

Filosofía y enseñanza: reflexiones y propuestas

*(Philosophy and Hermeneutics: Expanding Hermeneutics
into Applied Ethics or Bioethics)*

José Ma. García Gómez-Heras

Abstract

Two ways of understanding bioethics exist. One, with a hermeneutic methodology, is interested in the living subjectivity of the sick person as prioritized by the dialogue between doctor and patient, and the other, which is based on facts and information at the time of making decisions.

Keywords: hermeneutics, bioethics, the living world, phenomenology, narrativity

Resumen

Existen dos maneras de entender la Bioética. Una, con metodología hermenéutica, se interesa por las vivencias subjetivas del enfermo y prioriza el diálogo médico-paciente y otra que se basa en hechos y datos a la hora de tomar decisiones.

Palabras clave: Hermenéutica, Bioética, mundo vivido, Fenomenología, narratividad

1. Planteamiento de la cuestión

Poner en relación la filosofía y la hermenéutica equivale a confrontar el saber filosófico con el método con el que se construye. Es de todos

sabido, y más en estos Lares, que autores conspicuos, como M. Heidegger o P. Ricoeur, han concebido la hermenéutica más como ontología que como método. Pero aquí nos mantendremos en su versión convencional, la hermenéutica como método de las *Ciencias del Espíritu* o culturales, y ello por una razón pragmática: para detenernos aquí en su uso en una filosofía aplicada de cultivo boyante: *la bioética*.

También es sabido que a lo largo de los dos siglos pasados y con prolongación en nuestros días, tres estrategias metodológicas se vienen disputando la construcción del saber filosófico: la *dialéctica*, el *positivismo*, también llamado *empirismo*, y la *hermenéutica*. Cada una de ellas pretende hacer justicia a una dimensión del conocimiento y de la verdad. La primera enfatiza la dimensión social y evolutiva del conocimiento; el segundo sale en defensa de la verdad de datos y hechos y la tercera reivindica los derechos del sujeto cognoscente y de su mundo vivido. A estos tres enfoques pueden ser reducidas las opciones metodológicas fundamentales de la filosofía contemporánea, opciones que, como veremos afectan también la ética aplicada.

Para aligerar de reflexión abstracta mi exposición y para no alejarnos de la vida cotidiana como lugar socrático del saber filosófico, permítanme recurrir a una práctica, ampliamente utilizada, en los debates bioéticos: la presentación y el análisis de un caso.

Un martes, a las 11 horas, el médico doctor Sánchez recibe en su consulta a la paciente, señora Álvarez, acompañada de su esposo. Preguntada por sus dolencias, la paciente narra una historia personal, plena de episodios en los que se entretajan temores, dolores y esperanzas. Este ha sido su "mundo vivido" durante los meses precedentes. La narración refleja las vivencias de la paciente y los hechos vienen dados como intuiciones, sentimientos, valoraciones subjetivas. El esposo complementa el relato añadiendo datos

familiares, sociales y culturales, de no poco interés, por cuanto ilustran el contexto social de la enfermedad.

El Dr. Sánchez, que ha escuchado con atención y paciencia, procede a una primera exploración, breve pero intensa, de la enferma. Pero antes de emitir un diagnóstico, encarga una batería de análisis y pruebas, que complementen los datos disponibles. Sin dedicarse a la filosofía, el Dr. Sánchez opera con un triple factor: las vivencias de la persona enferma, el entorno social en el que vive y la ciencia empírica que aporta datos. Tres caminos diferentes de acercarse a la realidad del paciente.

Frente a tendencias, y son numerosas, que pretenden construir las éticas aplicadas o sectoriales, tales la *Bioética*, la *Ecoética*, la ética económica... etc. en ciencias autónomas, rehabilitando los reinos de taifas, tan recalcitrantes ayer y hoy por nuestros pagos, la tesis fundamental que aquí defendemos es la reinserción de las llamadas filosofías aplicadas en el estatuto metodológico de la filosofía fundamental. Lo cual nos lleva a reflexionar sobre la hermenéutica como método *imprescindible* para diagnosticar certeramente un problema de salud.

A sabiendas, en todo caso, que en el tratamiento de un paciente convergen aquellas tres dimensiones del saber que venimos nombrando: a) los datos que aporta la ciencia a través de experimentos y análisis empíricos, b) la identidad y autoconciencia del enfermo, expresada en su testimonio sobre la enfermedad vivida y c) el contexto y los influjos sociales del paciente en cuanto condicionantes de la enfermedad.

2. Presupuestos básicos

Diagnosticar cómo la Señora Álvarez vive su enfermedad y diseñar un tratamiento adecuado a la misma nos emplaza con la *hermenéutica*, en cuanto método para comprender e interpretar una situación, que no

se reduce solamente a los datos que la ciencia aporta mediante los análisis clínicos o los contextos sociales, sino que coexiste con las vivencias que la paciente narra. Es decir, nos pone ante el problema del método adecuado para comprender, interpretar y diagnosticar una enfermedad.

Las opciones metodológicas en la construcción de un saber afectan tanto al fondo como a la forma del mismo. Implican tanto la constitución del campo objetivo sobre el que la investigación versa como la perspectiva formal y estrategias con las que el quehacer científico se construye.

A la hermenéutica la preocupa no solo *cómo las cosas son*, tal como el empirismo las describe, sino *cómo las cosas deben de ser*, a tenor de los valores que una persona profesa. La hermenéutica, en consecuencia, asume un intenso coloramiento moral, al vincular el quehacer científico al sistema de valores del investigador. La ciencia no es solamente conocimiento, es también convicción y ética.

A decir verdad, tales planteamientos tensan las relaciones que la epistemología ha estereotipado en binomios tales como ciencia-ética, hechos valores, naturaleza-cultura, sujeto-objeto, dualidades que para muchos vician los planteamientos en raíz. El *positivismo* y su prole se ceba en la crítica ideológica, se ciñe a la descripción de los datos, abunda en la denuncia de prejuicios y tiene como valor irrenunciable la verdad objetiva revalidada por la experiencia. Hermeneutas y dialécticos, por su parte, no reconocen la asepsia ideológica de la que los positivistas presumen. Por eso le echan en cara una buena carga de *ingenuidad epistemológica*. Para aquellos no existe objeto y dato conocido sin que exista sujeto cognoscente, vinculado a su propio *mundo vivido*, del que forman parte valores, decisiones, intenciones y preferencias.

Permítanme que recuerde algunos tópicos de la metodología hermenéutica y su aplicación a la *bioética*. Para mantenernos también

en la vida cotidiana, las cosas mismas, como lugar de la filosofía, recurro a un nuevo caso clínico, que hace más intuitivo el problema.

Se trata de un escenario que se repite frecuentemente en nuestros días. El Comité de Bioética del Hospital Clínico estudia un trasplante de riñón. El caso presenta una situación peculiar: el riñón procede de un donante vivo.

Desde el punto de vista científico, los especialistas dan su visto bueno a la operación: análisis y reconocimientos están en orden. La ciencia cumple.

Pero una serie de imponderables dificulta la decisión que se debe tomar. Es sabido que la normativa sobre trasplantes de órganos procedentes de donantes vivos exige que la donación carezca de cualquier sospecha de venta y de lucro. La gratuidad es conditio sine qua non de la correspondiente donación de órgano.

A este respecto, los miembros del comité de bioética se encuentran en la duda. Existe un informe del departamento psicosocial del hospital que alude a posibles irregularidades a causa de una relación de parentesco entre receptor y donante del riñón. Receptora y donante son tía y sobrina. Se incrementan las dudas al haber llegado otra información sobre la existencia de un pleito en torno a la herencia de la paciente.

La emisión del dictamen requerido al Comité, se torna un problema moral que supera los datos de la ciencia. Sobre la mesa de discusión aparecen, además de datos y hechos, las intenciones, finalidades y motivaciones de paciente y donante. En tal situación, la hermenéutica aparece como método adecuado para lograr comprender e interpretar decisiones subjetivas con implicaciones ético-jurídicas.

Hagamos memoria de algunos tópicos de la hermenéutica:

La Hermenéutica, como ustedes saben, viene siendo aplicada en diferentes campos de la cultura, tales como la filosofía, la filología, la teología, el derecho.... En todos ellos, frente a los intereses del

positivismo por los datos empíricos y los intereses de la dialéctica por los contextos sociales, pone su punto de mira en el sujeto y su *mundo vivido*: experiencias personales, vivencias subjetivas, testimonios narrativos...

Entre los múltiples campos en los que se utiliza la hermenéutica, aquí nos vamos a detener en uno, a primera vista insólito y al parecer distante de la filosofía: la praxis médica, y en una disciplina que para algunos ha venido a salvar a la ética, la *Bioética*. Y es que, al dialogar un Doctor con su paciente en la consulta médica, se enfrentan en un dialogo los dos protagonistas del método hermenéutico, a la manera de texto e interprete. Tal procedimiento, como veremos, permite recuperar sustancia humanista en una praxis tan tecnificada como la praxis asistencial.

De entrada, la hermenéutica pretende comprender e interpretar mundos personales a partir de determinados presupuestos o *aprioris constituyentes* de sentido. Se trata de unas metodologías de impronta transcendental de matriz kantiana en la que se establecen las condiciones de posibilidad del conocimiento a desarrollar. Tal a priori es llamado por Gadamer *precomprensión (Vorverständnis)*, al que se asigna la función de acotar el *horizonte* donde tiene sentido el lenguaje. Heidegger ha nombrado aquella instancia transcendental con palabras plenas de potencia anticipadora como *posesión previa (Vorhabe)*, *Idea previa (Vorgriff)*, *visión previa (Vorsicht)*, experiencias dadas con antelación, con las que enfatiza que la hermenéutica no parte de cero en sus interpretaciones, sino que da por supuesto un horizonte en el que tiene sentido el asunto que trata y el lenguaje que lo verbaliza. De alguna manera se quiere expresar que la hermenéutica implica una perspectiva profética en el diálogo que instaura.

En cualquier caso, el lugar donde se encuentran las *cosas mismas*, lema de la Fenomenológica, es ubicado en diferentes espacios según los autores representativos de la tradición hermenéutica: es la *Vida* y

vivencias de la historia, para Dilthey, es el *mundo vivido* del sujeto, para Husserl, es el *ser-en-el-mundo* para Heidegger, es el *lenguaje* para Gadamer, es la *praxis sociolingüística* para Habermas y es la *narratividad* para P. Ricoeur. El interpretar, en este caso, está en función de aquello cuyo sentido pretendemos comprender. En el caso del diálogo entre médico y paciente, la recta interpretación del relato de paciente.

Las diferentes ubicaciones que en que los autores adscritos a la corriente hermenéutica asignan a las cosas mismas, da lugar a aquel *pluralismo de interpretaciones*, en donde navega la filosofía contemporánea y en lo que el italiano G. Vattimo hace unos años, querrá convertir la tarea central de la filosofía.

Es necesario en este punto volver la mirada hacia atrás y situar en su contexto el renacer de la hermenéutica contemporánea. Su necesidad y éxito se explica por haber sido y estar siendo la reacción de una concepción *humanista* de la filosofía frente al tsunami científico-naturalista procedente de las triunfantes ciencias de la naturaleza. Aquellos filósofos de la primera mitad del siglo XX, adscritos al Historicismo, a la Fenomenología y al Neokantismo moral rechazaron las tesis y pretensiones del positivismo empirista, cuyo credo profesaba que solamente existe una modalidad de conocimiento, la ciencia empírica, y un campo del saber, que son los fenómenos físicos y su formalización matemática. Este sería el único saber legítimo y sobre él se construye la técnica que sustenta el progreso. Aquellos filósofos, no sin orgullo herido, rechazaron tal monopolio achicado del saber y reivindicaron otra manera de pensar, la Hermenéutica, a la que agruparon bajo el rótulo de *cultura humanista*. Un mundo de valores estéticos, literarios y religiosos creados por la humanidad a lo largo de la historia mediante decisiones de su libertad.

¿O es que desde la formalización matemática de fenómenos físicos podían ser comprendidos la *Divina Comedia* de Dante, el Pórtico de la

Gloria de la catedral de Santiago de Compostela, las cantatas de J. S. Bach, la mística de Juan de la Cruz y así todo lo que el mundo de la cultura abarca?

Comprender e interpretar el mundo que viven cada hombre implica complicidades y empatías que permiten encontrar en el dialogo entre quien narra historias y quien las escucha e interpreta, aquellos segmentos de sentido, vida e intencionalidad, que quien habla deposita en sus palabras. Aquello que rebasa los meros hechos y datos y que forma parte del mundo íntimo vivido por una persona. ¿O es que Miguel Ángel al esculpir el David solamente pretendía modelar un pedazo de mármol o Petrarca ajustar unos ritmos al lenguaje cuando escribía un soneto a Laura?

Quedémonos, por tanto, recapitulando lo dicho, que ni las imprescindibles y valiosas aportaciones de la ciencia que los análisis empíricos aportan ni las nada despreciables aportaciones que los contextos sociológicos complementan, *agotan* la comprensión e interpretación de la identidad de un paciente o de un médico cuando dialogan sobre una situación. Factores antropológicos del paciente y del Doctor, tales como sus convicciones y creencias, los valores que estiman, el proyecto de existencia que profesan o las tradiciones a las que sienten vinculados, constituyen elementos esenciales de la personalidad del enfermo. El médico que escucha a un paciente ve cómo ante si adquiere contornos concretos el *mundo vivido* por una persona, que narra las propias vivencias sobre la enfermedad que padece, describiéndola con tonalidades intensas. Esta ante el *expresionismo de un sujeto*, difícilmente reducible a dato científico o construcción social y siempre proclive a extralimitar formas de lenguaje bajo presión de las vivencias personales.

3. Exposición y resolución del caso

Permítanme insistir a estas alturas de mi ponencia, en la línea argumental de mi discurso. Estoy tratando de relacionar la filosofía con la hermenéutica, en una situación concreta de la vida cotidiana, donde la Fenomenología cree encontrar *las cosas mismas*, y que tienen lugar en las situaciones que estudia la ética aplicada, conocida como *Bioética*.

Para ello, de nuevo recurrimos a un hipotético caso clínico, cuya comprensión e interpretación, exige un tratamiento hermenéutico, dadas las experiencias que componen el *mundo vivido* del enfermo y la amplitud del componente subjetivo de las mismas.

Sonsoles, madre de tres hijos, departe sosegadamente en el porche de su casa con Clara, su hermana, y con Anselmo, su cuñado. Sonsoles está superando las semanas de un postoperatorio de cáncer de mama y se queja de los efectos de la quimioterapia. La charla produce sosiego y mejora el ánimo. El diálogo transmite vivencias intensas de angustias y esperanzas.

Sonsoles ama la literatura y lee frecuentemente novelas de carácter histórico y biográfico. La experiencia de la enfermedad ha transformado su modo de vivir y las experiencias de sí misma. Se siente otra, posesora de una identidad narrativa que testimonia en sus relatos. Sus palabras brotan de un cuerpo vulnerado y dolorido durante la enfermedad. Se queja, a veces, de la distancia de quienes la trataron. Echo en falta diálogo y reconocimiento por parte del personal sanitario.

Las intervenciones de Anselmo, el cuñado, abundan en reflexión e interpretación. Práctica, sin proponérselo, una tarea hermenéutica al hablar del tiempo de la enfermedad, del cuerpo de la enferma y de los episodios más significativos de la enfermedad. Sus palabras descifran el trasfondo del mundo vivido por Sonsoles y su entorno sociocultural. Todos los presentes coinciden varias cosas: que es bueno que la

enferma haya conocido su enfermedad, que haya tomado parte en las decisiones y que charlar sobre la situación la tranquiliza.

El problema de *bioética* recogido en la escena anterior quiero analizarlo no tanto volviendo a los conceptos anteriormente recordados de teoría general de la hermenéutica, sino describiendo un reciente debate, acontecido durante las dos últimas décadas en los EE. UU. de América, entre dos tipos de hacer medicina. La llamada *medicina basada en la evidencia* y su alternativa la *medicina basada en la narración*.

Es de remarcar que entre ambas formas de praxis médica no existe oposición sino más bien complementariedad, dado que la enfermedad se presta a ser considerada en varios aspectos: 1º) el aspecto científico-objetivo que aportan los datos y análisis; 2º) el técnico-operativo de los instrumentos; 3º) el lingüístico narrativo que sustenta la relación médico-paciente y 4º) el sociocomunitario que forma el contexto al que el enfermo pertenece. El 3º) y 4º) son los aspectos que centran el interés de la hermenéutica narrativa. A través del diálogo el médico y el enfermo toman conciencia de sus respectivos roles en la enfermedad.

Por *medicina basada en la evidencia* se suele entender una praxis médica que se atiene a datos y a análisis, desentendiéndose del *mundo vivido* por el enfermo. Su método es el concepto positivista del saber vigente en las ciencias empíricas de la naturaleza. Este profesa una idea objetivista de la verdad, mostrada en hechos y experimentos. Se trata de una concepción del saber ampliamente compartida en nuestra civilización tecnológica y en una sociedad masificada.

La medicina de la evidencia reflejaría un saber objetivo, cortado según los cánones del empirismo reinante en las ciencias de la naturaleza. La comprobación experimental fundamenta la evidencia de sus diagnósticos y la adecuación de las terapias. Prescinde de toda

perspectiva subjetivo-existencial de la situación y, en consecuencia, de la aportación hermenéutica del *mundo vivido* por el enfermo.

La tecnificación y estandarización de la medicina conllevaría una excesiva carga de burocracia y legalismo en la enfermedad y la salud en detrimento del sujeto paciente y de su mundo vivido personal. Los conceptos de enfermedad y dolor se habrían deteriorado, modificando la relación médico-paciente a causa de la reducción del enfermo a objeto y cosa. Su condición de persona habría derivado a situaciones de soledad anonimato y abandono. La situación reflejaría una colonización tecnocientífica del mundo vivido por el médico y el enfermo y el incremento de los riesgos de mercantilización de la salud y de la enfermedad.

De optar exclusivamente por el positivismo epistemológico y el neutralismo frente a valoraciones y emociones, la medicina corre el riesgo de canalizarse como producto de mercado y gestión, olvidándose de sus presupuestos humanistas y con la consiguiente despersonalización. La medicina narrativa, por contra, opera con una metodología hermenéutica que se distancia del positivismo naturalista. La humanización de la medicina en época de hegemonía de la técnica y la masificación exige ser completada con el dialogo, el lenguaje que testimonian el mundo vivido por el enfermo. De ahí el sentido de una praxis que tiende a personalizar los servicios de salud.

Es de remarcar a este propósito, que el *mundo vivido por* todo enfermo es rico en juicios de valor y experiencias emocionales que exceden ampliamente el saber que proporcionan las ciencias empíricas. El mundo vivido del enfermo configura un conglomerado de vivencias en donde se entremezclan experiencias del dolor, recuerdos biográficos, convicciones personales, creencias religiosas, valoraciones morales, aspectos que se sitúan a otro nivel que los análisis científicos y los datos.

Frente a tal situación derivada de la medicina tecnificada y masificada, la medicina *narrativa* nace y recibe impulsos de un contexto cultural, que quiere descubrir al enfermo en su mundo personal concreto, expresado en sus propias vivencias de la enfermedad y en contacto con familiares y amigos. La bioética narrativa pretende rescatar la dimensión humana y personal del enfermo adentrándose en lo que Ricoeur llamaría *identidad narrativa* en la que se verbaliza el mundo vivido por el enfermo mismo.

La *bioética narrativa* surgió como reacción contra los procesos de deshumanización y despersonalización de la medicina, causados por los excesos de tecnologización de la praxis médica con el consiguiente vaciamiento de aquellas experiencias de dolor o de esperanza vividas por el enfermo en su intimidad personal. No es casual que esta necesidad de completar el mundo de los datos científicos con las vivencias subjetivas del enfermo aconteciera en la sociedad hipertecnificada norteamericana y fuera potenciada en el área cultural anglosajona, especialmente en los Estados Unidos de América, desde donde se trasplanta a los países angloparlantes y posteriormente a Europa.

La *medicina narrativa* pretende abordar el problema de la enfermedad en las situaciones de deshumanización de la praxis médica generalizadas en las sociedades tecnológicamente avanzadas y preguntarse si la tecnología solventa todas las dimensiones de la enfermedad y de la salud. Implica, por tanto, modificar aspectos pedagógicos tales como la comprensión de la situación existencial de las personas enfermas para completar el sentido de los datos científicos.

El resultado de la aplicación de la Hermenéutica en la praxis médica es la recuperación del mundo en donde el enfermo vive su enfermedad. Ese mundo vivido por el enfermo que pudiera atestiguar el adagio de que en medicina *dos más dos pudieran no ser cuatro*, ya

que el mundo vivido aportaría materiales, captados por la hermenéutica, que complementan con elementos relevantes el cuadro recibido de la ciencia empírico-analítica, añadiendo aspectos biográficos y contextuales. La bioética narrativa recogería el significado y sentido de la enfermedad para el enfermo y su entorno.

El uso de la Hermenéutica en la medicina tiene su lugar privilegiado en la relación personal entre médico y paciente. Esta pivota sobre dos hechos: el *dialogo* y la *narración*. La bioética narrativa vincula *el proceso de la enfermedad al lenguaje*. Los actos lingüísticos son la tarea fundamental de la relación médico-paciente. A través del lenguaje el enfermo se trasciende a sí mismo, va más allá de su cuerpo, abriéndose como enfermo al mundo circundante de familiares, amigos, trabajadores de la sanidad etc. Las palabras rompen el aislamiento del enfermo y su soledad. A través de las palabras se humaniza el tiempo, que deja de ser hecho físico para convertirse en experiencia humana.

Las palabras son tiempo vivido, es cuerpo enfermo puesto en *narración*. La medicina narrativa concede protagonismo a la persona del paciente y a su experiencia de la enfermedad. De ahí que la hermenéutica se centre en una historia vivida y narrada. El relato es el procedimiento por el que los factores subjetivos presentes y operativos en toda persona, difícilmente captables por la metodología empírico-positiva, tales como los afectos, las vivencias o las creencias, entren a formar parte de la praxis hospitalaria.

La praxis sanitaria pretende con ayuda del *lenguaje* interpretar y comprender a las personas enfermas en su propio *mundo vivido*, para a través de relatos autobiográficos, diseñar diagnósticos y establecer estrategias de tratamiento. La medicina narrativa, con ello, opera sobre un modelo humanista de relaciones humanas, que pone a la persona en primer plano, liberándola de ser reducida a mero objeto de conocimiento o de manipulación tecnológica o de cosificación y masificación.

La medicina narrativa tiene lugar o acontece cuando doctores, enfermeras y pacientes vierten su acción en palabras, en actos de lenguaje. Tal forma de trato devuelve al paciente el protagonismo del acto sanitario, permitiéndole formar parte de la gestión de su enfermedad, de las decisiones a tomar y de los planes de acción. Encuadra los datos y acciones propias de la técnica y de la ciencia objetiva en el horizonte más amplio de las relaciones del enfermo consigo mismo y con las personas de su entorno. El enfermo, en tal hipótesis, recupera autonomía y responsabilidad frente a las praxis paternalistas y anónimas convencionales.

Tampoco comparte la medicina narrativa la reducción del conocimiento y de la verdad a saber positivista descriptivo de hechos. Pretende completar la visión de la realidad que estos aportan con materiales éticos implicados en el tratamiento de la enfermedad. En el episodio anteriormente narrado, *trasplante de riñón en donante vivo*, la hermenéutica se interesa por recuperar los valores morales de la justicia, la libertad y la solidaridad.

La medicina narrativa tiene una primera función crítica: denunciar la medicina mercantilizada y el tratamiento despersonalizado de la enfermedad en una sociedad dominada por la técnica y el consumo. Tal función crítica denuncia las prácticas y costumbres en las que el enfermo es reducido a mero objeto o cosa y en el peor de los casos a producto mercantil.

La *medicina narrativa* amplía su actitud crítica a nuestra situación sociocultural y a la colonización científico-tecnológica de nuestro mundo personal y social. De ahí que reaccione contra los posibles excesos tecnológicos y administrativos de la enfermedad y de la salud. A este fin utiliza la hermenéutica para desenmascarar aquellas estrategias de acción y aquellos juegos de lenguaje ideológicos en los que la enfermedad, el dolor y la muerte son cosificados en burocracia y mercado.

Se pretende en última instancia, devolver al enfermo el papel de protagonista y gestor de su enfermedad frente a los excesos administrativos y tecnológicos de la salud. La narración del enfermo remarca la estructura personal intransferible del ser humano. El paciente se reconoce a sí mismo como enfermo y como tal es reconocido por los demás. Su identidad refleja precariedad dolor y sufrimiento. lenguaje relata sucesos con sentido dentro de una biografía personal.

La ética narrativa encuentra aplicación preferente en la relación médico-enfermo cuando ambos dialogan e intercambian información. La tradicional *historia clínica*, consignada por el médico en texto que reproducen datos y situaciones, es completada por la historia personal que relata el mismo paciente sobre su vivencia propia de la enfermedad. El paciente se convierte en protagonista en el dialogo y en la toma de decisiones.

Y puesto que estamos disertando sobre un tema de ética aplicada, es decir, *bioética*, en tanto disciplina a construir con metodología hermenéutica, quiero terminar la exposición insistiendo en que el enfermo, en tal situación, además de ser dato científico y objeto de aplicación tecnológica, es ante todo *sujeto y agente moral*. Su identidad se inserta en un marco de valores y responsabilidades personales y sociales. La identidad narrativa que sus relatos testimonian implican su reconocimiento como persona. Lo cual exige rehumanizar el espacio clínico y los planes de acción sobre sí mismo. El protagonismo, tanto pasivo como activo en el proceso de la enfermedad, queda asumido por el enfermo. La medicina narrativa aparece, en este caso, como complemento y correctivo de los procesos de tecnificación de la praxis sanitaria en las sociedades avanzadas.

Antes de finalizar mi exposición, no quiero pasar por alto que la frecuente aparición de la palabra *narración* nos hace recordar al mentor de la hermenéutica de la escuela compostelana, P. Ricoeur. Lo cual

quiere decir que el texto leído ha querido rendir homenaje al Profesor C. Baliñas, fundador y maestro de la misma y al Prof. Marcelino Agís, titular de la primera Cátedra de Hermenéutica en la universidad española.