
<b>Autorrealización práctica</b>	Autoconfianza	Autorrespeto	Autoestima
<b>Formas de menosprecio</b>	Maltrato y violación, integridad física	Desposesión de derechos y exclusión; integridad social	Indignidad e injuria, "honor", dignidad.

Honneth finaliza señalando que, en el largo plazo, las exigencias de ampliación de reconocimiento demandada por diversas personas y grupos, solo podrá tener oportunidad de alcanzarse en la medida que se amplíen radicalmente las relaciones de solidaridad.

*Las propuestas de Ricoeur, Taylor y Fraser.*

Estos tres autores han desarrollado sus propuestas teóricas con diversos grados de relación a la propuesta de Honneth, por lo que es relevante plantear una breve reseña de ellas antes de pasar a la aplicación de la propuesta honnethiana al acto médico.

Ricoeur en sus *Caminos del reconocimiento* (2006) parte con una revisión de los distintos significados del verbo reconocer para llegar a una categorización en tres niveles de reconocimiento: identificación/distinción, admisión/confesión y gratitud/deuda; y al concepto del tránsito de la voz activa a la pasiva. En el tercer estudio del libro, dedicado al reconocimiento mutuo, Ricoeur desarrolla

un análisis de la propuesta de Hegel en su periodo en Jena, concluyendo que amor y derecho son esferas fundamentales de reconocimiento; luego, considerando a Honneth, incluye a la solidaridad como una tercera esfera y coincide en la primacía del Derecho como esfera de alcance universal para el reconocimiento.

Ricoeur (2006) amplía el análisis del reconocimiento al superar una visión centrada en el conflicto, toda vez que se preocupa del reconocimiento en tiempos de paz. Para esto se centra en el rol del don, *como figura privilegiada de los estados de paz*, que se manifiesta en la forma de una relación de mutualidad no reducida a la mera reciprocidad de transacciones (de bienes o valores).

En una vereda complementaria y en dialéctica con Honneth se encuentra Nancy Fraser. El debate entre ambos se publicó bajo el título *Redistribution or recognition?: A political-philosophical exchange* (Fraser & Honneth, 2003). La tesis central de Fraser es que los diversos conflictos que históricamente han sido analizados desde el reconocimiento son un problema bidimensional; junto a la falla de reconocimiento, hay, en efecto, otra dimensión que es de la mala distribución de diversas formas de poder, que no puede ser considerada como un mero elemento del reconocimiento. Para sustentar esta visión, Fraser señala que los problemas de un reconocimiento mal logrado no son esencialmente trabas para una autorrealización, como señalan Honneth y Taylor, sino que son problemas de justicia. Así, presenta su *modelo de reconocimiento de status*, donde “*la falta de reconocimiento se transmite no a través de actitudes despectivas o discursos independientes, sino más bien a través de instituciones sociales*” (p. 29)<sup>34</sup>. La meta del modelo de Fraser es “dejar al grupo/persona subordinado como socio completo en la vida social, capaz de interactuar con otros como un compañero” (p. 99)<sup>35</sup>, vale decir, lograr paridad en la participación de los distintos actores. Para lograr esto, según Fraser, se deben garantizar condiciones objetivas, relativas a aspectos principalmente materiales, y condiciones subjetivas, relativas al respeto y consecuente estima de todos los participantes. Dado que existe una gran cantidad de situaciones donde esta paridad de

---

<sup>34</sup> Traducción propia.

<sup>35</sup> Traducción propia.



participación no se logra, Fraser defiende un modelo de cambio que llama “la reforma no reformista”, el que se mueve entre las políticas afirmativas (posibles, pero erradas) y las transformativas (correcta pero impracticable) para ir generando progresivamente condiciones para un cambio favorable.

La propuesta de Fraser aporta una visión más cercana a la práctica y resolución de los problemas sociales que se han abordado desde el reconocimiento, fortaleza que es, a su vez, su principal debilidad, dado que se trata de una visión acotada precisamente a esta clase de conflictos (de reconocimiento) y no parece generalizable a otro tipo de interacciones sociales conflictivas.

Por último, Charles Taylor en su *Politics of Recognition* (1997) se enfoca en el problema del multiculturalismo, especialmente en las sociedades democráticas. Presenta una idea similar a Honneth en relación a cómo el reconocimiento (de otros, de “otros significativos” en el planteamiento de Mead) permite o impide la constitución de la identidad. Al igual que Honneth, Taylor da cuenta del cambio social que ha permitido transitar del honor a la dignidad, esta última garantizada en general por los Estados modernos. Pero Taylor analiza también conceptos como los de autenticidad y originalidad, y cómo estos orientan o mueven a las personas y los grupos a desarrollar su individualidad, su particularidad, y a seguir la intuición de su plenitud o autorrealización. Introduce, asimismo, la idea del carácter dialógico de la vida, especialmente vinculado a la constitución de la propia identidad, proceso en el cual la falta de un diálogo adecuado repercutirá. A partir de estos conceptos desarrolla dos ideas de política: la de igual dignidad y la de diferencia; ambas están basadas en la igualdad de respeto, pero entran en conflicto debido al reproche que la primera hace a la segunda de violar el principio de no discriminación, y el reproche que a su vez la segunda hace a la primera de negar la identidad al forzar a las personas a un molde homogéneo que no es cierto para ellos (1997).

El principal aporte de la propuesta de Taylor es la necesidad de valorar a todas las culturas, como puede leerse en el siguiente pasaje:

[...] uno podría argumentar que es razonable suponer que las culturas que han proporcionado el horizonte de significado para un gran número de seres humanos,

de diversos caracteres y temperamentos, durante un largo período de tiempo... es casi seguro que tienen algo que merece nuestra admiración y respeto, incluso si va acompañado de mucho de lo que tenemos que aborrecer y rechazar (Taylor, 1997, p. 72-73).



### **Capítulo 3: “Aplicación de la teoría de reconocimiento al acto médico”.**

A partir de la propuesta tripartita de la relación médico paciente de Pellegrino (2006) y la teoría de reconocimiento de Honneth (1997), también con una estructura tripartita, se puede realizar un análisis de cómo aplican las esferas del reconocimiento en los elementos del acto médico. Para efectos prácticos, he dividido este análisis en función de las tres esferas que plantea Honneth; para cada una de ellas revisaré de qué manera aplica a los elementos propuestos por Pellegrino.

#### *Derecho*

Tomando como referencia a Chile, el derecho ha regulado el acto médico desde las prerrogativas que le corresponden a cada profesión, así como a las distintas estructuras administrativas que se encargan de entregar las prestaciones sanitarias, desde la promoción, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades, entre otras (Estado de Chile, 1967). Sin embargo, el elemento más relevante que aplica el Derecho al acto médico en nuestro país es la Ley 20.584 (Estado de Chile, 2012) que “regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”. En este sentido, la Ley declara que:

toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes. La atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental y a aquellas que se encuentren privadas de libertad, deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquella sea oportuna y de igual calidad (art. 2).

Así, los elementos generales más relevantes 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).

El primero de los tres elementos con los que Pellegrino define la relación médico paciente, que para el interés de este trabajo se centrará en el acto médico, es el hecho de la enfermedad. Debemos recordar que la enfermedad pone a la persona en una situación de vulnerabilidad, no solo por la disminución de sus recursos físicos y mentales, su debilidad y exposición a situaciones de mayor daño, sino también a la duda, la incertidumbre de lo que ocurrirá más adelante, la aparición de la posibilidad del fin de la vida, lo que le empuja a la búsqueda de ayuda. En tal sentido y coincidente con la caracterización que realicé en la introducción, el acto médico no es, al menos inicialmente, una relación simétrica. Por un lado, un paciente vulnerable e ignorante, por otro, un profesional sabio y omnipotente. Por lo tanto, en cierta medida, el autorrespeto del profesional de la salud es un hecho que se da por descontado en los límites del acto médico mismo, pero más importante aún, desde el reconocimiento jurídico que le dan las leyes en nuestro país y que (dentro de ciertos márgenes) le

aseguran autonomía en su actuar profesional. El autorrespeto del profesional, aparece así, como un elemento aparentemente implícito.

Así, al cruzar la primera esfera de Honneth con el primer elemento de Pellegrino, 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, Hoti, Hughes & Emmerton, 2014). Por ejemplo, en tiempos de pandemia COVID-19, un paciente o un familiar puede exigir que se le administre Hidroxicloroquina porque vio en la televisión que era la mejor opción y luego encontró en internet información que reforzaba esta idea. Pero el médico tratante explica al paciente que la administración del fármaco lo expone a un alto riesgo de arritmias cardiacas, por lo que no es una opción razonable. Ante esto, el paciente deslegitima la opinión profesional y exige el uso del fármaco amenazando con quejarse con las jefaturas, virando desde una situación de vulnerabilidad hasta una en la que asume la posición del profesional. Si las leyes, las normativas o incluso las prácticas dentro de su hospital le quitan el piso a su actuar juicioso como médico, afectando su autonomía profesional, se podría dar entonces una situación en la que el profesional pierda su autorrespeto. En este sentido, el segundo elemento propuesto por Pellegrino puede entregar más información relevante para el análisis.

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.

A partir de esta caracterización del segundo elemento de Pellegrino, podemos ver que en el ejemplo del paciente con COVID-19, el peso del manejo de la situación sigue recayendo sobre el médico, porque es él quien debe cumplir con un compromiso y utilizar todas las competencias necesarias para equilibrar cada uno de los aspectos del conflicto que tensionan la relación con su 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. Para enriquecer el análisis pasaré al tercer elemento de Pellegrino.

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. Si volvemos sobre el caso del paciente COVID-19 que exige Hidroxicloroquina, vemos que el acto de la medicina refuerza la responsabilidad y omnipotencia del médico en cuanto a cómo debe proceder en cada acto concreto para pacientes concretos. 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. Lo anterior es coherente con lo planteado en la Introducción, acerca de que algunos pacientes buscarían a un médico hiper-especialista que entregue un servicio o prestación concreta y específica, es decir, un médico que es entendido como un mero prestador de servicios.

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 como las expuestas en el caso del paciente COVID-19 que exige Hidrocloroquina.

Aquí es donde toman relevancia los Comités de Ética Asistencial, instancias constituidas por profesionales de la salud, mayoritariamente, pero también por profesionales de las ciencias sociales, derecho y humanidades, e incluso representantes de los pacientes. Tienen como función analizar casos complejos de conflictos y/o dilemas entre profesionales y pacientes, de manera de facilitar la labor asistencial. En este sentido, vienen a garantizar la aplicación del Derecho con miras a lograr el

autorrespeto de pacientes y profesionales. Sin embargo, los Comités siguen reforzando la responsabilidad y omnipotencia del médico en la relación médico paciente, toda vez que en su mayoría están conformados por profesionales de la salud que son colegas de los profesionales involucrados en los casos conflictivos. Lamentablemente, esta situación es difícil de modificar, pues, dado que los conflictos giran en torno a tratamientos, el conocimiento médico toma prioridad sobre otras consideraciones.

Si volvemos sobre Honneth, 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 requisitos 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<sup>36</sup>, 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 garantizables desde 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

---

<sup>36</sup> Esta situación se puede resumir en la expresión coloquial “¿Quién es el Diostor?”.



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.

Desde la propuesta tripartita de Pellegrino y la esfera del Derecho en la teoría del reconocimiento de Honneth, el reconocimiento se ha logrado parcialmente, con varios puntos por revisar.

### *Solidaridad*

En su sitio web, Teletón señala:

Nos preocupamos de rehabilitar de forma integral a niños y jóvenes a lo largo de nuestro país. Ayudándolo en su proceso de integración familiar, escolar, comunitaria, social y/o laboral, a través de programas médico terapéuticos, psicosociales, educacionales de desarrollo personal y recreación a cargo de equipos multidisciplinarios de profesionales ([www.teleton.cl](http://www.teleton.cl))

Desde un lenguaje común, Teletón representa una de las mejores expresiones<sup>37</sup> de la solidaridad para mejorar la salud de otros en nuestro país, sumada a otras instituciones como COANIQUEM, Corporación MATER, Fundación Gantz, entre otras.

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

---

<sup>37</sup> Ciertamente existe críticas respecto a cómo se reparten los dineros, la utilización de la imagen de Teletón por parte de la empresa y las pugnas por aparición en pantalla de figuras mediáticas.

cuando sean influenciados e incluso determinados por la sociedad, tienden a ser objetivos con beneficios personales, por lo tanto, no comunes.

Pero esos ejemplos no aplican directamente para el análisis del acto médico, toda vez que son esfuerzos que terminan en atenciones de salud, pero que son precedidas por una serie de actividades administrativas, recaudación de fondos, logísticas, entre otras, las que se encuentran alrededor del acto médico y definen su carácter solidario. Dicho de otra forma, en estas instituciones la solidaridad está esencialmente asociada a las acciones que permiten las atenciones en salud de sus beneficiarios, no necesariamente en las atenciones en salud en sí mismas. Sin embargo, esto se entiende desde una acepción del lenguaje común que relaciona la solidaridad con la donación de recursos. Desde Honneth, 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 (Soler & Raurich, 2015). 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. Estos conflictos son frecuentes en los reportes del SERNAC (Servicio Nacional del Consumidor, 2018), porque los problemas de comunicación generan expectativas que luego no son satisfechas, especialmente en la perspectiva del paciente. Estos casos vuelven 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.

### *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 (Romer, 2009, p. 71) “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 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, 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.<sup>38</sup> 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

---

<sup>38</sup> Aquí es importante aclarar que nos referimos a actos médicos donde el paciente se encuentra en uso de sus capacidades mentales a cierto nivel mínimo, en casos de urgencia con pacientes con afectación de la conciencia, el reconocimiento se delega en los familiares o tutores del paciente.

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.





## **Conclusiones.**

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. Comprobar esta hipótesis y caracterizar esa nueva esfera exceden las aspiraciones de esta tesis. 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. Comprobar esta hipótesis y esclarecer el rol que le corresponde al Derecho, también exceden las aspiraciones de esta tesis.

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.

- Asociación Médica Mundial. (2007). *Código de ética médica internacional*. Consultado el 3 de abril de 2018. Disponible en <https://www.wma.net/es/polices-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>
- 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.
- Beca, J. P., & Astete, C. (2015). Objeción de conciencia en la práctica médica. *Revista Médica de Chile*, 143(4), 493-498.
- Cartes-Velásquez, R., & Bustos-Leal, A. (2012). Teleodontología: Conceptos, experiencias y proyecciones. *Odontoestomatología*, 14(20), 17-25.
- Colegio Médico de Chile. (2013). *Código de Ética*. Santiago: Colegio Médico de Chile.
- De Castro-Peredo, H. F. (2005). Ética médica en la literatura del siglo XIX. *Gaceta Médica de México*, 141(4), 323-334.
- De Santiago, M. (2014). Semblanza de un maestro. *Cuadernos de Bioética*, 25(1), 17-23.
- 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.
- Estado de Chile. (1967). *Código Sanitario; DFL 725*. 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.
- Huttunen, R., & Murphy, M. (2012). Discourse and recognition as normative grounds for radical pedagogy: Habermasian and Honnethian ethics in the context of education. *Studies in Philosophy and Education*, 31(2), 137-152.
- 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/>
- Kalra, M. G. S., Anand, C. A., & Shahi, L. G. B. (2003). The relevance of General Medicine Today: Role of Super-specialists vis-á-vis internists. *Journal of Indian Academy of Clinical Medicine*, 4, 14-17.
- Kamerow, D. (2014). Doctors treating their families. *BMJ*, 348, g4281.
- 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.
- Médicos Residentes. (2016). *10 libros que todo médico debe leer*. Consultado el 23 de agosto de 2019. Disponible en <https://medicosresidentes.es/10-libros-medico-leer/>
- Parry, R. (2014). "Episteme and Techne", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Consultado el 12 de diciembre de 2018. Disponible en <https://plato.stanford.edu/archives/fall2014/entries/episteme-techne/>
- Pellegrino, E. D. (1985). The virtuous physician, and the ethics of medicine. In Shelp E. (Ed) *Virtue and medicine* (pp. 237-255). Springer, Dordrecht.

- Pellegrino, E. D., & Pellegrino, A. A. (1988). Humanism and ethics in Roman medicine: translation and commentary on a text of Scribonius Largus. *Literature and Medicine*, 7(1), 22-38.
- 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
- Sánchez, H., & Albala, C. (2004). Desigualdades en salud: adulto en comunas del Gran Santiago. *Revista Médica de Chile*, 132(4), 453-460.
- Servicio Nacional del Consumidor. (2014). *Ranking de reclamos en salud*. Consultado el 10 de diciembre de 2017. Disponible en <https://www.sernac.cl/wp-content/uploads/2014/12/Ranking-de-Reclamos-en-Salud-1.pdf>

Servicio Nacional del Consumidor. (2018). *Más de 2.600 reclamos en contra de las entidades de educación superior en 2018*. Consultado el 10 de diciembre de 2019. Disponible en <https://www.sernac.cl/portal/604/w3-article-55192.html>

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.

Thomas, F. C., Roberts, B., Luitel, N. P., Upadhaya, N., & Tol, W. A. (2011). Resilience of refugees displaced in the developing world: a qualitative analysis of strengths and struggles of urban refugees in Nepal. *Conflict and Health*, 5(1), 20.

