

QUIS CUSTODIET IPSOS CUSTODES?

Reflexiones en torno al ser del profesional de la salud¹

RESUMEN

La relación médico-paciente suele concebirse en el marco de la articulación de los principios de la bioética. Para el autor ese encuadre es insuficiente. Propone concebir la profesión médica como una vocación que involucra la identidad personal del profesional de la salud. De este modo, la relación médico-paciente pone en juego dimensiones que van más allá del ejercicio y comprensión habituales de una profesión.

Palabras clave: profesional de la salud, identidad, cuidados intensivos, relación médico-paciente, vocación.

ABSTRACT

The professional-patient relationship is usually conceived in the bioethical principles frame. For the author that framing is unsatisfactory. He proposes to understand medical profession as a call involving the personal identity of the health professional. So in the professional-patient relationship are at stake dimensions that exceed the usual practice and comprehension of profession as such.

Key words: Health Professional, Identity, Intensive Care, Professional-patient Relationship, Call.

1. Conferencia de apertura pronunciada el viernes 1 de diciembre de 2006 con ocasión del 16° Congreso Argentino de Terapia Intensiva y 2° encuentro de Terapia Intensiva del MERCOSUR organizados por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (Hotel Sheraton, Mar del Plata).

Introducción

Desde el punto de vista gramatical, la pregunta que encabeza esta reflexión presenta un “quién” que funciona como sujeto (*quis* = Q1), una acción expresada mediante el verbo “cuidar” y otro “quién” (*custodes* = Q2), distinto del primero, que funciona como receptor (objeto) del cuidado. El peso de la pregunta recae sobre el sujeto gramatical (Q1): quién cuida al que detenta la función de cuidar (Q2). Empero, así planteado, podría darse una suerte de apertura *ad infinitum*. La pregunta no tendría respuesta: habría que buscar siempre al custodio del custodio.²

Para evitar esta fuga indefinida hacia adelante, me detendré en el nexo que enlaza y establece la relación: el verbo “cuidar”. Me pregunto: ¿qué es lo que hay que cuidar o cuidar “qué cosa”? ¿Hay que cuidar el equilibrio psíquico, la salud física, los recursos disponibles, la preparación del personal sanitario (médicos, personal de enfermería, etc.)? Sin negar que todo esto deba ser cuidado, propongo pensar en otro “objeto” de cuidado al que me referiré un poco más adelante.³

La pregunta “qué es lo que hay que cuidar” remite a otras también fundamentales. ¿Cuál es el contexto en el cual se ejerce esta acción de cuidar? ¿Qué consecuencias comporta cuidar? Destaco anticipadamente que una cierta manera de entender el cuidar comprende la idea de “reciprocidad”, concepto ajeno a un cierto estilo de entender y ejercer la medicina.⁴

El texto de la conferencia fue adaptado al estilo redaccional de un artículo. Esto supuso retocar y, en algunos casos, ampliar el texto. No obstante, las ideas fundamentales expuestas en esa ocasión permanecen inalteradas.

2. La expresión “¿quién custodia al mismo custodio?” pertenece al poeta romano Juvenal (Sátira VI, 346-348). En ésta, se duda de la prueba de virginidad que se hacía a la mujer antes del matrimonio: ella podía comprar el silencio de los encargados de verificar. Tal como lo plantea Platón en la República, hoy se utiliza para la insoluble pregunta acerca de cómo controlar a los que detentan el poder. En esta exposición el sentido que le doy es diferente: alude a la constitución identitaria del “profesional de la salud”. Por consiguiente, la pregunta tiene un doble acento: personal, en el sentido de “quién” es el que cuida; relacional, en el sentido de “a quién” cuida. El hecho de cuidar tiene relación con la identidad de quien cuida.

3. El objeto de cuidado o lo que hay que cuidar podría ser –al decir de Martin Buber– un tipo de vínculo “yo-eso”, uno “yo-tú” o una combinación de ambos. En el primer tipo la relación es de dominio, como sucede con las cosas o las objetivaciones de la realidad; en el segundo, la relación es de autonomía: hace posible la emergencia y articulación de los miembros de la relación en su específica alteridad subjetiva. Muchas veces la manera de tratar al paciente no supera el nivel de la relación yo-eso. “El de la cama sesenta y cuatro” expresa con frecuencia la manera de nombrar a ese (eso) que yace ahí.

4. La reciprocidad se ubica entre dos extremos: el exceso de asimetría y el de simetría. Cuando la relación entre personas es excesivamente asimétrica, el riesgo es que uno de los polos de

No pregunto “quién cuida al enfermo” sino “quién cuida al que cuida al enfermo”, es decir quién cuida al médico, al personal de enfermería y a las restantes personas involucradas en los cuidados intensivos. La pregunta muestra una cierta “inversión”: el que cuida también necesita ser cuidado.

Esta suerte de inversión de roles nos lleva a otra cuestión. No ya “qué cuidar” sino “quién es el que cuida al que cuida”. Nos estamos preguntando por Q1. ¿Quién cuida a los involucrados en las terapias intensivas? ¿La sociedad a través de sus normas e instituciones? ¿Los comités de ética hospitalarios? ¿Los gremios? ¿Su familia y sus amigos? ¿Sus compañeros de trabajo? Aunque estas instituciones y personas ejercen este rol, propongo considerar un “quién” (*quis*), no ya gramatical, al que me referiré más adelante.

1. El que hay que cuidar (Q2)

¿Quién es ese que hay que cuidar? La pregunta se abre con un pronombre personal: “quién”. “Quién cuida” substituye intencionalmente a “qué cuidar”. No estamos ante un “qué” sino ante un “quién”. La insistencia se debe a evitar una manera de decir cuya carga técnica y objetivadora pueda ensombrecer la dimensión subjetiva de los implicados en el acto médico.

Cuándo preguntamos “qué es”, subyace el peligro de que la especialidad (intensivista, enfermera, kinesiólogo, etc.) deje en penumbras al sujeto que la ejerce. El profesional de la salud es antes que nada persona. Su especialidad, lo que hace, está enraizada en su ser, lo que es. Es frecuente entender por profesión un tipo de actividad cuyos actos no comprometen capas muy hondas de la persona que los performa. En esta mirada que propongo, el “hacer” del profesional de la salud involucra otras dimensiones que trascienden la aplicación de un saber técnico, un mero ejercicio profesional.

Es, en cierto modo, una *praxis* o actuación que compromete el ser: estamos ante un tipo de profesión que compromete algo de la persona del

la misma se ubique en posición de poder y el otro en receptor pasivo de ese poder. El rechazo de esta asimetría tampoco supone sostener que la reciprocidad es totalmente simétrica. Toda relación entre personas es asimétrica. Las personas “trascienden” la relación: el otro no es reductible al saber que de él me brinda la misma relación.

profesional médico como persona. Esto no es como ser mecánico, por más que circule el mote de fierros entre los médicos de terapia intensiva. Las cuestiones que pone en juego la profesión médica invitan a pensar las distintas especialidades desde el “ser-profesional de la salud”, sabiendo que ese ser va más allá de lo estrictamente sanitario-profesional.⁵

Por consiguiente, cabe volver a pasar por el corazón (*recordare*) ese origen que no se puede fijar sólo en el día y en el lugar en el que se decidieron por la medicina, sino que pertenece a eso que llamamos “primordial”: lo que siempre está allí excediendo todo origen y subyace, el modo de humus nutriente, en las motivaciones más hondas de nuestro actuar cotidiano.

Este origen sin origen fue tejido por un conjunto de acontecimientos, muchos de los cuales están más allá del umbral luminoso de la conciencia. Eso en cierta manera “inaprensible” que está en el origen de la decisión afecta el ser, el destino y la subjetividad de un modo distinto respecto de la mayoría de las restantes profesiones. Esa afectación del ser corresponde a lo que se suele llamar “vocación”.

La vocación, esa voz o llamada que se percibió alguna vez (*vox, vocis*: voz; *vocare*: llamar), comporta tres aspectos o dimensiones entrelazadas. “E-vocar” (*evocare*) o la pregunta del “por qué”, lo que está en el origen, lo que me motivó a decidirme. Sin embargo, dado que el origen esconde la promesa de un futuro, el anverso de una esperanza, el *incipit* de un destino, no puede ser pensado al margen de la dimensión del “pro-vocar” (*provocare*): “para qué”. Dos dimensiones unidas y separadas - al mismo tiempo-espacial y temporalmente. El ayer de mi decisión esconde el mañana deseado aunque todavía no lo posee. En la dinámica existencial las motivaciones del origen se iluminan desde los fines. El “para qué” soy profesional de la salud explica el “por qué” de la decisión. En definitiva, ambas dimensiones me remiten al sentido último de aquello que hago.

Estas dos dimensiones se unen durante el transcurrir de nuestras vidas entre sí y con una tercera: la dimensión del “con-vocar” (*convocare*). El caminar de un lugar a otro, de un pasado a un futuro, no se hace sin los otros. La llamada no es aislada o en soledad. Acontece en el seno de un tejido de variadas relaciones humanas. Dado que el destino de la vida no se resuelve en lo que hice sino en quién he llegado a ser, esta tercera

5. El guión que une “ser” con “profesional de la salud” indica la inscripción del servicio médico en el ámbito más amplio de la vocación de la persona.

dimensión imbricada en las restantes remite a los “quiénes” sin los cuales definitivamente no podría alcanzar la estatura de mi identidad humana. Es la pregunta por los que me constituyen como persona con rostro y biografía en los distintos ámbitos de mi realización.⁶

Nuestra vida no es materialidad acumulada, fragmento inexplicable, superficie muda. Es símbolo que evoca, provoca y convoca hacia un sentido que encarna y expresa. Dice un “más allá” que es trascendencia de la mera materia, del aislamiento del fragmento y de la inmediatez de la superficie. Nuestra vida está llamada a ser *logos*, palabra articulada. La profesión médica en tanto servicio a la vida amenazada, a la identidad herida, a la historicidad comprometida, posee un carácter simbólico que remite a otro orden de realidad y permite inscribirla en el ámbito de una vocación. Seguir la vocación implica caminar hacia la plenitud del ser, de la biografía, historia e identidad de las personas.⁷

Los orígenes griegos de la historia de la medicina muestran en el Juramento Hipocrático (s. IV a.c.) un ideal de profesión médica en cierto sentido afín con la concepción de la medicina como vocación. El médico pertenecía a una clase cuyo sentido y responsabilidad eran como la de los reyes, magistrados y sacerdotes: no estaba sólo en juego una destreza. El médico no ejercía un oficio ni aplicaba una técnica sino un “arte sagrado”. El médico del Juramento está situado en un ámbito de trascendencia: es –en cierto modo– un hombre divino, un ministro de lo absoluto.

El arte de este “médico-sacerdote” se entiende como capacidad de curación en un sentido más amplio que el físico: curar era restaurar el orden. Belleza, bondad y salud eran sinónimos, determinaciones del orden natural de las cosas. Fealdad, maldad y enfermedad, sus antónimos: alteración de ese orden, lo antinatural. Para los griegos la enfermedad era una desproporción cuya causa se encontraba en el plano moral. El enfermo era malo: perder el orden de su vida era la causa de su enfermedad. Al desprender al médico del sacerdocio ministerial e inscribirlo en otro más laico e ilustrado, la medicina griega lo sacraliza y seculariza a la vez. No

6. A esta altura de la exposición invité a los presentes a hacer una “in-vocación” (*invocare*), llamar al “espíritu” que un día los impulsó a seguir la profesión médica. Invocar se hace necesario especialmente cuando la propia decisión comporta un alto grado de soledad, incertidumbre y dificultad. A tal efecto escuchamos la canción *I believe in you – Je crois en toi* de Jörgen Kjell Eloffsson, Per Olof Magnusson, David Kreuger, Matteo Saggese y Luc Plamondon interpretada por Il Divo y Celine Dion. En esta canción hay un “alguien” (Dios, padre, amigo, amante, etc.) que confirma a otro para que siga sus sueños y sus intuiciones a pesar de las dificultades.

7. Cf. L. BOFF, *Los sacramentos de la vida*, Santander, Sal Terrae, 1987, 24.

obstante, conserva las notas básicas de todo sacerdocio: elección, segregación, privilegio, impunidad jurídica y autoridad.⁸

El compromiso que gravaba la profesión médica era sagrado (profesión: *professio, professare*). Profeso es aquél que se liga mediante un compromiso solemne ante Dios: éste es el sentido primero del verbo *spondeo* del que deriva la palabra responsabilidad. Por tanto, el Juramento tenía fundamentación primariamente religiosa, elevadísima responsabilidad ética y la más amplia impunidad jurídica. Aunque existían normas que regulaban la profesión, es decir no había una impunidad *de iure*, la impunidad *de facto* era casi total. La concepción de fondo es que el médico era ley para sí mismo.

Mediante el compromiso se pasaba a formar parte de una comunidad de hermanos, una familia segregada con ciertas características de pertenencia. En Occidente, profesiones como la realeza, la magistratura, la medicina y el sacerdocio se caracterizaron por un tipo de responsabilidad de tipo fuerte en comparación con la débil de oficios y ocupaciones.

En contraposición con la medicina concebida como servicio religioso aparecía la cirugía: ésta era sólo un oficio manual del cual el médico debía abstenerse. Empero, en Grecia la medicina se desarrolló entre los extremos del “médico-sacerdote” –que acabo de describir someramente siguiendo a Diego Gracia– y el “médico-artesano” presente en muchos otros escritos de esa tradición. Contrastan las figuras de la medicina como profesión y como oficio.⁹

Aunque se presenten de otra manera, en mi opinión aún existen rasgos de este pensamiento en ciertas profesiones. La mercantilización y tecnificación de la medicina no borró en el imaginario popular que el profesional de la salud sea visto como una especie de consagrado al servicio del enfermo. La abnegación, el desinterés, la dedicación sin horarios son algunas virtudes de lo que se suele llamar “vocación de servicio”. Un servicio que toma dimensiones que superan lo estrictamente profesional. Por ejemplo, a un médico no se le perdona que no abandone su descanso y acuda cuando hay un enfermo en riesgo que lo necesita.

Desde esta mirada, el ejercicio de esta profesión se relaciona en cierto modo con el sentido de la vida. La responsabilidad que comporta va más allá de dar cuenta de tal o cual hecho: se trata de responder ante un

proyecto con visos de totalidad. En el acto médico hay algo más que cuidar la salud del paciente: lo profesional abarca estratos más hondos de la persona. El rol del profesional de la salud compromete estratos de su subjetividad más profunda.

2. El que cuida (Q1)

Cuando digo que el mismo enfermo es quien cuida al profesional de la salud, en cierto modo estoy cerrando el círculo de la relación clínica. Mirar el ser-profesional de la salud desde el lugar del paciente significa admitir que este último no es mero receptor pasivo de la beneficencia médica. Ocupa un lugar distinto y ejerce una función activa. Se trata de entender el sentido de la relación clínica también desde el lugar del paciente. Es lo que bellamente expresa Hugo Mujica refiriéndose más generalmente al “otro”.

“Cabría mirar la realidad desde otro lugar, desde el lugar donde podría dar un viaje nuestro yo: verla desde el otro. Desde el tú. Pero no como un tú frente a un yo, sino más bien como un tú constitutivo y fundativo del yo. [...] El otro me es asignado antes que lo haya elegido. Está inscripto en mi mismidad, inscripción en hueco, en el hueco que es mi soledad. Si nombrando la realidad el hombre encuentra su vocación, este mismo hombre busca a su vez quien le nombre, quien le diga su valor, busca un tú que lo realice, un yo. La existencia de ese su yo no radica en la relación consigo mismo sino en la relación con un tú. El hombre busca quien realice en él la epifanía de su propio rostro, quien le instaure en su humanidad, quien lo acoja en su comunidad. Busca decirse: entregarse. Entregarse y sentirse respondido: acogido. Busca acoger lo que venga a habitar su soledad, al que la pueble, a aquél que la transfigure en intimidad. [...] La identidad humana no está cerrada sobre sí misma, no es clausura sino apertura. Una apertura que no es neutra, no es una ventana que es ventana por el mero hecho de abrirse en un muro, es sed, deseo, intencionalidad. Deseo e intencionalidad encarnados en mi sensibilidad, en mi exposición a los otros. Proximidad al otro y, en tanto que tal, vulnerabilidad. Sed del otro como hueco en mí y, en ese hueco, el espacio para que resuene la presencia del otro en mí, su reclamo, no a mí, sino de mí. Su clamar por mí que resuena en mi interioridad, en el espacio abierto hacia él, el espacio, el hueco que me constituye como posibilidad de ser más allá de mí. Así, mi subjetividad contiene más que lo que soy, contiene mi propio desborde: la sed de ser en otro. Eclósion de mi interioridad que es responsabilidad por el otro: ser en otro haciéndolo ser a él, dándole mi ser y, en ese darme, ser, completarme: desear que el otro sea. La presencia, del otro, su llamado, el llamado que es su presencia, despierta en mí mi respuesta, mi responder: mi responsabilidad. Despierta en mí lo que soy como posibilidad de llegar a serlo, de serlo en otro. Lo que yo ya tenía pero no lo hubiese si-

8. Cf. D. GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989, 26-28; 35-41.

9. Cf. GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, 49-59; 71.

do si el otro no me lo hubiese pedido. Si el otro me es asignado antes de que yo lo haya elegido, mi respuesta a él, mi responsabilidad por él, es anterior a mi misma libertad, es su origen y su destino. Así el yo se manifiesta como constitutivamente dependiente del otro y, en ello, manifiesta al otro como anterior a mí mismo en mí. Mi subjetividad me destina al otro y, en mi respuesta, en mi responsabilidad, en mi decisión ética, culmino mi ser hacia el otro en ser para el otro: abriéndome. Completando mi ser en la trascendencia en el otro: olvidándome de mí”.

Unas líneas más abajo, la mirada se corre a la debilidad de ese otro que me constituye.

“Hay un lugar donde la invocación del otro se hace insoslayable, se grita: en la debilidad. En su necesidad encarnada o, más aún, en carne viva: el pobre. Pobre material, social o espiritual –enfermo o discapacitado, extranjero o marginado–, lo otro del otro parece anudarse, clamar y reclamar, reclamarnos en él. Manifestarse con toda su fuerza: con toda su debilidad. Debilidad impostada y encarnada en el pobre que me llama y llamándome me revela: revelación de quién soy: el responsable de él. Revelación y Juicio sobre lo que debo ser, sobre mi responsabilidad hacia él. El pobre, su indigencia, cuestiona mi libertad, mi posibilidad ética: es la vergüenza de mi satisfacción. Su realización será la subordinación de mi libertad a su necesidad, a su realización: el sacrificio como paradoja abrazada, asumida. El sacrificio como condición de posibilidad de mi realización. A través del otro como pobre, del que lleva marcado en su cuerpo, en su historia, la carencia que es ser, se manifiesta en toda su magnitud el llamado a mi responsabilidad. El otro, la manifestación de su debilidad, es el límite de mi poder. El límite o la transfiguración de mi poder en solidaridad: mi yo en el tú. El límite en el cual termino, me repliego o el límite desde el cual me extiendo, me abro, me entrego. En el pobre, por el pobre, soy tocado. O, más que tocada, mi sensibilidad es herida. Herida que es apertura. Apertura por la que salgo de la clausura de mi yo: el otro, el pobre, me salva. Me redime de mi yo: en ese salir, en ese éxodo, voy siendo”.¹⁰

¿Quién es ese otro que me cuida? ¿Quién es el guardián de mi dignidad como profesional de la salud? ¿Quién es el que da sentido y realidad a mi ser-profesional de la salud? Se trata de pensar la mismidad del otro en cuanto referida a mí, el otro como recíproco, respetando siempre su irreductible alteridad. Misterio de la reciprocidad por el cual su alteridad toca mi mismidad transfigurándola, posibilitándola. Por ende, puedo decir que ese otro sufriente, el paciente, constituye la referencia necesaria de mi identidad sanitaria.¹¹

10. H. MUJICA, “Hacia una ética de la debilidad”, *La Nación* (Sección Cultura), 10 de julio de 1994, 3.

11. “[...] Levinas considera que «la fecundidad debe erigirse en categoría ontológica», porque el hijo no es sólo mi obra y mi propiedad. «No tengo mi hijo, soy mi hijo». Ello impide una lectura

El otro de las unidades de cuidados intensivos se me presenta en su alteridad doliente, debilitada y amenazada. Lo que veo en una terapia es un cuerpo expuesto, sin defensa, una piel desnuda, librada a la intemperie. Estoy ante un “tú” desprotegido, desprovisto del abrigo de sus roles y mediaciones cotidianas. Su desnudez es separación de sus vínculos habituales de identificación. No obstante, ese cuerpo y ese rostro yacientes siguen siendo una palabra que me convoca.

El enfermo, aún sin decir palabra, habla y me habla. Me habla su “rostro” a través de los rasgos faciales muchas veces desdibujados y caricaturizados por el dolor. Me habla su voz detrás de palabras que a veces no llegan a articularse como lenguaje: un gesto, un quejido, una expresión de dolor... Porque ese otro que tengo delante no es reducción a su cuerpo, es mucho más: “presencia” que me convoca escapando a mi poder y a mi saber.¹²

Es necesario distinguir entre “tocar” y “acariciar” un cuerpo. Si bien siempre se trata de tocar, lo que distingue al acariciar es su modo abierto de alcanzar los márgenes del otro: acercarse recibiendo y entregando un “no saber”, un misterio. En cambio, por tocar entiendo un aproximarse técnico-científico que penetra y priva al otro de su hondura. Por eso, acariciar es acoger “lo otro” de los otros, ser beneficiado por su riqueza, afirmarse en la experiencia de la proximidad humana. Es lo que percibimos cuando alguien se acerca y nos acaricia en nuestra soledad angustiada: experimentamos el roce transfigurador de la piel. Acariciar implica decir un “no” rotundo a todo trato empobrecedor, como cuando el otro es reducido a dato o circula en el lenguaje soez.

Se puede pensar la relación clínica como la relación con un alguien que –aún siendo otro– es de alguna manera mi mismo. El otro no es mi

según un concepto monista del sujeto idéntico que procura el retorno del yo hacia el sí. Se trata de una relación con un extraño que, al mismo tiempo, es yo: una relación del yo consigo que, sin embargo, no es yo. El hijo no es yo y, sin embargo, soy mi hijo. En el existir mismo hay una multiplicidad y una trascendencia. La fecundidad del yo es su trascendencia misma [...]. Si Levinas habla de que «el yo humano se implanta en la fraternidad», ha de leerse en esta dirección: «Que todos los hombres sean hermanos no se agrega al hombre como una conquista moral, sino que constituye su ipseidad» [...]. A. GABILONDO, *La vuelta del otro. Diferencia, identidad, alteridad*, Madrid, Trotta, 2001, 204-205 (nota 39).

12. La relación médico-paciente frecuenta un cierto ejercicio del poder médico basado en un saber que reduce al enfermo a “dato clínico”. El resultado de acercarse a los pacientes sólo con una mirada científica es que pierdan su voz en el mundo de los cuidados de la salud. Cf. M. CLIFTON-SODERSTROM, “Levinas and the patient as other: the ethical foundation of medicine”, *Journal of Medicine and Philosophy* 28/4 (2003) 447-460, 455.

obra, ni un apéndice mío, ni un objeto, menos mi propiedad. El otro es ese que no soy y, al mismo tiempo, yo mismo. Estas aproximaciones a la relación en el ámbito de la salud dejan flotando en el aire la cuestión de “eso” que trasciende el cuerpo que yace delante de mí y silenciosamente me evoca, convoca y provoca.¹³

3. La relación

Independientemente del carácter agudo o crónico de la dolencia, el cuidado intensivo supone generalmente un riesgo cierto para la salud: la relación de cuidado se ejerce en un contexto crítico. La dolencia que motiva el cuidado conlleva una amenaza con visos de totalidad. No “tengo”, “soy” mi cuerpo: lo que peligra es mi desaparición, el corte definitivo con los vínculos que nutren mi identidad. Por consiguiente, cuidar la salud física es custodiar a la persona en su identidad concreta: su rostro, sus ramificaciones, su biografía.

Si, como sostengo, se acepta que la identidad del profesional de la salud está condicionada por la de su paciente, entonces el riesgo es compartido. La muerte afecta a ambos. Algo se muere en el profesional de la salud, no sólo en tanto la muerte del paciente remite a la suya. Se trata de algo más que de espejar. Supone aceptar que la identidad es relacional y la referencia al paciente es constitutiva del ser-profesional de la salud.

El servicio a la vida que brinda la medicina posee tanto las características comunes de una profesión –se vive “de” ella percibiendo un salario u honorario– como las de la vocación: se vive “para” ella. La belleza y la bondad del profesional de la salud radica en que su vida ya no es más su vida sino también la de sus pacientes. Cuidar a los pacientes, cuidar el

13. En la mirada que desnuda, el cuerpo se convierte en representación objetivada (cosificada) que substituye a la evocación. Al cubrir la desnudez humana, el pudor revela la verdad de una alteridad originaria e irreductible: él es a la presencia lo que el lenguaje al sentido. Asimismo, custodia esa alteridad: invita discretamente a entrar en un proceso de simbolización, a inscribir lo parcial en el deseo del reencuentro con la alteridad del otro. El pudor es resistencia al develamiento del cuerpo. Pero, más profundamente todavía, es resistencia a develar lo que habla en el cuerpo: es la marca de un conflicto entre la verdad y la imagen que vemos. Mostrar la desnudez del cuerpo como la totalidad de la persona es una flagrante mentira. La carne desprovista de la presencia provoca la vergüenza. Un mundo sin pudor es un mundo sin fe ni ley, sin Dios ni maestro, librado a una multiplicidad cuyo desorden manifiesta la pérdida de la unidad y el sentido originarios. Una carne sin rostro, sin genealogía, sin palabra, abandonada a la desesperante ceguera del destino. Cf. D. VASSE, “Un monde sans pudeur?”, *Études* 3962 (2002) 199-205.

vínculo con ellos, es –valga la redundancia– cuidarse a sí mismo. Concebir la relación de esta manera permite pasar de la figura de un profesional cuyo saber entraña un poder que seduce en la dirección de la omnipotencia paternalista a la figura de un profesional que comparte el destino humano de sus pacientes.

En línea con estas reflexiones me pregunto. ¿Se puede interpretar el reclamo de autonomía de un modo superador, como más que mero reclamo de los derechos del individuo? Si se toma por separado cada principio de la bioética, cada uno tiene en su centro alguno de los principales actores de la relación clínica. La beneficencia y no maleficencia, al profesional de la salud; la autonomía, al paciente; la justicia, a la comunidad representada principalmente por el sistema sanitario. Si bien es necesario distinguir, no hay que olvidarse de unir: los actores están ligados entre sí en el seno de una relación. Aún así, el principio de autonomía parecería tener una cierta preeminencia, al modo de un *primus inter pares*. Quien en definitiva da sentido a la relación clínica es el paciente de modo que todo lo que ella comporta siempre se ordena a él.

Tutelar la autonomía del paciente no es lo que comúnmente se entiende y practica en algunos ámbitos como el sajón. La relación debe darse en unas condiciones y un entorno que permitan al paciente o a quien lo representa comportarse y decidir de acuerdo a su dignidad de persona con rostro y nombre. La autonomía –bien entendida y ejercida– promueve que el enfermo sea escuchado en tanto sujeto de una biografía.¹⁴

El paciente de las unidades de cuidados intensivos suele estar amenazado desde dos planos distintos: por una parte, la enfermedad que mina su autonomía; por otra, la tecnología que puede anular su carácter de sujeto. Estas amenazas se expresan en la intemperie de la desnudez a la que está expuesto. El peligro se yergue sobre su historia personal, su condición hablante capaz de dar sentido a su vida y su posibilidad de trascender su mera corporalidad. Lo que circula es la muerte como lo que condena a lo in-diferente, a la no presencia. Si el amor transfigura la cara en

14. Cuando el profesional de la salud se relaciona con la experiencia del paciente se vuelve un “ser junto a él”. De esta manera el enfermo se vuelve un “tú” y se puede establecer una relación mutua del tipo “yo-tú” a la que me referí más arriba (cf. nota 3). Además de relacionarse con la experiencia del otro estando presente y participando en su momento actual, encontrarse con el “tú” del otro (subjetividad) supone la aceptación total de su presencia. No proyectarle preconceptos que lo encierran en definiciones transformándolo en objeto de ese saber. De ser así, el paciente es sólo un “eso” objetivado. Cf. N. GORDON, “La ética y el lugar del otro”, en M. FRIEDMAN – M. CALARCO – P. ATTERTON (eds.), *Levinas y Buber: diálogo y diferencias*, Buenos Aires, Lilmod, 2006, 83-85; 90.

un rostro, la muerte puede desfigurar, caricaturizar: convertir el rostro en facciones o fragmentos que se apagan.

Ante la muerte que se presenta en ese cuerpo de muerte, solemos desplegar mecanismos que obedecen a lo que el enfermo me espeja: también soy un cuerpo de muerte; soy, al decir de Martin Heidegger, un “ser para la muerte”. Su muerte es de alguna manera mi muerte: esto no es fácil de sostener. Los recursos defensivos que ponemos en juego son complejos: obedecen a las maneras de tramitar la angustia y se reflejan en el modo de relacionarnos con el cuerpo del doliente.

Dado que la especialidad de los intensivistas se desarrolla generalmente en un entorno tecnológico, cabe detenerse unos instantes en la cuestión de la técnica entendida como poder que se ejerce desde la distancia e instaura una distancia. Entre el profesional de la salud y el enfermo se interponen los aparatos y un cierto saber. Ciencia y tecnología configuran un modo de realidad cuya artificialidad puede desdibujar al hombre y convertirse en riesgo para su irreductible alteridad.

“El exceso del espíritu técnico trae aparejadas estas consecuencias: la «uniformidad sin distancia» y la no «proximidad» de las cosas. Llevado por una especie de voluntad prometeica, o por una lógica enajenada e independizada del hombre que la maneja, o por un instinto de apropiación y de disposición dominadora omnipotente, ese espíritu técnico trata de colmar todo hiato, todo «entre-dos», toda sana distensión que distingue, diferencia y separa existencialmente cada «aquí», de todos los otros «aquí». Se podría decir que estamos frente a un tipo de humanidad que ya no espacializa en la forma de lugares, comarcas y regiones familiares, sino que anónimamente es espacializada por la fuerza artificial de un espacio homogéneo, cuantitativo y mensurable que sólo tiene a sedarse en la medida que llega a alcanzar una especie de siempre inalcanzable «ubicuidad» total. [...] El dominio técnico del espacio apunta a una omnipresencia del hombre en todos los rincones del universo. [...] Pero la experiencia parece mostrarnos que, en la medida en que se cumple este progreso [...], el espacio existencial se desvitaliza, disolviéndose en espacio homogéneo, cuantificado y enteramente exteriorizado. En un espacio de esta naturaleza, anónimo y abstracto, las cosas se vacían de su mejor sustancia y se tornan vanas, se aglutinan en masas etiquetadas en base a prototipos estandarizados. Volverse vanas las cosas significa que ellas pierden la medida de su distanciarse y de su acercarse. En este sentido son aniquiladas en sus auténticas relaciones vinculantes y convertidas en simple material de consumo”.¹⁵

La técnica puede comportar un uso erótico-simbiótico cuando se implementa como poder que penetra, controla y asimila. Cabría preguntarse

15. H. MANDRIONI, *Pensar la técnica. Filosofía del hombre contemporáneo*, Buenos Aires, Guadalupe, 1990, 64-65.

si las bromas soeces que circulan en las unidades de cuidados intensivos no se relacionan de alguna manera con el imaginario del poder tecnológico y qué relación existe entre el imaginario tecnológico y un cierto uso del lenguaje. Me pregunto si esas bromas no revisten un cierto tinte pornográfico en tanto borran al sujeto como presencia y lo expresan como objeto.

Cuando el sujeto deviene objeto, esta cosificación imaginaria cumple una doble función. Por un lado, aparece como la colmadura de un hueco, ilusión del apaciguamiento de la angustia; por otro, como lo que me oculta mi condición de sujeto deseante, finito y mortal. Agotamiento del deseo, muerte de la subjetividad, desaparición de la alteridad. El objeto proclama la muerte del sujeto. Ante lo que no es manejable, lo real, la vida y la muerte, circulan cuerpos, cosas, objetivaciones: todo lo que ilusoriamente se puede controlar. Sueño de omnipotencia que me entrapa en la radical impotencia de las cosas en las que yo también soy metamorfoseado por esta erotización simbiótica.¹⁶

Asimismo, no se puede ignorar el modo de abordar la cuestión de la muerte en nuestra cultura actual. En los últimos siglos el lugar del morir se ha desplazado de las propias casas al hospital. Hoy esto está siendo revertido por motivos de costos, disponibilidad de camas y necesidad de tratamiento especializado (cuidados paliativos). No obstante, aunque en ciertas enfermedades terminales se está volviendo a morir en el propio seno familiar (hogar), lo que prevalece es el ocultamiento.

El tema del ocultamiento ha cambiado en el transcurso del tiempo. Primero se ocultó al moribundo para protegerlo de terceros; luego se ocultó el hecho de la muerte al mismo moribundo; finalmente se ocultó la muerte al contexto social para no perturbar la idea de una vida dichosa. En los nuevos cementerios los signos de la muerte desaparecen en el verde pacífico de los prados. El hombre contemporáneo parece no querer enterarse de su muerte. La muerte aparece a nuestros contemporáneos como el primer tabú, desplazando al sexo: a la liberación del *eros* siguió el aprisionamiento del *tanatos*. Empero, como estas dos fuerzas vitales están profundamente hermanadas y en permanente equilibrio inestable, lo que suceda con una impacta en la otra. La exacerbación de *eros* condice con la negación imaginaria de *tanatos*.¹⁷

16. Cf. M. MARZANO, *La pornografía o el agotamiento del deseo*, Buenos Aires, Manantial, 2006, 39-74.

17. Cf. P. ARIÈS, *Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad media hasta nuestros días*, Barcelona, El Acantilado, 2000, 83-98; 223-268.

La negación de la muerte, operada de distintas formas, no es ajena a una cierta concepción y aplicación de la tecnología en medicina. Los fenómenos de desplazamiento, ocultamiento o negación de la muerte comprometen la posibilidad identitaria en la relación médico-paciente. Por ende, estrategias como “de eso no se habla”, “hacemos de cuenta que aquí no pasa nada y por eso nos reímos”, etc., son la contracara del modo como la cuestión de la muerte incide en las relaciones que entabla el profesional de la salud.

4. Conclusión

El fenómeno de reducción del sujeto está todavía muy presente en cierta medicina. De hecho, en Estados Unidos, cuna de los principios de la bioética, se está revisando su modo de aplicación. Como afirma la Dra. Christine Cassel, el respeto casi sagrado del principio de la autonomía del paciente, sumado a la rentable industria de los juicios, terminó en el abandono del mismo paciente.¹⁸

Aunque la relación autonomía-beneficencia sea compleja, inestable y plantee siempre nuevos desafíos, no se resolverá ni en el abandono del paciente ni en la omnipotencia del profesional de la salud. Plantear la relación desde el cuidado mutuo que ejercen ambos, puede ser un camino para superar ciertas antinomias y tensiones surgidas de postular a los miembros de la relación en oposición.¹⁹

ALEJANDRO C. LLORENTE

14.03.06 / 14.05.06

18. “El principismo fue una suerte de «puerto seguro» para los médicos en esta última década de gran cambio en los estándares, bioética, normas médicas y legislación. Con estos principios sencillos y una sencilla comprensión de la ley, podían sentirse en cierto modo protegidos de posibles juicios y, aún más, de ser considerados no éticos (...) Pero ahora, en este mundo complejo pedimos a los médicos que restablezcan la intimidad en las relaciones con sus pacientes, que vuelvan a cargar algo de ese pesado peso sobre sus hombros, que se pregunten y tal vez internalicen las fuentes de sentido religioso o filosófico de sus pacientes y que las conecten con sus propias fuentes de sentido”. C. K. CASSEL, “Clinical medicine and biomedical ethics in the 1990’s”, en E. R. DuBOISE – R. HAMEL – L. J. O’CONNELL, *A Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*, Valley Forge, Trinity Press International, 1994, 340-341. Un poco más adelante, dirá: “Es necesario clarificar dos dimensiones en la clínica médica. La primera es entender las razones por las que se toman las decisiones. La segunda es entender el sentido de lo que se hace: acá tenemos la pobreza más absoluta en el ámbito clínico. ¿Dónde está el sentido profundo de nuestros actos y de nuestra profesión en la manera burocrática y economicista de conducir la medicina de los últimos años? Encontrar este sentido profundo es el desafío más importante de la próxima década”. *Ibid.*, 342. La traducción es mía.

19. Esta vivencia de la relación desde el punto de vista de ambos participantes origina un tipo de vínculo que M. Buber llama “inclusión” (*Umfassung*) y supone la actuación de una profundidad (el alma) que va más allá de la sola asistencia médica. Cf. GORDON, “La ética y el lugar del otro”, 92.