

# El encuentro clínico: reflexiones semióticas

*The clinical encounter: semiotical reflections*

*O encontro clínico: reflexões semióticas*

Miguel Kottow\*

Andrea Kottow\*\*

**RESUMEN:** El encuentro clínico es fundamental en las prácticas médicas, habiendo sido observado que la medicina contemporánea desatiende la relación entre paciente y médico por diversos motivos pragmáticos. Este artículo sugiere reevaluar la relación clínica recurriendo al pensamiento de M. Bakhtin (1895-1975). Algunos artículos preliminares han introducido en la reflexión bioética ciertos conceptos claves de la semiótica que Bakhtin aplica a la comunicación literaria, y que el presente texto se propone aplicar al estudio del encuentro clínico a la luz de la distinción de Merleau-Ponty entre cuerpo vivo (organismo) y cuerpo vivido (subjectividad). La enfermedad modifica la subjectividad del cuerpo vivido al enfrentar las sensaciones físicas del desorden que aquejan al cuerpo vivo, y las vivencias existenciales de intranquilidad y temor por las disfunciones generadas por el proceso mórbido. El paciente presenta una anamnesis donde relata su “mundo de la vida” en términos personales, que el médico ha de traducir a un discurso general de validez social y técnica, correspondiente al “mundo de la cultura”. El proceso es complejo, por cuanto el relato del paciente es polisémico en su diversidad de significaciones, requiriendo una interpretación éticamente correcta basada en un acercamiento empático entre los interlocutores, actividad que se enmarca en una “responsabilidad moral” del paciente y una “responsabilidad especializada” del médico para juntos elaborar una descripción coherente y veraz de la enfermedad. Cuando el médico interrumpe el proceso narrativo y recurre precozmente a métodos técnicos de diagnóstico, convierte al paciente en “órgano sin voz” (Bakhtin), alienado de su propio cuerpo (Sartre).

**PALABRAS LLAVE:** Bakhtin. Relación médico-paciente. Semiología.

**ABSTRACT:** The clinical encounter is fundamental in medical practices, and we observe that contemporary medicine neglects the relationship patient-doctor for different pragmatic reasons. This article aims to reevaluate the clinical relationship using the thought of M. Bakhtin (1895-1975). Some preliminary articles have introduced in bioethical reflection certain key concepts of the semiotics that Bakhtin applies to literary communication, and the present text sets out to apply them to the study of the clinical encounter in the light of Merleau-Ponty's distinction between live body (organism) and lived body (subjectivity). Disease modifies lived body subjectivity when facing physical sensations of disorder that afflict live body, and the existential experiences of disquiet and fear by dysfunctions generated by the morbid process. The patient presents an anamnesis where she relates his “life world” in personal terms, and the doctor has to translate to a general discourse having a social and technical validity corresponding to the “culture world”. The process is complex, inasmuch as the story of the patient is polysemic in its diversity of meanings, requiring an ethically correct interpretation, based on an empathic approach between interlocutors, an activity that frames in a “moral responsibility” of the patient and a “specialized responsibility” of the doctor to elaborate a coherent and truthful description of the disease. When the doctor interrupts the narrative process and resorts precociously to technical methods of diagnosis, he turns the patient into an “organ without voice” (Bakhtin), alienated from her own body (Sartre).

**KEYWORDS:** Bakhtin. Patient-doctor relationship. Semiology.

**RESUMO:** O encontro clínico é fundamental nas práticas médicas, e observamos que a medicina contemporânea negligencia o relacionamento paciente-médico por diferentes razões pragmáticas. Este artigo visa a reavaliar o relacionamento clínico recorrendo ao pensamento de M. Bakhtin (1895-1975). Alguns artigos preliminares introduziram na reflexão bioética determinados conceitos-chave da semiótica que Bakhtin aplica à comunicação literária, e este texto se volta para aplicá-los ao estudo do encontro clínico à luz da distinção de Merleau-Ponty entre o corpo vivo (organismo) e o corpo vivido (subjectividade). A doença modifica a subjectividade do corpo vivido ao enfrentar as sensações físicas da desordem que afligem o corpo vivo, e as experiências existenciais da inquietude e do medo decorrentes das deficiências orgânicas geradas pelo processo mórbido. O paciente apresenta uma anamnese em que relata seu “mundo da vida” em termos pessoais que o médico tem que traduzir para um discurso geral de validade social e técnica que corresponde ao “mundo da cultura”. O processo é complexo, visto que a história do paciente é polissêmica em sua diversidade de sentidos, exigindo uma interpretação eticamente correta, baseada em uma aproximação empática entre interlocutores, uma atividade que instaura uma “responsabilidade moral” do paciente e uma “responsabilidade especializada” do médico para elaborar uma descrição coherente e verdadeira da doença. Quando interrompe o processo narrativo e recorre precocemente a métodos técnicos de diagnóstico, o médico transforma o paciente em um “órgão sem voz” (Bakhtin), alienado de seu próprio corpo (Sartre).

**PALAVRAS-CHAVE:** Bakhtin. Relacionamento paciente-médico. Semiologia.

\* Doctor en Medicina, Magister en Sociología, Profesor Titular Universidad de Chile, Académico Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. E-mail: mkottow@gmail.com

\*\* Licenciada y Magister en Literatura, Doctora rer. med. (Universidad Libre de Berlín), Académica Universidad Católica de Valparaíso, Chile.

## INTRODUCCIÓN

La relación entre terapeutas y pacientes continúa siendo medular en la práctica médica y en el análisis bioético, aun cuando ha sufrido profundas modificaciones a consecuencia de nuevos desarrollos como la marcada instrumentalización de la medicina, la expansión de la medicina administrada –*health care management*–, la reducción de lo médico a la genética, el avance de la medicina del deseo, y el anuncio de modificaciones antropológicas que podrán generar cyborgs –organismos cibernéticos–, seres transhumanos y posthumanos. La sofisticación técnica de biotecnología y medicina motivan insatisfacciones y desconfianzas que llevan con creciente frecuencia a buscar los servicios de las medicinas alternativas. Los modos pragmáticos de enfrentar la biología, la patología y la terapéutica del ser humano, llaman a reflexionar sobre la compleja interacción clínica en que interviene la subjetividad del paciente, el conocimiento objetivo y la experiencia del médico, aspectos todos inmersos en un contrato social normativo del quehacer médico, que ha sido estudiado desde diversas perspectivas como las humanidades, la filosofía, la antropología, la sociología.

Al irrumpir la bioética en el escenario académico de la medicina, florecía una relación médico-paciente de corte tradicionalmente paternalista, exacerbada por el acento científico-natural que el ejercicio de la medicina venía adoptando desde el siglo XIX, apenas interrumpido por el fugaz desarrollo de la medicina antropológica de Heidelberg y su enseñanza que el paciente no es mero cuerpo enfermo, sino existencia lesionada. En el proceso diagnóstico y tratamiento de enfermedades, el tradicional modelo paternalista ha cedido solo lentamente al encuentro paritario que establece derechos y deberes de los participantes, pero en cuyo seno también se generan conflictos que estimulan el recurso a juicios de mala práctica. Siendo que el mundo de la enfermedad y su tratamiento no se prestan al establecimiento de cláusulas contractuales, prevaleció la propuesta, no siempre seguida en la práctica, de un modelo participativo donde el mutuo respeto y la colaboración entre los participantes del encuentro clínico generan un proceso que permite compartir las decisiones médicas gracias a la información cabal proporcionada al paciente.

Factores de diverso orden han erosionado el espíritu de colaboración del modelo participativo, llevando incluso a distorsiones semánticas que hablan del “prestador” de

servicios y el “usuario” o “cliente”, haciendo necesario que la reflexión bioética reconstruya los elementos ocultos y desplazados de la interacción entre terapeuta y paciente.

Un aporte interesante y susceptible de exploración adicional se orienta en el pensamiento del lingüista y filósofo ruso M. Bakhtin (1895-1975), cuyas obras más importantes fueron traducidas y difundidas en Occidente recién después de su muerte en 1975. Retomando conceptos centrales de Bakhtin –el dialogismo, la polifonía, la palabra contextualizada– desarrolla J. Kristeva la teoría de la intertextualidad, rompiendo con la idea de un texto unívoco, portador de un sentido intencionado y dirigido, que en forma aislada y por fuerza propia se desplaza de un emisor a un destinatario<sup>1</sup>. Entendiendo la palabra en su calidad social en tanto tejido complejo que implica una polifonía no reductible a una estructura monológica, el texto aparece como un entramado discursivo en el que se cruzan múltiples lenguajes. Esta comprensión del lenguaje como un espacio de necesario diálogo es el que ha predominado en las aproximaciones postestructuralistas y deconstructivas al problema de la textualidad, reafirmando lo anticipatorio del pensamiento de Bakhtin.

Muy recientemente se inicia un *aggiornamento* de los escritos de Bakhtin en la literatura bioética aplicados a algunos aspectos de la estructura del acto<sup>2</sup> y de la comunicación en medicina<sup>3</sup>, publicaciones que han estimulado la prosecución de estas reflexiones en el presente estudio.

## ACTO Y DIÁLOGO EN BAKHTIN (1895-1975)

El pensador ruso tiene el mérito de haber planteado inicialmente lo que hoy es aceptado como característico del acto humano, incluyendo el lenguaje, que necesariamente se configura con elementos individuales y sociales, en tanto consta de un aspecto personal y subjetivo, pero conectado a un referente social y objetivo. Quedan trunca todas las teorías que pretenden entender la acción humana como productos de padrones fijos –antropológicos, históricos, sociológicos u otros–, no menos que si buscan anclarla en elementos psicológicos o exclusivamente subjetivos. Todo acto ético nace en la singularidad del individuo, pero se desarrolla en un contexto social que le otorga validez transpersonal. En tanto ético, el acto se desenvuelve en la tensión entre lo universal y lo individual, descrito como un conflicto intrínseco a la ética<sup>4</sup>. Se constituye así la distinción entre utilitarismo de acto particular y de regla general<sup>5</sup>.

El lenguaje se constituye desde las vivencias individuales que deben ser estructuradas como signos para configurarse en una comunicación válida para los demás. Los signos organizan el discurso original que se expresa en forma dialógica, es decir, comprensible para el interlocutor pero aún requirente de una reformulación más general. Bakhtin introduce el concepto de la polisemia para indicar que esta significación del lenguaje no es unívoca, precisamente por su origen subjetivo por un lado y contextual por el otro, de manera que lo expresado ha de ser interpretado por quienes lo reciben. La oferta polisémica o polifónica debe ser reducida en su complejidad y socialmente objetivada por un proceso del receptor que Bakhtin denomina “sistemática monologización del todo”<sup>6</sup>.

La recepción de una comunicación requiere una actitud empática de sintonía con el contenido afectivo de lo comunicado, pero ciertamente no se agota allí, pues el lector o receptor se vuelve depositario de información que enriquece su conocimiento de la realidad y lo conmina a responder al mensaje que recibe. La recepción no es pasiva, genera una responsividad, manifestada en el acto de comprender y evaluar lo expresado, dando lugar a una responsabilidad, que es a su vez el complejo producto de la subjetividad del receptor y el contexto social en que se envuelve.

La responsabilidad del acto comunicativo atañe tanto al que habla como al receptor, y proviene de las limitaciones intrínsecas a la comunicación. Las opacidades y equívocos del diálogo llevan a que el proceso de interpretación siempre quede abierto a significaciones adicionales y tropiece en límites que son reconocibles pero no pueden ser sobrepasados<sup>7</sup>. El que habla se ofrece en forma plausible y veraz a la comprensión y reacción del otro, teniendo consciencia que su narrativa contiene ambigüedades e inestabilidades al dar a conocer su “mundo de la vida” y reconocer su “responsabilidad moral” de ser lo más claro y veraz posible. La responsabilidad del receptor, por su parte, consiste en aceptar el carácter fragmentario e incompleto del relato que se le ofrece y en respetar que la interpretación del diálogo se da en un contexto de normativas sociales proveniente del “mundo de la cultura” y evocadoras de una “responsabilidad especializada” por construir un discurso veraz y esclarecido.

## **CUERPO VIVO Y CUERPO VIVIDO**

En 1945, el fenomenólogo Merleau-Ponty observó que los dolores de un miembro amputado indican que

el cuerpo objetivamente mutilado genera, no obstante, sensaciones de falsa integridad, originando la denominación de “miembro fantasma” y la distinción entre el cuerpo vivo, objetivamente observable, y el cuerpo vivido o subjetivamente vivenciado, lo que en el idioma alemán se diferencia como *Leib* y *Körper*<sup>8,9</sup>. Ortega divagó sobre el “intra-cuerpo” y la exteriorización o *para afuera* del propio cuerpo en analogía con el del Otro<sup>10</sup>. En el análisis de Sartre, se distingue entre cuerpo para sí y cuerpo para otros.

El cuerpo vivido toma conciencia del cuerpo vivo que lo sustenta, conociendo sus posibilidades y limitaciones, de modo que la vivencia subjetiva toma al cuerpo como su objeto, permitiéndole expresar este conocimiento en forma concreta: “soy alérgico al marisco”, “puedo caminar 10 kilómetros sin cansarme”, “soy discromatópsico”, “tengo buena memoria”, aseveraciones todas del cuerpo vivido al elaborar y comentar las características de su cuerpo vivo<sup>11</sup>.

## **EL SUJETO-ENFERMO**

Menos evidente ha sido la observación que la relación entre cuerpo vivo y cuerpo vivido se modifica con la aparición de una enfermedad que, ante todo, se caracteriza por un cambio en la relación entre el cuerpo vivido y su sustrato orgánico. Cuando el cuerpo vivo se comporta en forma atípica o desencadena vivencias inesperadas de dolor, disfunción o malestar, la subjetividad reconstruye su relato del cuerpo, pero además agrega las reacciones de sorpresa, incredulidad o temor por el proceso mórbido que se desencadena. Por lo tanto, el sujeto del cuerpo vivo pre-mórbido se transforma en el sujeto de un cuerpo enfermo, constituido por las nuevas sensaciones somáticas y por la significación existencial que les atribuye. La enfermedad se percibe como amenazante, demandante de atención, aislante, alienante y, finalmente, como requirente de soliciación: apoyo, afecto, terapia, eximición de responsabilidades<sup>12</sup>.

La vivencia de enfermedad no es meramente la experiencia de una alteración o insuficiencia del cuerpo, es la vívida sensación de estar a merced de un proceso desconocido, cuyos límites son impredecibles, y cuya desazón produce un desconcierto, una pérdida de la tuición sobre las funciones y competencias de ese cuerpo tan familiar. En lenguaje de Canguilhem, ocurre una pérdida de la

normatividad que caracteriza el estado sano, una reducción en la capacidad de adaptación por pérdida del control sobre el cuerpo cuyas capacidades y limitaciones eran tan conocidas<sup>13</sup>.

La modificación patológica del cuerpo vivo produce en el cuerpo vivido una desorientación crítica, agudamente desconcertante que requiere ser enfrentada mediante la búsqueda de ayuda terapéutica y el rediseño, por de pronto, del quehacer cotidiano. El sujeto que poseía una imagen y producía una narrativa estable de su cuerpo, enfrenta ahora la nueva realidad de su cuerpo y de su estar-en-el-mundo, lo cual modifica las vivencias del cuerpo vivido, transforma al sujeto y lo convierte en un “sujeto-enfermo”. No es que el sujeto enferme, como ocurriría por una enfermedad mental, sino que el cuerpo vivido es ahora una subjetividad consciente de un cuerpo vivo enfermo, lo cual a su vez lo modifica a ser un sujeto-del-cuerpo-enfermo o sujeto-enfermo. El impacto existencial del proceso mórbido tiene consecuencias para la narrativa de enfermedad, que se constituye en parte por el relato de lo que en el cuerpo ocurre, por la sintomatología que se presenta al médico, pero en parte también por esta modificación de la subjetividad que enfrenta una relación de extrañeza entre cuerpo vivido/cuerpo vivo<sup>14</sup>.

Es en base a estas vivencias que la filosofía de la medicina ha considerado que la enfermedad no es sólo un quebranto corporal sino también un remezón existencial, la bioética insistiendo que la medicina ha de hacerse cargo tanto de la patografía como de la biografía del enfermo. El terapeuta ha de reconocer que la narrativa anamnésica que presencia no es el informe objetivo de un sujeto que analiza su cuerpo alterado, sino un relato subjetivo teñido y distorsionado por las vivencias de enfermedad que su cuerpo sufre.

## **SEMIOLÓGIA MÉDICA**

La información clínica se compone de síntomas y signos, los primeros corresponden a los datos que se recoge en la anamnesis, es decir, en el relato que el paciente entrega sobre las vivencias y sensaciones que el proceso patológico le suscita. Los signos clínicos son manifestaciones objetivas que delatan la presencia de la enfermedad, sea por alteraciones pesquisables al observar el cuerpo, sea por parámetros e imágenes detectadas por aparatos diagnósticos. Esta distinción tradicional entre síntoma y signo es

modificada por Foucault al caracterizar el síntoma como la puesta en evidencia de la enfermedad, pues la alteración mórbida se revela tanto a través de manifestaciones subjetivas como objetivas que le son características; el signo, en tanto, es el ordenamiento de los síntomas para configurar un “anuncio: el signo pronóstico, el signo evolutivo, el signo anamnésico, el signo diagnóstico<sup>15</sup>”. El síntoma se presenta y es leído, el signo lo interpreta. No será errado decir que el síntoma configura la comunicación clínica en tanto que el signo clasifica el caso en la matriz cognitiva de la medicina.

A medida que el parque de instrumentos se amplía y vuelve más refinado, pierde presencia el relato subjetivo y también la exploración directa del cuerpo que constituían los fundamentos de la semiología clínica. El médico se apoya precozmente en la solicitud de exámenes de laboratorio con recurso a listas preconcebidas que tienen la suficiente amplitud como para detectar anomalías aun en ausencia de un diagnóstico orientador. Este acto médico presuroso y reduccionista menosprecia la sintomatología y se vuelca precozmente a una interpretación técnica –hipótesis diagnóstica–, que le permita orientar su recurso a las medidas terapéuticas. Desde la perspectiva bioética, esta tecnificación del encuentro clínico significa un retroceso en la relación interpersonal de médico y paciente, un empobrecimiento del acto médico cuyas consecuencias son insatisfacción, pérdida de eficacia y fuga de los pacientes hacia medicinas alternativas.

El deterioro de la relación médico-paciente sugiere una reinterpretación del lenguaje clásico de la semiología clínica, haciendo uso de los conceptos semióticos de Bakhtin y aplicándolos al acto médico.

## **NARRATIVA Y HERMENÉUTICA EN EL ENCUENTRO CLÍNICO**

### **El paciente como narrador**

El cuerpo vivido que elabora el relato de la enfermedad de su cuerpo vivo crea un complejo lenguaje que pone en evidencia el malestar somático así como las vivencias existenciales que el saberse enfermo desencadena. La constitución del sujeto-enfermo es en una primera instancia privada y monológica, conformándose con tres elementos: el requerimiento impostergable de ayuda, denominada *aegritudo*<sup>16</sup>, la necesidad de darse a entender, y la adopción de un lenguaje donde las sensaciones privadas

intentan expresarse en un lenguaje impersonal, socialmente sancionado, posible de ser entendido por el interpelado. Según Bakhtin, el relato privado se prepara para el diálogo presentándose con carácter de polisémico, diádico y responsable<sup>6</sup>. El carácter polisémico proviene de la compleja estructura de los síntomas relatados, que contienen elementos corpóreos objetivos pero matizados por la persona que los sufre, por elementos subjetivos de reconocimiento del propio cuerpo alterado, así como de tonalidades puramente subjetivas de orden existencial que reaccionan frente al suceso mórbido. El elemento diádico resulta al mezclar la creación personal del relato con un lenguaje objetivamente reconocible para los demás, constituyéndose una narrativa formada por el “mundo de la vida” –subjetivo–, y el “mundo de la cultura” (Ibid. p. 8)<sup>6</sup>.

El relato del sujeto-enfermo, además de revelador y expositivo, tiene un carácter propositivo. Es un acto de presentación hacia el otro cuya ayuda solicita y, como tal, es “un auténtico hecho de reconocimiento, hecho único e irrepetible, emocional y volitivo, concretamente individual” (Ibid. p. 46)<sup>6</sup>. Esta densidad le otorga al acto narrativo el carácter de ser ético y cargado de responsabilidad<sup>2</sup>. La narrativa del sujeto-enfermo se estructura como un acto-evento cuya arquitectura es esencialmente ética y comprometida con la responsabilidad personal de presentarse como una verdad personal<sup>3</sup>. Esta responsabilidad es denominada “moral” por Bakhtin, por cuanto asume el deber de reflejar fielmente el mundo de la vida del narrador, y hacerlo de una forma comprensible al receptor e intérprete, al engarzar su relato en el mundo de la cultura, respetando la “responsabilidad especializada” de un discurso que ha de tender a la objetividad. Solo que el sujeto se debe en mucho mayor grado a la responsabilidad moral en sí que a la responsabilidad especializada que recae en gran medida sobre el receptor o intérprete de la narración.

### **El médico como hermeneuta**

Diversos intentos de entender al médico como el intérprete de la semiología presentada por el paciente han dado una visión certera pero fragmentada, ante todo si se acepta que el concepto de texto en clínica abarca “cualquier conjunto de elementos que constituyen un todo y adquieren significación a través de ser interpretados”, incluyendo aspectos narrativos, físicos e instrumentales<sup>17,18</sup>. Una propuesta basada en la hermenéutica de Gadamer

prefiere hablar de un encuentro dialógico donde se fusionan los modos de estar en el mundo de los interlocutores, facilitado por la virtud interpretativa del médico ejercida como *phronesis* o sabiduría práctica<sup>19,20</sup>. Visiones fértiles pero parcelares, que no dan cuenta cabal de la compleja realidad que encierra el encuentro del ser humano enfermo al acudir y confiar en el terapeuta<sup>21</sup>.

Las ideas de Bakhtin, en lo esencial dedicadas a la literatura, son traídas al terreno de la práctica médica donde la interpretación del texto narrativo ofrecido por el paciente ha de ser traducido desde su riqueza polisémica a un lenguaje más objetivo, técnico y pragmático, en un proceso de “monologización sistemática”. El médico acude al diálogo clínico como un individuo singular que asume la responsabilidad moral especializada de compartir el momento empático con el paciente. Volviendo sobre Foucault, se produce un ordenamiento de los síntomas para configurar un conjunto de signos nosológicos que hablan el idioma del saber médico.

Bakhtin dedica varios párrafos al tema de la empatía<sup>22</sup>, recordando que la actitud del receptor, aquí el médico, introduce la interpretación objetiva, en “una clasificación diagnóstica como es utilizada en la teoría médica”<sup>3</sup>. Este momento objetivante que se rige por el discurso del mundo de la cultura, es parte del acto ético, convocando a la responsabilidad especializada que se insinúa en el relator y tiene que ser ejercida a cabalidad por el intérprete. Escribiendo con anterioridad a la aparición de la bioética, sugiere Sartre que la función del médico es designar al cuerpo como “externo a mi subjetividad”, la entrega del cuerpo al terapeuta haciendo que “mi cuerpo sea designado como alienado”. En este análisis ancla la frecuente sensación del paciente que, al entregarse a los cuidados de la medicina, pierde la potestad sobre su propio cuerpo<sup>23</sup>. El trabajo semiótico del médico según los lineamientos bakhtinianos evitaría esta reificación distorsionante del paciente.

### **El encuentro clínico**

La comunicación en el encuentro clínico está preñada de eticidad: el hablante ha de ser lo más certero posible en su expresión y el terapeuta debe extremar sus virtudes hermenéuticas, ambos reconociendo que el yo enfermo contiene zonas opacas e incomprensibles que ya caracterizan al yo en su normalidad, por lo cual el relato necesariamente tendrá incertidumbres, zonas confusas y riesgos de desentendimientos.

Los elementos analizados se presentan en el encuentro clínico donde el síntoma se despliega para configurar la comunicación clínica en tanto el signo clasifica el caso en la matriz cognitiva de la medicina actual. Es ésta una situación médica ideal, donde el paciente tiene la oportunidad de presentar su relato en forma integral y personal, el médico atiende las narrativas individuales pero también recurre a la *phronesis* para aplicar su competencia científico-técnica al ejercicio de una práctica médica de excelencia.

La disección del acto médico siguiendo la minuciosa semiótica bakhtiniana tiene especial relevancia para detectar las distorsiones y reducciones que amenazan al encuentro clínico y ponen en riesgo la calidad de la atención médica. Una falla principal, también diagnosticada por Bakhtin y adaptada a la medicina por Puustinen es el “monologismo”, consistente en la apresurada reducción del polisémico discurso del paciente a una precipitada conclusión diagnóstica que transforma al paciente en un “objeto sin voz” propia<sup>3</sup>. Una deficiencia comunicativa similar ocurre cuando la narración es denudada de sus

elementos singulares y precozmente reducida a un fenómeno diagnóstico donde predominan las significaciones culturales por sobre las personales<sup>24</sup>. El médico que dirige aceleradamente la exploración hacia el uso indiscriminado de instrumentos diagnósticos desdibuja de este modo la individualidad de sus pacientes a cambio de una clasificación nosológica que generaliza el cuadro clínico y despersonaliza la atención médica, en olvido de la advertencia con que Krehl diera nacimiento a la medicina antropológica, al señalar que no existen enfermedades sino enfermos<sup>25</sup>.

Va sin decir que la interposición de intereses espurios como no son raros de observar en la medicina administrada y en el economicismo de la práctica médica, son factores que entorpecen la relación médico-paciente, siendo en gran medida culpables de la pérdida de confianza que afecta a la medicina actual. La filosofía de la medicina, y en particular la bioética, tienen que ponerse al servicio de la medicina en tanto es la práctica social que mejor refleja el compromiso del ser humano consigo mismo.

## REFERENCIAS

1. Kristeva J. *Sémiotique. Recherches pour une Sémanalyse*. Paris: Seuil; 1969.
2. Sobral A. O conceito de ato ético de Bakhtin e a responsabilidade moral do sujeito. *Rev Bioethikos*. 2009;3(1):121-6.
3. Puustinen R. Bakhtin's philosophy and medical practice-Toward a semiotic theory of doctor-patient interaction. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 1999;2(3):275-81.
4. Maliandi R. *Cultura y conflict*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 1984.
5. Beauchamp TL & Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5a.ed. Oxford London: Oxford University Press; 2001.
6. Bakhtin MM. *Hacia una filosofía del acto médico*. Barcelona: Anthropos Editorial; 1997.
7. Butler J. *Giving an account of oneself*. New York: Fordham University Press; 2005.
8. Merleau Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard; 1945.
9. Plügger H. *Vom Spielraum des Leibes*. Salzburg: Otto Müller Verlag; 1970.
10. Ortega y Gasset J. *El hombre y la gente*. Madrid: Revista de Occidente; 1962.
11. Spicker SF. *Terra Firma and Infirma Species: from medical philosophical anthropology to philosophy of medicine*. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1976;1(2):104-35.
12. Laín Entralgo P. *Apuntes del Curso de Antropología Médica*. Santiago: Universidad de Chile; 1966.
13. Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico*. México DF: Siglo XXI; 1986.
14. Kottow AR, Kottow MH. The disease-subject as a subject of literature. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2007;2:10 DOI: 10.1186/1747-5341-2-10. Accedido 30 julio 2009: <http://www.peh.med.com/content/2/1/10>.
15. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*. México DF: Siglo Veintiuno; 1985.
16. Rothschild KE. *Was ist Krankheit?* Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1975.
17. Daniel S. The patient as a text: a model of clinical hermeneutics. *Theoretical Medicine*. 1986;7:195-210.
18. Leder D. *Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine*. *Theoretical Medicine*. 1990;11:41-50.
19. Svenaeus F. *Hermeneutics of clinical practice: the question of textuality*. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2000;21(2):171-89.

20. Svenaeus F. Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: the issue of *Phronesis*. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2003;24(5): 407-31.
21. Kottow M. & Bustos R. *Antropología médica*. Santiago: Ed. Mediterráneo; 2005.
22. Nance KA. Let us say that there is a human being before me who is suffering: empathy, exotropy, and ethics in the reception of Latin American collaborative testimonio. En: Nolan VZ (ed.). *Bakhtin: ethics and mechanics*. Evanston: Northwestern University Press; 2004. p. 57-73.
23. Sartre JP. *Being and nothingness*. London: Meuthen & Co. Ltd; 1977.
24. Holquist M. Dialogism. Bakhtin and his world (1994). En: Puustinen R. *Bakhtin's philosophy and medical practice-Toward a semiotic theory of doctor-patient interaction*. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 1999;2(3):275-81.
25. Weizsäcker W & Wyss D. *Zwischen Medizin und Philosophie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1957.

Recebido em: 7 de maio de 2009.  
Aprovado em: 25 de junho de 2009.