

**I. Introducción:
el enfermo como objeto o como sujeto de la medicina**

Según la distinción aristotélica entre teoría, poiesis y praxis, los objetivos de la medicina no se consumirían apelando al conocimiento teórico (cuál es la esencia de una enfermedad), pues el práctico (cómo obrar bien) y el poético (cómo producir salud en un individuo enfermo) son igualmente necesarios (Polansky 2000). Suele discutirse si la medicina es una ciencia o un arte, entendiendo que, como ciencia, se preocupa por clasificar y explicar las enfermedades como entidades sobre las que cabe un tratamiento científico, mientras que como arte consiste en interacciones entre profesional sanitario y pacientes que requieren habilidades prácticas para cumplir el cometido de reestablecer la salud en los enfermos o aliviar su estado. La discusión entre normativistas y naturalistas para entender los conceptos de salud y enfermedad está en parte ligada a este asunto: para los primeros, estos conceptos son intrínsecamente normativos, dependen de valores sociales e intereses humanos, y la enfermedad es un estado que se considera malo y no es deseado; para los naturalistas, aunque los conceptos puedan estar asociados a valores, hay un nivel fundamental de descripción objetiva e independiente de valores en el que se puede decidir sobre una patología (Giroux 2010).

En el texto que nos ocupa, Tauber (2011) insiste en la necesidad de cultivar habilidades prácticas de carácter moral para que los médicos puedan cumplir su cometido. Su argumento central es que la práctica de la medicina debe concebirse como una interacción entre sujetos y abandonar el modelo actual, que ha reducido esa interacción a una relación entre sujeto (médico) y objeto (enfermo). Tauber considera que dicha reducción es debida a la cientifización de la actividad sanitaria que, primero, observa al enfermo como objeto de estudio neutral e impersonal de una medicina concebida como una ciencia natural, y posteriormente trata de rescatar al enfermo como sujeto desde la bioética y en el espacio político jurídico, de forma que se le otorgan derechos y deberes, al ser considerado dueño absoluto de sus decisiones por

La autora agradece la ayuda financiera recibida que ha permitido esta investigación: del Gobierno Vasco-Eusko Jaurlaritza, la Subvención a Grupos IT 505-10, y del MICINN los proyectos FFI2008-06348-C02-02/FISO y FFI2008-06348-C02-01/FISO



estar esencialmente dotado de una identidad autónoma. Pero este reconocimiento es, en opinión de Tauber, insatisfactorio, porque sucede fuera del contexto de la interacción entre médico y paciente que constituye a la medicina. Por ello, la demanda teórica central de su texto (y de otros del mismo autor sobre filosofía de la medicina) es la reintroducción de la dimensión moral en la propia práctica médica, transformando el modelo del conocimiento médico mediante una epistemología moral (Tauber 2005).

Para reintroducir esa dimensión moral Tauber apela a la teoría de Levinas, pero hay otras estrategias que podrían servir igualmente a sus fines de situar la actividad de la medicina en un contexto de interacción entre sujetos. Mi comentario trata de esbozar una interpretación de la posición de Tauber que permita liberarla un tanto del corsé de la ética, y subrayar la dimensión interactiva de la medicina desde una definición de salud que incluya la posible intervención médica. Si el conocimiento teórico de la medicina requiere percibir a los individuos como sujetos (sin objetivarlos), también es posible concebir que en la sociedad actual la intervención médica podría ser en ocasiones como un elemento causal constitutivo de la noción de salud. Este planteamiento permitiría trasladar la demanda ética a un contexto epistemológico puro, en el que sus llamadas a la ética para definir la medicina ("la medicina es ética", pag. 169) resultan superfluas.

En otras palabras, no es sólo que el paciente es un sujeto humano que merece un trato ético por parte de los médicos, también debe tenerse en cuenta que es un organismo biológico inserto en un contexto social en el que su estado de salud no excluye la intervención médica, además de otras interacciones adecuadas en plano político sociocultural. Pero esto sólo es posible si se reformula la noción de autonomía en base a una noción de identidad mas amplia y flexible.

II. La identidad biológica y la salud

En parte en consonancia con el debate entre naturalistas y normativistas, Tauber compara el marco clásico, que objetiva la enfermedad, con el mundo postmoderno, en el que el interés se dirige hacia la persona enferma y sus necesidades. En su libro la distinción entre ambos se traza en relación con las concepciones filosóficas de la identidad y la autonomía subyacentes en a cada uno y que cumplen diferentes fines.

En el capítulo 2 sobre "El rumbo de la autonomía" Tauber revisa cómo se forja en la filosofía y en el pensamiento político la noción de yo y de identidad individual autónoma, una construcción útil y coherente con el

modo de pensar de la Ilustración, y necesaria para la forja del espíritu científico. En este análisis el objetivo del autor es revelar que tanto el pensamiento ilustrado sobre el "yo puntual" de Locke y Kant, como la crítica romántica y naturalista al mismo ejercida por Nietzsche, basada en un "yo orgánico", tienen el problema de que parten de una idea pre-establecida de la identidad objetiva del yo. Tauber considera que es preciso demoler esa concepción de un yo sólido y confinado en el que se deposita la autonomía.

Como ejemplo que ilustra hacia donde se dirige su estrategia, podemos revisar la concepción sobre la identidad biológica que subyace al sistema inmune, campo al que el autor ha dedicado bastantes publicaciones (ver Tauber 2009). Los trabajos recientes sobre la filosofía de la inmunología teórica revelan la necesidad de admitir una concepción compleja de la identidad. Se solía pensar que biológicamente se puede separar lo propio de lo otro/ajeno en virtud del genoma, en base a que las células propias comparten un mismo genoma, o de las barreras espaciales que separan lo interno o propio de lo externo, o de las barreras temporales que conciben el yo como un continuo desde la fertilización hasta el estadio adulto. Pero es cada vez más evidente que los organismos multicelulares complejos persisten en simbiosis u otro tipo de asociación con multitud de otros organismos, como las bacterias. Por eso, no es fácil caracterizar la identidad en términos de homogeneidad genética, o de pertenecer a la misma especie o de estar dentro de ciertos límites espaciotemporales. Más bien parece que biológicamente la identidad consiste en un proceso dinámico complejo que tiene que admitir elementos que intuitivamente parecen heterogéneos o externos. En el caso del sistema inmune debe admitir, por ejemplo, al feto como algo propio a pesar de la heterogeneidad genética, así como otras partes componentes que ni siquiera son de la misma especie (como las bacterias intestinales).

En suma, aunque la concepción heredada sobre el sistema inmune lo considera el sistema de defensa del organismo, que define lo propio o constitutivo del yo y separa lo ajeno u otro, ¿qué es el yo o lo propio? La comprensión clásica del sistema inmune no cuestiona la existencia de ese yo, cree que ese yo existe biológicamente y que los componentes que entran a formar parte del organismo indudablemente pertenecen al sistema o son ajenos al mismo. Sin embargo, existen fenómenos complejos que afectan al sistema inmune que indican que no es tan sencillo definir en qué consiste esa identidad que se defiende: ¿por qué no ataca al feto siendo como es genéticamente heterogéneo?, ¿por qué no se defiende de ciertas bacterias pero sí de otras? La conclusión parece ser que el sistema inmune no defiende ninguna identidad prede-

terminada, sino que su actividad constituye y da forma a una organización, de forma que es su propia actividad la que crea una identidad que es autónoma, pero que no es co-extensiva con alguna otra propiedad definitoria o esencial, como ser genéticamente homogéneo o proceder de la primera célula o estar dentro de ciertos confines espaciotemporales. Por ello para Pradeu (2010) el sistema inmune "constituye" la identidad del organismo de forma activa y generadora: lo que el sistema inmune acepta, es el yo; lo que rechaza, lo ajeno.

Puede trazarse una analogía entre la organización del sistema inmune y la del estado de salud del organismo.

III. Autonomía y salud

A diferencia de quienes creen que en la relación asistencial la autonomía del enfermo depende de un yo al que hay que respetar (jurídicamente, políticamente, etc.) en el ámbito de las decisiones terapéuticas, Tauber quiere introducir al médico dentro de un círculo de procesos que constituyen la identidad individual, de tal forma que el estado de salud de una persona podría requerir tenerlo en cuenta. Por así decirlo, en la sociedad humana el médico o las instituciones sociales podrían, en ciertos casos, llegar a formar parte integrante de la identidad en la que consiste la salud de los "individuos". Si la autonomía del paciente está últimamente ligada a su salud, entonces las decisiones del médico podrían tener que entenderse de manera que se integren dentro del círculo de la autonomía del paciente y no como algo ajeno a la misma. Se sugiere aquí entonces que hay una analogía con el funcionamiento del sistema inmune que Tauber podría tener *in mente* (aunque no la desarrolle como tal en este libro): así como el sistema inmune define la identidad biológica en su propia operación, sin considerar si los elementos propios son genéticamente homogéneos o son espaciotemporalmente continuos, así la autonomía del paciente o del enfermo que requiere atención médica puede realizarse en interacción con el médico que le atiende, porque esta intervención posibilita la realización de la identidad autónoma del enfermo.

La identidad del yo que debe curarse no puede definirse de manera independiente a su estado de salud, debe entenderse en el contexto de la actividad que la procura, y por ello las acciones o las prácticas del personal sanitario no deben necesariamente considerarse como ajenas, sino que podrían ser parte de lo propio, es decir, estar dentro del círculo de la autonomía. Por el contrario, si definimos la autonomía del paciente con una concepción rígida del yo se desestima la necesidad de ayuda para procurar las condiciones de posibilidad de esa autonomía.

En suma, a diferencia de Nietzsche, que cierra el círculo de los procesos en los que se basa la autonomía a nivel del individuo, Tauber entendería la autonomía en un marco multidimensional en el que el trabajo del médico podría tener un papel constitutivo para la salud. La autonomía no puede entenderse sobre la base de un yo predeterminado que hay que luchar por preservar o por erigir en dominante; la autonomía puede obligar a redefinir el yo del enfermo de varias maneras que no excluyan la intervención de otros agentes del entorno, pues una independencia basada en el aislamiento no podría reestablecer la salud. El objetivo de Tauber no es criticar a Nietzsche sino, rescatando algunos aspectos del planteamiento de éste, decir que en la relación sanitaria, que está marcada por la ética, es decir por el deber de cuidado que tiene el personal sanitario, este deber es más importante que la defensa de la autonomía individual, porque la propia individualidad del paciente enfermo puede entenderse como algo que tiene una carencia (salud) y por tanto está abierta hacia la ayuda que el profesional médico puede ofrecer. La salud se concibe como un estado complejo y multidimensional en el que la enfermedad puede hacer necesario introducir el factor médico para poder cerrar autónomamente ese complejo.

Lo que el sistema inmune ilustra bastante claramente a nivel biológico tiene un correlato mental o moral en su defensa de la empatía o del trato humano: también la intención del médico debe poder integrarse en esa identidad autónoma que busca la salud del enfermo, una intención que debe conectar con la subjetividad del enfermo en su propio medio. De hecho, desde el ejemplo del sistema inmune, lo que Tauber en ese libro califica de epistemología moral, es decir que el acercamiento del médico al paciente debe estar basado en la responsabilidad y el cuidado y no meramente en la fría objetividad científica, se podría reescribir diciendo que la biología del paciente debe integrar el cuidado del médico para poder preservar la vida o aliviar el sufrimiento. Esto nos obliga a dejar de pensar en la autonomía como independencia y pasar a concebirla como interdependencia. Es una imagen de la autonomía como algo más precario e interactivo que en el planteamiento nietzscheano y para la que hay interacciones interpersonales que son imprescindibles (ver Casado y Etxeberria 2012).

La razón por la que Tauber critica tanto la noción de autonomía que ha sido desarrollada por la bioética es que si ésta está basada en una identidad previa y objetiva, es compatible con el tratamiento del paciente, a nivel médico, como un objeto. Y en este sentido no mejora tanto como algunos esperan los problemas que surgen con la actitud paternalista. Esto podría explicar la paradoja de que, a juicio de algunos autores, el desarrollo de la bioética no haya traído consigo una mejora real en la relación asistencial (Casado 2009).

IV. Conclusión

Tauber ha escrito que "El problema es considerar a la ética como algo periférico a la medicina, y su solución está en integrar totalmente la práctica clínica con su correspondiente filosofía moral" (pag. 143). Mi propuesta en este comentario ha sido que se puede reinterpretar esta llamada a la ética en términos naturalistas que afecten a la propia ciencia implicada en la actividad médica. Esto requeriría una transformación profunda del marco de conocimiento médico de manera que el principio de autonomía fuera algo más que un protocolo ético que regula la relación entre médico y paciente, convirtiéndose en la ambiciosa exigencia epistemológica para la medicina de que sus intervenciones deban poder considerarse como parte constitutiva de la capacidad de autonomía de los individuos. No me cabe duda de que esta es la más alta aspiración posible para la medicina.

Referencias

- Casado da Rocha, A (2009) Back to Basics in Bioethics: Reconciling Patient Autonomy with Physician Responsibility. *Philosophy Compass* 4(1): 56-68.
- Casado, A y Etxeberria, A (2012) Towards autonomy-within-illness. Applying the triadic approach to the principles of bioethics. En H Carel & R Cooper Eds. *Contemporary Topics in Philosophy of Medicine*. Newcastle: Acumen, en prensa.
- Giroux, E (2010) *Après Canguilhem. Définir la santé et la maladie*. Paris: PUF Presse Universitaires de France. [Trad. cast de José Vicente Bonilla Pardo: *Después de Canguilhem: Definir la salud y la enfermedad*, Bogotá, Universidad El Bosque, 2011]
- Polansky, R (2000) Is medicine art, science, or practical wisdom? Ancient and contemporary reflections. En MG Kuczewski y R Polansky Eds. *Bioethics. Ancient themes in Contemporary issues*. Cambridge, Mass.: MIT Press, pags. 31-56.
- Pradeu T (2010) What is an organism? An immunological answer. *History and Philosophy of the Life Sciences* 32: 247-268.
- Tauber, A (2005) Medicine and the call for a moral epistemology. *Perspectives in Biology and Medicine* 48 (1): 42-53.
- Tauber, A (2009) The biological notion of self and non-self. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <http://plato.stanford.edu/entries/biology-self/>
- Tauber, A (2011) *Confesiones de un médico*. Madrid: Triacastela, traducido al castellano por Antonio Casado da Rocha [Original: *Confessions of a Medicine Man, An Essay in Popular Philosophy*, MIT Press, 1999].