



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo  
Instituto de Investigaciones Filosóficas "Luis Villoro"  
División de Estudios de Posgrado

## **Salud y enfermedad: reflexiones desde la filosofía**

Tesis para obtener el grado de: Doctorado en Filosofía  
Sustenta: Octavio Carranza Bucio

Director de Tesis

Doctor Mario Teodoro Ramírez Cobián

Comité Tutorial

Mario Teodoro Ramírez Cobián

Eduardo González Di Pierro

Rubí de María Gómez Campos

<b>Índice</b>	<b>página</b>
<b>Resumen</b>	<b>10</b>
<b>Introducción general</b>	<b>12</b>
<b>1.- Mirar la salud y la enfermedad desde la filosofía</b>	<b>12</b>
<b>2.- La mirada de la filosofía</b>	<b>21</b>
<b>3.- Representar o comprender la salud y la enfermedad</b>	<b>27</b>
<b>4.- Las preguntas por la enfermedad: las teorías</b>	<b>34</b>
<b>Primera parte. El ser del ser enfermo</b>	<b>42</b>
<b>1.- La existencia como «ser-en» salud y enfermedad</b>	<b>43</b>
<b>2.- La salud y enfermedad como entes</b>	<b>50</b>
<b>3.- Experiencia de la corporalidad</b>	<b>55</b>
<b>4.- Corporalidad y perspectiva de género</b>	<b>65</b>
<b>Segunda parte. Facticidad y ciencia: la otra mirada del ser del ente</b>	<b>80</b>
<b>1.- Nuestra esencia como entes</b>	<b>84</b>
<b>2.- La vida como ente físico y químico</b>	<b>91</b>
<b>3.- El vivir fáctico en la salud y con la enfermedad</b>	<b>100</b>
<b>4.- Lo ente imperceptible a la experiencia</b>	<b>137</b>
<b>5.- El sentido de ser-sano y ser-enfermo</b>	<b>146</b>
<b>6.- Carácter ontológico del ser de la salud y de la enfermedad</b>	<b>151</b>
<b>7.- La fragilidad del ente humano</b>	<b>169</b>
<b>8.- La experiencia concreta de ser-enfermo</b>	<b>179</b>
<b>Tercera parte. El ser en-el-mundo con-enfermedad</b>	<b>189</b>
<b>1.- La enfermedad en sí misma</b>	<b>191</b>
<b>2.- La enfermedad y el sufrimiento</b>	<b>197</b>
<b>3.- El temple de ánimo en-el-ser sufriente</b>	<b>205</b>
<b>4.- Afrontando ser enfermo</b>	<b>216</b>
<b>5.- La finitud del ser-ahí</b>	<b>227</b>
<b>Cuarta parte. Ser para la muerte, propiedad e impropiedad</b>	<b>241</b>
<b>1.- La experiencia de ser mortal</b>	<b>243</b>
<b>2.- La muerte y decurso vital</b>	<b>253</b>
<b>3.- Carácter existencial de la impropiedad</b>	<b>263</b>
<b>4.- El sentido de vivir, sufrir y morir</b>	<b>271</b>
<b>5.- El rostro de la muerte</b>	<b>280</b>
<b>6.- Muerte digna, aunque impropia</b>	<b>289</b>
<b>7.- La muerte por Otro</b>	<b>298</b>
<b>8.- La muerte por sí mismo</b>	<b>307</b>
<b>9.- Ser-ahí: agonía, duelo y resignación</b>	<b>314</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>322</b>





## Resumen

El objetivo de esta investigación fue comprender desde la perspectiva de la filosofía existencial el acontecimiento de “ser-sano” y “ser-enfermo” en tanto que condiciones inherentes a los modos de ser-en-el-mundo. Se buscó explorar la experiencia de vivir-con-salud, vivir-en-enfermedad y ser-para-morir. Asumimos que la salud, la enfermedad y la muerte son eventos existenciaros y en tanto que tales, se hace el análisis ontológico y hermenéutico de dichos fenómenos. Para sustentar esta tesis se constituyó un marco teórico filosófico que permitiera poner a la luz las diversas perspectivas que estudian estos fenómenos. En primer lugar, la visión de la medicina científica tecnológica, donde se evidencia el reduccionismo y la cosificación del ser humano. En segundo lugar, la perspectiva de la filosofía fenomenológica, en particular la ontología y la hermenéutica de Martin Heidegger; aunque sin limitarse a este pensador. Se busca abrir la discusión crítica respecto de un posible “humanismo médico”, la bioética y la filosofía de la medicina.

Palabras clave: Salud, Fenomenología, Hermenéutica, ser-en-el mundo

## Abstract

The objective of this research was to understand from the perspective of existential philosophy the event of "being-healthy" and "being-sick" as conditions inherent to the ways of being-in-the-world. The aim was to explore the experience of living-in-health, living-in-disease and being-to-die. We assume that health, illness and death are *existenciaro* events and as such, the ontological and hermeneutical analysis of said phenomena is made. To support this thesis, a philosophical theoretical

framework was established that would allow to bring to light the various perspectives that study these phenomena. In the first place, the vision of technological scientific medicine, where reductionism and the reification of the human being is evidenced. Second, the perspective of phenomenological philosophy, in particular Martin Heidegger's ontology and hermeneutics; although not limited to this thinker. It seeks to open the critical discussion regarding a possible "medical humanism", bioethics and the philosophy of medicine.

Key words: Health, Phenomenology, Hermeneutics, being-in-the-world

## Introducción general

### 1.- Mirar la salud y la enfermedad desde la filosofía

El propósito de esta introducción general es poner de manifiesto la intención, las preguntas, los objetivos, las hipótesis y la perspectiva metodológica de la investigación.

Preguntamos si la salud y la enfermedad tienen carácter existencial, en tanto modos de ser del ser en el mundo y nos proponemos investigar las condiciones en que estos fenómenos existenciales cuyo carácter ontológico puede comprenderse desde la ciencia de la medicina científica y tecnológica; nuestra hipótesis apunta a señalar que en las condiciones actuales esto no ocurre; lo que sostenemos es que la salud y la enfermedad en tanto existenciales son modos de ser del *ser-ahí*<sup>1</sup> sólo se comprenden en la facticidad del vivir propio.

El objetivo general es comprender “desde la perspectiva de la filosofía existencial” lo que se pone en juego en el acontecimiento de la medicina científico-tecnológica con relación al *ser-sano* y al *ser-enfermo*, en tanto condiciones inherentes a tres modos de ser-en-el-mundo: vivir-con-salud, vivir-en-enfermedad y ser-para-morir. Esto significa que, en esta tesis, no se tratará de comprender la vida y la salud, la enfermedad y la muerte, sino, más bien, se comprenderá al Ser-manifestado en estos fenómenos- en su existencialidad.

---

<sup>1</sup> El término “ser-ahí” es la traducción al español del concepto en alemán Dasein (vease más adelante). Con ambos términos se alude a la condición de existir, literalmente indicaría estar por ahí siendo.

Suponemos que la salud y la enfermedad son *acontecimientos* o *eventos* existenciales (*Ereignis*) (Basso, 2014)<sup>2</sup>, lo cual implica dejar de pensar estos fenómenos como hechos, objetos o datos científicos y, por tanto, abrir la posibilidad de problematizarlos y resignificarlos como acontecimientos cotidianos que ocurren en la vida de personas concretas y reales. Es decir, vivir sano, enfermar y morir no son estados, sino aconteceres, modos de ser del Ser en el mundo. Por eso, al no compartir la concepción científica de la salud y la enfermedad buscamos analizar la salud y la enfermedad con los recursos de la filosofía.

El término «Ereignis» remite a un concepto fundamental en el pensamiento de Martin Heidegger. Este término permite comprender la diferencia entre el ente y el Ser, pensados desde el acontecimiento, ya no tanto como diferencia, sino como identidad entre el Ser y el ente. Como indica Berciano a este respecto:

Hay realmente una diferencia entre el ser y el ente. Ser significa siempre y en todas partes: Ser del ente. En este uso el genitivo hay que pensarlo como genitivo objetivado. Ente significa siempre y en todas partes: Ente del ser, en cuyo caso el genitivo ha de pensarse como genitivo subjetivo (2000, p. 48).

La diferencia parece obvia, pero el Ser visto desde la diferencia no es un objeto. Por eso, insiste Berciano, citando a Heidegger:

Ser del ente significa: Ser que es el ente. 'Es' se entiende aquí como transitivo pasando. Ser se hace presente aquí a la manera de un paso al ente. Pero el ser no

---

<sup>2</sup> El concepto de *Ereignis* suele traducirse de forma compuesta para resaltar el matiz que (Heidegger) le agrega al término para distinguir de *Er-eignis* su prefijo y sufijo, es decir, la idea de producir o hacer surgir algo (*Er*) por medio de su apropiación (*-eignis*, *eigen*, *eignen*). De este modo, *Ereignis*, que normalmente podría traducirse como "evento", "acontecimiento", "acaecimiento", "advenimiento" o "suceso", pasa a ser acompañado por los adjetivos "apropiador", "propicio" o "apropiante".



va hacia el ente dejando su lugar, como si ente, estando antes sin el ser, pudiera luego ser afectado por éste. Ser pasa hacía, sobreviene hacia lo que sólo mediante este pasar llega como lo desoculto de por sí. Llegada significa cobijarse en la desocultación, esto es: permanecer cobijado, ser ente (2000, p. 50).

En este contexto, buscamos comprender la salud y la enfermedad, en tanto que eventos o acontecimientos inherentes del Ser. Por lo tanto, si la salud y la enfermedad son acontecimientos, estos pasan, sobrevienen, acaecen. El desocultamiento del Ser posibilita todo esto. Por lo tanto, la salud y la enfermedad, en tanto aconteceres desocultantes, son, en su actuar, como el Ser mismo. Es decir, en la enfermedad, el ser-ahí y el hombre enfermo están referidos el uno al otro como co-perteneciéndose. Lo que llamamos «evento» (*Ereignis*) es, en realidad, el hecho mismo de que esto ocurra.

Pero, entonces, ¿en qué condiciones podemos hablar de salud y enfermedad desde la filosofía? ¿Qué relación podemos establecer entre la filosofía y los fenómenos fisiológicos de la vida y los patológicos de la muerte? ¿Tiene algo que decir la filosofía respecto a la concepción de la salud y la enfermedad? En la originaria relación entre filosofía y medicina que concibió la filosofía griega del siglo IV a.C., ¿qué posibilidades tiene la relación entre la filosofía y la medicina “en tanto ontología regional” para reconceptualizar la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, a la luz de las certezas de la medicina científica tecnológica? ¿La «ciencia médica» tiene necesidad de la filosofía? Podríamos continuar haciendo preguntas similares para tratar de justificar el vínculo entre filosofía y medicina, especialmente frente a la medicina tecnológica que finca sus evidencias en la teoría causal

determinada por la ultraestructura molecular de la vida biológica. Pero tal vez sea innecesario.

Lo que buscamos con estas interrogantes, que por supuesto no son nuevas<sup>3</sup>, es reflexionar sobre la relación entre la filosofía y la medicina. La filosofía y la medicina nacieron y crecieron juntas en la filosofía clásica griega. En su origen, el médico era filósofo y el filósofo, médico (Galeno, 2002). Sin embargo, la modernidad científica y tecnológica ahondó la distancia entre una disciplina y otra. La «medicina se hizo científica» dicen algunos historiadores (Martínez, 2003), en tanto que la filosofía se concentró en el estudio de problemas específicos de su cuerpo de conocimientos.

No obstante, filosofía y medicina parecen tener una relación necesaria y esta necesidad intenta subsanarse con discursos humanistas que buscan justificar la práctica médica, la cual tiene con una apariencia objetiva, técnica y neutra. El humanismo médico con frecuencia está vacío de filosofía. Este humanismo, unas veces se disfraza de ética (bioética), otras, de antropología. Este en su esencia, no advierte lo fundamental: la imposibilidad de que la medicina científica-tecnológica, desde su enfoque reductivista, comprenda la situación existencial del ser del Ser del enfermo.

Suponer que la salud y la enfermedad son acontecimientos o eventos existenciales (*Ereignis*) significa pensar estos fenómenos como acontecimientos cotidianos que ocurren en la vida concreta. *Vida concreta* es la vida vivida en cada

---

<sup>3</sup> Ciertamente no son los médicos quienes más se ocupan de la filosofía de la medicina. No obstante, hay una amplia bibliografía sobre la fenomenología del dolor y el sufrimiento por enfermedad. En su momento, en esta investigación doy cuenta de varias tesis doctorales que tratan esta temática.

caso por nosotros. En este sentido, vivirse: vivir sano o vivir enfermo son aconteceres, modos de ser del Ser en el mundo.

Hablamos de mirar la salud y la enfermedad desde la filosofía y `en verdad´ esperamos mirarlas de otro modo y en una perspectiva distinta a lo que habitúa la ciencia medicalizada, la misma que, generalmente, está determinada por el tiempo y los valores del mercado. Todo ello deriva en procedimientos que se basan en saberes técnicos, indiferentes al dolor y a la condición humana de los pacientes. Por ello buscamos un mirar desprejuiciado. Un mirar auténtico que aprehenda perceptivamente la mirada del Otro: ese que está ahí, frente a nosotros; sufriente y doliente; agobiado por su padecer.

En congruencia con el pensar filosófico de Heidegger, nos proponemos estudiar estos acontecimientos desde la perspectiva metodológica de la fenomenología, que nos privilegia con su mirada hermenéutica. En Heidegger, el método de interpretación y comprensión de los fenómenos implica desde ya una pre-comprensión y, sobre todo, se fundamenta en el principio establecido por el propio Heidegger de que «la ontología sólo es posible como fenomenología» (1971, p. 26). Pero la fenomenología en Heidegger se plantea como el camino que permite «dejar ver desde sí mismo aquello que se muestra, tal como se muestra desde sí mismo» (1971, p. 23). Este mostrarse se pone de manifiesto en lo que Heidegger concibe como *analítica de la existencia*.

En este sentido, nuestra investigación busca mostrar el modo en que los fenómenos salud y enfermedad son existenciaros<sup>4</sup> del ser-en-el-mundo, que, junto

---

<sup>4</sup> El concepto de existenciaro implica siempre “un modo de ser”. Su equivalente en la metafísica tradicional desde Aristóteles es el concepto de “categoría”.

a los estados de ánimo y el ser-para-la-muerte, encuentran su determinación en el cuidado. Este carácter existencial pone de manifiesto el mostrarse de la salud como ser-saludable y de la enfermedad como ser-enfermado, pero ambos son fenómenos solidarios del vivir fáctico.

Ahora bien, ‘mirar desde la filosofía’ no es un mirar en general desde cualquier filosofía. Este estudio se propone mirar desde la perspectiva de la filosofía existencial<sup>5</sup>. El análisis existencial de la vida, salud, enfermedad y muerte, como fenómenos experimentados en la medicina, es un intento por mostrar los caracteres ónticos de los enfermos, tal como aparecen en la realidad concreta de la vida vivida. En estricto sentido, el análisis no se aleja de su base empírica, sino que, apoyado en ella, busca comprender la significación de la experiencia, la cual siempre se da en el contexto del modo de ser-en-el-mundo del *Dasein*.

A partir de la idea de ser-en-el-mundo que propone Heidegger, la filosofía existencial distingue los diferentes mundos que cada *Dasein* vive: mundo alrededor, mundo de las cosas, entorno físico (*Umwelt*), mundo con los otros, mundo social (*Mitwelt*) y mundo propio, mundo del sí mismo (*Eigenwelt*). Hay que enfatizar el carácter esencial del mundo. El mundo no es algo que está por ahí, no es una cosa entre las cosas. El mundo es todo aquello que nos ocurre, lo que se nos aparece: el mundo es nosotros y nosotros somos el mundo.

---

<sup>5</sup> Heidegger rechazó la idea de que su filosofía fuera considerada “existencialista”, insistiendo en que se trata más bien de una “filosofía existencial”. El argumento principal que pone Heidegger es que su preocupación fundamental no es la existencia del hombre, sino la del ser en su conjunto. En este mismo sentido tomo el concepto de filosofía existencial: lo que me interesa resaltar es el carácter ontológico de la salud y la enfermedad en tanto fenómenos existenciales.

Así, cuando una persona se enferma, lo hace en, con y desde su mundo. Es el mundo lo que caracteriza el vivir del hombre, ya sea sano o enfermo. A fin de cuentas, la enfermedad es una modificación de la estructura fundamental o esencial de los lazos estructurales constitutivos del ser-en-el-mundo. Por ello, hay muchas formas diferentes de ser-en-el-mundo y tantos mundos como seres. Para la analítica existencial, el ser-en-el-mundo como ser-ahí, debe mostrar al ente como Ser en su concreción fáctica.

El análisis existencial –referido al contexto de la medicina– implica entonces que los médicos comprendan la manera de concebir y estructurar el mundo que tienen las personas, el modo en el que actúan y se cuidan. Así, un ‘síntoma clínico’, cualquiera que sea, no es más que la expresión de un cambio en la forma de la existencia y se revela a través del lenguaje como vía de acceso al mundo del paciente. Por *lenguaje* no sólo se entiende la palabra, sino todo tipo de expresión, ya sea, verbal, gestual, corporal. A partir de esta concepción de Heidegger de ser-en-el-mundo y del cuidado del ser, entendido como *Sorge*, el análisis existencial con enfoque clínico puede ocuparse de la temporalidad del síntoma: el pasado, el sobre-qué, el haber sido; el presente, el con-qué, el ser-con, el siendo y el futuro, el hacia qué, el ser delante de sí mismo. La posibilidad de este análisis ha probado su eficiencia en la psicopatología (Binswanger, 1961, p.78).

El síntoma también tiene su dimensión espacial: hay siempre un espacio de la vivencia del dolor y el sufrimiento. Por tanto, hay una configuración temporo-espacial de la vivencia del enfermo con sus síntomas y formas constitutivas concretas. No obstante, la medicina reduce toda esta complejidad a un espacio

técnico, físicamente homogéneo y neutro. Así, es el dispositivo técnico el que decide el diagnóstico y el tratamiento.

Otro aspecto relevante tiene que ver con el modo de relación con otros. La vida del ser-para-la-muerte, tanto en salud como en la enfermedad, plantea distintos modos de relacionarse con los semejantes mediante la sensibilidad, la percepción del cuerpo y los temples de ánimo. Hay que destacar lo limitado de la relación médico-paciente en la medicina científico-tecnológica. En esta medicina *das man*), se instala un modo anónimo de relación. Es un modo inauténtico de ser (Es un modo de relación social convencional, dado por las costumbres, donde no hay un auténtico encuentro humano. Es una forma de actuar de algunos individuos como un modo de escape de los otros y de sí mismo, es perderse en la multitud. El consumismo es la característica que más lo representa. La indiferencia por los otros es lo que prevalece. Cuando usas un servicio de hospital, especialmente del ámbito privado, se asemeja a estar en cualquier tienda comprando un artículo cualquiera, así también, la salud es una cosa que se vende y se compra en el mercado.

En este contexto, podemos concluir que al ser la salud y la enfermedad modos de ser en el mundo, estos modos dolorosos y sufrientes, imponen al médico el deber de intentar hallar las maneras y caminos que llevaron a los enfermos a una especie de fracaso en la organización de su “estructura como ser humano” y, a partir de este conocimiento, ayudar a comprender la experiencia existencial: el cómo y cuándo de ese fracaso, al conducirlo, de esa manera, a su recuperación.

El enfermo y su particular enfermedad es siempre una presencia concreta, el

análisis de esta presencia del *Dasein* se basa en la comunicación existencial, dada en el encuentro con el otro, donde el lenguaje cumple una función fundamental. Para que la relación entre el médico y el enfermo resulten efectivas deben asumir el principio de autenticidad. La autenticidad en el encuentro lleva a una “apertura” de uno a otro, donde el terapeuta le brinda apoyo incondicional al paciente y éste le otorga a él toda su confianza.

La autenticidad del encuentro, el diálogo y la existencia en común están mediados por la libertad y la autonomía. En el diálogo médico auténtico, no hay jerarquías, ni poderes sobreentendidos. Terapeuta y paciente están en un mismo plano, el de la existencia en co-munidad. El paciente no es un objeto de estudio, es un ser frente a otro ser, en una relación de encuentro en un presente propio, a partir de un pasado y con posibilidad de un futuro. En tanto que enfermo, este estar con otro en el cuidado de uno mismo y del mundo. Todo lo dicho hasta aquí no implica, por otra parte, una negación ante la ciencia y la tecnología, es evidente que no se puede prescindir de estas cosas. No obstante, la esencia misma de la medicina reside en que tanto médicos como enfermos muestren una disposición fundamental para la curación; se trata de que muestren una disposición terapéutica que contribuya a favorecer la apertura del prójimo para comprender la estructura de la existencia y la relación con el mundo.

Hablamos de *cuidado* como ‘cura’ (*Sorge*) en varios sentidos: primero, como el ‘cuidado’ del vivir, aquello que permite encontrar los caminos de ida y retorno desde un determinado modo de existencia; segundo, el ‘cuidado’ como experiencia de haber vivido de un modo u otro; modo neurótico o psicótico; modo de estar

perdido, descarriado, perforado o retorcido; pero en todo caso, cuidarse es siempre un camino hacia la libertad de poder utilizar sus propias capacidades para la existencia. En resumidas cuentas, la *cura* es la reconciliación del hombre consigo mismo y `por ende´ con el mundo; es la transformación de la enemistad para consigo mismo en amistad para consigo mismo y `por ende´ con el mundo (Binswanger,1973).

Una de las perspectivas metodológicas que ponemos en juego en este trabajo es la narrativa de los enfermos en situación. Con ello no buscamos hacer estudios de caso, no obstante, los relatos de lo vivido son ilustrativos de las dificultades para acceder a la vivencia. Estos relatos son rasgos biográficos de las personas y pueden apreciarse dimensiones temporales y espaciales en las que se hallan insertos, así como otros aspectos esenciales del ser, la corporalidad, la finitud, la luminosidad, la nada y la afectividad.

Las narrativas también muestran temples de ánimo ligados a distancialidad, vacuidad existencial, búsqueda de notoriedad, irresponsabilidad. Otras veces, los enfermos buscan seguridad aferrándose a lo conocido, huyendo de sí mismos, sin atreverse a ser. Otras veces, los desazona la inestabilidad, lo incierto, la mediocridad, el aplanamiento afectivo, la vacuidad existencial, la publicidad y el consumismo. En cualquier caso, la narrativa desde la perspectiva existencial tiene la intención de mostrar la realidad humana desde la cotidiana búsqueda de sentido.

## **2.- La mirada de la filosofía**



De forma recurrente, los médicos buscamos mirar los fenómenos de los que se ocupa la medicina desde la filosofía. Al hacer esto, intentamos mirarnos desde otro enfoque al que, usualmente, estamos habituados por el saber y hacer de la medicina. Se trata `en principio´ de una mirada exógena, donde el que mira, lo mirado y desde dónde se mira, pueden ser puestos en cuestión. Lo importante de *un mirar* así es que pueda mirarse lo que de otra manera no se ve o se mira distinto. Es en este sentido que nos proponemos mirar filosóficamente a la salud y la enfermedad, que se han concebido en la medicina científica y tecnológica, a fin de reflexionar sobre la vida sana, la existencia, el sufrimiento y la muerte.

Pero, dado que la filosofía no es unitaria –ni como ciencia, ni como metafísica–, conviene tener en cuenta la pluralidad posible de miradas filosóficas. La filosofía es fundamentalmente una actitud reflexiva y crítica frente al mundo circundante: un modo de ser que se caracteriza por *mirar* la contradicción donde parece no haberla; *asombrarse* de lo extraño que aparece en nuestro horizonte familiar; *hacer* que estas contradicciones y extrañezas tengan sentido en el contexto del mundo y en relación con la propia existencia. “Entonces, sólo entonces, puede el hombre ir a buscar cosas, porque el hombre que existe extrañado entre ellas ha comenzado a ‘ver’ y ‘entender’. Sólo cuando ha comenzado a ver y entender ha podido tropezar con algo que ‘no se ve bien’” (Solarí, 2010, p. 219).

Es mucho lo que no se ve bien en la medicina. Una mirada a la epistemología de la ciencia tecnológica moderna en general y, en forma especial, al modo de conocimiento que evidencia la ciencia médica acerca de la salud y la enfermedad revela varios problemas conceptuales. Por un lado, la persistencia de un dualismo mente-cuerpo en medio de ‘evidencias científicas’, y de cuya tendencia se deriva el

supuesto de enfermedades orgánicas causadas por lesión biológica y enfermedades mentales, cuya causalidad sigue siendo indeterminada. Esta actitud también determina la insistencia en buscar fundamentos últimos de la enfermedad como objetividad-subjetividad, que supone la existencia de un sujeto sufriente, pasivo (paciente), mismo que voluntariamente se somete a cualquier *prueba terapéutica* con tal de desterrar la enfermedad.

Por otro lado, la ciencia de la medicina supone que la teoría es la instancia de conocimiento privilegiada y la práctica derivada de ella. Así, la medicina ha perdido toda posibilidad del arte que había ganado con 'el nacimiento de la clínica', pues hoy la clínica `como forma de conocimiento del enfermo y su enfermedad´ prácticamente no existe. La tecnología ha ganado la batalla: la clínica es una *monserga* que sólo quita tiempo. Y el médico práctico siempre tiene prisa. La clínica implica: dialogar, observar, escuchar, detenerse a examinar al enfermo y hacer un esfuerzo por crear empatía con el sufriente. La tecnología ha banalizado todo eso. Esta especie de hipóstasis que propone la medicina tecnológica parece dar por sentado que las verdades son eternas y, paradójicamente, que no existe la historia. No existe la historia ni siquiera al nivel individual y, por ello, la mirada clínica ha perdido su objeto. Porque todo evento clínico empieza con una historia clínica.

En la medicina científica y tecnológica actual, existe una correlación directa entre avance científico y reduccionismo de lo humano. La medicina molecular fundamenta su causalidad en la presencia de estructuras bioquímicas genéticamente determinadas. El problema no es tanto éste, sino el hecho de que sea reductiva en su concepción de la vida y sus fenómenos. La medicina como ciencia no logra que,

al reducir la enfermedad a moléculas químicas, a quien reduce es al hombre. Es evidente que no hay enfermedad sin enfermo.

Por otra parte, la supuesta científicidad de la medicina ha sido pretexto para legitimar y empoderar a una práctica social iatrogénica, utilitarista y corrupta. Hay estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que documentan las frecuentes equivocaciones médicas, la recurrencia de infecciones nosocomiales y las prácticas fraudulentas de los seguros médicos. Aunque no se puede generalizar, la práctica de la medicina está infectada de inmoralidad y afán de lucro. Todo esto, Iván Illich (1978), lo denunció hace casi cincuenta años.

Esta compleja problemática que prevalece en la medicina no se visualiza con claridad desde la medicina misma. Los intentos de autoexamen de la medicina han obligado a montar sobre el discurso medicalizante, una 'bio-ética' que busca humanizar el saber y la práctica médica. Pero, así como la clínica llegó a ser una monserga y perdió la batalla, la filosofía perdió a la medicina y la medicina perdió a la filosofía mucho antes. La bioética, sin ética y sin filosofía, es un intento desesperado para encontrarle sentido humano a una práctica despiadada, mercantilista y deshumanizante.

En este sentido es que nos proponemos reflexionar sobre la medicina desde la filosofía. Pero ¿desde cuál filosofía? ¿Qué significa 'desde la filosofía'? En principio, significa reflexionar desde una actitud que busca comprender lo que se pone en juego en el acontecimiento de ser-sano y ser-enfermo: dos condiciones inherentes al modo de ser, vivir y morir del ser humano.

Es Heidegger quien propone cuestionar el saber mismo de la filosofía, pues ésta, en su intento por lograr el saber esencial y la esencia de la verdad, «le seduce

el reblandecimiento de las 'ciencias', para, semejante a éstas y apoyada aparentemente en sus resultados, convertir la cientificidad en la distinción del saber» 2006, p. 35). Esta renuncia de la filosofía a la cientificidad, permite aclarar la pregunta originaria por el Ser. Porque el Ser se da esencialmente en la sustracción: el ser se da en cuanto evento-apropiador (Leveque, 2011, pp. 69-91).

*Ereignis* indica un movimiento en el que el ser-ahí como ente y su Ser se apropian mutuamente. Como apunta el propio Heidegger: “la palabra *Ereignis* ha sido tomada de la lengua actual. *Er-einen* significa originariamente: asir con los ojos, esto es, divisar, llamar con la mirada, a-pro-piar” (1998, p. 20). Con esta indicación, Heidegger lleva el término más allá de su significación ordinaria del acontecer, para indicar una especie de aprehensión del aparecer ante la mirada. Por eso, agrega Leyte, citando a Heidegger: “la palabra *Ereignis*, pensada a partir del asunto indicado, debe hablar ahora como palabra conductora al servicio del pensar. Pensada como palabra conductora, se deja traducir tan poco como la palabra conductora «lógos» o la china «Tao». La palabra *Ereignis* ya no significa aquí lo que en otros lugares denominamos como algún tipo de acontecimiento, algo que sucede. La palabra se utiliza ahora como *singulare tantum*. Lo que nombra acontece sólo en la unidad, esto es, ni siquiera en un número, sino de modo único” (Heidegger, 1998, p. 28).

La génesis del término *Ereignis* en Heidegger remite a varias cuestiones filosóficas. Por un lado, está la cuestión de la verdad como desvelamiento y no como juicio. Heidegger va a encontrar esta diferencia en la *Ética a Nicómaco*, aunque, luego, la contrasta con la idea de *Alétheia* (αλήθεια) en Parménides. En este último caso, se trata de la «verdad» como aparecer, contraria a la clásica idea de

adecuación (*adæquatio*). Que los entes aparezcan y se muestren, sólo tiene que ver con apertura del mundo ante nosotros. Extrapoladas estas premisas al quehacer de la medicina, se pone en cuestión la teoría de la causalidad y las verdades irrefutables que presume la ciencia tecnológica.

En este contexto, concebimos la salud y enfermedad como *Ereignis* (acontecimientos). Es decir, como «eventos» que acontecen en la existencia y modos de ser del ser-ahí. Estos eventos son necesariamente existenciales o existenciarios. Hay que tener en cuenta que Heidegger propone el término «existenciarario» como alternativo a «categoría», con lo cual se fortalece la idea de que la salud y la enfermedad no son objetos (entes) que puedan ser determinados por procesos de investigación objetiva. Para mostrar esta contrariedad, contrastamos la mirada científica con la *mirada hermenéutica* (ἑρμηνευτική τέχνη).

Más allá de las significaciones triviales que la connotan como *arte de explicar, traducir e interpretar*, el sentido más radical que aquí queremos tomar de la hermenéutica es aquel que expresa Friedrich Schleiermacher (2019), respecto de alcanzar a: comprender mejor al autor de lo que él mismo se comprende. En nuestro caso, buscamos alcanzar a comprender al enfermo mejor de lo que él mismo se comprende. Este ideal que podría plantearse la medicina está muy lejos del *modus operandi* con que la medicina científica pretende *comprender* el dolor y el sufrimiento humano que genera la enfermedad.

Otra cuestión importante en Heidegger es su reclamo a la metafísica tradicional sobre la concepción del Ser como un ente; por lo cual, trata de revertir este error incorporando la dimensión temporal. En Heidegger, el Ser sólo tiene sentido para el ente llamado *Dasein*, pues es él y sólo él quién hace la pregunta por

el sentido del Ser<sup>6</sup>. Es en esta perspectiva que Heidegger habla de ontología fundamental; así, los principales elementos ontológicos están dados por la precomprensión y la analítica existencial sobre los modos posibles de ser del *Dasein*. Uno de los modos de ser cotidianos tiene que ver con la expresión «ser-en-el-mundo»: se trata de un existir situado, concreto, que comparte su existir con el mundo y es el mundo.

El propio Heidegger sugiere que «*Dasein*» alude a la existencia humana y, por tanto, la analítica existencial versa sobre los modos existenciales del ser del *Dasein*. Nosotros suponemos que ser-saludable y ser-enfermado son partes de esos modos de ser. En ambos casos se trata de posibilidades que advienen como acontecer del vivir cotidiano. Sin embargo, en tanto que fenómenos existenciales, para su análisis se parte siempre de supuestos y, se trata, de evidenciarlos mediante la fenomenología hermenéutica. Heidegger supone que estos modos existenciales se pre-comprenden en la relación con el mundo. En tanto que comprensión fáctica de la vida: salud-enfermedad-muerte se vivencian pre-teoréticamente.

### **3.- Representar o comprender la salud y la enfermedad**

El pensar de Heidegger respecto a la fenomenología hermenéutica y la ontología fundamental parece muy alejado del análisis de problemas que caracterizan a la medicina como ciencia tecnológica moderna. En realidad, no es

---

<sup>6</sup> El término «*Dasein*» se traduce al español de diferentes maneras, pero en todos los casos se refiere a la existencia humana.

así. Una búsqueda en la plataforma de internet de la Fundación Dialnet (2020) con la combinatoria «Heidegger y la medicina», «Heidegger y la salud», «Heidegger y la enfermedad», «Heidegger y la muerte» arroja 163 documentos publicados en los últimos diez años; de ellos, 67 son tesis doctorales, sólo en idioma español. En la Plataforma Pubmed que es la bibliohemeroteca electrónica mas importante en medicina, la combinación «Heidegger and Illness» proporciona 45 artículos relacionados, todos en idioma inglés (Pubmed, 2020). Lo anterior da idea del interés actual que despierta la fenomenología hermenéutica propuesta por Heidegger en el estudio de fenómenos como la salud y la enfermedad.

Habría que preguntarse acerca de cuáles son los temas torales del pensamiento heideggeriano que parecen vincularse con los fenómenos de la medicina y, en principio, están las bases generales sobre el método fenomenológico que Heidegger expone en los *Seminarios de Zollikon* (Heidegger, 2007). Este seminario es tal vez el mayor acercamiento de Heidegger a la medicina, ya que la mayoría de los asistentes eran médicos, especialmente psiquiatras. De esta línea de estudio existe una muy abundante literatura en la psicología y psiquiatría existencial. No obstante, algunos de los temas heideggerianos que más se están estudiando en el campo de la medicina tienen que ver con aspectos ontológicos y hermenéuticos.

Desde muy temprano en su desarrollo académico, Heidegger tuvo contacto, a través de la lectura de Franz Brentano, con la filosofía de Aristóteles y los diversos modos como se manifiesta el ente. Heidegger señala que fue la interpretación que hace Brentano de Aristóteles lo que movilizó su pensamiento hacia la ontología

fundamental: ¿qué significa Ser?, ¿por qué y en qué medida se manifiesta el Ser en las cuatro modalidades que Aristóteles establece sin fundamentarlas –Ser como atributo o accidente, Ser como posibilidad y realidad, Ser como verdad, ¿Ser como esquema de las categorías–?, ¿cuál es el sentido del Ser en esas cuatro determinaciones?, ¿cuál es su unidad? Problemas que sólo pueden aclararse por la previa contestación a esta pregunta: ¿qué es el Ser como tal (–y no sólo el ente como ente–)? (Olasagasti,1967).

El pensamiento de Martín Heidegger puede ubicarse en el punto en que éste inicia la crítica a la metafísica como *olvido del Ser*. Este olvido se muestra también como *destrucción* de la historia de la ontología, ligado íntimamente al avance de la racionalidad científico-técnica en la tradición occidental. El otro tema fundamental del pensamiento heideggeriano es la *analítica existencial*. Es decir, el análisis de los distintos modos de Ser del ser del ente. Heidegger no niega la validez de la ciencia, lo que observa en la ciencia y en la técnica es que éstas son el único rasgo de configuración del hombre contemporáneo, por ello insiste en la necesidad de encontrar los fundamentos de *una época del mundo*.

En el texto titulado *La época de la imagen del mundo*, Heidegger se plantea el problema en los siguientes términos: «¿En qué estriba la esencia de la ciencia moderna»? ¿Qué concepción del ente y de la verdad fundamentan esta esencia? Si se logra llegar al fundamento metafísico de la ciencia en cuanto moderna, entonces se podrá desde él conocer la esencia de la Edad Moderna. (1958, p. 17). En general, la ciencia busca que el ente aparezca dispuesto a ser representado. Representar lo investigado está en la esencia de la ciencia tecnológica, de ello



resulta que 'sólo si se hace representar' es objeto; y sólo llega a la investigación, si es objetividad. Junto con ello también está el hecho de que, en la ciencia moderna, el hombre deviene sujeto.

Contrario a esta imagen representadora de la relación sujeto-objeto, Heidegger contrapone la concepción griega originaria de Parménides, del cual traduce la frase *Tò gàr uto noeî estín te kai eînai*, como: «al ser pertenece, por ser reclamada y determinada por él, la intelección del ente» (1958, p. 41). En esta idea, Heidegger quiere enfatizar que es «[el ente el que abre a lo presente y expone su esencia por el hecho de inteligirlo]. Es decir, [el ente no deviene (algo que está) siendo porque el hombre lo contemple, acaso en el sentido de representárselo a menudo a modo de la percepción subjetiva. Más bien, es el hombre el contemplado por el ente...]» (1958, p. 41).

Por tanto, es en el representar moderno por la ciencia, donde el hombre se hace representante del ente en el sentido de lo objetivo. "(Re)presentar, significa: traer –como opuesto– ante sí lo presente, referirlo así, en cuanto uno es el representante (el que realiza la representación) y retrotraerlo en esta referencia a sí, considerada como la región determinante" (Heidegger, 1958, p. 42).

De lo anterior, se pueden concluir varias cuestiones relacionadas con la medicina, en tanto que campo particular de la ciencia tecnológica moderna. Primero, comprender el mundo como representación es el fundamento ontológico de la ciencia moderna de la salud y de la enfermedad. Segundo, representar significa contraponer la salud y la enfermedad en cuanto objeto y sujeto. Tercero, la verdad

–nos dice Heidegger (1958)– pasa a ser concebida esencialmente como exactitud del representar: salud y enfermedad son una representación. Quinto, ahí donde el mundo es nuestra representación, el hombre se constituye en sujeto y la totalidad de lo existente se busca y se encuentra en la condición de imagen y objetividad (Del Moral,1994).

Otro problema fundamental ‘en la medicina moderna’ es el uso de las tecnologías provenientes de varios campos de la ciencia que se caracterizan por hacer una representación que se objetiva de la enfermedad. Ello no sólo al nivel de ciencia y tecnología, sino ‘incluso’ en los individuos susceptibles de enfermar. Este problema no se limita al análisis superficial, implica profundizar en aspectos ontológicos, epistemológicos y axiológicos. Por ejemplo, hoy la medicina fundamenta sus verdades en aproximaciones estadísticas, extrapola principios de la física, la química y la biología, el diagnóstico y la terapéutica.

Existe una amplia literatura sobre los modelos y maneras cómo médicos y enfermos se representan la enfermedad. Es evidente que las representaciones del enfermo son radicalmente distintas a las del médico. Dependiendo del tipo de enfermedad, las representaciones del enfermo dependen del nivel de identidad con la enfermedad, las creencias en la causalidad y el grado de afectación de la autosuficiencia. A este respecto, los enfermos tienen muchas creencias, fantasías y temores (Contreras et al., 2007). En sentido estructural, la enfermedad es lo que representa una imagen, ya se trate de ultraestructuras moleculares visualizadas en el microscopio, imágenes radiológicas o tomográficas. En sentido cultural, la enfermedad tiene representaciones estereotipadas que en la clínica se aluden como

facies, es decir, el aspecto general que tiene la cara del enfermo.

El afán descriptivo de la clínica ha vuelto clásico algunas de esta «facies». Así, por ejemplo, se dice de la facies hipocrática: “nariz afilada, ojos hundidos, sienes colapsadas, orejas frías y contraídas, como salidas hacia afuera, piel de la frente rugosa, la cara lívida o plomiza”; esta imagen representa el estado *premortem* (Surós, 2005, p.158). De este tipo de imágenes existen decenas en la medicina – algunas incluso con rasgos discriminativas y estigmatizantes–: tal es el caso por ejemplo del leproso referido como “facies leonina”; al niño con Down como “facies mongólica” y al hipotiroidismo, como “facies cretina”.

En general, los médicos suponen que el proceso de ser-sano y ser-enfermo es auto-regulatorio, sostenido por mecanismos fisiológicos de control o por respuestas emocionales y cognitivas. Las personas se alarman por la presencia de síntomas y signos que identifican con *enfermedad*. De inmediato se hace una representación cognitiva que busca reducir el miedo y limitar el daño. De esta forma se hace el afrontamiento de la amenaza a la salud. Algunos médicos sugieren que los enfermos actúan como “científicos del sentido común” cuando construyen sus representaciones (Leventhal *et al.*, 2003).

Estos modelos, que suponen formas representacionales de la salud y la enfermedad, constan de varias etapas: la identificación de los síntomas que delatan enfermedad; la atribución de causas y explicación del origen del problema de salud; consideración sobre el tiempo que puede durar el malestar; visualización de las consecuencias: gravedad, complicaciones, dolor o discapacidad, que se asocian

con la enfermedad y que afectan la calidad de vida de las personas; posibilidades de controlar, contener, limitar o erradicar la enfermedad (Beléndez, *et al.*, 2005, pp. 318-324).

La crítica que hace Heidegger a la modernidad se basa en rechazar este modelo representacional, cuya característica esencial de la ciencia *moderna* es la pretensión de *objetividad*, donde la *representación* resulta fundamental; pues representar garantiza la aprehensión y comprensión de los entes objetivos ante un *sujeto* que actúa como sustrato. Representar, dice Heidegger, quiere decir traer ante sí eso que está delante como algo situado frente a nosotros, referirlo a sí mismo, al que se lo representa y, en esta relación consigo, obligarlo a retornar como ámbito que impone las normas (Heidegger, 1958, p.75). En esta ciencia tecnológica, donde la investigación es fundamento metafísico: representar no es pensar.

Por otra parte, en el contexto de la analítica existencial se han propuesto varias interpretaciones de la enfermedad. Así, por ejemplo, Tatiana Aguilar-Álvarez Bay supone que “en la enfermedad grave, la confusión del ser-arrojado se reitera con el consiguiente naufragio de la vida. El corte violento, la discontinuidad, ponen en duda el poder de dar rumbo a la vida. Si el nacimiento, marca una primera expulsión, la enfermedad vuelve a lanzar a ‘un afuera’ desolado por el cierre del proyecto que impulsa el futuro” (Aguilar-Álvarez, 2018, p. 134). Es decir, la enfermedad se presenta como una situación límite que ahonda el desasosiego, lo inhóspito, el temor y angustia en tanto son templos de ánimo.

La hipótesis de Aguilar-Álvarez contrasta con la que nosotros pretendemos

mostrar. Ella parece suponer que la enfermedad es un evento aislado que se hace presente en algún momento de la existencia del ser-ahí. Nosotros pensamos que la salud y la enfermedad tienen carácter existencial al nivel de otros existenciales analizados por Heidegger y este hecho resulta relevante para reconsiderar la experiencia de ser enfermo. En ambos casos, no estamos pensando la salud y la enfermedad como 'entes-objeto', ni la experiencia como 'ente-sujeto'.

#### **4.- Las preguntas por la enfermedad: las teorías**

La historia de la medicina es un relato de larga duración, pero la medicina científica-tecnológica es de muy reciente creación. Apenas se asoma uno a esa historia y encuentra las explicaciones sobre salud y enfermedad inmersas en la ambigüedad reflejada en las definiciones y concepciones precientíficas. Si consideramos que la medicina tampoco es unitaria y, en realidad, hay muchas medicinas, además del modelo científico, podemos fácilmente rastrear el «vitalismo», la «homeopatía», la «acupuntura» y muchas prácticas tradicionales en cada país.

La idea de que la enfermedad tiene que ver con la presencia de un "ente vital" de naturaleza diversa, capaz de influir en la vida, la salud y la muerte, ha estado presente desde siempre. Esta "especie mórbida", que Linneo incluyó en su clasificación sistemática y operó durante el siglo XIX como sustento de la nosografía, ha contribuido a tranquilizar la conciencia y reducir las culpas, atribuyendo la causa patológica a un ente morbosus. La enfermedad a veces se

asume como el pecado, la conciencia moral, la fe religiosa; otras veces, es la creencia en fuerzas externas: brujería, chamanismo, encantamientos y magia. En otra perspectiva, la enfermedad es de tal naturaleza que entra y sale del enfermo. En este sentido, la ciencia de la medicina descubre verdades y establece hechos contundentes, pero de poco impacta en la creencia de la gente.

El paradigma que hoy conocemos como medicina científica lo inaugura Claude Bernard al final de siglo XIX –este destacado fisiólogo es el primero en pensar la salud y la enfermedad como un *continuo fisiopatológico*–. Para él, las manifestaciones de enfermedad, agrupadas en síntomas y signos, son fenómenos preexistentes en el estado normal. De hecho, Claude Bernard deja claro la tesis de que la ciencia debe primero conocer el estado de normalidad fisiológica para deducir de él el estado patológico. Esta propuesta ha sido ampliamente estudiada por otros autores (Canguilhem, 1987).

Con Claude Bernard se inicia también la tradición positivista en la investigación empírica de la medicina científica y tecnológica actual. En el contexto de esta tradición se ubica Christopher Boorse, cuya tesis básica considera a la enfermedad como un estado natural. Según este autor, la salud y enfermedad son objetividades a partir de hechos biológicos propios de la naturaleza y sin la necesidad de juicios de valor social. Boorse propone la teoría bioestadística de la curva normal, así que, para él, la salud es el promedio y los extremos de la curva representan la enfermedad. En contraste, una corriente teórica importante denominada “normativismo”, supone que fenómenos como salud y enfermedad son juicios de valor basados en reglas y convenciones (normas) culturales. Estas construcciones

sociales definen la enfermedad (*disease*) y el padecer (*illness*).

De todas estas propuestas teóricas, se puede concluir con una tesis fundamental que concibe a la enfermedad como una entidad específica caracterizada por los síntomas y signos, desde los cuales se exhibe y pone de evidencia la presencia de un sustrato orgánico que la causa. Para este organicismo, la enfermedad es una especie natural. Lo anterior, es congruente con la biología molecular, pero no es el caso para las enfermedades mentales. En la “patología mental”, sugiere Michel Foucault, la enfermedad sería la alteración intrínseca de la personalidad, la desorganización interna de sus estructuras, la progresiva desviación de su devenir. Sólo tiene sentido y realidad en el interior de una personalidad mórbida (Foucault, 1984).

Esta propuesta de Foucault resulta muy pertinente. Lo que sugiere es integrar al individuo en una totalidad fisiológica y psicológica, donde la fisiología dé cuenta de la corporalidad *normal*, mientras la psicología haga lo propio con el análisis de la personalidad. Sobre esta idea de totalidad de la persona, proveniente de la psicología Gestalt, ha corrido mucha tinta y papel. Pero esta “totalidad” sigue siendo muy problemática, tanto en la patología organicista como en la psicopatología psiquiátrica. En ese sentido, Foucault intenta superar la dualidad, proponiendo que “la enfermedad atañe a la situación global del individuo en el mundo: en lugar de ser una esencia fisiológica o psicológica, es una reacción general del individuo tomado en su totalidad psicológica y fisiológica” (Foucault, 1984, p.16).

Uno de los grandes problemas que han dificultado una concepción unitaria de

salud, dice Foucault, es que tanto en 'la patología mental' como la 'patología orgánica' se use el mismo método de análisis clínico: agrupamiento de síntomas y signos, integración sindromática y diagnóstico; ignorando o desconociendo las significaciones del lenguaje en cada caso. "Una patología unitaria que utilizara los mismos métodos y conceptos en el dominio psicológico y en el fisiológico entra actualmente en la categoría de mito, si bien la unidad del cuerpo y del espíritu está dentro de lo real" (Foucault, 1984, p. 20).

Por todo ello, Michel Foucault sugiere una serie de criterios para reconsiderar las dimensiones psicológicas de la enfermedad y superar el problema dualista:

Primero, habría que reconocer que la ciencia de la patología mental sólo puede ser la ciencia de la personalidad enferma; segundo, al valorar las formas individuales no debemos referirlas a una evolución siempre específica sino a la historia personal del enfermo; tercero, la comprensión de la conciencia enferma, y reconstitución de su universo patológico, son tareas de una fenomenología de la enfermedad mental; cuarto, la patología mental exige métodos de análisis diferentes de los de la patología orgánica (Foucault, 1984, pp. 45).

Para alcanzar lo anterior, es indispensable alcanzar un nivel de abstracción mayor en la concepción unitaria de enfermedad, así mismo, la delimitación precisa entre lo que es normal y lo patológico y, por otro lado, los procesos de adaptación en relación con el medio ambiente. La idea es que el enfermo reconozca su enfermedad como algo que lo singulariza, lo cual es decisivo en "la forma en que un sujeto acepta o niega su enfermedad, pues la forma en que la interpreta y presta significación a sus aspectos más absurdos, constituye una de las dimensiones



esenciales de la enfermedad” (Foucault, 1984, p. 66).

La singularización de la experiencia de enfermar conlleva una actitud vocacional de la medicina: devolver crédito al hombre enfermo y no a las abstracciones sobre ser-enfermo, aceptar el carácter intransferible de la experiencia. En esta línea de pensamiento está el viejo aforismo que dice: “en la medicina, no hay enfermedades, sino enfermos” (Hanemann, 2010, p. 241), lo cual parece indicar la orientación que la medicina debe seguir y, sin duda, es lo que indica el recorrido que hace la mirada de la filosofía.

Este trabajo está dividido en cuatro partes principales, cada una de las cuales consta de varios capítulos. Se busca que cada parte sea una continuidad de la precedente y de la subsecuente, de manera que en conjunto formen una unidad que vincule los fenómenos que caracterizan la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Incluso en términos biológicos, se muestra el modo en que la vida sana deja de serlo y toma el modo de vida enferma. Cuando esto ocurre, la muerte es una posibilidad. Sin embargo, esta investigación busca trascenderse lo biológico y colocarse en el análisis filosófico existencial.

La primera parte, después de la introducción general, aborda el tema del ‘Ser’ en tanto ser del enfermo. Se trata de reivindicar al enfermo desde su existencia misma, ya que, especialmente por la medicina moderna, el enfermo como sujeto y objeto, se le concibe reducido a moléculas, células y tejidos. Para recuperar una concepción más amplia de la persona enferma, es necesario repensar la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, en tanto que fenómenos existenciales.

Por tanto, esta primera parte tiene como propósito examinar los fundamentos

óntico-ontológicos que estructuran la realidad del ser de la salud y la enfermedad desde la perspectiva de la filosofía, en especial de la filosofía de Martin Heidegger. El objetivo es analizar las concepciones subyacentes en las teorías que se proponen definir la vida. La vida en tanto existir como ente y como ser. Se trata en síntesis de mostrar los rasgos ónticos y ontológicos que subyacen a la posibilidad de una analítica existencial de la salud y la enfermedad.

En el amplio horizonte de la filosofía, uno se encuentra con filósofos y filosofías. Yo encontré a Heidegger y concebí la posibilidad de reflexionar la medicina desde su fenomenología hermenéutica. En el camino también encontré a Xabier Zubiri y a Maurice Merleau-Ponty. Fue difícil concentrarnos en uno solo de ellos, recomendación pertinente que siempre le hacen a uno los asesores académicos. Al final, estos pensadores se impusieron como los autores principales, sin que eso signifique que yo haya agotado todas sus lecturas.

La segunda parte pretende ahondar en el análisis de los fenómenos del enfermar humano, ya sea como experiencia propia del dolor y sufrimientos padecidos en primera persona o en forma de narrativa testimonial de la vivencia. Sin embargo, la comprensión del fenómeno salud-enfermedad como existencial se sustenta en la vida fáctica, es decir, la vida: *desde* la vida, *sobre* la vida y *para* la vida misma; asuntos que para Heidegger son temas y conceptos de la “fenomenología como ciencia originaria de la vida en y para sí misma”. (2014, p. 27).

Es claro que, para Heidegger, el tema de la «vida» tiene significación especial en la fenomenología. Por esta razón, en esta segunda parte buscamos contrastar las ideas de la vida que privilegia la “ciencia positivista” de frente a lo que Heidegger

concibe como “ciencia originaria”. El camino para lograr este contraste consiste en describir y mostrar la vida como ente biológico y fenomenológico, buscando la posibilidad de una experiencia propia a partir de ser sano y ser enfermo desde la medicina. La finalidad es describir el aparecer de los fenómenos que afronta el *Dasein* como ser-en-el-mundo respecto a la salud, enfermedad y muerte. Este aparecer verbalizado se capta a través de la narración que hacen los enfermos de su vivencia, su experiencia y su intencionalidad.

Para esta parte narrativa, solicitamos a las personas enfermas hospitalizadas que contaran su experiencia y autorizaran su publicación en este trabajo. Aunque lo autorizaron en forma verbal, les pedimos que firmaran un consentimiento por escrito. Algunos relatos son muy largos, por lo cual tuvimos que resumir o extraer un fragmento. Lo que se busca con esta narrativa es mostrar la distancia que se abre entre el mundo de quien vive la enfermedad y el mundo del entorno, donde están los otros, especialmente el médico tratante.

La tercera parte aborda como tema central el ser-en-el-mundo-con enfermedad. Si bien es cierto que vida y salud muestran su facticidad en el vivir propio, es en la enfermedad donde se experimenta la facticidad como propiedad e impropiiedad. También es en la enfermedad desde donde el *Dasein en-estado-de-yecto*, puede tomar su vida y su existencia como vida propia. Por tanto, buscamos ver en qué manera los templos de ánimo y el sufrimiento posibilitan afrontar la finitud del existir humano. En esta parte es donde más claramente se muestra el carácter existencial de estos fenómenos.

La cuarta parte aborda el tema del ser para la muerte a la luz de la propiedad y la impropiiedad. Nuevamente, examinamos el fenómeno de la muerte en el

contexto de la práctica de la medicina, pero manteniendo el análisis desde la filosofía. Desde la enfermedad, la muerte es una experiencia impropia, es decir, la muerte se presenta siempre como experiencia de «otro» (no-propia). La forma propia de afrontar la mortalidad implica encontrar sentido al vivir, sufrir y morir. Junto a lo anterior, se explora el tema de la muerte por mano propia, esto es, el suicidio en diversas modalidades. Por lo anterior, el tema obligado en este contexto es la perspectiva ética y bioética de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

## Primera parte

### El ser del ser enfermo

El propósito en esta primera parte es reflexionar desde la filosofía de Martin Heidegger sobre el carácter óntico-ontológico del ser-sano y el ser-enfermo. Con ello, lo que buscamos es un hilo conductor que oriente la investigación hacia un claro, desde donde pueda contemplarse lo que buscamos, buscamos ver en la medicina lo que la medicina misma no ve: la salud y la enfermedad como modos existenciales del ser de la existencia (*Dasein*). Por tanto, nuestra primera reflexión consiste en dirigir la mirada a una cuestión esencial de la existencia del ser enfermo: su existencia misma.

Partimos del supuesto que los fenómenos *salud y enfermedad* hacen experiencias existenciales que ponen en cuestión el sentido del Ser. Por tanto, el propósito de esta sección es intentar un análisis existencial de los fenómenos *vida, salud, enfermedad* en tanto que modos de ser de lo que Heidegger llama «ser-ahí»<sup>7</sup>. La hipótesis que postulamos a este respecto es que, en tanto modos de ser del ser-ahí, estos fenómenos tienen carácter existencial en la misma forma de otros existenciales como: *el encontrarse, el comprender, el hablar, el estado de yecto (caído), la ambigüedad, el cuidado, el ser para la muerte, la comprensión*, entre otros considerados por Heidegger (1971, p.58).

Que la salud y la enfermedad tengan carácter existencial sólo significa que

---

<sup>7</sup> Ser-ahí es la traducción que hace José Gaos del término alemán *Dasein*, cuyo significado corresponde a existencia. En español equivaldría también a decir: *estar haciendo algo ahí*. Y Ahí lo que se hace es existir.

no se asumen como entes, cosas o categorías. Por tanto, su determinación tiene carácter óntico-ontológico, es decir que siempre se comprenden a partir de la existencia propia. A esta comprensión de sí mismo, Heidegger le llama existencialidad. Podemos entonces plantear algunas preguntas que guíen nuestra mirada y nuestra reflexión: ¿cómo es el modo existencial del ser-ahí enfermo?, ¿en qué forma interpreta y comprende su existir 'con la salud' y 'con la enfermedad'? Este «con» indica la condición de ser-con-algo que aparece en el horizonte de la existencia y la afecta. Intentamos, pues, que en esta parte se aclaren estas cuestiones.

### **1.- La existencia como «ser-en» salud y enfermedad**

Intentaremos establecer la distinción entre lo óntico y lo ontológico como dos maneras de estar en el mundo. Lo óntico hace referencia a lo cósmico, lo ontológico a lo que tiene existencia. En Heidegger, la existencia (*Existenz*) es el modo propio de ser del *Dasein*. *Existenz* se entiende también como “existencia”, con lo cual se indica: “afuera de sí mismo”. Es decir, que la existencia es un darse cuenta de estar *ahí* en el mundo. Esto es relevante para situar a la salud y la enfermedad como fenómenos existenciales de carácter ontológico y distinguir sus peculiaridades ónticas.

Para Heidegger, los fenómenos como 'vida', 'salud', 'enfermedad', así como 'cuerpo', 'hombre' son campos de estudio de ontologías regionales –como la biología, la medicina y la antropología–; sin embargo, a Heidegger le interesa elaborar una ontología fundamental a partir de esos mismos conceptos. Esta podría

ser la razón para que no exista un análisis existencial de estos fenómenos existenciales en el propio Heidegger. Por tanto, la exégesis ontológica de 'vida', 'salud', 'enfermedad', muestra que 'encontrarse' viviente, saludable, enfermo, sentirse afectivamente apto, vital, alegre; con bienestar, con dolor y sufrimiento; están atravesados por la angustia como estado de ánimo que hace patente al ser-ahí su existencia. De igual manera, la comprensión de estos existenciales (*vida, salud, enfermedad*), se revelan como modos fundamentales del ser-ahí. Su comprensión desvela posibilidades de ser en cada caso aquello que puede ser en estado de abierto.

Con miras a establecer el concepto ontológico de «ser-en-el-mundo», Heidegger implica dos cuestiones fundamentales: la diferencia ontológica y la preeminencia del ser-ahí sobre todos los demás entes. Lo que hay que destacar es que ser y *ente* no son lo mismo. El Ser es siempre el ser de un ente: *ente* designa aquello-que-es. El análisis del ente es óntico y se hace con las categorías, en cambio, todo lo concerniente al ser es ontológico y se analiza con los existenciales. Entre todos los entes, el hombre es un ente preeminente y, por ello, este ente, en su ser, le va 'de suyo' su ser. Es decir, "este ente que somos en cada caso nosotros mismos, lo designamos con el término 'ser ahí'. A este ente le es peculiar serle, con su ser y por su ser, abierto éste a él mismo. La comprensión *del ser* es *ella misma una determinación de 'ser' del ser-ahí*. Lo ónticamente señalado del ser-ahí reside en que éste es ontológico" (Heidegger, 1971, p. 22).

La estructura fundamental del ser-en-el-mundo reside en que «el 'ser-ahí' es un ente que en su ser le va relativamente su existencia –comprendiendo– a este su

ser. Con esto queda fundado el concepto formal de existencia. *El 'ser-ahí' existe*. El ser ahí es, además, un ente que en cada caso soy yo mismo. Al existente ser-ahí le es inherente el 'ser, en cada caso' como condición de posibilidad de la propiedad y la impropiidad. El ser-ahí existe en cada caso en uno de estos modos o en la indiferenciación modal de ellos» (Heidegger, 1971, p. 65). El ser-en-el-mundo se estructura con tres componentes: el 'en *el mundo*', el *ente*, el '*ser en*'. Ninguno de estos momentos se da separados, por el contrario, forman una intrincada trama en el modo de ser del ser ser-ahí. El concepto óntico de mundo comprende la totalidad de entes que pueden ser 'ante los ojos' dentro del mundo (Heidegger, 1971, p. 76). Preontológicamente, *mundo* significa aquello 'en que' *un ser-ahí fáctico, en cuanto es este 'ser-ahí' vive* (Heidegger, 1971, p. 78).

En su significación óntica, "mentamos con el '*en*' la recíproca 'relación de ser' de dos entes extendidos 'en' el espacio, por respecto a su lugar en este espacio" (Heidegger, 1971, p. 66). Esta relación de los entes tiene el carácter del 'ser ante los ojos' dentro del mundo. Como existenciarario, dice Heidegger (1971, p.67), '*en*' procede de 'habitar en', 'detenerse en', 'estoy habituado a', 'soy un habitual de' 'estoy familiarizado con', 'soy un familiar de', 'frecuento algo', 'cultivo algo'; «Ser-en» indica que ónticamente el ser-ahí se encuentra afectado por un temple de ánimo –alegría, angustia, aburrimiento– y es bajo este temple que se le revela su ser-ahí. La enfermedad, el dolor, el sufrimiento e incluso la salud son, en igual forma, temples de ánimo.

Esta revelación se comprende desde el ahí, es decir, desde el mundo, donde se haya en estado de yecto. Pero el comprender implica también la revelación de



posibilidades, responsabilidades y decisiones. Todo esto sucede estando en el mundo, con otros entes existentes. Porque el mundo es esa intrincada trama en que el ser-ahí existe cotidianamente. Por tanto, el mundo es lo circundante del ser-ahí, donde los entes ahí comprendidos mantienen una red de propósitos en tanto que útiles *para* algo.

El ser-ahí descubre su vida en sí mismo. Descubre estar vivo como otros entes que circundan su mundo. La pregunta por la vida de esos entes tiene el mismo carácter que la pregunta por el ser, en cuanto este preguntar no es teórico, sino fáctico: es el comprender la existencia de la vida como propia. El ser-ahí se descubre siendo ser viviente en el estado de abierto. El temple de ánimo que suscita encontrarse entre el mundo con los entes intramundanos es asombro y admiración por sí mismo que remite al cuidado: yo soy ese existente. El ente existente descubierto es comprendido como preocupación, constituida por los momentos de la existencialidad: facticidad, caída y habla. Respectivamente, estos existenciaros revelan la comprensión al ser-ahí de sus posibilidades más propias: un poder ser, un estar arrojado, un fuera de sí y la articulación de su espacialidad y temporalidad.

La salud, enfermedad y muerte son modos fenoménicos de ser, pero ni son fenómenos independientes uno de otro, ni llegan al ser desde un interior o exterior: son el ser mismo. Por tanto, el ser-ahí no teoriza acerca de salud, enfermedad y muerte, pero sí vive su aparecer: se vive simple y llanamente *la vida como existencia óntica y ontológica que en cada caso es mi propia vida*. Por tanto, la vida se vive como entidad fáctica donde asientan su existencia concreta la salud, la enfermedad y la muerte.

Así pues, la distinción entre óntico y ontológico en Heidegger, se establece a partir de distinguir el Ser y lo ente. El análisis de los entes se hace con las categorías, en tanto que el Ser se analiza con los existenciales. A esta distinción Heidegger la caracteriza con la expresión «diferencia ontológica» para enfatizar que el ser no es un ente. Que la filosofía no haya tenido clara esta diferencia, forma parte del olvido del ser. Para Heidegger, la ontología tradicional es superficial, en cuanto entiende al logos como proposición; pero la proposición no es el lugar primario de la verdad, pues “la proposición no es el lugar de la verdad, sino la verdad el lugar de la proposición” (2004). Por tanto, toda concepción ontológica de la vida debe mostrar los modos de ser del ente y los modos de ser del «ser-ahí».

La ciencia, definida “como un conjunto de proposiciones verdaderas conectadas por relaciones de fundamentación” (Heidegger, 1971, p. 21), no alcanza el sentido último de la existencia de lo ente. Esto sólo lo puede hacer el hombre, en tanto que éste logra la comprensión de su propio ser y del Ser en general; es por esta razón que, “las ciencias tienen, en cuanto modos de conducirse el hombre, la forma de ser de este ente [el hombre]” (Heidegger, 1971, p. 21). En consecuencia, es necesario, antes que todo, dilucidar estos posibles modos de ser, algunos de los cuales son:

el ser-ahí se destaca a sí mismo frente a los demás entes; el ser-ahí es un ente que no se limita a ponerse delante de otros entes; ónticamente a este ente le va en su ser este mismo ser; el Dasein tiene en su ser una relación de ser con su ser; el Dasein se comprende en su ser de alguna manera y con algún grado de explicitud; es propio de este ente el que con y por su ser éste se encuentre abierto para él

mismo; la comprensión del ser es, ella misma, una determinación de ser del Dasein (Heidegger, 1997, p. 74).

En fórmula heideggeriana, podríamos decir que el hombre es un ente que en su ser comprende el Ser *en el modo de comprender el Ser*. “*La comprensión del ser es ella misma una ‘determinación de ser’ del ser-ahí*” (Heidegger, 1971, p. 22). En esta peculiaridad óptica del ser-ahí consiste que éste sea ontológico, no que desarrolle una ontología; pues la ontología implica el cuestionamiento teórico explícito del ser del ente; por tanto, “hay que designar este ser ontológico del ser-ahí como preontológico” (Heidegger, 1971, p. 22). Sin embargo, «preontológico» no significa tan sólo un puro estar siendo óptico, sino un estar siendo en la forma de una comprensión del Ser.

La esencia del ser-ahí como ente reside en que éste tiene que *ser en cada caso su ser como suyo*, es decir, su esencia no se determina por un «qué» material —un contenido *quiditativo*, dice la traducción de Rivera—. Este comportarse como ser en cada caso su ser como suyo es la *existencia*. La *existencia*, agrega Rivera en su nota XIX, es el modo propio de ser del *Dasein*, es —si se quiere— la “esencia” del *Dasein* y debe ser entendida como “ex-sistencia”, es decir, como salida afuera de sí mismo. Por tanto, “el ser-ahí se comprende siempre a sí mismo partiendo desde su existencia, desde una posibilidad de ser él mismo o no él mismo. Estas posibilidades, o las ha elegido el ‘ser-ahí’ ahí mismo, o éste ha caído en ellas o crecido en cada caso ya en ella” [Así que la existencia del ‘ser-ahí’ es irrenunciable], “nunca puede liquidarse sino por el existir mismo” (Heidegger, 1971, p. 22).

Puesto que el 'ser-ahí' se comprende a sí mismo y la existencia determina al ser-ahí, el análisis de las estructuras que tienen como finalidad la comprensión de sí mismo, Heidegger lo designa como *comprensión existensiva*, –según la traducción de Rivera–, aunque Gaos dice que debe ser: *comprensión existencial*. Pero ambos traductores coinciden en que se trata de mostrar la *incumbencia óptica del 'ser-ahí'*, es decir, el modo de comprender la existencia propia. El proceso de comprensión de sí mismo no se hace *ver a través* de un análisis teórico de la estructura ontológica de la existencia, lo que se llama 'existencialidad' (*exis-tencialidad*). La analítica de Heidegger no tiene el carácter de un comprender existensivo, sino de un comprender *existencial*. Según explica Rivera, se trata de enfatizar que «la tarea de una analítica existencial del *Dasein* ya se encuentra bosquejada en su posibilidad y necesidad en la constitución óptica del *Dasein*» (Heidegger, 1997, p. 23).

Una primera conclusión relevante que puede sacarse de lo hasta aquí expuesto, en relación con la ciencia, es lo que Heidegger enuncia desde el principio: “las ciencias son modos de ser del 'ser-ahí'” (Heidegger, 1971, p. 23). Esto significa que el ser-ahí se comporta en relación con entes distintos a él al modo como lo hace la ciencia: indagando, preguntando, haciendo inferencias, planteando hipótesis; pero siempre lo hace desde el ámbito óptico. Esta relación con los otros entes es una relación con el mundo, pues “al 'ser-ahí' es esencialmente inherente esto: ser en el mundo” (Heidegger, 1971, p. 23). Al ser-ahí concierne la tarea de comprender el mundo y los entes que existen dentro de ese mundo con igual originalidad que comprende el ser que le es inherente. Por esta razón, toda ontología se funda en la estructura óptica del ser-ahí, lo que significa que toda comprensión del mundo es también una comprensión preontológica. “De aquí que la ontología fundamental,

única de la que pueden surgir todas las demás tenga que buscarse en la analítica existencial del ser-ahí” (Heidegger, 1971, p. 23).

La segunda conclusión tiene que ver con la múltiple preeminencia del ser-ahí sobre los otros entes. En primer lugar:

[...] Preeminencia óptica; este ente es, en su ser, determinado por la existencia»; en segundo lugar: «preeminencia ontológica: en razón de ser determinado por la existencia, es el “ser-ahí” en sí mismo “ontológico”»; en tercer lugar, «preeminencia óptico-ontológica: un comprender el ser de todos los entes de una forma distinta de la del “ser-ahí”, condición que posibilita el fundamento de todas las ontologías y por ello, el “ser-ahí” se muestra como aquel al que se debe preguntar ontológicamente con anterioridad a todos los demás (Heidegger, 1971, p. 23).

En síntesis, existir como ser-sano y ser-enfermo sobrepasa en mucho la concepción óptica de la medicina científica y tecnológica, esto significa que la ciencia aprehende la salud y la enfermedad en tanto que entes determinados causalmente. De esta forma, la ciencia limita su comprensión al análisis objetivo y subjetivo. Esta ciencia tecnológica supone que el análisis existencial no sólo es innecesario sino también confuso y abstracto. Veremos en seguida que el análisis existencial se sustenta en la facticidad del vivir más originario y auténtico.

## **2.- La salud y enfermedad como entes**

Los que se muestran en sí mismos son los entes (τὰ ὄντα). Estos salen a la luz de diversas maneras, según la forma de acceso, incluso cabe la posibilidad de que se muestren como lo que *no* son, es decir, por lo que *parecen o aparentan*, pero *en realidad* no son lo que pretenden ser (Heidegger, 1997, p. 53). El ejemplo que al

respecto da Heidegger es muy interesante y viene muy a propósito de nuestro tema. Dice Heidegger (1997, p.52), “en el caso de los ‘fenómenos patológicos’, con los cuales se mientan anomalías que se muestran en el cuerpo y que al mostrarse y en tanto que, mostrándose, son indicio de algo que *no* se muestra en sí mismo; así ocurre con la fiebre, el dolor, la depresión, las alucinaciones y muchos otros síntomas. La conclusión de Heidegger es que el *fenómeno*, como manifestación *de algo*, justamente *no* quiere decir, por consiguiente, mostrarse a sí mismo, sino el anunciarse de algo que no se muestra, por medio de algo que se muestra”, Es decir, los síntomas no son la enfermedad, sino su apariencia. Ya antes nos referimos a las *facies* como metáforas de la enfermedad.

Heidegger se detiene para aclarar los diversos sentidos de *mostrarse* a partir de la fórmula siguiente: “los fenómenos no son *jamás* manifestaciones, pero toda manifestación está, en cambio, necesitada de fenómenos” (1997, p. 55). Se precisa enfatizar que el fenómeno es ‘el mostrarse-en-sí-mismo’. La fenomenología entonces es una vía para hacer ver desde sí mismo aquello que se muestra, y hacerlo ver tal como se muestra desde sí mismo, es por tanto el modo de acceso y de determinación evidenciante de lo que debe constituir el tema de la ontología. *La ontología sólo es posible como fenomenología*. “Considerada en su contenido, la fenomenología es la ciencia del ser del ente —Ontología— (Heidegger, 1997, p. 53).

Partiendo de la ya evidenciada existencia del *Dasein*, Heidegger propone el análisis de la constitución fundamental del ser-ahí como estar-en-el-mundo, ya en la propiedad o la impropiiedad, para este ser que en su ser le va su ser, éste no se limita a estar ahí. Ciertamente se está ahí como caído, pero la facticidad implica: el

estar-en-el-mundo de un ente intramundano en forma tal que este ente se pueda comprender como ligado en su destino al ser del ente que comparece para él dentro de su propio mundo. Y es justo por ello que puede estar-en-el-mundo fácticamente de múltiples formas: “habérselas con algo, producir, cultivar y cuidar, usar, abandonar y dejar perderse, emprender, llevar a término, averiguar, interrogar, contemplar, discutir, determinar” (Heidegger, 1971, p. 83). Todas estas son maneras de *ocuparse*; algunas de las cuales pueden ser “modos *deficientes* y de dejar de hacer, omitir, renunciar, reposar, y todos los modos de ‘nada más que’ respecto de las posibilidades del ocuparse” (Heidegger, 1971, p. 23). Todas estas maneras de ser son posibles porque el *Dasein*, entendido ontológicamente es cuidado.

Ontológicamente, el *Dasein* siempre se *encuentra* en algún estado afectivo. “En el temple de ánimo, el *Dasein* ya está siempre afectivamente abierto como *aquel* ente al que la existencia [*Dasein*] le ha sido confiada en su ser, un ser que él tiene que ser existiendo” (Heidegger, 1971, p. 134). El *Dasein*, en su ahí, tiene *condición de arrojado*. El término «condición de arrojado» mienta la *facticidad de la entrega a sí mismo*. El estado de ánimo nos sobreviene. No viene ni de fuera ni de dentro, sino que, como forma del estar-en-el-mundo, emerge de éste mismo. Es su propio ser el que se le hace patente. La patencia de la presencia del ser del ser-ahí, ocurre siempre inmersa en una disposición afectiva.

Respecto de la disposición afectiva del miedo, Heidegger presenta tres puntos de vista: el ante qué del miedo, el tener miedo y el porqué del miedo. En ellos sale a luz la estructura de la disposición afectiva en general. El ante qué del miedo tiene el carácter de lo amenazante: lo que se muestra en un contexto de

hacer daño; lo que se experimenta como inquietante; lo que amenaza viniendo hacia nosotros, “lo que puede ser dañino en grado máximo y se acerca constantemente, pero en la lejanía, no se revela en su temibilidad” (Heidegger, 1971, p. 165). En este contexto, intentamos definir la salud y la enfermedad como templos de ánimo.

El término salud (*salus, salutis*) evoca el mito de salvación. Si estoy sano, estoy salvo. Todo indica que el término tiene origen latino, aunque se refiere a un étimo indoeuropeo que lo relaciona con el vocablo sanscrito *sárvah* (*sol, entero, sólido*) y con *αλς* (*holo*) en griego (Roberts, 2013). Así, parece que desde siempre el ser-ahí, en tanto que hombre sano, espera la salvación, la salud y la felicidad. Y si busca ser salvo, es porque en la cotidianidad experimenta desagrado e incomodidad, dolor, sufrimiento, enfermedad y muerte. La experiencia de padecer dolor, sufrimiento físico y moral lo confronta con la finitud y la facticidad humana: salud y enfermedad son existenciales que confrontan al *Dasein* con la posibilidad finita de su ser. La vida se vive, pero se muere. La vida es finitud.

No hay duda de que la biología es hoy una ciencia paradigmática en cuanto a dilucidar las fronteras de lo vivo y lo no-vivo. Las tecnologías de la biología molecular y la genética avanzan en el conocimiento y posibilidad de crear vida artificial. Y aun cuando no se conoce la totalidad de los genes humanos, con lo hasta ahora descubierto es posible prevenir, evitar o curar muchas enfermedades ante las cuales, hasta hace unos años, no había nada que hacer. En este mismo sentido, la biotecnología ha invadido la vida humana en aspectos apenas sospechados hace unos años, así, cuestiones como elaboración de alimentos transgénicos, producción de fármacos, reproducción de células humanas y productos agrícolas utilizados en



los cultivos que acaban en el consumo alimenticio. Pese a este papel tan relevante que ocupan los descubrimientos biológicos y su aplicación biotecnológica, sigue faltando una *filosofía de la biología* que reflexione sobre el hecho de que ésta sea la *ciencia de la vida* y que al respecto haya una amplia diversidad de criterios para definir «vida» y comprender su significado. Pero, sobre todo, hasta hace algunos años no había una biología de la muerte.

El enfoque biomédico concibe la enfermedad como determinada por la presencia de una lesión estructural, ya sea a nivel molecular, subcelular o tisular; independientemente de los supuestos ontológicos subyacentes en el análisis causal y epidemiológico. Así, la teoría infecciosa supone que el agente causal es un ente que ingresa al organismo; mientras la teoría humoral afirma que es dentro del cuerpo donde se gesta la patología. Por su parte, la epidemiología analítica ha identificado factores condicionantes, atribuibles tanto al individuo como al medio ambiente. Estos factores de riesgo pueden ser físicos, químicos y psicológicos.

La preocupación principal de la biomedicina es poder establecer con precisión el daño estructural o funcional. Proceso que se ha visto fortalecido con el desarrollo de la biotecnología, el conocimiento del genoma y el proteoma humano. La revolución tecnológica de la medicina en el siglo XXI está centrada en el propósito de evidenciar cómo la mínima partícula química perturbada causa la enfermedad. En este paradigma, la enfermedad es una realidad material demostrable, objetiva, medible, ubicada con precisión matemática en algún sitio del cuerpo humano. No obstante, toda esta sabiduría sólo incrementa “el prejuicio del mundo” (Merleau-Ponty, 1983, p. 48), respecto al modo de sentir y percibir la vida propia, la preocupación por la salud y la enfermedad como posibilidad.

De hecho, ha sido el análisis con perspectiva filosófica lo que revaloriza la experiencia del enfermo que vivencia la corporalidad como siendo vulnerable, doliente y acotado por la lesión patológica. Este abordaje busca aprehender la enfermedad como experiencia en primera persona. Se trata entonces de la vivencia que experimenta el propio sujeto en proceso de enfermar. En este caso, el enfermo es el centro de orientación en torno al cual se organiza la experiencia perceptiva del malestar: dolor, angustia o miedo a morir. Pero es obvio que en todo ello hay un fracaso de la concepción óptica que tiene la ciencia.

### **3.- Experiencia de la corporalidad**

En el paradigma filosófico que aborda la salud y la enfermedad, el cuerpo juega un relevante papel. Aun en el dualismo cartesiano, el cuerpo está presente como soporte físico de las funciones vitales. De hecho, el mecanicismo puso énfasis en el cuerpo y propició la investigación desprejuiciada de la corporalidad. El análisis de las coordenadas espacio-temporales del cuerpo orienta sobre el malestar percibido en la geografía corporal. Para la medicina mecanicista, la enfermedad se ubica dentro o fuera del cuerpo, invade espacios, ocupa volúmenes, modifica habilidades, distorsiona los hábitos, reduce el vigor vital y cambia el estado de ánimo. Pero la enfermedad no está en un sitio definido y, por ello, la topografía del médico no coincide con la autopercepción del enfermo, por lo que esto cambia la relación de uno con el otro. Por ejemplo, qué relación puede haber entre un médico y un ser ‘arrojado-ahí’ que vive el dolor que trae consigo el temple inminente de morir, ocupado en sí mismo, en medio del mundo. Este dolor no tiene referentes:

frente al dolor, no hay un antes, detrás-delante, arriba-abajo, no hay un después; porque el dolor es el todo del mundo.

Maurice Merleau-Ponty es quien mejor ha estudiado la fenomenología de la percepción del cuerpo propio (Ramírez,1994). Para este autor, la integralidad subjetiva del cuerpo se experimenta como yo-cuerpo-mundo, desde donde se vivencia la salud o la enfermedad. Resulta relevante la investigación de Merleau-Ponty, pues muchas de sus conclusiones tuvieron como antecedente los estudios clínicos de enfermos crónicos con diversas lesiones neurológicas y psiquiátricas del Dr. Kurt Goldstein (Pintos, 2008, pp.109-141). Las observaciones de Goldstein fueron hechas en veteranos de la primera guerra mundial, sus hallazgos se basan en inferencias deductivas a partir de la enfermedad; es decir, en el método anatómico-clínico, método clásico en la medicina desde el siglo XVII.

Kurt Goldstein interpreta la normalidad a partir de la enfermedad. Una cuestión que unos años más tarde ocupará un buen número de páginas en la tesis doctoral de Georges Canguilhem (1987). Para Merleau-Ponty, sería irrelevante el examen clínico-neurológico de Goldstein, si éste no estuviera centrado en la narrativa que hacen los enfermos de su experiencia autoperceptiva. Al respecto, Merleau-Ponty se ocupa de estudiar la naturaleza de la percepción e intenta comprender cómo puede el ser humano ser, a la vez, todo él espíritu y todo él cuerpo, subjetivo y objetivo a la vez, sujeto y mundo, conciencia y naturaleza, primera persona y tercera persona, absoluto en su iniciativa y, al mismo tiempo, dependiente; cómo es posible — y qué es lo que hace posible— el contacto entre lo vivido y lo reflexivo (Pintos, 2008, p. 115).

Después de estos estudios pioneros publicados alrededor de la década de 1940, la perspectiva fenomenológica del enfermar ha sido abordada por diversos investigadores y en la actualidad existen publicaciones periódicas especializadas en algunas áreas del conocimiento y práctica de la medicina; lo que habla del interés y vigencia del tema. Actualmente se publican varias revistas indexadas de filosofía y medicina (Green, 2016) con diversas preocupaciones por el dolor (Chou, 2020), la cronicidad del padecer (Sandelowki, 2019) y la relación médico-paciente (Pellegrino, 1976), entre otros muchos temas.

Ante la dificultad de acceso a la experiencia en primera persona, los estudios narrativos (*narrative inquiry*) han mostrado un modo de aproximación a la experiencia propia de enfermar. En muchos de estos autores, se privilegia la perspectiva filosófica (Green *et al.*, 2006), es el caso de Susan Kay Toombs (1995) y Havi Carel (2014). Tanto Susan Kay como Havi Carel narran su propia vivencia luego de sobrevivir a la enfermedad. Ambas investigadoras han puesto de manifiesto la necesidad de que la medicina comprenda la situación del enfermo más allá de la falla orgánica. Porque lo que experiencia un enfermo es similar a una desintegración de ese yo-cuerpo-mundo, donde irrumpe una especie de desorden alienante con la percepción de una manera distinta de estar en el mundo.

En este mismo sentido, otros investigadores han narrado su vivencia de enfermar como experiencia de alienación, pérdida de unicidad yo-cuerpo-mundo, así como percepción de extrañamiento de sí mismo, en alusión al concepto heideggeriano traducido al inglés como «unhomelike» (Browne *et al.*, 2013, pp. 31-39.). Experiencia que ha sido ampliamente estudiada por Fredrik Svenaeus (2009). De igual forma, Susan Toombs Kay ha publicado su experiencia de padecer

esclerosis, enfermedad que cursa con agudizaciones y, en su caso, la ha puesto al borde de la muerte. Toombs relata su vivencia diciendo que el propio cuerpo aparece como “siendo-otro-que-yo”, debido a que se frustran las intenciones inherentes al funcionamiento de la vida biológica. La enfermedad, dice Toombs, ha afectado mi capacidad de ver, de sentir, de moverme, de oír, de ponerme en pie, de sentarme, de andar, de controlar mis intestinos y mi vejiga, y de mantener el equilibrio (2001, p. 123).

De acuerdo con Merleau-Ponty, la descripción de la experiencia vivida se hace siempre en perspectiva y toda perspectiva integra aprehensión de realidades parciales, sin que esto signifique un relativismo. La perspectiva implica, al menos, tres elementos estructurales de la realidad: la realidad del objeto percibido, el contexto u horizonte y la posición del sujeto percipiente. En el caso de la enfermedad, el objeto es el propio yo-cuerpo-mundo doliente, deforme, disminuido, desordenado y sufriente; el contexto es el mundo vivido-viviendo-en proceso de enfermar; y el punto de vista lo conforman las experiencias vividas en el pasado-presente y en las expectativas que despierta el padecer. La percepción está constituida por fenómenos que le son inherentes al individuo. Sin lugar a duda, el punto de vista tiene relación con las creencias, los mitos y los saberes acerca de la enfermedad. Para algunos, es un castigo; para otros, una forma de purificación, antes de ganar la salvación; otros más, encuentran un refugio para escapar de la rudeza del vivir.

La enfermedad no es un ente fenoménico delante o a corta distancia del ser-en-el-mundo. No se deja ver, sino a través del transparente ser-ahí que late en cada caso mío. No es mera apariencia. Síntomas como dolor, fiebre, sensación de ahogo y fatiga anticipan la presencia del ser-en-enfermedad. La enfermedad como mundo

aparte del mundo originario del ser-en-salud. Muchos han descrito esta peculiar experiencia: una vez que estás enfermo, te deslizas por la escalera al fondo de un mundo distinto, el mundo circundante cambia su significado; los otros entes confrontan, interrogan, templan la existencia temporal. Así lo narra Havi Carel:

La enfermedad lo cambia todo. Cambia no solo mis órganos internos, sino también mi relación con mi cuerpo, mi relación con los demás, su relación conmigo, con mi cuerpo... En resumen, la enfermedad cambia la forma en que uno está en el mundo. Además, el mundo de la persona enferma cambia; se transforma en un paisaje diferente, lleno de obstáculos. Las distancias aumentan. Se vuelve extraño. El mundo de los enfermos pertenece a un universo diferente del de los sanos, y la interacción entre ellos es torpe, difícil, abrasiva (2014, p. 8).

Existe un amplio grupo de enfermedades, como el cáncer, la hipertensión arterial y muchos trastornos endócrinos que cursan desapercibidos y velados para el-ser-en-el-mundo por largos periodos de tiempo. Ante estos entes, la biotecnología visualiza y evidencia entidades asociadas a las patologías. Sin embargo, ya indicamos antes la concepción de ciencia expuesta por Heidegger, según la cual, en tanto que conjunto de proposiciones verdaderas conectadas por relaciones de fundamentación, la ciencia no alcanza el sentido último de la existencia de lo ente, la cual es tarea del hombre (1971, p. 21). Como se intenta mostrar en este trabajo, sobre la concepción óptica de vida, salud y enfermedad, la ciencia ha alcanzado avances asombrosos. Pero estos saberes ópticos, estos entes descubiertos por la ciencia son entes ante los ojos, están en el habla de la cotidianidad divulgativa: se dice que la ciencia descubrió el ente causal de una enfermedad, que ahora alguien vivirá con menos dolor. Los resultados de la ciencia

están en esa hablilla técnica en apariencia prometedora de milagros. No obstante, debido a que, vida, salud y enfermedad tienen carácter de existenciaros, su significado cobra sentido a partir de la experiencia de afrontarlos: mi vida, no la vida que existe por ahí, es la vida que vivo en cada caso como mía; la salud y la enfermedad cobran sentido específico en mi existencia, en mi ser; es decir, en estos existenciaros, al ser-ahí siempre le va su ser.

En apariencia, tanto la fenomenología como la ciencia perciben al ser-enfermo en tanto ser-ahí: un ente intramundano *en* el mundo de los entes. Pero el ser-en-el mundo es un ser-en-su-mundo. El mundo del ser-enfermo no es cualquier mundo, es el mundo cada vez mío. Es decir, el enfermo por ser enfermo no deja de ser lo que ha sido. La enfermedad por sí misma no transforma a los hombres, no los cambia de naturaleza ni los lleva a vivir fuera del mundo, pues la enfermedad no es un epifenómeno ni una entidad que se agrega al ser del enfermo. No hay nada de más ni antes ni después de enfermar. La enfermedad es el ser del enfermo y el ser-enfermo es la enfermedad.

Ahora bien, de Heidegger se han hecho muchas lecturas e interpretaciones, pocas de ellas tienen que ver con la salud y la enfermedad. No obstante, hay muchos elementos teóricos a partir de los cuales puede interpretarse la enfermedad como *temple de ánimo*, aunque Heidegger sólo haya hecho alusiones al respecto (2007, p. 325). Enfermar y enfermedad son dos términos que se refieren a la misma actividad fenoménica corporal y que consisten en los cambios físico-químicos y biológicos con los cuales los seres vivos responden a procesos de adaptación. Entre ambos acontecimientos media el tiempo como modo de estar-siendo-sido. Mientras que enfermar es un proceso recurrente y reversible, la enfermedad resulta del

fracaso homeostático de la vida biológica. Así, enfermar es un *acontecer de eventos* en los seres vivos afectados en su condición ontológica de salud; situación que puede desencadenarse por múltiples circunstancias intrínsecas o extrínsecas a la estructura física, genómica, bioquímica y funcional de células y tejidos del organismo. Pero sobre todo ello, enfermar y enfermedad son efecto de eventos (*Ereignis*) fenoménicos que afronta el ser-en-el-mundo.

A esta secuencia de fenómenos que advienen en el enfermar y que preceden a la enfermedad y la autoconciencia de su presencia, la medicina clásica griega la designó con el término *noxas*. Solo que *noxa* se refería a agentes externos invasores del organismo capaces de originar la enfermedad. Los latinos en cambio acuñaron el término *infirmitas* para hacer referencia a un rasgo del carácter. *Infirmitas* alude a la “falta de firmeza” que evidencia el enfermo a causa de la enfermedad. Hoy, a la terminología anterior hay que agregar como sinónimos: *patología, dolencia, padecimiento, anormalidad, trastorno, desorden, desequilibrio y alteración*; términos todos acuñados en el nivel óntico.

*Infirmitas* advoca a la finitud en la forma del morir humano y como consecuencia del enfermar: los enfermos se mueren, aunque no todos; la mortalidad se perfila como finitud. La patología evidencia la presencia de la muerte biológica como alteraciones en la estructura físico-químico-biológica de células y tejidos. No obstante, la cuestión central es dilucidar las condiciones en las cuales los seres humanos advierten corporalmente esa presencia de la muerte posible. Es decir, las consideraciones acerca de morir siempre mi propia muerte. No una ‘muerte natural’, la cual sólo existe para otros entes, porque mi muerte es siempre mi muerte. La muerte no propia es anónima, inespecífica, ambigua, vaga y descronometrada.



La enfermedad es sólo un indicio de la muerte. La enfermedad templea el ánimo para la muerte. La vida suele estar lejos de la muerte. Cuando el cuerpo humano funciona dentro de ciertos límites fisiológicos, cuyo control está garantizado por procesos homeostáticos (de equilibrio normal), la muerte está embozada. La vida biológica en su habitud viviente se desempeña en equilibrio-desequilibrio, donde el viviente vive su salud en “el silencio de los órganos” (Canguilhem, 1987, p.77), situación a la que hace referencia Hans-Georg Gadamer con la noción de “estado oculto de la salud” (1996, p. 105). No sólo se oculta la salud, es frecuente que la enfermedad permanezca imperceptible por largos periodos de tiempo, a veces, durante toda la vida; pero la que se emboza y permanece oculta hasta el último instante vital es la muerte.

Gadamer considera que la salud es un estado natural, sujeto a sus propias regulaciones, razón por lo cual es inapropiado intentar ponderarla con determinaciones científicas y tecnológicas. Así, la salud no puede forzarse a crecer o disminuir; pues se trata en realidad de un estado de medida interna –en el sentido de «lo apropiado», «lo medurado»– y de coincidencia con uno mismo. La salud, concluye Gadamer, es el ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez (1996, p. 131). Continuando la metáfora de Gadamer, podemos decir de la muerte lo mismo que de la salud: que es inapropiado intentar ponderarla con determinaciones científicas y tecnológicas, no puede forzarse a crecer o disminuir; es un estado de medida interna, en el sentido de «lo apropiado», «lo medurado» y de coincidencia con uno mismo. Curiosa paradoja de la vida biológica.

Sin embargo, el estado de ocultamiento de la salud, la enfermedad y la muerte

no es natural, sino más bien producto de un estado de conciencia de uno mismo, fenómeno al que contribuyen los procesos de automatización tecnológica. Este olvido en la conciencia no impide que se manifieste una especie de bienestar que no equivale a sentirse-a-sí-mismo como enfermo o como sano; porque dice Gadamer: “la salud es un ser-ahí, estar-en-el-mundo, un estar-con-la-gente, un sentirse satisfecho con los problemas que le plantea a uno la vida y mantenerse activo en ellos” (1986, p. 128).

Si, como dice Gadamer, la salud no es ‘un sentir’ sino ‘un estar’, habrá que explicar cómo se auto-objetivan los síntomas en tanto que manifestaciones de la presencia de estar-enfermando. Por ejemplo, cómo se está-en-el-dolor, la dificultad respiratoria o la distensión abdominal. Aún más, los enfermos pueden referir sus síntomas como percepciones de cambios visibles, como coloración de piel, deformaciones corporales o incapacidades para lograr propósitos de vida. Todos estos fenómenos tienen su aparecer en ese estar-en-el-mundo como formando parte constitucional del mismo ser. Pero hay que insistir en síntomas que preludian la muerte, sea o no a causa de la enfermedad.

Podríamos pues decir que salud-enfermedad-muerte son modos de ser y estar en el mundo, modos de ser y estar con nosotros y los otros. Pero, ¿qué significa ser y estar? Si lo vemos desde la analítica existencial del *Dasein*, Heidegger identifica la impropiedad y la propiedad como modos básicos. En la impropiedad, se está caído, con la identidad absorbida en el ser-uno-con-otro, en el reino del término medio, sin originalidad ni individualidad, es el uno en tanto *masa*. La propiedad, en cambio, posibilita la libertad para descubrir el mundo. Es el estar abierto:

este estado-de-abierto propio modifica con igual originalidad el estado-de-

descubierto del 'mundo' fundado en él y el estado-de-abierto del ser-ahí-con de los otros. No es que se vuelva otro el 'contenido' del 'mundo' a-la-mano, ni que se trueque el círculo de los otros, y sin embargo el comprensor ser-relativamente-a-lo-a-la-mano-curándose-de-ello y el ser-con-los-otros-procurando-por-ellos son ahora determinados partiendo del poder-ser-sí-mismo más peculiar de ambos (Heidegger, 1971, p. 324).

Es obvio que estos modos de ser y estar son sentientes, aprehendidos perceptivamente desde la realidad del mundo: «el ser-con-los-otros-procurando-por-ellos» tiene el modo de la alteridad (Zubiri, 2006). En este sentido, la filosofía de Xavier Zubiri es muy esclarecedora respecto al sentir como elemento intelectual. Según Zubiri, desde la filosofía griega hasta la medieval, sentir se asume como una facultad intelectual, independiente del acto intelectual mismo, que también es una facultad. Zubiri piensa que este es un equívoco que perduró muchos siglos. Sin embargo, el problema persiste en la filosofía moderna. De Descartes a Husserl se consideró que “tanto el inteligir como el sentir son distintas maneras de darse cuenta de las cosas. Inteligir y sentir serían dos modos de darse cuenta, dos modos de conciencia” (Zubiri, 2006, p. 15).

Por ello, la propuesta de Zubiri es que la conciencia es un darse cuenta *de* algo que está presente. “Y este estar presente no está determinado por el darse cuenta. La cosa no está presente porque me doy cuenta, sino que me doy cuenta porque está ya presente” (Zubiri, 2006, p. 15). Es evidente que para captar estos procesos fenoménicos es necesario estar- pendiente-vigilante; atento al acontecer del ser mismo. Estar al cuidado del ser propio. Evitar el olvido; pues el olvido es la distracción, la desmemoria, lo estar-enajenante. El proceso intelectual para este

propósito es la aprehensión. La aprehensión, dice Zubiri, “es un acto de captación de lo presente, una captación en la que me estoy dando cuenta de lo que está captado” (2006, p. 15). En este punto, como en muchos otros, el pensamiento de Heidegger y el de Zubiri se acercan mucho.

#### **4.- Corporalidad y perspectiva de género**

El propósito de este capítulo es hacer una revisión crítica de la concepción prevalente en la medicina científica y tecnológica acerca de la relación esencial entre género y salud. El tema está vinculado con una cuestión central en mi trabajo, y es el cuestionamiento filosófico y epistemológico que se hace a la medicina científica en cuanto que ésta se asume neutra y objetiva. Es decir, la medicina como ciencia racional, objetiva, ideológica y políticamente neutra. Si esto es así, la pregunta entonces es si en el pensamiento médico y en la práctica de la medicina, existen condiciones de posibilidad para una práctica médica con perspectivas de género, donde la diferencia sexual no se reduzca a lo biológico. Si esto fuera así, habría que averiguar si, en la perspectiva de género, existe la posibilidad para la analítica existencial salud-enfermedad-muerte en las mujeres.

Nacer con un cuerpo, poseer un cuerpo o ser un cuerpo nos expone a la visibilidad de otros. Esos otros nos captan, perciben nuestro ser y juzgan nuestra apariencia. Así aparecemos siendo un cuerpo ocupando un espacio. Somos un cuerpo entre otros cuerpos que saturan el mundo, ocupamos el mundo como inter-

corporalidades. Un cuerpo es aquella extensión delimitada por el percibiente. Así, para el médico, el cuerpo es lo que capta la mirada clínica: exterioridad e interioridad de extremo a extremo, cabeza, tronco, extremidades. Un cuerpo es un objeto de estudio. Un cuerpo es un cadáver anatomizado. Un cuerpo es evidencia de un ser vivo. El cuerpo medicalizado es territorio de la salud y la enfermedad: en sus entrañas se anida el dolor, se hurga el síntoma y se deforma la forma. Un cuerpo adolorido parece un cuerpo neutro, ¿será que también la enfermedad es neutra?

Es evidente que el cuerpo es mucho más que su apariencia. El cuerpo es la expresión simbólica de lo que está instalado en él: la experiencia acumulada del vivir cotidiano, el montaje del sufrimiento padecido; el goce de la vida; la esperanza y el miedo; el asombro, la alegría y la creatividad. Nada de eso es captable por los sentidos. Y, por lo tanto, hay algo invisible en todo cuerpo que sólo se aprecia por lo que representa simbólicamente. La corporalidad es intencionalidad individuada: historia propia intransferible. El cuerpo más que cuerpo es corporalidad, es decir, autopercepción de sí mismo; identidad; conciencia de ser cuerpo como existencia.

Ahora bien, con la categoría de «género» en las ciencias sociales se busca explicar las desigualdades entre hombres y mujeres, superando la idea de carácter “natural” que supone esta relación. Por tanto, la perspectiva de género intenta dar cuenta de las formas de poder entre hombres y mujeres, así como la multiplicidad de relaciones sociales por edad, sexo, raza, preferencia sexual y religión (Gamba, 2008). Distinguir los conceptos de género y sexo es relevante en el contexto de la medicina. En la medicina es propio referirse a la mujer como “género femenino” para referirse al sexo cromosómico, sexo anatómico y sexo socialmente asignado.

Teresa Ortiz Gómez (2004), publicó una interesante revisión que comprende el periodo de 1874 a 2003, buscando interacciones entre salud, historia de la medicina y feminismo. Este trabajo desvela una verdad contundente: la revisión documental de ese periodo evidencia múltiples formas de discriminación y falta de valoración de las mujeres en el campo de la salud. Ortiz distingue tres etapas históricas y en todas ellas encuentra una importante participación de las mujeres, ya como médicas, matronas, dentistas y sanadoras empíricas. Estas mujeres han mantenido una lucha contra el androcentrismo al interior de la medicina. Esta perspectiva se fortaleció después de 1950, cuando las mujeres se incorporaron a la profesionalización en el campo de la salud y (más recientemente) en el campo científico y tecnológico de la medicina. Sin embargo, en la misma prevalece una visión de “profesión médica masculina”.

La conclusión de Ortiz es que hay una línea genealógica del enfoque de género al interior de la historia de la medicina. Por tanto, es posible mostrar “ese análisis que podríamos denominar de género y está por encima de la jerarquía y pertenencia a un grupo profesional, que ha sido el dominante en la historia de la profesión médica (masculina)” (Ortiz, 2004, p. 203). Así, podríamos decir que en la medicina científica y tecnológica prevalece un *paradigma de normalidad*, en el sentido epistemológico que propone Thomas S. Kuhn. (1970). En esta idea de Kuhn resaltan varias características: se asume que hay una ciencia uniforme, donde los problemas y los métodos son aceptados por cualquier comunidad científica madura en cualquier tiempo dado (Kuhn, 1970: 103). Se trata entonces de un modelo de pensamiento uniforme donde prevalecen criterios de verdad ampliamente aceptados. Sin embargo, Kuhn mismo reconoció que la “ciencia normal” vive una

continua tensión y tarde o temprano se rompe el paradigma. Consideraciones como corporalidad femenina, perspectiva de género, analítica existencial de salud y enfermedad de las mujeres, se irán abriendo paso en el vientre del modelo hegemónico de pensamiento y práctica que representa hoy la medicina dominada por una supuesta neutralidad, pero en realidad dominada por varones.

En la actualidad hay una abierta discusión de las mujeres, tanto en el interior de la profesión médica, como en el exterior de la misma. Los temas tradicionales al interior tienen que ver con equidad e igualdad de oportunidades en el proceso formativo, en el campo laboral y reconocimiento curricular. A este respecto, sólo por señalar un ejemplo, en la Academia Nacional de Medicina (ANM), en México, hay más de 400 especialistas registrados y de ellos solo 6 son mujeres. Hay que decir, que esta institución centenaria, dice tener como misión: “promover el estudio, la enseñanza y la investigación en el campo de la medicina cuyos adelantos recoge, analiza y difunde con el fin de actualizar conocimientos y orientar criterios tanto de los profesionales y autoridades de salud como del público en general” (ANM, 2020).

La cuestión de la ANM no parece una banalidad, porque desde esta instancia se legitiman políticas de salud pública como el control de la natalidad, el aborto, la fecundación in vitro y muchas situaciones similares. Cuando la ANM hace recomendaciones a los gobiernos, estos las asumen como políticas públicas. Que sepamos a nadie en la ANM se le ha ocurrido plantear que la categoría de “género” se ha vuelto clave fundamental para lo que podríamos denominar una teoría *feminista de la salud y de la enfermedad* y explicaría la irregular producción que vincula medicina, historia y feminismo, que por ahora son poco significativas, o cuando menos poco visibles (Ortiz, 1992).

En los últimos, años han aparecido varios análisis críticos de la ciencia que cuestionan los principios considerados fundamentales de la misma, como la objetividad y la neutralidad, al tiempo que ponen de manifiesto el papel de la ciencia como legitimadora de formas diversas de discriminación de género y carácter androcéntrico y sexista (Braidotti *et al.*, 2002). Al mismo tiempo, la lucha de las mujeres se refleja en un mayor acceso a la profesión médica. Por ejemplo, hacia 1970 la matrícula de estudiantes de medicina era de 28 731, de ellos 6 169 (21%) eran mujeres; en 1980, de 93 365 matriculados en medicina, el 33% eran mujeres; y desde 1994, casi el 50 % son mujeres (Graue *et al.*, 2014).

No obstante, el problema de género en ejercicio de la profesión médica tiene otras complejidades. Estos mismos autores Graue *et al.*, (2014), hablan de especialidades médica feminizadas y masculinizadas, según la elección que hacen las mujeres y los hombres. Dicen que las mujeres prefieren ser pediatras, genetistas, fisiatras o médicas familiares, mientras los varones prefieren ser cirujanos, ortopedistas y urgenciólogos. Un examen minucioso de estas preferencias muestra que las mujeres eligen así porque hay determinantes sociales y familiares para ello. También hay que considerar que el ejercicio de la cirugía y la ortopedia conforma ambientes machistas, donde con más frecuencia se observa autoritarismo, discriminación y acoso sexual, cuestiones que los investigadores académicos de la ANM, por supuesto, no exploran.

Otro problema de fondo en la medicina es creer que existe una anatomía general (neutra), abstracta, asexuada. Pensar que hay un cuerpo en general y una fisiología general. El estudiante de medicina va descubriendo el “modelo anatómico femenino” como variante del masculino. A la anatomía femenina sólo hay que



ponerle lo que falta para ser masculino. Es una anatomía derivada y complementaria. La estructura y funcionamiento del cuerpo femenino y sus órganos tienen un carácter teleológico: son para la reproducción. Lo propio cabría decir de la patología: hay una patologización y medicalización del cuerpo de las mujeres desde el origen mismo de la medicina. Pero, con la modernidad, la industria farmacéutica tiene un mercado cautivo en patologías artificialmente construidas para el consumo de tecnologías: menstruación, menopausia, embarazo, parto, aborto, cáncer, anorexias, bulimias, vigorexias y tanorexias (auto-dismorfia corporal).

Las farmacéuticas han creado una especie de industria de la belleza de la mujer. Gastan millones de dólares para promover un modelo ideal de cuerpo femenino. Como indica María Pérez Gil: “Nacer en un cuerpo de mujer, es inevitablemente sentirte entregada a las garras de una sociedad juzgadora, prisionera de una publicidad alienadora y sometida a una cultura que expulsa todo aquello que está más allá de los cánones” (2016, p. 42). Se trata de cómo se construye un modelo ideal de “salud y belleza” en la mujer. “Belleza eufórica, belleza publicitaria”, dice Lipovetsky (1999). Mujeres cuyos cuerpos son sometidos a cultos de belleza efímera como forma de vida. En el contexto social parece haber dictados como este: “Tú, si eres mujer, te parecerás a la mujer ideal; y obedecerás a los imperativos que tracen tu línea, tus deseos, los canalizarás, los dirigirás a quién, dónde y cómo debes. Honrarás las leyes” (Cixous, 1995, p. 17). Aquí también habría que referirse a todas las prácticas que inciden en modificaciones de la imagen

corporal con fines de un ideal estético de lo femenino. Prótesis, órtesis, implantes, lipectomías y un sinfín de arreglos corporales que ofrece la cirugía plástica.

Por otra parte, es bien conocida la crítica hecha a Heidegger respecto al análisis del cuerpo, la corporalidad y los problemas que plantea el feminismo. En años recientes, esta crítica se ha modificado. En opinión de Jesús Adrián Escudero, después de los importantes aportes fenomenológicos de Merleau-Ponty, han sido Jacques Derrida y Luce Irigaray quienes posibilitaron “una lectura en clave feminista de la obra de Heidegger” (Escudero, 2011). Para Escudero, ha habido una errónea lectura del sentido de la palabra «Dasein» Al respecto hace la siguiente precisión:

Dasein, el nombre técnico con el que Heidegger caracteriza la peculiar apertura (Da) del ser humano al ser (Sein), no debe comprenderse ni en términos de la existencia humana concreta ni en términos de un sujeto autónomo y soberano que se constituye a sí mismo en el ejercicio de autorreflexión; por el contrario, el Dasein forma parte de un horizonte histórico y de un espacio de significado que ya siempre está ahí antes de la emergencia del cuerpo humano y de sus diferencias sexuales. Lo que resulta decisivo es que toda experiencia somática y corporal ya siempre está determinada por la constitución fundamental del hombre, a saber, su apertura al mundo. Esto no significa que Heidegger niegue el valor de las investigaciones fenomenológicas en torno al cuerpo, pero tales investigaciones no resultan relevantes para su ontología fundamental. De hecho, en Ser y tiempo el “cuerpo”, la “vida” y el “hombre” son campos de estudio de ontologías regionales como la biología, la medicina y la antropología. En este sentido, la ontología fundamental es más originaria que cualquier análisis concreto del cuerpo (Escudero, 2011, p. 69).

En la perspectiva de la fenomenología hermenéutica, se piensa la diferencia ontológica, distinguiendo dos niveles de comprensión y búsqueda del sentido. Heidegger plantea una ontología que conceptualmente se opone a toda la metafísica tradicional, misma que entiende la esencia del mundo en términos de sustancia. Al rechazar esta categoría debe cambiar su concepción del hombre, ya que éste no podrá ser definido como “objeto físico”, “sujeto espiritual”, “cuerpo y alma”. Aquí es donde tiene interés la noción de *Dasein*, porque con ello lo que designa es un ente peculiar; un ente que se caracteriza ontológicamente por una peculiar comprensión de su ser y del ser en general. En este marco, la diferencia de sexos, según Derrida, es una diferencia óptica sustentada en el nivel ontológico del ser-unos-con-otros. Es decir, la relación de sexo está posibilitada por el existir del ser-unos-con-otros (2008).

En este contexto está la interpretación que hace Derrida de lo dicho por Heidegger en un curso de 1928. En un párrafo de ese curso consagrado al “Problema de *Sein und Zeit*”, dice Derrida (2008): Heidegger nos recuerda que la analítica del *Dasein* no es ni una antropología, ni una ética, ni una metafísica. Frente a toda definición, posición o evaluación en esos campos, el *Dasein* es *neutro*.

Heidegger insiste y precisa esa esencial y original “neutralidad” del *Dasein*:

Esa neutralidad significa también que el *Dasein* no es ninguno de los dos sexos. Pero esa a-sexualidad (*Geschlechtslosigkeit*) no es la indiferencia de la nulidad vacía, la negatividad lisiada de una nada óptica indiferente. El *Dasein* en su neutralidad no es indifere-ntemente nadie-y-todo-el-mundo (*Niemand und Jeder*), sino la positividad originaria y la potencia del ser (o la esencia, *Mächtigkeit des*

Wesens) (Derrida, 2008, p. 165).

Por tanto, concluye Derrida;

La asexualidad no significa aquí la ausencia de sexualidad -se diría de pulsión, de deseo o incluso de libido-, sino la ausencia de marca de pertenencia a uno de los dos sexos. No significa que el Dasein no pertenezca de hecho u ónticamente a un sexo; no significa que sea privado de sexualidad, sino que, en tanto que Dasein, no lleva la marca de esta oposición o de esta alternativa entre uno y otro de los dos sexos. Estas marcas no son estructuras existenciales, al menos en tanto que marcas opuestas y binarias. Ninguna alusión en eso a una bisexualidad primitiva o sobrevenida. Una tal alusión se llevará aún hacia determinaciones anatómicas, biológicas o antropológicas. Y el Dasein, en sus estructuras y en su «potencia» originarias, sería «anterior» a esas determinaciones (2008, p. 170).

Por su parte, Luce Irigaray insiste en la necesidad de considerar la diferencia sexual como diferencia esencial. Es decir, pensar en el Ser de la sexualidad y la sexualidad del Ser (Irigaray, 1999). Para Irigaray, la diferencia en el sentido heideggeriano debe verse con un nuevo enfoque, habría que hablar de proximidad en lugar de diferencia, pues, si no se hace así, la relación funciona de una manera que no es apropiada. Por eso juzga que en el centro del cuestionamiento del ser de Heidegger no está la diferencia óntico-ontológica sino la noción de cercanía (*Nähe*). Sin duda, el pensamiento de Luce Irigaray es un intento serio por comprender el modo en que Heidegger concibe el feminismo.

Después de esta rápida y breve revisión de lo que en la medicina es la

“concepción del feminismo”, puede concluirse en dos sentidos paradójicos. Por un lado, lo lejos que está la medicina como ciencia y como técnica de plantearse el problema de la “diferencia ontológica” hombre-mujer más allá de la diferencia de sexos. La diferencia en la medicina es genética y fundamentalmente somática. Diferencia que, por experiencia empírica, el médico observa, explora y manipula en los cuerpos, distinguiendo la diferencia anatómica y funcional. Estas nociones empíricas del saber y la práctica médica mantienen una ambigüedad en la medicina misma. Por un lado, hay un cuerpo en general y una anatomía humana universal; de forma tal que la diferencia queda subsumida en la igualdad. Por otro lado, queda abierta la posibilidad de hacer un análisis más puntual que permita deconstruir las “neutralidades” que apoya la ciencia, a partir de lo cual se puede desmontar el discurso *falocentrista*, para decirlo en palabras de Derrida.

Hay que decir que el discurso universalista sobre el hombre no es exclusivo de la medicina, prevalece de igual forma en ciencias sociales y en la filosofía misma. Al respecto, Carla Lonzi en un libro ahora clásico, dice respecto al concepto de *igualdad*:

La igualdad es lo que se ofrece a los colonizados en el plano de las leyes y los derechos. Es lo que se les impone en el plano de la cultura. Es el principio según el cual el que manda continúa condicionando al subordinado. El mundo de la igualdad es el mundo de la opresión legalizada, de lo unidimensional; el mundo de la diferencia es el mundo donde el terrorismo deja caer las armas y la opresión es sustituida por la variedad y la multiplicidad de la vida. La igualdad entre los sexos es la apariencia bajo la que se oculta hoy la inferioridad de la mujer (1981, p. 60).

La neutralidad ontológica que propone Heidegger es un rasgo óntico-ontológico del *Dasein*. Esta interesante tesis es esencial para la analítica existencial de la experiencia del vivir fáctico en salud y enfermedad de las mujeres y los hombres. Pero siempre hay que tener presente que “la interpretación de este ente se realiza antes de cualquier concreción fáctica”. (Heidegger, 2009, p. 121). Es decir, que toda sexualidad y todo carácter alusivo a la diferencia sexual es derivado a la condición ontológica fundamental del *Dasein*.

A manera de conclusión de esta primera parte, se puntualiza lo que hemos logrado con lo hasta aquí expuesto. En primer lugar, hemos podido establecer con precisión el hilo conductor de la investigación: la analítica existencial de *vida, salud, enfermedad* en tanto que existenciales del ser-ahí al mismo nivel exegético de los existenciales analizados por Heidegger. En segundo lugar, establecer los elementos fundamentales de la estructura ontológica del ser-en-el-mundo a partir de lo que Heidegger denomina diferencia óntico-ontológica. En tercer lugar, justificar la investigación y su pertinencia desde la trascendencia que tienen los existenciales *vida, salud, enfermedad y muerte* como modos de ser del ser-ahí. Con estas premisas, en el siguiente capítulo se analiza en profundidad y extenso la concepción óntica de estos entes.

En esta primera parte nos propusimos mirar desde la filosofía hermenéutica de Heidegger el carácter óntico-ontológico del ser-sano y el ser-enfermo. Buscamos un hilo conductor que nos oriente a ver lo que la medicina misma no ve: la salud y la enfermedad como modos existenciales del ser de la existencia (*Dasein*). Es claro que reflexionar sobre la salud, la enfermedad y la muerte desde la filosofía, obliga

a reconsiderar estos fenómenos humanos como elementos existenciales.

La filosofía y la medicina no sólo tienen un origen común, sino que en muchos momentos de la historia han caminado juntas. Sin duda, ello tiene que ver con el tipo de problemas que ambas disciplinas tratan, especialmente en lo que se refiere a la búsqueda de la felicidad humana en el contexto de la finitud que impone la mortalidad.

La vida humana transcurre en medio de una paradoja: mientras la subjetividad de la salud vivida induce la impresión de inmortalidad, la enfermedad confronta con la muerte. La salud es insensible, silenciosa, inaparente, armónica, silencio vital, seguridad y euforia. La salud es sensación de plenitud, duración y eternidad. La enfermedad es grito, queja, miedo a perder, es dolor, limitación e invalidez. La enfermedad es amenaza vital, falla orgánica y sensación de muerte inminente. Pero esta paradoja es engañosa. No hay vida sana y vida enferma, hay una vida única vivida de una vez para siempre: sano-enfermo-muriendo.

Los intentos por recuperar la experiencia fenomenológica en primera persona, en tanto que vivencia o experiencia vivida por el enfermo desde su corporalidad, ha hecho los intentos necesarios para visualizar el cuerpo y su fenomenología perceptiva, no sólo en la enfermedad, sino principalmente en la salud. El tema del cuerpo cobró relevancia esencial con la *fenomenología de la percepción* y con ello quedó claro que la esencia del mismo no está en la idea teórica sino en el hecho fáctico de su existir antes de ser tematizado (Merleau-Ponty, 1987, p.15). Es decir, salud-enfermedad-muerte es manifestación existencial del ser-ahí y de un estar-en-el-mundo. Sólo que el mundo nos es dado como opacidad y es por la percepción del cuerpo como nos lo apropiamos. El cuerpo propio es el medio de relación con el

mundo, nuestro cuerpo es el horizonte de percepción del sí mismo y del mundo circundante, es “el centinela que asiste silenciosamente a mis palabras y mis actos” (Merleau-Ponty, 1986). Esta visión de la corporalidad está muy lejos de los estudios anatómicos, fisiológicos y patológicos en que se apoya la medicina. La noción de cuerpo como conjunto fragmentado de órganos, aparatos, sistemas, no sólo es reductiva y mecanicista, es, sobre todo, fragmentaria (Carranza, 2003). No se trata del cuerpo-sujeto con su opuesto (cuerpo-objeto) sino del cuerpo fenomenal: cuerpo situado espacial, esquemática y globalmente en la conciencia de sí mismo (Merleau-Ponty, 1987, p.11).

No obstante, la medicina científica moderna está muy lejos de asumir una postura fenomenológica. Por el contrario, al concebirse como disciplina científica busca justificar su práctica en conocimientos de biofísica y bioquímica, con lo cual se aleja más de posibilidad de adoptar una concepción filosófica. Esto explica que cuando hablamos de *filosofía de la medicina* no quede claro cuál sería el objeto de la misma.

La filosofía de la medicina ha concebido una epistemología cuya *doxa* anula su *episteme*, de este modo el estatuto ontológico del «otro» es intrascendente. El problema no es legitimar la medicina como ciencia básica, postura que sostienen epistemólogos como Mario Bunge (2012), sino encontrar maneras de conciliar las subjetividades que se ponen en juego en el encuentro con el «otro». Con absoluto descuido de este problema, Bunge juzga que la medicina es pragmática y multidisciplinar cuyo desempeño involucra usar biotecnologías desarrolladas en otros campos científicos y cuyos propósitos son otros. Son ejemplo de ello, la genética, la biología molecular, la aplicación de la física en la imagenología y, junto



con ello, la informática, la robótica y la telemática. La tendencia científica en la medicina actual gira en torno a conocer la ultraestructura de lo que supone es la enfermedad en tanto que *realidad fisicoquímica-biológica*. Desde hace casi dos siglos, esta ciencia positiva finca su certidumbre en el supuesto ontológico de que la enfermedad es invariablemente resultado de una lesión estructural evidenciable por la patología (Pérez, 1988).

Como es evidente, esta postura de la ciencia se reviste de un supuesto “humanismo”, cuyos postulados buscan apuntalarse en principios filosóficos, sobre todo éticos o bioéticos. Otras veces jalona en la historia un humanismo renacentista, hoy obsoleto frente a la voracidad técnica posmoderna. No faltan quienes buscan refugio en la filosofía, pretendiendo que ésta, como madre originaria de la medicina, pudiera tener respuestas orientadoras que lleven a comprender mejor el sufrimiento, el enfermar mismo y la muerte. De todo lo anterior se puede concluir que esa multidisciplina médica abandonó la filosofía como innecesaria para dilucidar la pertinencia de su objeto de estudio, validar críticamente sus formas de proceder y justificar los resultados.

En contraste, siguiendo el pensamiento de Heidegger, podemos decir que salud-enfermedad-muerte tiene carácter existencial que se hace patente en el ser-ahí y en él se hace patente. Por ejemplo, el ocultamiento del cáncer antes de hacerse manifiesto, la ausencia del dolor antes de instalarse en el cuerpo en medio de la noche, la llegada de la fiebre y su debilidad. ¿Dónde estaban antes? No, ninguna de ellas son miniaturas ocultas en nosotros, entes agazapados esperando el asalto. Y, sin embargo, la salud-enfermedad-muerte está siempre en nosotros como oculta, como modo de ser de nuestro ser mismo (Gadamer, 2003). No es que

seamos pre-enfermos. No hay enfermedad antes de ser enfermos, pero en alguna forma ya estaba en nosotros. Porque somos posibilidad, somos proyecto. Es el caso de las enfermedades genéticas: la enfermedad está ahí en potencia y sólo hace falta que salga a la luz. El mundo vivido *sano-enfermo-muriendo* transcurre desde la opacidad del mundo y sale a la luz en la transparencia del propio cuerpo como conciencia encarnada. Y es desde esta iluminación que se nos da el mundo como alteridad.

En síntesis, tanto la ciencia como la fenomenología son aproximaciones a la realidad. Pero según Heidegger, este aproximarse a la realidad es factible por el “rasgo fundamental del ser-humano» en cuanto al «carácter de abierto para lo presente” (2007, p. 204). En opinión de Noé Expósito (2016), los *Seminarios de Zollikon* constituyen uno de los mejores ejemplos donde Heidegger reivindica el método fenomenológico y con ello no sólo apela al método, sino a una concepción del ser humano y su realidad, teniendo en cuenta lo que ya, en *El ser y el tiempo*, se había establecido: “la ontología sólo es posible como fenomenología” (Heidegger, 1971, p. 46). Un elemento fundamental en esta concepción de lo humano reside en la distinción fenomenológica fundamental entre ser humano como «cuerpo vivido» o «soma» (*Leib*) y ser humano como mero «cuerpo» cósmico (*Körper*); en una se reconduce la realidad humana en su rasgo más fundamental: su «carácter de abierto para lo presente», en la otra se reduce al ser humano a un hecho físico-fisiológico más.



## Segunda parte

### Facticidad y ciencia: la otra mirada del ser del ente.

*El vivir sólo se deja aclarar cuando se ha vivido*  
(Kierkegaard, 2000, p. 117).

En la segunda parte, volteamos la mirada hacia el carácter óntico de la salud y la enfermedad, con la finalidad de exponer ‘a la vista de la filosofía’ el objeto de reflexión: la medicina, sus saberes y sus prácticas como ontología regional. No se trata de hacer juicios negativos sobre la validez científica de la medicina. Lo que intentamos mostrar es la insuficiencia de la aprehensión de los modos de ser del ser de la vida, la salud y la enfermedad.

Contrastar la concepción de *vida* en la filosofía con la idea que tiene la biología y, en general, las ciencias naturales, nos ayudará mucho a poner en claro la pertinencia de lo que nos proponemos como análisis existencial. Por tanto, en esta parte exploramos la concepción de *vida fáctica* y la contrastamos con la *vida* biológica. Se verá pronto como la facticidad es clave para comprender el sentido de los modos existenciales de la salud y la enfermedad. El análisis óntico de la vida biológica se inicia con Aristóteles, por ello proponemos exponer sus ideas fundamentales a este respecto, pero después, dando un salto de siglos, revisamos la idea de vida que tiene la ciencia en los siglos XX y XXI.

La vida en tanto que ente, accede a lo ente; se comprende a sí misma. Esta es la idea central que aquí enfatizaremos. Si entendemos «lo ente» como *lo circundante*, veremos que muchas de las teorías biológicas sobre la vida suponen que ésta emerge como lo viviente-en-el-mundo-circundante. Es decir, *la vida en sí*

*misma, en su contenido esencial, es ya una estructura circundada de lo ente.* Cuando un biólogo como Daniel E. Koshland (2002), dice que la vida está constituida por siete fenómenos complejos, se comprende por qué el ente viviente emerge de lo circundante y en sí misma ya es una estructura viviente. Heidegger insiste en la necesidad de concebir la vida óptica sin referencia al ser humano, a fin de comprender la vida animal y vegetal en su generalidad fenoménica. Si lo anterior es correcto, puede asumirse que lo viviente está ahí, fácticamente como modo de ser viviente. Los seres vivos tienen modos de ser diversos y únicos en cada ocasión.

El concepto de facticidad enfatiza el carácter temporal, contingente e individual de una realidad concreta. Así, lo fáctico es equiparado a lo empírico o meramente “dado”, al “dato” que sale al encuentro del pensar desprovisto de un sentido propio y debe someterse a justificación racional (Husserl, 1985). Heidegger radicaliza facticidad como “vivir fáctico” en el ser-ahí y trasciende el análisis categorial en analítica existencial; a él le interesa esto último y no se ocupa del análisis categorial, con lo cual tendrá que referirse a la vida fáctica como ente intramundano. Esto es justamente lo que intentamos hacer en este capítulo.

Un ejemplo de lo anterior, es la hipótesis de Koshland acerca de que la vida emerge y está sostenida por siete pilares, donde cada pilar es designado con una categoría. Estas categorías son: el *programa*, definido como el plan funcional organizado; la *improvisación*, posibilidad de que lo viviente cambia en función del ambiente, muta y se adapta; la *compartimentalización*, o posibilidad de que el ser vivo se estructure en compartimentos y favorezca concentración de sustratos y enzimas; la *energía*, se refiere al hecho de que los seres vivos son sistemas abiertos

y dependen de una fuente constante de energía; la *regeneración*, que alude a la aptitud para la reproducción parcial o total de un individuo; la *adaptabilidad*, posibilidad de introducir cambios sin modificar el programa y, finalmente, la *seclusión*, que indica aislamiento de las reacciones químicas que tienen lugar en un ser vivo. En términos estrictamente biológicos, esta teoría explica cómo surge la vida y cómo permanece.

Es preciso indicar cuál es el concepto de facticidad y en qué sentido se utiliza en este trabajo. Para Heidegger, facticidad es nuestro existir propio en cada ocasión. Y en seguida aclara que «propio», «apropiación», «apropiado» no determinan la idea de «yo», persona, *yoidad*, centro de actos. ¡Ni siquiera el concepto de [sí]-mismo! (Heidegger, 2000, p. 35). Dice también que una determinación de la ocasionalidad es la *actualidad*, el estar-siempre, el demorarse-siempre en el presente, siempre el propio; luego agrega: ontológicamente la actualidad supone: el *presente del ahora*, el uno, el estar con los demás, con los otros; «nuestro tiempo». Actualidad, insiste, supone cotidianidad, supone desvanecerse, quedar absorbido en el mundo, hablar desde él, cuidarse de cosas (Heidegger, 2000, pp. 41-78).

Con esto en mente, podemos intentar visualizar el modo de ser de la facticidad desde el mundo de la ciencia. Es decir, la facticidad de vida-salud-enfermedad-muerte desde la cotidianidad del estar con los demás, demorarse-siempre en el presente del ahora, interpretar lo ya-interpretado, el quedar en el mundo absorbido por él. La manera de hacerlo será hacer referencias a las teorías y autores. La ciencia es un decir, un modo de habla peculiar. Hablar de la vida

biológica en la hablilla y demorarse en ello. Comprender el nivel de análisis óptico en la biología, la física y la química permitirá comprender mejor la vida-salud-enfermedad-muerte como existenciaros.

Desde la perspectiva del *mundo de la vida* (Husserl, 2008), nos percibimos poseedores de autoconocimiento de la propia salud-enfermedad-muerte, lo que implica autorepresentación, autoconciencia y experiencia del vivir propio. Pero hay en este modo de vivir el mundo, una doble faz. Por un lado, el mundo de la cotidianidad tecnológica que crea la ciencia. Por otro, la subjetividad ordinaria de vivir un mundo hecho a la medida. En este nivel de subjetividad, vivimos desconectados de la objetividad de la ciencia, pero artificialmente a sus expensas. Vivimos en la trivialidad del mundo de nuestra vida, donde todo está hecho por la ciencia y la técnica. En nuestro mundo de la vida no hay novedad, no hay originalidad, no hay riegos, no hay desafíos. Vivimos adormilados el transcurrir del tiempo, en el sinsentido y olvido del mundo.

La vida biológica es un acontecer natural que transcurre entre nacer y morir. Nacer y morir emergen como hechos cotidianos. Nacer y morir llegan a nosotros como viniendo de alguna parte distante. Nacer y morir parecen acontecimientos ajenos a nuestra voluntad, invariablemente dependen de la intervención de otro. Es decir, aunque nadie nace por otro, nada ni nadie nace por sí mismo y con la vida y la muerte pasa igual.

Para Heidegger, “la ciencia es una posibilidad existencial de la existencia humana, que no es necesaria para la existencia del hombre, sino que es una posibilidad libre de existir” (2007, p. 115). Esta cita proviene del seminario de 1929/30, en cuya segunda parte se plantea la pregunta: ¿qué es el mundo? La tesis

que propone es la siguiente: la piedra es sin mundo, el animal es pobre de mundo, el hombre configura mundo. Mundo significa primeramente *la suma de lo ente accesible* –ya sea para el animal o para el hombre – *modificable según el alcance y la profundidad del penetramiento*. Lo que Heidegger intenta patentizar es que la concepción de la vida se obtenga desde *sí misma en su contenido esencial*. Porque en toda la historia del problema de la vida, podemos observar que se intenta interpretar la vida, es decir, el modo de ser del animal y de la planta, desde el hombre, o, por otra parte, explicar la vida con ayuda de procesos legales que tomamos de la naturaleza material (Heidegger, 2007, p. 160). Lo que a continuación se presenta, es, justamente, las diversas aproximaciones a comprender la vida desde sí misma en su contenido esencial.

## **1.- Nuestra esencia como entes**

Aristóteles dice existen entes como sustancias –con un ser dependiente– y otros como accidentes –que son independientes–, allí donde se haya un ente unido a otro ente, la conexión de ambos es o bien necesaria, universal y sólo impedida en casos concretos o bien meramente fortuita (Aristóteles, 2000). Esta relación de los entes del mundo, la precisa Aristóteles en los siguientes términos:

se llama necesario aquello sin lo cual, por ser con causa, no se puede vivir; también aquellas cosas sin las cuales el bien no puede existir o producirse, o el mal no puede suprimirse o desaparecer; además, lo que no puede ser de otro modo que como es.



Accidente, en cambio, es aquello que se da en algo y su enunciación es verdadera, pero no, desde luego, necesariamente ni la mayoría de las veces (Aristóteles, 2000, 1014b).

Siguiendo el pensamiento aristotélico, habría que cuestionar si la salud, la enfermedad y la muerte son causas necesarias o son meros accidentes en la vida de los seres vivientes. Es decir, si existe un mundo impoluto donde la vida es salva del azar. Aunque la salud parece necesaria para la vida, no lo es siempre. De hecho, el decurso del vivir cotidiano transcurre oscilatoriamente entre estar sano, enfermo y muriendo. Los seres vivos interactúan con el mundo que los rodea y de ello resultan modificaciones estructurales y funcionales a las cuales podríamos llamarles enfermedades; algunos de estos cambios pasarán como herencia a las siguientes generaciones y casi siempre son letales; tal es el caso de las mutaciones genéticas. Muchos seres vivos padecen las lesiones físicas del ambiente y sobrellevan la vida adaptándose y soportando el sufrimiento que ello implica.

Por tanto, la salud, la enfermedad y la muerte son acontecimientos fortuitos, pero no así la vida. Más allá de la singularidad de nacer y morir, la vida persiste en un sustrato universal, que Aristóteles llama Οὐσία (*ousía*) y muchos traductores denominan *sustancia primera* (Οὐσία κατ' ἐξοχήν) (Montoya, 2011, pp.115-135). Para Aristóteles, esta sustancia primera no es sólo la naturaleza, ni sólo la materia, aunque éstas sean constituyentes esenciales del movimiento. Y es que Aristóteles piensa que hay una *ousía primera*, universal e inmóvil, a partir de la cual emerge el movimiento. Este es el problema ontológico fundamental que ocupará el quehacer de la filosofía durante la escolástica.

Aristóteles dice naturaleza (Φύσις) de muchas maneras, sin que exista un desarrollo del concepto. Así, naturaleza “es la génesis de las cosas que crecen”, “el principio intrínseco del crecimiento”, “el principio de movimiento en los seres naturales”, “la causa material primera de un ser”; naturaleza es también “la causa formal o esencial de los seres naturales” (Aristóteles, 2000, 1014b). Y aunque «metafóricamente cualquier sustancia es denominada naturaleza» (Aristóteles, 2000, 1015a), en sentido primario y general, naturaleza es “la forma esencial o la esencia de los seres que tienen en sí mismos el principio de su movimiento” (Aristóteles, 2000, 1015a). En consecuencia, si en alguna forma hubiese definido la vida, Aristóteles diría que la vida es *movimiento interno autogenerado*. Al respecto cito aquí el texto más significativo con el que empieza el capítulo II de la *Física*:

de los entes, unos se dan por naturaleza, otros, en virtud de otras causas; por naturaleza, los animales y sus partes, las plantas y los cuerpos simples, como tierra, fuego, aire y agua (pues de estos y los de tal índole afirmamos que existen por naturaleza), pero todos los (entes mencionados), parecen distintos en relación a los que no existen por naturaleza. (Los que existen por naturaleza), tienen todos en sí mismos su principio de cambio y de estabilidad, unos según lugar, otros según crecimiento y disminución, otros, según cambio de cualidad (Aristóteles, 2001, 192b).

Por tanto, la esencia de la vida está en un principio de cambio y movimiento autogenerado.

Los comentaristas de Aristóteles han dicho que era hijo de médico y tal vez por ello se interesó en la biología. Lo cierto es que es abundante la investigación al respecto. Las ideas fundamentales de biología se exponen en dos de los tratados

mayores: *Acerca del alma e Historia de los animales*; los otros textos se agrupan en la denominada *Parva Naturalia* que incluye: *Reproducción de los animales, Partes, marcha y movimiento de los mismos* (Calvo, 2008, p. 39). En todos estos escritos de Aristóteles está latente la idea de que la naturaleza es principio interno del movimiento de los seres vivos, a partir de lo cual se origina su actividad y sus cambios.

Es precisamente la naturaleza, en tanto que principio dinámico, la que determina ciertas pautas de actuación, es decir, modos específicos de ser acontecimiento desde sí mismos y desde el entorno, pues los seres vivos están determinados por causas materiales y formales. La materia y la forma son trascendentes a la vida, por tanto, todo ser vivo es lo que es en cuanto a forma y estructura. La naturaleza despliega efectivamente un plan determinado a través del cual, la materia viviente encuentra modos de actualización y destino. Así, nacer, crecer, desarrollarse y reproducirse son formas de actuación dependientes de las potencialidades de que está dotada la vida. La naturaleza de lo vivo se identifica con su esencia.

Ahora bien, si de acuerdo con Aristóteles preguntamos ¿qué es la salud?, obtendremos tres posibles respuestas, que corresponderían a tres aspectos de lo real: la materia, la forma y el compuesto. La materia es, tal vez, la categoría que contiene mayor ambigüedad en Aristóteles:

llamo materia a lo que, por sí misma no cabe decir, ni que es algo determinado, ni que es de cierta cantidad, ni ninguna otra de las determinaciones por las que se delimita lo que es, que al predicar algo de una entidad, ésta a su vez, predica de la materia (2000, 1029a).

Así que la salud como categoría entitativa predica su materialidad de ser viviente en la forma del aparecer de la vida. De aquí viene la idea de que la salud tiene entidad propia.

Esencia y sustancia son, por tanto, distintos modos de realidad. La sustancia es el sustrato de lo vivo (ὑποκείμενον), la esencia es lo que es en tanto que es un ser vivo (το τι ην εἶναι). La esencia de la vida como naturaleza es el movimiento y el cambio continuo. En este sentido, *la salud es el surgir, aparecer, crecer, llegar a ser, convertirse y transformarse*. La salud es un persistente actualizarse y hacerse presente. La vida siempre está en una especie de metamorfosis. Sin embargo, aun cuando estos constantes cambios pueden ser accidentes fortuitos, la esencia del movimiento tiene la finalidad (τέλειος) de alcanzar una forma determinada (εἶδος).

Conviene enfatizar la concepción de naturaleza en Aristóteles, porque como tendremos oportunidad de analizarlo en otras partes de este trabajo, la modernidad no sólo la empobreció, sino que con frecuencia la dejó en el olvido. Por esta razón conviene resumir las principales ideas acerca de la *phýsis* aristotélica, ya que es sumamente importante en la discusión que actualmente mantienen algunos filósofos de la medicina como Christopher Boorse (1997), quien propone una interpretación “naturalista” de la salud a partir de análisis bioestadístico. De similar manera, serán importantes las ideas de Aristóteles para comprender el problema del reduccionismo biológico. Además, permitirá contrastar las teorías constructivistas sobre la salud-enfermedad-muerte.

Nos parece que el capítulo II de la *Física*, citado arriba, contiene las ideas fundamentales acerca de la naturaleza (Φύσις). De hecho, Aristóteles piensa que es esta ciencia (la física) la que debe estudiar la salud. Los entes que se dan por

naturaleza, como la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, son causa de sí en tanto que tienen todos en sí mismos el principio de cambio y de movimiento; poseen en sí mismos la potencialidad de autogenerarse (autopoiesis); idea que apareció como novedad a mediados del siglo XX en las investigaciones biológicas de Maturana y Varela (1974). La naturaleza es la primera materia que subyace a todos los seres vivos que tienen en sí mismos el principio del movimiento y del cambio. La naturaleza es la figura y la forma según la definición. La forma es en mayor medida esencia de la materia, pues cada cosa tiene su denominación sólo cuando está plenamente actualizada, más que cuando está en potencia.

La potencialidad de los seres vivientes determina los procesos, tiene dirección y propósito; pues lo que crece naturalmente no es lo que viene a partir de algo, sino lo que va hacia algo, por eso decimos que la causa es como el fin; aquello de donde viene el primer impulso. Todo propósito se encuentra en los entes que se autogeneran y existen por naturaleza. Por tanto, lo que existe por naturaleza existe para algo. La finalidad en la naturaleza es particularmente clara en los seres vivos, distintos al ser humano. En resumen, la naturaleza es la esencia del mundo vivo, una esencia dinámica y energizada que determina su propio despliegue de posibilidades.

Si la vida fáctica no es más que la experiencia de estar vivo y esta experiencia fáctica se refiere a la autosuficiencia de las actividades vitales en las que se sostiene la esencia de lo vivo, autosuficiencia implica emancipación, libertad y control propio; por tanto, la vida ejerce sus posibilidades y logra su propia realización. No hablamos aquí de la vida biológica en general sino de la vida de cada ente en particular, la vida que nos va en cada ocasión a cada uno de nosotros. El término

«autosuficiencia» en Heidegger (2006) expresa la idea de que, en la determinación fenomenológica de la vida fáctica, la vida no precisa salir de sí misma para revelar sus modos de ser, del mismo modo que el *Dasein* no es necesario construirlo a partir de una idea concreta de existencia, sino que éste debe ponerse al descubierto en su indiferente inmediatez y regularidad (Heidegger, 1971, p. 69).

En resumidas cuentas, el problema no es tanto contestar a la pregunta ¿qué es la vida?, sino ¿cómo es el modo del ser del ente de la vida? y, sobre todo, “¿de qué modo puede y debe hacerse accesible la vida de lo vivo en su esencia? ¿De qué modo se nos ha de hacer accesible la vida, el ser-animal del animal y el ser-planta de la planta?” (Heidegger, 2007, p. 228). Porque, insiste Heidegger, tenemos que poder dar información no acerca de cómo animales y hombres se diferencian en algún aspecto, sino acerca de qué constituye la *esencia de la animalidad del animal* y la *esencia de la humanidad del hombre* (2007, p 228). Es evidente que la ciencia juega un importante papel en determinar la animalidad del animal, pero, ante todo, para establecer la estructura constitutiva de lo vivo y lo no vivo. En este sentido, piensa nuestro autor, la biología debe forjarse un concepto nuevo de la forma de ser de lo viviente en cuanto tal (Heidegger, 1971, p.19). Esto es lo que exploramos en el siguiente capítulo.

## **2.- La vida como ente físico y químico**

En las lecciones del semestre 1929/30 Heidegger está interesado en las

teorías de la biología entonces en boga, la mayoría de las cuales provienen de estudios experimentales en animales. Dos de los científicos más influyentes fueron Wilhelm Roux y Hans Driesch, ambos realizaban estudios en embriología, describiendo la diferenciación celular en el embrión. El mecanicismo y el vitalismo están presentes en estas investigaciones, Heidegger los rechaza por igual. Sin embargo, en *Ser y Tiempo* visualiza una biología promisoría, cuando dice: «la biología despierta la tendencia a ir más allá de los conceptos de organismo y de vida propuestos por el mecanicismo y el vitalismo, y a forjarse un concepto nuevo de lo viviente en cuanto tal (1971, p.19). El biólogo que despierta la tendencia e intenta ir más allá es Jakob von Uexküll.

Las ideas fundamentales de von Uexküll buscan comprender que la vida puede y debe comprenderse a partir de la estructura orgánica y el medio ambiente. A Heidegger le interesa establecer la distinción entre entorno, medio ambiente y mundo, ya que para von Uexküll «medio ambiente» (*Umwelt*) es una realidad subjetiva en la que cada ser vivo interactúa. Así, por ejemplo, el medio ambiente de las medusas es un mero medio ambiente de alimentación. Mientras que el medio ambiente de la abeja está compuesto de las cosas propias de las abejas (flores, plantas, polen, miel, etc.). Por el contrario, «mundo» (*Welt*) es una realidad objetiva que se explica mediante teorías científicas y datos duros. Sin embargo, para Heidegger, dice Enrique Muñoz, citando al propio Heidegger, el mundo no es un constructo que se produce a partir de las ciencias exactas, sino la «manifestabilidad de lo ente en cuanto tal en su conjunto», manifestabilidad que se le hace presente únicamente al ser humano y no al animal (Muñoz, 2015, pp. 85–103).

Ahora bien, todo intento por definir la vida biológica desde la física y la química es un reduccionismo científico en la perspectiva de la fenomenología. Esta verdad es más evidente en la medida que la biología ha adquirido carácter de ciencia autónoma. Hasta fechas muy recientes, muchos filósofos de la ciencia sostienen la idea de reducir las explicaciones sobre seres vivos a las leyes de la física. Desde que Charles Darwin propuso la teoría de la evolución, la epistemología de la biología lucha por conciliar dos modelos distintos de ciencia. En el primero se trata de una biología que explica los hechos por causas próximas, con una fuerte base experimental en el laboratorio y, sobre todo, ofreciendo evidencias ultramicroscópicas. El segundo modelo tiene como base el paradigma evolutivo y ofrece explicaciones a partir de causas remotas de tipo histórico.

Mientras estos paradigmas de la biología intentaban coincidir, Erwin Schrödinger en 1943 dictó una serie de conferencias, que después se publicaron con el sugestivo título de: *¿Qué es la vida?* El planteamiento que hace este destacado premio Nobel en la primera conferencia es: “¿Cómo pueden la Física y la Química dar cuenta de los fenómenos espacio-temporales que tienen lugar dentro de los límites espaciales de un organismo vivo?” (Schrödinger, 2005, p. 7). Y la respuesta que anticipa de inmediato es que “La evidente incapacidad de la Física y la Química actuales para tratar tales fenómenos no significa en absoluto que ello sea imposible” (2005. p. 7).

Este breve libro de Schrödinger es importante no tanto por lo que dice –al menos en lo que a biología molecular y genética se refiere–, sino por quién lo dice



y el momento en que lo dice<sup>8</sup>. Desde finales del siglo XIX y durante el primer cuarto del XX, en la física clásica se generan importantes cambios de paradigma que significan auténticas «revoluciones científicas» (Kuhn, 2010). El problema central para la física consistía en hacer compatible las escalas de medición definidas para el movimiento continuo y las discontinuidades de fenómenos cuánticos inobservables e indeterminados como las partículas atómicas y las ondas electromagnéticas. Por ello, resulta interesante que Schrödinger esté preocupado por definir la vida desde la física y la química. A primera vista, parece el gesto de un científico dando un paso atrás para ver el bosque de problemas desde otra perspectiva.

¿Cuál es la idea de naturaleza y de vida biológica que tiene Erwin Schrödinger y cuál es el giro que imprimirá su análisis a la concepción aristotélica? Para Schrödinger, la clave que explica la vida reside en la acción de lo que él llama un *crystal o sólido aperiódico*, una “asociación bien ordenada de átomos, capaz de mantener permanentemente su orden” (Schrödinger, 2005, p. 40). La naturaleza, tal como la ve la física desde Galileo, es fundamentalmente orden que puede cuantificarse con mucha aproximación; pero estas realidades fueron cuestionadas por la física cuántica. Así que el problema es cómo explicar la estabilidad ordenada que mantienen los seres vivos, estando constituidos por fenómenos cuánticos donde priva el desorden y la indeterminación.

---

<sup>8</sup> Nota importante: muchos biólogos de la siguiente generación manifestaron su admiración e influencia de esta publicación de Schrödinger, tal es el caso de Francis H. C. Crick, James D. Watson, Maurice H. F. Wilkins, Erwin Chargaff, Seymour Benzer, Gunther S. Stent o François Jacob; entre otros muchos.

Resulta relevante que Schrödinger tenga una idea de la vida tan cercana a la concepción de Φύσις en Aristóteles:

¿Cuál es el rasgo característico de la vida? ¿Cuándo puede decirse que un pedazo de materia está vivo? Cuando sigue haciendo algo, ya sea moviéndose, intercambiando material con el medio, etcétera, y ello durante un período mucho más largo que el que esperaríamos que siguiera haciéndolo un pedazo de materia inanimada en circunstancias similares (Schrödinger, 2005, p. 35).

La vida pues, tiene que ser “orden basado en orden”, y eso es lo que la física no podía explicar. Al final de su libro, especialmente en el epílogo, Schrödinger hace algunas consideraciones que presuponen una concepción vitalista de la naturaleza y de la vida (2005, p. 59).

Quince años antes que Schrödinger publicara sus ideas acerca de la vida, Niels Bohr había propuesto el principio de *complementariedad*, mostrando que se pueden entender de forma coherente, sin contradicción, descripciones de realidades diferentes, relacionadas con los fenómenos cuánticos. Es decir, que la contradicción existente entre la teoría ondulatoria y la corpuscular, no era tal, sino que se complementaban. Desde 1927, cuando Bohr propuso el concepto, hasta 1962 que falleció, extrapoló esta explicación a varios campos del conocimiento, pero en el campo de la biología molecular tuvo importantes repercusiones.

La teoría corpuscular de la luz había sido formulada por Newton y la misma suponía que la luz consiste en un flujo continuo de partículas sin masa, emitidas por las fuentes luminosas, moviéndose en línea recta, atravesando los cuerpos transparentes y permitiendo ver a través de ellos. Esta teoría explicaba suficientemente bien fenómenos como la reflexión y refracción, pero el mismo

Newton no pudo explicar con ella, las interferencias y la difracción luminosa. La teoría ondulatoria, en cambio, postula que la luz está formada por ondas y que las mismas se propagan en un vacío insustancial e invisible llamado éter. Como hoy sabemos, será Albert Einstein quien basado en la teoría cuántica de Max Planck explicará este enigma como “efecto fotoeléctrico” (Udias, 2014, p. 84).

Para tener idea de ello, hay que considerar que en las primeras dos décadas del siglo XX se había consolidado un modelo reduccionista en el intento de explicar la vida. La concepción mecanicista de la vida se asume como filosofía natural, cuya sustancia material está conformada por partículas ínfimas determinadas por fuerzas de atracción o repulsión, ya sean eléctricas o magnéticas. El modelo experimental en fisiología, garantizaba la delimitación de las condiciones de observación, control y repetitividad de los fenómenos. Todas estas ideas eran coherentes con las leyes de la física clásica, no así con la física cuántica. Lo que está en entredicho son dos conceptos físicos de materia: la que señala que está constituida por partículas discretas y localizables en el espacio y aquella otra que supone se trata de cuantos de energía y fenómenos ondulatorios. Son estas contrariedades las que obligan a pensar una nueva filosofía de la naturaleza. Es esta contrariedad lo que lleva a Schrödinger a tratar de explicar la vida.

Si la física no tiene solidez ontológica y epistemológica para explicar cómo es que los seres vivos están determinados por una organización físico-química, el vitalismo se fortalece confirmando su “bella hipótesis” (Summer, 2003)<sup>9</sup>. Esta

---

<sup>9</sup> Nota: *Este historiador de la Química cuenta que cuando Friedrich Wöhler sintetizó la urea, le escribió a su amigo Berzelius, diciendo que había sido testigo de la muerte de una bella hipótesis. La urea es la primera sustancia sintética creada de materia inorgánica.*

hipótesis sostiene que “la materia viva está determinada por un principio espiritual, ya sea el *Archeos* de Jean Batist Van Helmont, *la naturaleza plástica* de Ralph Cudworth, *las fuerzas dominantes* de Johannes Reinke, *la entelequia* de Hans Driesch o el *impulso vital (élan vital)* de Henri Bergson” (Abbagnano,1993). El vitalismo biológico cobró auge a finales del siglo XVII, en respuesta al mecanicismo de origen cartesiano, mismo que en la medicina cobró forma de *iatromecánica* y *iatroquímica* (Laín Entralgo, 1984, p. 405). En la medicina europea, el vitalismo protagonizó debates teóricos importantes y conformó corrientes de pensamiento como la escuela de Montpellier, que influyó al pensamiento médico hasta bien entrado el siglo XX.

Siguiendo el hilo conductor de la concepción de la vida desde la física, Schrödinger piensa que la dificultad mayor de ésta reside en el carácter estadístico de sus leyes. Sin embargo, como se mostrará en varios momentos de esta investigación, definir la vida no es sólo un problema para la física, sino incluso para la propia biología. Por ejemplo, Radu Popa encontró más de cien definiciones de «vida», únicamente en publicaciones científicas de biología (Popa, 2004). Es decir, los propios biólogos no tienen un criterio unificado para definir la vida. Entre esta variedad de opiniones destacan algunas sorprendentes, como la del biólogo Luís Arbaiza, que dice:

*Vida es una reacción en cadena que conserva información (anti-entropía) ( $\forall x ((Rx \wedge Ix) \rightarrow Vx)$ ). Para todo proceso  $x$ , si  $x$  es una reacción en cadena ( $R$ ) y  $x$  conserva información ( $I$ ), entonces  $x$  es vida ( $V$ ) (2016, p. 5).*

Cualquier simple mortal, francamente se siente intimidado ante estas propuestas teóricas que buscan caracterizar a los seres vivos y la vida.

Las definiciones más destacadas enfatizan rasgos como la auto-replicación, auto-perpetuación y auto-creación y según estos caracteres, los seres vivos son entidades ensimismadas por naturaleza, cuyo diseño no tiene otro propósito que seguir siendo ellos mismos a toda costa. Persistir. Aferrarse. Vivir es esencialmente hacer para seguir viviendo. Ser y hacer, transformarse y cambiar. Así, en muchas de estas definiciones la vida no existe por la materia de que está hecha, sino por los propósitos que tiene; *teleonomía* dice Jacques Monod, (1993), determinismo autoreplicador, dirá Richard Dawkins (1993).

Pero, ¿cuál es el problema fundamental al que está haciendo frente la física y por qué se plantea la pregunta sobre lo qué es la vida? Xavier Zubiri, quien sin duda fue un lector atento de los avances científicos de la física hacia 1934, hizo una serie de notas a propósito de estos acontecimientos en la teoría de la física cuántica. (1974). El problema fundamental, dice Zubiri, es que la física no se ocupa del origen de las cosas, sino de sus variaciones. El primero es un problema ontológico, el segundo epistemológico. Zubiri lo resume así:

En la física clásica casi todos los conceptos son sustitutivos de la experiencia. En la nueva física los conceptos son la experiencia misma hecha concepto. El sentido del concepto físico es ser en sí mismo una experiencia virtual. Recíprocamente, tiene en sí una estructura conceptual. La experiencia es la actualidad del concepto. Pero esto ya no es una cuestión de lógica, sino de ontología. Y este es el punto definitivo. Heisenberg ha tocado este problema al hablar de la complementariedad. Es el problema de qué debe entenderse por realidad física, es decir, de qué es la naturaleza en el sentido de la física (1974, p. 243).

El principio de indeterminación propuesto por Werner Heisenberg pretende mostrar el sentido de realidad que tiene esta nueva idea de naturaleza física y exige una revisión crítica de la causalidad. Esta revisión implicaría volver a Galileo, pues según Zubiri, en Galileo queda muy clara la distinción entre naturaleza de las cosas y naturaleza de la física, y análogamente una distinción entre la causalidad como distinción ontológica y la causalidad física (1974, p. 287). En su comentario, Zubiri lleva el análisis hasta Aristóteles para reflexionar sobre la ontología del movimiento.

En efecto, para Aristóteles la naturaleza es movimiento, movimiento que emerge del ente que se mueve. El movimiento es esencial al ente y el movimiento del ente es un llegar a ser. En este sentido, dice Zubiri que Aristóteles considera el movimiento desde el punto de vista del Ser y mira al ser desde el punto de vista del movimiento. Por este hecho, la física de Aristóteles mantiene un carácter unitario. La naturaleza ( $\Phi\upsilon\sigma\iota\varsigma$ ) es taxis, orden, medida de causas. Pero medida en Aristóteles no es matemáticas, sino determinación por *eidos*. Las cosas son su idea, su forma y su medida. El ser que se actualiza moviéndose no es un llegar a ser lo que no era, sino una mera variación de lo que ya es (Zubiri, 1974, p. 287).

A manera de conclusión de lo planteado en esta parte, podemos decir lo siguiente: el avance científico de la biología molecular a partir de la identificación del genoma, hizo creer que se conocía la clave última de la vida. La vida parecía reducirse a ultra estructuras atómicas, biomoléculas, biosíntesis metabólica y replicación genética. El determinismo biológico devino en reduccionismo extremo. La biología como ciencia emula el paradigma de la física, pues tanto en una como en otra hay un alejamiento de la naturaleza en tanto que concepto ontológico; por

ello tampoco es sorprendente que no haya un consenso de criterios sobre qué es la vida.

Sin embargo, la paradoja que actualmente vive la biología es que, por un lado, no se pueda definir con precisión la vida y, por otro, los biólogos estén hablando de la “creación de vida artificial”, tal como fue anunciado por Craig Venter en 2010. (Gibson *et al.*, 2010). Este investigador llama *crear vida artificial* al hecho de implantar ácido desoxiribonucleico (ADN) en un microorganismo proveniente de otro, previamente sintetizado. El hecho en sí mismo es una hazaña técnica y significa la posibilidad biotecnológica de producir nuevos fármacos y curar enfermedades, pero es muy discutible aceptar que eso es igual a crear vida.

Muy recientemente, siguiendo la línea de investigación de Venter, la revista *Science* publicó cinco artículos, donde 200 científicos de diez universidades reportan los resultados de sustituir el genoma en 6 de los 16 cromosomas de la levadura *Saccharomyces cerevisiae*, un microorganismo eucariota utilizado desde hace milenios para fabricar el pan y la cerveza (Laura *et al.*, 2017). La promesa de estos investigadores es que en los próximos 10 años estarán creando por primera vez células humanas, es decir, la vida. Pero, ¿es esto crear vida artificial? Son muchos los que piensan que no. A menos que aceptemos que los genes son la vida misma, lo que significaría tomar la parte por el todo.

Y finalmente, ¿dónde está la relevancia de todos estos datos científicos y avances tecnológicos en relación a nuestro tema de estudio? Resumamos aquí a manera de conclusión. El modo conceptual en que la ciencia piensa la vida es secundario a cómo el *Dasein* comprende el sentido y significado de su existencia en el mundo. Se trata de dos modos de análisis, por un lado, la determinación

categorial óptica de la vida y, por otro, la exegética existencial de la vida como existencial. La preeminencia ontológica del ser-ahí implica que su esencia es comprendida a partir de su existencia. Por tanto, al ente que llamamos “vida” lo estudia la ciencia y lo predica mediante conceptos que buscan definirlo en términos categoriales, sin embargo, sólo el ser-ahí, en su ahí, es decir, en estado de abierto y articulado por las estructuras existenciales del encontrarse, el comprender y el habla, puede encontrar sentido a la vida como su propia vida, su vida como su existir. Veremos en seguida este contraste.

### **3.- El vivir fáctico en la salud y con la enfermedad**

Ahora hagamos un rodeo y dirijamos la mirada desde otra perspectiva. Veamos por qué el fenómeno de la vida tiene interés filosófico para Heidegger. El tema de la “vida” estaba presente en varios filósofos de la época en que Heidegger empieza su actividad académica en Friburgo. Pensadores como Dilthey, Bergson, Jaspers y Scheler se habían ocupado del tema. Congruente con la actitud fenomenológica de atenerse a lo que se da tal como se da, Heidegger plantea el problema de la «facticidad de la vida» en sentido radical y originario. Así, cuando piensa en una ciencia originaria de la vida, comprende que esta ciencia sólo es posible si la misma se pone como quehacer estudiar el ejercicio del vivir mismo (Rodríguez, 1997, p. 65).

La vida fáctica tiene peculiaridades fenoménicas únicas: autosuficiencia y autocomprensión. Estas peculiaridades se manifiestan como tendencia a establecer



una seguridad vital. En la actividad de vivir la vida se comprende, atemática y prelógica: el vivir sabe que vive. La autosuficiencia permite a la vida encontrar su sentido en todo aquello que le sale al encuentro en su vivir. Esto lleva a generalizar la idea de que todo lo que sale al encuentro del vivir lo hace de un modo significativo. La autocomprensión conlleva al hecho de que la vida posea una especie de familiaridad en el lenguaje en que se habla a sí misma: este lenguaje está dado por el sentido de referencia a que aluden los fenómenos, su contenido y su efectuación, que en conjunto constituyen la hermenéutica de la facticidad (Rodríguez, 1997, p. 131). Para Heidegger, la tarea de la fenomenología como ciencia originaria consiste en acceder a explicitar la precomprensión que la vida tiene de sí misma.

Heidegger pone el énfasis sobre el hecho de que la vida siempre se está viviendo: vivir y vivirse, esa es la esencia de la vida. Por tanto, ésta siempre está autocomprendiéndose y en esa dinámica la vida se vive *en algo, desde algo, para algo, con algo, contra algo*. Este *algo* con el que la vida se relaciona permanentemente de diversos modos en su ejecución y ejercicio no es otra cosa que el mundo. En este contexto, Heidegger equipara «Vida» con *Dasein*, «Ser» y «Mundo».

En esta multiplicidad de modos de relación entre la vida y el mundo están la salud y la enfermedad como modos de ser del *Dasein*. Ambas –salud y enfermedad– son *algo* en el mundo, es decir: son la vida *en, desde, para, con, contra* nuestro vivir cotidiano en salud-enfermedad. En esta indicación hay que evitar la idea de fragmentación del *Dasein* y enfatizar que no existe un interior y un exterior a la vida fáctica, el mundo no es algo estructurado que esté esperando por nosotros:

somos el mundo y el mundo es nosotros. La salud y la enfermedad están en el mundo, pero no al modo de entes que *desde* alguna parte son *para* o *contra* nuestra vida. La salud y la enfermedad son sólo modos de nuestro vivir fáctico.

Como ya señalamos, la intención fundamental es evidenciar el modo en que el *ser-saludable* y *ser-enfermado* son inherentes a la *vida fáctica* y conforman unidades de sentido que se pone de manifiesto en el análisis existencial. La salud y la enfermedad son elementos que estructuran significatividad en los caracteres del ser-ahí. En este sentido, suponemos que la analítica existencial de la *vida*, la *salud* y la *enfermedad* tienen carácter estructural de existenciales del ser-ahí y su existencialidad conforma unidades de sentido para el ser del ser-en-el-mundo.

Anticipar este análisis, permite dilucidar el contexto que la salud y la enfermedad son estructuras existenciales que tienen carácter de existencial al mismo nivel de los estados de ánimo, la comprensión y el ser para la muerte, por lo cual pueden ser inscritas en el ámbito del cuidado (*Sorge*). Mostrar el cómo existencial de estas estructuras en el ser-en-el-mundo implica establecer en qué sentido se conceptualiza: *vida*, *salud* y *enfermedad* en el ámbito de la hermenéutica fenomenológica.

Es claro que este abordaje sobre los temas de la vida, la salud y la enfermedad, implica un acercamiento al pensamiento de Heidegger en dos perspectivas de análisis. Por un lado, revisar la concepción de «la vida» y en qué forma en esa misma concepción está implícita «la salud». Es decir, lo que buscamos mostrar es cómo subyace en la concepción de vida fáctica la idea de salud fáctica, puesto que son inherentes; incluso, es posible mostrar elementos de un enfermar

fáctico. Por otro lado, teniendo en consideración lo previamente mostrado, intentar hacer el análisis existencial de la *estructura vida-salud-enfermedad* en el ser-en-el-mundo.

En principio, hay que llamar la atención sobre la *estructura vida-salud-enfermedad-muerte* a la que hacemos referencia en varias partes de este texto. A la luz del análisis fáctico de la vida que hace Heidegger, ésta muestra inclinación hacia el mundo, siguiendo direcciones determinadas y clausurando otras como posibilidades en cada caso. El resultado de estas decisiones ejecutadas da lugar a cierta estabilización del vivir (Heidegger, 2002). En esta especie de sedimentación de la vida fáctica, la salud se enmascara, se oculta; pero de ninguna manera desaparece. De manera similar, la enfermedad se presenta como pérdida de salud, que en realidad sólo es enmascaramiento. Es decir, vida-salud-enfermedad-muerte tiende a ser una unidad en la facticidad. En ello también buscamos rebasar la fragmentación óptica que hace la ciencia positiva desde la biología.

Aunque para nuestro estudio resulta irrelevante, tenemos en cuenta la idea de que hay un pensamiento temprano de Heidegger, lo que se denomina “el primer Heidegger” cuyo pensamiento corresponde a los cursos académicos entre 1919 y 1923. De estas publicaciones, centramos nuestro análisis a partir de tres textos: *Interpretaciones fenomenológicas sobre Aristóteles* (Heidegger, 2014). *Ontología. Hermenéutica de la facticidad* (Heidegger, 2000) y *Problemas fundamentales de la fenomenología* (Heidegger, 2014). En todos ellos el tema de vida fáctica y facticidad ocupa un lugar relevante. Por supuesto, en el tema de la analítica existencial de las estructuras «vida», «salud» y «enfermedad», *El ser y el tiempo* es fundamental.

Veamos, pues, el modo en que Heidegger piensa la vida fáctica.

Para Heidegger, la *vida fáctica* es el tema central de la fenomenología hermenéutica, como ciencia originaria de la vida humana. Estos estudios del Heidegger temprano han puesto en evidencia el cambio radical de perspectiva que éste imprime a la fenomenología al transitar del modelo de la percepción y representación en la filosofía de la conciencia al paradigma de la comprensión hermenéutica (Escudero, 2000, p. 211).

La idea de filosofía que tiene Heidegger en estos años es que ésta debe ser una *ciencia originaria*. El sentido originario radica en qué deberá ser una ciencia pre-teorética, pre-reflexiva y pre-temática. Estos tres rasgos epistémicos de la filosofía, según Heidegger, la distinguirían de las otras ciencias. Esta ciencia que tiene por objeto estudiar la vida y sus fenómenos, es la única que puede dar cuenta de cómo la vivencia y la experiencia de vida irrumpen en la conciencia inmediata de nuestro vivir en cada caso.

El concepto de experiencia en Heidegger ofrece varios matices para el análisis. Primero, experimentar algo es hacer comprensible aquello que se presenta inmediatamente a nuestro vivir. Segundo, lo que la experiencia nos da, se da en lo inmediato en su plena significación. Tercero, en la experiencia, es el mundo circundante lo que aparece primariamente siempre significativo. En palabras de Heidegger: “viviendo en un mundo circundante, me encuentro rodeado siempre y por doquier de significados, todo es mundano, «*mundea*», un fenómeno que no coincide con el hecho de que algo es” (2005, p. 31). Que el mundo *mundea* significa que el mundo ya estaba ahí en el momento de nuestra vivencia.

El tema de la experiencia es relevante, pues justo en ella hay que intentar mostrar el modo de la vivencia de ser-saludable y el modo de la vivencia de ser-enfermado. En razón de ello, conviene agregar unas notas que la caracterizan aún más. La experiencia es una apropiación (*Ereignis*) del acontecer que se vive. Es decir, la experiencia es un acontecimiento, como tal, exclusivamente mío: mía porque me la a-propio, mía porque ella se a-propia de sí misma. Esta apropiación de la experiencia no alude a algo que desfila delante de mí, a la manera de un objeto. No es algo que está afuera o adentro. La experiencia es sólo el modo en que la vida se vive a sí misma. Aquí conviene también patentizar que la experiencia de ser-sano o ser enfermo acusa el mismo carácter ontológico.

Según Redondo, (2001) en su lectura de Heidegger, existen “experiencias fundamentales” que aparecen como momentos extraordinarios en el decurso del vivir, se distinguen de las experiencias cotidianas porque son escasas y excepcionales. Heidegger, continúa Redondo, les atribuye una potente capacidad reveladora. Las experiencias fundamentales, en tanto que se aproximan de algún modo a las experiencias límite, consiguen ponernos cara a cara con nuestro propio ser. Sus efectos consisten en retirar de golpe la máscara y el ocultamiento característicos del modo cotidiano de vida (Redondo, 2001, p. 60). En este sentido, la enfermedad es una experiencia fundamental del *Dasein*. Pero aun siendo así, la enfermedad nunca está aislada de la salud.

La enfermedad como experiencia fundamental patentiza la existencia del ser-ahí y revela la preocupación como estado de ánimo. Esta revelación de la existencia por la enfermedad se da como saberse fáctico, es decir, no es una introspección ni mucho menos un saber empírico-teórico. En este sentido, la enfermedad, como

momento existencial y como experiencia básica, no aporta un contenido cognoscitivo, es más bien un modo de iluminar el propio Ser.

La experiencia y la vida fáctica están entre los muchos problemas que preocupan a Heidegger en los cursos académicos 1919/1923. Los problemas que a este respecto se plantea son, por un lado, encontrar la vía de acceso a este fenómeno originario y, por otro, desvelar la vida en su originalidad. En relación con el acceso a la experiencia de la vida fáctica, Heidegger desmonta el papel que juega la postura teórica en lo que él llama “originalidad de la vivencia”, misma que posibilita la comprensión originaria de la vida. Se trata, pues, de poner frente a nosotros la vida, tal como se nos da, real y fácticamente. Es decir, si es posible la ciencia originaria de la vida en y para sí misma fenomenológicamente debe actuar desde la vida, sobre la vida y para la vida misma.

Con base en esta idea central, en la segunda parte del texto denominado *Problemas fundamentales de la fenomenología (1919/1920)*, Heidegger se propone establecer los fundamentos de la fenomenología como ciencia del origen de la vida fáctica en sí, mostrando en primer lugar, el surgimiento de la ciencia desde el mundo fáctico de la vida; dado que las ciencias son expresiones de lo que comparece en la realidad de la vida fáctica. La propuesta de Heidegger es que, “la vida fáctica al transcurrir en la dirección del mundo de la vida es tomada en la tendencia de llegar a ser reconocida científicamente y eso significa que las ciencias permiten *se les dé de antemano un cierto suelo* para el planteamiento, la puesta en marcha, la efectucción y el modo de efectucción de su proceder y su trabajo metódico-cognoscitivo” (Heidegger, 2014, p. 78).

En la fenomenología heideggeriana se concibe la ciencia como experiencia fáctica derivada de un aparecer pre-lógico. Así, toda ciencia surge del mundo de la vida fáctica. Ésta –la vida fáctica– es el suelo de experiencia concreta que crece continuamente para la vida fáctica que está ahí. Si la ciencia es la lógica concreta de su –de la ciencia– campo temático y éste surge de un cierto suelo de experiencia, la vida fáctica o algunas de sus partes, pueden volverse motivo de indagación propia de la ciencia (Heidegger, 2014, p. 82). Toda ciencia busca poder encontrar de algún modo, y en cuanto algo todavía no expresado científicamente, lo que ella debe expresar (Heidegger, 2014, p. 83).

En este contexto, la fenomenología como toda ciencia, debe elaborar un suelo de experiencia y un campo temático. Suelo de experiencia significa: *las disponibilidades una vez desprovistas de las relaciones con el mundo del sí-mismo, en su estar listas para ser concernidas por nuevas tendencias* (Heidegger, 2014. p. 84). Este suelo de experiencia lo constituye la temporalidad como “historicidad personal” es decir, nuestra historia de vida está hecha de experiencia porque está hecha de tiempo, pues sólo el *Dasein* tiene relación con el tiempo. Lo que aquí Heidegger quiere destacar es la noción vulgar de historia para enfatizar la historicidad del *Dasein*.

Con la puesta en marcha de estas experiencias básicas que forman el suelo de experiencia empieza la conformación de lo experienciado como campo temático propiamente dicho (Heidegger, 2014, p. 85). La ciencia busca darse a sí misma el suelo de experiencia y el campo temático, pero en última instancia todo esto le está *dado previamente*. Esto es fundamental para la fenomenología hermenéutica, pues esta ciencia busca ser la ciencia originaria de la vida.

El problema que se plantea Heidegger es ¿cómo debe operar la fenomenología para aprehender de forma originaria la vida fáctica minimizando la tendencia a la desvivificación de los mundos de la vida? (2014, p. 90). Bajo el supuesto de que la fenomenología tiene suelo de experiencia en lo experienciado del vivir fáctico y la vida fáctica misma conforma su campo temático, así mismo contaría con la conformación y estabilización de auténticas partes de lógica concreta; esta ciencia originaria de la vida habría ganado ya aspectos concretos en el nexos expresivo de “ciencia” (Heidegger, 2014, p. 89).

No hay que olvidar que Heidegger busca en la fenomenología de Husserl un principio metodológico ateorético para aprehender la “vida fáctica” de forma originaria. Se trata, dice Heidegger (2005), de la intención originaria de la auténtica vida, de la actitud originaria del vivir y de la vida en cuanto tales, de la absoluta simpatía con la vida, que es idéntica con el vivir mismo. Es claro que la actitud teórica en la que siempre estamos inmersos, no sólo nos impide tomar aquello que se nos da en la intuición, sino que es un obstáculo epistemológico que impide ver nuestra vida cuando vivimos en ella.

Sin embargo, advierte Heidegger, la tendencia desvivificadora de la ciencia es un problema que tendría que ver con la aprehensión originaria de los fenómenos. Esto parece ser la mayor dificultad para la fenomenología. Por eso, insiste Heidegger: los mundos de la vida son tomados por la ciencia en una tendencia desvivificadora, con lo que se priva la vida fáctica de su propia posibilidad de efectuarse de manera fácticamente viva.

La fenomenología debe sobrepasar estos obstáculos epistemológicos, si quiere ser ciencia de la vida en sí. Se cuestiona, si no es un contrasentido la idea



de una ciencia de la vida y, no obstante, le parece a Heidegger, que debe haber una ciencia de la vida en sí; sabiendo que la vida no puede captarse fácticamente en su totalidad, ya que se da siempre y necesariamente en este aspecto y no en aquél, o bien en aquél y no en éste, e incluso; todos los aspectos, suponiendo que logren ser captados, quedan detrás de la riqueza de la vida que entretanto se ha precipitado más allá; a lo cual hay que agregar la superfluidad de la misma (2014, p. 91). Es decir, *la aprehensión de la vida fáctica sólo puede alcanzarse desde la vida misma.*

Llegado a este punto, Heidegger se cuestiona: ¿Para qué entonces otra ciencia indiferente y cada vez más alejada de la vida fáctica en sí, lastrada además por todos estos problemas de principio y obligada, en última instancia, a aceptar los resultados de las ciencias particulares objetivas? (2014, p. 92). En el intento por responder a esta cuestión, Heidegger establece los argumentos a partir de lo fáctico, sobre la posibilidad de esta ciencia originaria de la vida: en ella, vida ha de estar dada previamente de algún modo; el objeto temático más cercano es la vida fáctica misma.

Pero el problema fundamental sigue siendo la accesibilidad del ámbito del origen a partir de la vida fáctica. La tendencia directriz: la comprensión de la vida desde su origen: la vida *en cuanto emergente*, en cuanto resultado de un origen (Heidegger, 2014, p. 93). Se trata en síntesis de comprender la vida desde su origen, desde ahí en cuanto emergiendo por sí misma en su autosuficiencia.

Ahora bien, para persistir en el propósito constitutivo de la fenomenología hermenéutica como ciencia originaria de la vida fáctica, habrá que patentizar las consideraciones conceptuales siguientes:

- ✓ Nuestra vida fáctica es nuestro mundo: comparecemos siempre de algún modo, estamos en ello 'fascinados', asqueados, extasiados, hastiados, y lo que tomamos en conocimiento está siempre acentuado significativamente de algún modo valioso, indiferente, sorpresivo, anodino, etc.;
- ✓ Tenemos experiencia del mundo del sí-mismo en cuanto perteneciendo de este modo al mundo circundante experienciable;
- ✓ En este vivir el mundo circundante tampoco hay pregunta teórica sobre la existencia;
- ✓ La realidad cobra su sentido por las relaciones significativas y valorativamente plenas en las que se encuentra;
- ✓ En la dirección del curso vivo, vivo dentro de un mundo y lo vivo en todas sus facetas;
- ✓ En este vivir fáctico tengo experiencia de mí y comparezco para mí de las más diversas maneras, pero tal y como tengo experiencia también de otras cosas (Heidegger, 2014, p. 109)

Finalmente, Heidegger pone el tema de la significatividad como carácter de realidad de la vida. La significatividad será el nexos concreto de la experiencia. En este sentido, la significatividad le da sentido a todo, sin importar si se trata de trivialidades de la vida cotidiana. Todo tiene significatividad, *esto no es una postura teórica, sino una experiencia de la vida*. Aún más, la significatividad es carácter de realidad de la vida: aquello de lo que tengo experiencia es fácticamente real, existe. De forma tal que vivimos siempre atrapados por la significatividad y cada significatividad está rodeada por nuevas significatividades: horizontes de ocupación, implicación, valoración y destino (Heidegger, 2014, p. 115). Podemos resumir diciendo que el sentido de la existencia está en las significatividades de que se tiene experiencia, viviendo fácticamente en el mundo.

Por tanto, si queremos tener una vivencia originaria es necesario despojarnos de los prejuicios teóricos ofrecidos por la ciencia, la cual pretende mostrarnos el mundo objetivado y neutro de nuestro propio vivir. Heidegger piensa que antes que la teoría y la ciencia misma unifique la realidad, hay un estado de precomprensión del mundo consustancial al ser humano (Escudero, 2000, p. 152). Así queda de manifiesto en la cita que hace Escudero de las primeras lecciones de Friburgo:

Los problemas últimos, empero, permanecen ocultos si se absolutiza la actitud teórica y si su origen no se comprende desde la <vida>. El proceso de una creciente objetivación lleva a un proceso de des-vitalización. Y uno de los problemas más difíciles de resolver es el del tránsito de la vivencia del mundo circundante a la primera objetivación (Escudero, 2000, p. 154).

Desvitalización de la vida y de la experiencia del vivir fáctico. Eso es lo que le parece a Heidegger que ha hecho la metafísica tradicional y la ciencia misma. Lo vital del vivir fáctico no es sólo su originalidad, sino la gama de posibilidades de sentido que ofrece para cada uno en particular. Esto es lo que Heidegger entiende por experimentar el vivir fáctico:

El hecho de que a cada uno de nosotros le salga al encuentro en su vida fáctica esto o aquello, así como el hecho de que tengamos conocimiento de aquello que nos impresiona, lo denominamos ex-perimentar; es decir, obtener del curso de la vida y de su despliegue fáctico un acceso a las diferentes modalidades en las que se construye un mundo, un entorno y todo un mundo de la vida (Escudero, 2000, p.156).

El carácter hermenéutico de la fenomenología que propone Heidegger plantea un problema epistemológico fundamental para estudiar aquellos fenómenos

donde la tradición científica occidental ha formulado paradigmas teóricos que se asumen como verdades incuestionables. En este punto no sólo es importante la distinción entre categorías y existencialistas, implica, sobre todo, la manera de acceder al conocimiento de los objetos. Junto a lo anterior, está el importante papel que desempeña la teoría en la formación de conceptos.

Para la ciencia, el conocimiento y la formación de conceptos lógicos requiere un suelo teórico que ilumine la realidad que se está estudiando. Algunos teóricos de la filosofía de la ciencia matizan esta aseveración según la relación que guarde el objeto con la forma de acceso, sugieren que el objeto determina la vía de acceso a él. En cualquier forma, es un hecho que para la ciencia todo conocimiento supone una teoría y toda teoría es una deliberación teórica fundada en la observación y la percepción de la realidad.

El planteamiento de Heidegger respecto a la forma de acceso a la vida fáctica es que: primero, es posible acceder a ella de forma ateórica; segundo, la «indicación formal» constituye el primer acceso a la vida fáctica; tercero, la vida fáctica es siempre, desde ya, nuestra propia vida; cuarto, lo que sabemos de nuestra vida fáctica, lo obtenemos por una especie de intuición comprendedora (Xolocotzi Yáñez, 2004). Hay que agregar que el tema de la vida fáctica obliga a hacer referencia al mundo y a la autosuficiencia de la vida misma.

El problema fundamental que se va perfilando en todo este desarrollo es el horizonte de interpretación y comprensión de la situación hermenéutica que surge en el vivir fáctico y con el cual nos encontramos. Heidegger define la interpretación

como configurada por tres elementos: 1) un punto de mira más o menos expresamente fijado; 2) una subsiguiente dirección de la mirada en la que se determina el 'como-algo', según el cual se debe precomprender el objeto de la interpretación y el 'hacia-dónde' debe ser interpretado ese mismo objeto; 3) un horizonte de la mirada delimitado por el punto de mira y por la dirección de la mirada, en cuyo interior se mueve la correspondiente pretensión de objetividad de toda interpretación (2000, p. 19).

Estos tres momentos de la comprensión, puestos por Heidegger en su intento de interpretar y comprender la vida fáctica, los extrapolamos a la salud y la enfermedad. Así, el punto de mira implica exponer la situación cuyo objeto intentamos investigar; la dirección de la mirada orienta hacia el ámbito de referencias en el cual están dados los presupuestos y preconceptos de lo ya interpretado; el horizonte de la mirada orienta la interpretación a buscar la objetividad, pero sobre todo a encontrar el sentido del fenómeno.

La vida a la que se refiere Heidegger, no es la vida de nadie, vida que no vive nadie y se ubica en lo abstracto del cosmos. La vida de la que habla la fenomenología como ciencia originaria, es la vida concreta (cotidiana); la vida que vivimos desde ya cada uno de nosotros: la vida en cada caso mía; la vida tal como se nos da en la cotidianidad media de nuestra existencia. Es desde y en esa vida, en cada caso nuestra, que podemos comprender existenciarlos como: *encontrarse-en*, *comprenderse*, *hablar-de*, *estar-caído-en-el-mundo*, *cuidarse-de*, *ser-para-la-muerte*. De manera similar, la exegesis óntico-ontológico de fenómenos como: "vida fáctica", "ser-con-salud", "ser-enfermo-en-el-mundo"; presentan condiciones de

posibilidad para mostrar cómo estos entes hacen frente al *Dasein*, en tanto ser-en-el-mundo. Esta condición del ser-ahí puede caracterizarse en-el-encontrarse-viviente-fácticamente-saludable o encontrarse-viviente-enfermándose. Pensamos que con ello se estructura una unidad de sentido que abre o cierra posibilidades de ser del ser en el mundo.

Las estructuras básicas de la vida fáctica son el cuidado, la tendencia a la caída y el ser para la muerte. Todas tienen una relación estrecha con la salud y la enfermedad. El *cuidado* (*Sorge*) (*curare*), determina, dice Heidegger, al sentido fundamental de la actividad fáctica de la vida. En el «estar-ocupado-en-algo» está presente el horizonte dentro del cual se mueve el cuidado de la vida, el mundo que le corresponde en cada ocasión (Heidegger, 2000, p. 29). Entre las muchas traducciones que se han hecho de la palabra alemana «*Sorge*», destacan las siguientes: preocupación, inquietud, alarma, diligencia, solicitud, amargura, aflicción, pesadumbre<sup>10</sup>. Puede apreciarse que todos estos términos indican un temple de ánimo fundamental inherente al evento de ser-enfermo.

El sentido de *Sorge*, dice Pablo Redondo Sánchez, es de referencia de la vida, la manera en la que el fenómeno se experiencia, no es que la vida sea *Sorge*, –es decir, que el cuidado sea una caracterización de la vida– sino que es su sentido de referencia (Redondo, 2001, p. 85). En este sentido, el cuidado es un modo de direccionalidad de la vida, es ese estar orientado, “volcado en cada caso hacia algo” (Redondo, 2001, p. 85). En esta forma, «cuidado» y «preocupación» recogen en

---

<sup>10</sup> Nota importante: en su traducción de *El ser y el tiempo*, José Gaos traslada el término como *cura*, *curarse de*; mientras que Jorge Eduardo Rivera, lo traduce como *cuidado*.

buena parte el sentido de *Sorge*, pues en ambos casos hacemos referencia a cómo nos ocupamos de aquello que nuestra vida le hace frente.

La vida se cuida a sí misma. Esto quiere decir que, en su relación con el mundo, la vida se ocupa de aquello que le sale al encuentro, es decir, la vida fáctica siempre está ocupada en algo. Es que, en la relación con el mundo, la vida se cuida del mundo: el mundo está ahí como algo de lo que ya siempre nos cuidamos. Este cuidado es también modo relacional, trato y comportamiento práctico del vivir fáctico. A este respecto, Heidegger insiste en cómo el cuidado indica el horizonte de sentido en el cuál se mueve el cuidado, un “hacia dónde del cuidado es el con-qué del trato” (Heidegger, 2002, p. 35).

Si el mundo está ahí como algo de lo que ya siempre nos cuidamos (Heidegger, 2002, p. 35), y el cuidado de la vida es siempre cuidado de sí, el hacia-dónde del cuidado tiene como horizonte al mundo; este mundo, cuya cotidianidad ya de antemano nos es conocida, puesto que se mueve siempre en un contexto de familiaridad y conocimiento (Heidegger, 2002, p. 62). Por tanto, en este cuidarse del mundo, el mundo nos encuentra y nosotros salimos a confrontarlo: el mundo nos solicita de forma concreta mirar en torno, ver con atención circunspecta, y en la circunspección, dice Heidegger, el asunto del trato se aprehende, de entrada, de tal o cual manera, se orienta hacia tal o cual dirección, se interpreta como esto o como aquello (Heidegger, 2002, p. 62).

Hablamos pues del mundo, pero no de un mundo en general. El mundo es siempre mundo para alguien concreto. Es sólo en este sentido que se entiende la

significatividad del mundo. El mundo está siempre rodeado de significados y, no sólo eso, esos significados también están ya interpretados a partir del cuidado y el comparecer del mundo: la vida fáctica se mueve en todo momento en un determinado estado de interpretación ya heredado, revisado o elaborado de nuevo (Heidegger, 2002, p. 62).

Hay que tener presente que cuando decimos “vida fáctica” y hacemos referencia a la relación de ésta con el mundo, no hablamos de la vida humana en general ni de un mundo cualquiera. Nos referimos siempre a la vida propia de cada uno en particular, a mi vida, que es la que siempre está en juego. Y si hablo del mundo, me refiero siempre a mi mundo, al trato que mantengo con él, al modo de ocuparme en él y cómo me relaciono con otros entes iguales o distintos a mí. Y por supuesto, involucra a mi vivir fáctico, es decir, esta vida que vivo o esta vida que me vive. Es esta intimidad, esta cercanía lo que explica el cuidado como un trato de familiaridad y conocimiento cotidiano que ya de antemano nos ha sido dado.

Nuestra vida la vivimos experienciándola: sentimos afectivamente aptitud vital, alegría, bienestar, dolor, angustia, temor; todo lo cual hace patente al ser-ahí la existencia propia. De igual manera, la comprensión de los existenciales como: la “vida”, la “salud”, la “enfermedad” se revelan como modos fundamentales del ser-ahí. La comprensión desvela posibilidades de ser en cada caso aquello que puede ser. Sabemos de la enfermedad antes de ser-enfermos, sabemos del dolor antes de ser dolientes. Nos anticipamos a nuestras posibilidades.



Para Heidegger, la vida humana es instancia última e irrebasable. Un fenómeno que ha sido objeto de diversas interpretaciones en la historia de la filosofía, donde queda de manifiesto que la vida es dinámica, inacabada e imperfecta. La vida se halla sometida a un constante proceso de realización, responde a un movimiento de gestación histórica que resulta imposible apreciar en los parámetros científicos de evidencia absoluta y sistemática (Heidegger, 2002, p. 22). En este sentido, insiste Heidegger, la hermenéutica de la facticidad es la vía de acceso a su esclarecimiento, pues ella brinda la oportunidad para tematizar explícitamente los rasgos ontológicos fundamentales del *Dasein* y, a partir de ahí, poner en marcha la ontología fundamental y su proyecto de clarificación del sentido del ser.

Jesús Adrián Escudero, estudioso del pensamiento temprano de Heidegger, dice que la pregunta determinante del pensamiento del primer Heidegger es la pregunta por el sentido de la vida humana; sentido que ontológicamente pasa por un previo estudio de las estructuras constitutivas del único ente que de alguna manera ya comprende el sentido del ser. Así, sugiere Escudero, que el pensamiento del joven Heidegger podría reducirse a la siguiente ecuación de las lecciones de 1921/1922: «vida = *Dasein*, 'Ser' en y a través de la vida» (Heidegger, 2002, p. 23). Esta precisión es fundamental para lo que aquí analizamos como vida fáctica.

Que la filosofía como fenomenología y hermenéutica es la ciencia del origen de la vida en y para sí es una decisión que implica para Heidegger poner entre paréntesis la supremacía de la actitud teórica de la ciencia y optar por una actitud comprendedora. Se vislumbra entonces de forma originaria como la vida vive su propia autodeterminación continua y pertinaz; cimentada en auténticas y concretas

construcciones de las «tendencias» que actúan en ella misma y a su más propio campo de problemas (Heidegger, 2002, p. 16).

¿Qué es entonces la «vida en sí»? Heidegger aclara que no se refiere a alguna fuerza cósmica que originara de la vida, ni siquiera a la naturaleza o las ciencias particulares que la estudian. *La vida en sí es nuestra propia vida: somos nosotros mismos desde ya*. Es esta vida propia que tenemos metida entre la piel, tan cerca que no podemos verla. Cerca sí, aunque también distante; tan distante, que nos olvidamos que la vivimos. Y ello es porque, siendo nosotros mismos, nos encontramos dirigidos en la vida misma que somos y que nos es dada (Heidegger, 2002, p. 43). Dicho de otro modo, hay una falta absoluta de distancia de la vida en sí respecto de sí misma.

La vida así comprendida posee un aspecto fundamental que Heidegger designa «*autosuficiencia*». Autosuficiencia es la característica propia del en sí de la vida y para comprenderlo no lo pensamos como concepto teórico, sino que llegamos a comprenderlo como el producto de mantenernos en la vida –mi vida, tu vida, su vida, nuestra vida–, mirando la vida en sí: su estructura intencional, su direccionalidad en cada caso y siempre en un mundo del sí mismo hacia algo trascendente. Esta *forma* de la vida es el modo de la dirección propia de la vida. Por su autosuficiencia no necesita estructuralmente salir de sí misma, librarse de sí misma para cumplir sus tendencias; ella se habla en su propio *idioma*; ella misma se pone tareas; se plantea exigencias; una y otra vez, procura superar sus limitaciones; sus imperfecciones (Heidegger, 2002, p. 43).

Vivimos nuestra vida orientados en una dirección precisa, aunque no nos demos cuenta. La vida ofrece multiplicidad de direcciones, de suerte que, ahora

estamos en una, más tarde, en otra. Cada uno de nosotros vive en su dirección, está en su vida dirigiéndose a sí mismo fácticamente, haciendo, experimentando en su vivir cotidiano. Entonces hablamos de nuestra experiencia vivida y con ello tenemos una cierta visión de la vida de nuestra vida. Hablamos de cómo hemos ido de aquí para allá, cómo nos interesamos en algo que cautivó nuestra atención. Un día estamos alegres, vivimos con grandes esperanzas, gozamos vivir; otro día nos hundimos en la desdicha y la mala conciencia.

Luego cambia la dirección de la vida: ésta se vuelve un tormento. Se sufre viviendo la vida y sus imperfecciones: dolor, desasosiego, miseria, desamparo, enfermedad y muerte. Otras veces, nos agobia el trasiego cotidiano: uno se siente fatigado diariamente, sin novedad ni alicientes; llegan horas de desesperación, todo se derrumba. Se tiene que renunciar a ciertas cosas, aceptar otras como irremediables. *Y en todo este vivir, uno mismo está a veces ahí para sí mismo.* Uno reconsidera sus acciones, hace planes y ajusta su dirección; no está contento consigo mismo respecto a su actuación en algo o se presta atención, «se» corrige y se dirige; procura salir adelante; se ve a sí mismo en una reunión; o se abandona a lo que traiga el momento (Heidegger, 2002, p. 45). Ocurre, por tanto, que nuestra vida está en el mundo, es nuestro mundo: en esta forma, somos la vida y somos el mundo.

La noción de mundo en Heidegger es bastante precisa. Mundo, se emplea como concepto óntico y entonces significa la totalidad de los entes que pueden ser ante los ojos. Mundo funciona como término ontológico y entonces significa el ser de los entes aludidos arriba. En este caso puede mundo ser el nombre de toda una región que abarque una multiplicidad de entes; por ejemplo, significa mundo lo que

significa al hablar del «mundo del matemático», la región de los posibles objetos de la matemática. «Mundo» puede comprenderse de nuevo en un sentido óntico, mas ahora no como los entes que el ser-ahí por esencia no es y que pueden hacer frente dentro del mundo, *sino como aquello 'en que' un 'ser-ahí' fáctico, en cuanto es este ser-ahí vive*. Mundo tiene aquí una significación preontológicamente existencial. Aquí vuelve a haber diversas posibilidades: “mundo mienta el mundo público del nosotros o el mundo circundante peculiar y más cercano (doméstico). Mundo designa, finalmente el concepto ontológico-existencial de la *mundanidad*. La mundanidad misma es susceptible de modificarse en los respectivos todos estructurales de distintos mundos, pero encierra en sí el apriori de la mundanidad” (Heidegger, 1971, p. 77).

Es claro entonces que el fenómeno de la autosuficiencia delimita cómo los modos motivan nuevas tendencias y el modo como se desarrollan y cumplen dichas tendencias. La motivación de la vida procede siempre de nuevas tendencias. Por autosuficiencia, la vida se basta a sí misma, incluso cuando debe vivir en imperfecciones e insuficiencias. La vida vive en sí y para sí, en las posibilidades que encuentra. Nunca se sale de sí misma y lo que le sale al encuentro en sus distintos caminos tiene carácter de vida, está ahí en la vida misma –la “vida en sí”– (Heidegger, 2014, p. 53).

Puede parecer, dice Heidegger, que hablar de la facticidad de la vida, con frecuencia es decir obviedades. Sin embargo, conforma todo aquello en que la vida puede pasarse la vida. Se dice: así es la vida. No obstante, debemos prestar oído a estas trivialidades, saborearlas por completo y con toda intensidad *hasta que las trivialidades más triviales se vuelvan absolutamente problemáticas* (Heidegger,

2014, p. 48). Está demás decir que la vida no es tan plana, monótona y rutinaria como parece. Tiene sus relieves. Existen eventos relevantes, algunos desestabilizan y otros equilibran. Ciertos aspectos trascendentes permanecen dentro de la vida y acompañan funcionalmente su decurso. Estos eventos están siempre vinculados con el mundo circundante, la vida en ese mundo circundante, el ser en él, la existencia circunmundana.

El mundo es unitario, sólo por razones pragmáticas lo fragmentamos, pero no existe como un ente dividido: mundo circundante, mundo compartido, mundo del sí mismo. Nuestra vida en el mundo y el mundo mismo son una sola entidad. Ni la vida ni el mundo están por ahí fragmentados. Vida y mundo son una unidad indisoluble. Lo que nos circunda es todo aquello que llamamos el cosmos: la pléyade de cuerpos celestes en el espacio infinito y, más cercanos a nosotros, el sistema solar, la biosfera terrestre, los mares, las selvas, los desiertos. El mundo compartido lo conforman aquellos con los que vivimos: familia, amigos, alumnos y todos con los que compartimos ideas, visiones, esperanzas, alegrías y tristezas. Estas personas tienen su propio mundo y, en él, un modo de hablar y callar; un modo de vivir su sí-mismo; un modo de ser sanos y un modo de ser enfermos. Así, el mundo circundante y el compartido comparecen ligados al mundo del sí-mismo y todo está y vive en mi vida propia.

Todo lo que comparece en la vida, comparece «*de algún modo*» (Heidegger, 2000, p. 54). Este «*de algún modo*» conforma nexos de expresión multiforme de la vida fáctica. El «*de algún modo*» es sólo la manera de aparecer, no lo que aparece. Lo que comparece es siempre una manifestación del carácter fundamental de la autosuficiencia de la vida. Así, aunque los 'nexos de expresión' en forma de lo «*de*

*algún modo*» pueden constituir suelo para las ciencias, el mundo compartido y el mundo circundante viven en un peculiar nexo de compenetración con el mundo del sí-mismo. Es decir, la autosuficiencia de la vida fáctica sólo puede ser tema de la ciencia originaria designada como hermenéutica: ciencia preontológica y ateorética.

De igual forma, la meditación sobre sí mismo es una forma «*de algún modo*» en la que se reflexiona sobre el destino y las fuerzas que actúan en la vida, obstruyéndola y facilitándola, castigándola y alborozándola (Heidegger, 2000, p. 68). Suelen ser experiencias internas, impulsos momentáneos de índole diversa: vanidad, afán de gloria, gusto por la fabulación, tendencia justificatoria, ansias de confesión. Muchas de estas manifestaciones, que se plasman en autobiografías, monólogos, retratos literarios, memorias y diarios, ratifican el hecho de que la vida fáctica pueda tener su centro en el mundo del sí-mismo.

El mundo del sí-mismo tiene un carácter situacional. Esto es, oscila de una estabilidad lábil a la agudización de la vida fáctica. En cada situación se patentiza el hecho de que la vida fáctica tiene su centro en el mundo del sí-mismo. Heidegger piensa que el cristianismo en sus inicios es un paradigma histórico de como la vida fáctica desplaza su centro de gravedad hacia el mundo del sí-mismo, lo que lleva a vivir vivamente el sí-mismo sobre ese fundamento experiencial religioso.

De las lecturas de San Pablo y San Agustín, Heidegger distingue dos modos de vida. Por un lado, la vida de aquellos que viven sin apego al mundo y por ello pueden ocuparse y cuidar de los asuntos de Dios; por otro lado, la vida que viven aquellos que están preocupados por las cosas del mundo; estos últimos están divididos entre ellos mismos y el mundo. Aceptando que el cuidado es

fundamentalmente direccionalidad, la autenticidad del vivir propio se determina por el cuidado (*Sorge*). En estos últimos, la vida es contingencia en la facticidad.

Otra estructura fundamental de la vida fáctica es la '*tendencia a la caída*', que consiste en el modo en que la vida en su relación con el mundo, suspende su trato ejecutivo y queda absorbida en un mirar contemplativo sobre el mundo. La tendencia a la caída no es un evento fortuito o accidental, sino que se trata de un movimiento intencional de la vida fáctica, es decir, un modo propio de ser; donde la vida busca un olvido de sí misma; un apaciguamiento tranquilizador que encaja muy bien con el mundo y que la preserva de enfrentarse y apropiarse de sí misma.

Aquí queremos llamar la atención sobre las similitudes que tiene esta tendencia a la caída y las concepciones teóricas de la salud como: "silencio del organismo" (Canguilhem, 1987, p. 63), "estado de ocultamiento" (Gadamer, 2001, p. 2), "equilibrio homeostático" (Guyton y Hall, 2018) y "ausencia de enfermedad". (OMS, 2012). Cada una de estas posturas teóricas respecto a la salud han ocupado el interés de la biología y la patología durante todo el siglo XX y lo que va del XXI. Todas ellas intentan coincidir en un mismo paradigma que asume a la salud como un conjunto de procesos adaptativos presentes desde niveles de organización elemental de la materia y la energía (Prigogine *et al.*, 2004).

Todas estas explicaciones científicas hablan de una salud que no le concierne a nadie de manera propia. Es la salud de cualquiera, la salud universal. Ordenada o desordenada por categorías universales, pero nadie experimenta de forma concreta su vivir saludable. Es la salud del 'uno', la salud de la hablilla, especialmente cuando el conocimiento de la ciencia se vulgariza. Todo mundo habla de lo que se dice y hay qué hacer para mantenerse sano y salvo. Podríamos decir

que el *Dasein* está caído en el mundo, ajeno a su propia vida saludable, huyendo de sí mismo y de la responsabilidad de hacerse cargo de su situación existencial.

La «caída» tiene que ver con la tendencia de la vida a una especie de “seguridad vital”, caracterizada por el alejamiento de la inseguridad que produce la posibilidad de hacer frente a lo que amenaza. La vida se retrae, busca refugio en el mundo y huyendo de sí misma se deja arrastrar por exigencias ajenas. Alejada de sí misma, de su más propia propiedad, pierde el control de su autenticidad. Así, la vida fáctica caída se arruina y se derrumba. Este estado alienante es aquietante y tranquilizador. En estas condiciones, la vida se aquieta, reposa y descansa en un intento por evitar ser inquietada.

Ahora bien, volviendo a la experiencia, ésta, dice Heidegger (2000), –la «experiencia»–, tiene que ver con aquello que nos sale al encuentro, nos impresiona y nos trastorna. Experiencia se define como alcanzar, encontrar en las pruebas de la vida, en las distintas modificaciones de ésta, *en cuyo decurso fáctico* se construye un mundo, el mundo circundante y todo mundo de la vida (Heidegger, 2000, p. 79). La experiencia tiene varias modalidades: religiosa, práctica, política. En este sentido, podemos hablar de la «experiencia de estar sano» y de la «experiencia de estar enfermado». (Heidegger, 2000, p. 79). Pero, como ya lo indicamos, hay que destacar que experiencia nada tiene que ver con los empirismos filosóficos y científicos tradicionales.

En la *Esencia del habla*, un grupo de conferencias del *segundo Heidegger*, el concepto de *experiencia* cobra una dimensión significativa que puede ayudar a



comprender lo que es la «experiencia de estar sano» y la «experiencia de estar enfermo»<sup>11</sup>; dice ahí Heidegger:

Hacer una experiencia con algo –sea una cosa, un ser humano, un dios– significa que algo nos acaece, nos alcanza; que se apodera de nosotros, que nos tumba y nos transforma. Cuando hablamos de «hacer» una experiencia, esto no significa precisamente que nosotros la hagamos acaecer; hacer significa aquí: sufrir, padecer, tomar lo que nos alcanza receptivamente, aceptar, en la medida en que nos sometemos a ello. Algo se hace, adviene, tiene lugar (Heidegger, 1990, p. 140).

Justo en esto consiste ser «sanado» y ser «enfermado»: son acontecimiento, son *Ereignis*. En este texto, Heidegger se refiere al *habla* como morada de la existencia propia del ser-en-el-mundo. En ese sentido, la experiencia que hagamos con el habla nos alcanzará en lo más interno de nuestra existencia (Heidegger, 1990, p. 143). Podemos, pues, en analogía a las experiencias del habla, hacer las experiencias de salud y enfermedad. La experiencia de sano-enfermo puede mostrar un temple de ánimo como alegría, humor, ansiedad, ira y tristeza. Estos acontecimientos se muestran como una amenaza, una pérdida, bloqueos en la vida cotidiana. También pueden ser temples emocionales propiciados por experiencias de logro, agrado, disfrute y bienestar.

Es evidente que estos temples de ánimo se experimentan como ser-en-el-mundo en tanto este ser es *totalidad fenoménica del ser-ahí*. Sabemos de la ausencia temática del cuerpo en el pensamiento de Heidegger. Varios autores han

---

<sup>11</sup> Nota: «sanado» y «enfermado». Aquí como en otras partes del texto, utilizo estas formas del participio para enfatizar el carácter adjetivado del acontecimiento, porque los adjetivos «sano» y «enfermo» son bastante triviales y no reflejan la magnitud del fenómeno.

hecho el diagnóstico y esgrimido las razones de esta ausencia (Escudero, 2010). Sin duda el cuerpo ya está ahí, espacialmente orientado, rodeado de mundo, siendo en y con el mundo. Para empezar, es claro que Heidegger rechaza la concepción naturalista y mecanicista del cuerpo. Jesús Adrián Escudero en su revisión del tema del cuerpo en Heidegger, comenta que hay varios puntos de coincidencia con la fenomenología de Merleau-Ponty en cuanto a considerar un correlato de nuestras actividades cotidianas con el cuerpo habituado y estar familiarizado con el mundo inmediato que lo rodea.

Sin lugar a duda, es Merleau-Ponty quien intenta aclarar la discusión dualista del cuerpo. Él plantea por primera vez la diferencia ontológica entre cuerpo físico (*Körper*) y cuerpo vivo (*Leib*), tema del que se ocupa Husserl en las *Meditaciones Cartesianas* (Rodríguez, 2004, pp. 31-46.). El cuerpo ha de pensarse como *carne, más allá del yo subjetivo y del cuerpo objetivo*, donde cuerpo y mundo se entrelazan de modo originario y primordial. Esta fusión de cuerpo-mundo sólo es posible en la facticidad del vivir propio y previo a la conciencia reflexiva, sólo así, afirma Merleau-Ponty:

Me comprometo con mi cuerpo entre las cosas, estas coexisten conmigo como sujeto encarnado, y esta vida dentro de las cosas nada tiene en común con la construcción de los objetos científicos, (ya que) es por mi cuerpo que comprendo al otro, como es por mi cuerpo que percibo 'cosas' (Merleau-Ponty, 1987, p. 202).

En lo que respecta al tema del cuerpo en Heidegger, encontramos varias alusiones al mismo en los *Seminarios de Zollikon* y ello permite concluir que el tema del cuerpo nunca estuvo ausente en su filosofía y que, si bien no se ocupó extensamente de él, la concepción fenomenológica del cuerpo es, en alguna forma,

intuida desde sus textos. Por ejemplo, después que Jean-Paul Sartre le reprocha tratar mal el tema del cuerpo, expone dos razones justificantes:

El tratamiento de los fenómenos del cuerpo es completamente imposible sin un desarrollo suficiente de los fundamentos del existencial ser-en-el-mundo. Aún no hay una descripción suficiente, utilizada, del fenómeno del cuerpo; es decir, que sea vista desde el ser-en-el-mundo (Heidegger, 2007, p. 311).

En estos comentarios queda clara la supuesta ausencia de una fenomenología del cuerpo en tanto que cuerpo vivo. El rasgo más relevante de esta fenomenología es su carácter descriptivo del análisis fundamental del existir del ser-ahí en el ámbito de lo abierto del mundo. En esta condición del ser-ahí, lo que comparece desde lo abierto, él lo toma bajo su protección, ayudándole a que despliegue su esencia. Pero tal cosa no podría lograrla el ser humano si él sólo consistiera en una percepción «mental» o fuera de la naturaleza corporal (Heidegger, 2007, p. 311).

Para Heidegger, el cuerpo humano no es una masa de materia pesada, que rellena un espacio, pues lo que vive no es una cosa. El ser-cuerpo-vivo «*cuerpea*», es decir, el cuerpo no siempre es «tenido» por un ente vivo, sino que, su corporalidad viene a tener sentido como un modo particular de que, el ser vivo es tal; *siendo de modo corporal* que “el cuerpo es cada vez mi cuerpo” (Heidegger, 2007, p. 311).

Así, no hay experiencia sin la corporalidad y, por tanto, aquello de lo que se tiene experiencia ha entrado de algún modo en la vida del sí-mismo (Heidegger, 2000, p. 79). Esta experiencia propia de lo vivido, es lo que sé de mí mismo, de lo que en otra ocasión puedo echar mano. La experiencia es entonces lo que resulta

del cumplimiento de las tendencias y de todos los modos fácticos de ser-en-el-mundo. «Experienciar-experienciado», son términos con que Heidegger quiere indicar lo vivido fácticamente. Ex-periencia como entrar, apropiarse; lo experienciado es tal en el carácter de la disponibilidad de lo puesto en obra libre, expresa y espontáneamente, y no sólo consignándolo y constatándolo; o bien en el carácter de lo que se pone a disposición pasivamente, de lo que puede volver a comparecer para mí (Heidegger, 2000, p. 80). Finalmente, hay que indicar que en la vida fáctica las experiencias marchan entrecruzándose de múltiples maneras, promoviendo ya de este mundo de la vida, ya de aquél, entrelazándose, transformándose, creciendo conjuntamente (Heidegger, 2000, p. 80).

Por otra parte, el carácter situacional del mundo del sí-mismo significa, entonces, un continuo fluir viviente con miras a afrontar una situación fundamental. El sí-mismo vive en situaciones cada vez nuevas, que se compenetran de formas en cada caso nuevas y son imperdibles para todas las que siguen. El mundo de la vida, el mundo circundante, el mundo compartido y el sí-mismo es vivido en una situación del sí-mismo. Lo que comparece en el mundo de la vida comparece siempre en una situación del sí-mismo (Heidegger, 2000, p. 73).

Por tanto, si la vida fáctica tiene su centro en el mundo del sí-mismo y de éste emergen las tendencias, las motivaciones y los cumplimientos de tales tendencias, la autosuficiencia es el carácter fundamental del mundo del sí-mismo. Esta relación viva entre 'manifestación' y mundo del sí-mismo y la relación viva entre autosuficiencia y mundo del sí-mismo anuncia ya en este punto una relación viva entre 'manifestación' y 'autosuficiencia' que es proporcionada de un cierto modo por procesos originarios de la vida en y para sí. Dicha relación no debe ser meramente

deducida, sino que únicamente es tal si se acredita a sí misma (Heidegger, 2000, p. 74). Es decir, todo lo que comparece en la vida se vuelve hacia el sí-mismo.

En síntesis, hemos dicho que los rasgos fundamentales de la vida fáctica son *el cuidado* –en tanto sentido fundamental de la actividad fáctica de la vida– o modo de ser del estar-ocupado-en-algo; *el carácter tendencial* –el estar siempre *dirigido*– (expresamente o no); *el ser para la muerte* –ya que la muerte siempre está presente en la vida–. Y junto a estas estructuras existenciales de la vida, están: *la «autosuficiencia»; los nexos de manifestación; carácter de relieve en general; estabilización; tendencias genuinas y selectivas que aspiran a dominar; problematicidad; cumplimiento; posibilidades de conformación y selectividad* (Heidegger, 2000, p. 75). La mayoría de estos caracteres se conforman en cada caso propio y su significatividad cobra sentido en la experiencia de vivir en el mundo.

El análisis del *ser para la muerte* merece aquí un comentario especial. Primero porque suponemos que la salud-enfermedad, en tanto que existenciales, tienen el mismo rango de preocupación en el cuidado. La muerte se presenta como un modo de ser de la propia vida, en esta modalidad, la muerte se muestra en la *huida* hacia el mundo. Así, replegada, de espaldas a sí misma, evita el encuentro consigo misma, la huida ante la inminencia de la muerte desvela la más radical facticidad del vivir fáctico. Por el contrario, dice Heidegger:

cuando toma posesión de la muerte y asume su certeza, la vida se hace visible en sí misma. La muerte entendida de esta manera, ofrece a la vida una perspectiva y la conduce constantemente ante su presente más propio y ante su pasado, un pasado que dimana y brota de la vida misma (Heidegger, 2002, p. 143).

Ya aludimos a la idea de que, para Heidegger, los términos «ser-ahí» (*Dasein*) y *vida* tienen significado equivalente. El texto que más abunda en la concepción de la vida corresponde al seminario de 1921/22 y publicado en español con el título: *Interpretaciones fenomenológicas sobre Aristóteles*, mismo que hemos venido citando. En su lectura de este texto, Modesto Berciano dice que Heidegger resume en tres puntos su concepción de vida:

1.- La vida es unidad de sucesión y temporalización de los dos modos de vivir: el vivir como intransitivo: estar en la vida, alguien vive con intensidad, etc. Y el vivir en sentido transitivo de vivir la vida, vivir para un objetivo de vivir la vida, vivir para un objetivo, o en los compuestos: tener una vivencia (*Erleben*) para sí; 2.- La vida como algo que tiene en sí y para sí sus posibilidades temporalizadas. La vida tiene y es sus posibilidades. Se trata aquí de una categoría fenomenológica, no apriorística o lógica; 3.- La vida en un sentido en el que se entrelazan los dos anteriores: la unidad prolongada en la posibilidad y como posibilidad (faltar posibilidades, ofrecer posibilidades y ofrecerse, crear posibilidades etc.) y este todo entendido como la realidad, como realidad en su específica opacidad como potencia y como destino (Berciano, 1992, pp. 48-69).

Las categorías fundamentales de la vida identificadas por Heidegger en su lectura de Aristóteles tienen que ver con una serie de estructuras que reflejan la dinámica del vivir: prolongación, sucesión, multiplicidad de realización; articulación como posibilidad, posibilidades ofrecidas, construcción de posibilidades; realidad, potencia, destino (Berciano, 1992, p. 436). El dato relevante que hay que destacar, como lo hace el mismo Berciano, es que el "*Dasein=vida, ser en la vida y mediante la vida*" (Berciano, 1992, p. 49). Hay que dejar constancia de que «*Dasein* y *Vida*»

son conceptos que Heidegger va repensando a lo largo de muchos años y, por ello, estos conceptos van ganando extensión e intención hasta volverse muy complejos.

Al identificar vida con *Dasein*, el análisis existencial puede aplicarse a la vida fáctica, en tanto modo de ser de nuestra propia vida concreta. Heidegger insiste en que tratar fenomenológicamente la vida es hacerlo desde la vida, sobre la vida y para la vida misma (Posada, 2015). Aún más, la filosofía podría concebirse como «Ciencia originaria de la vida en y para sí misma», dice Heidegger (2000). Es decir, que la filosofía no consiste en formulación de definiciones universales de orden deductivo, sino que es siempre un elemento de la *experiencia fáctica del vivir*.

A partir de estas premisas fundamentales, es posible hacer una síntesis de similitudes entre los rasgos existenciales de la vida-salud-enfermedad a partir de lo que Heidegger propone en la interpretación de Aristóteles. Primero, sostenemos la idea de que vida y salud son equivalentes en cuanto modos existenciales del ser del ser-en-el-mundo. Segundo, no existe un proceso transicional entre vida-salud-enfermedad. Esto es, la vida fáctica no transita de un estado a otro. No existen tales estados de salud o enfermedad, menos como estados independientes. Tercero, los síntomas de lo enfermado, son siempre datos tardíos a la experiencia viviente. Previo al percibir sintomático y su interpretación está el vivir fáctico.

Por tanto, vida fáctica, salud, enfermedad son caracteres existenciales del *Dasein* y en consecuencia encontramos sus rasgos ontológicos y su vínculo con el cuidado. Este hallazgo lo hacemos, siguiendo el análisis heideggeriano. Así, si la vida fáctica es siempre *mi vivir*, este vivir que, desde ya, es mío y en el que me comporto de tal modo concreto y preocupado por mi ser, entonces, *mi salud, mi*

*enfermedad también los son.* Porque no puedo ser sin salud y mi enfermedad no puede serme ajena, entonces, la vida fáctica me pone frente a la dificultad con que debo hacerme cargo de mí mismo. Lo anterior es posible, porque puedo acceder a la vida y mantener abierto este acceso a mi vivir concreto.

Mi vivir es siempre mío. No llevo una pesada carga ideológica que me explique o conciba mi existencia desde afuera, vivo simplemente sin prejuizarme, sin teorizar sobre mi vivir: simplemente existo. Existo aquí, ahí, o en cualquier otro sitio: fáctico es lo que es siempre y solamente en cuanto propio, jamás en cuanto una existencia en general de una humanidad universal cualquiera, ya que la simple idea de tener que preocuparse por esa humanidad resulta una quimera (Heidegger, 2014, p. 33)

Nada es más propio para la vida fáctica que la salud que la hace posible. La salud es cuidado. El cuidado es sinónimo de preservar la vida, guardarse de riesgos, conservarse con buen ánimo y asistir puntualmente al vivir: abierto al mundo circundante, nos anticipamos a lo que amenaza y es motivo de temor. Cuidar la salud es saber desde ya cómo se cuida la vida a sí misma. Vivimos circunspectos: vigilantes, solícitos, activos, dispuestos al mundo. La salud es fundamentalmente un temple anímico. En la salud el ánimo puede ser múltiple: alegría, tristeza, nostalgia, esperanza, odio, pasión, perdón, amor, optimismo; sin que tampoco existan transiciones de un estado a otro, como cuando se dice odiarse y amarse a la vez.

Heidegger insiste en que el sentido fundamental de la actividad fáctica de la



vida es el *cuidado* (2014, p. 35). Cada uno cuida de sí a su modo de ser. Esencialmente no hay un cuidado en general: todo cuidar es cuidar de sí mismo, la vida cuida de sí, la salud cuida de la vida. Vivir es cuidarse de lo que ya siempre nos cuidamos: de nada y de todo. Nos cuidamos del mundo que está ahí, ese mundo que siempre somos. Cuidarse es pre-ocuparse por aquello de lo que hemos de subsistir, por la salud del cuerpo y los placeres, por la tranquilidad, el saber acerca de la vida en sus afanes y quehaceres cotidianos (Heidegger, 2014, p. 35).

El cuidarse también relaciona el trato con los entes intramundanos: manipulación de..., preparación de..., elaboración de..., fabricación de..., servirse de..., uso para..., tomar posesión de..., custodiar y extraviar (Heidegger, 2014, p. 36). Desde ya, miramos en torno: hay un mundo circunscrito a nuestro propio mundo. A ese mundo dirigimos la mirada. Ese mundo viene a encontrarnos de forma singular. Lo singular es lo que significa. Tenemos trato con los entes del mundo, nos quedamos absortos, perdidos, expectantes: somos un puro mirar en rededor, carente de orientación y sin ningún propósito ejecutivo. La circunspección es un simple observar (Heidegger, 2014, p. 37).

Este simple observar, sin embargo, no es desorientación y sinsentido. La vida fáctica, insiste Heidegger, *se mueve en todo momento en un determinado estado de interpretación heredado, revisado o elaborado de nuevo*. La circunspección ofrece a la vida un mundo ya interpretado de acuerdo con aquellas perspectivas en las que el mundo comparece y aguarda en calidad de objeto de la preocupación (Heidegger, 2014, p. 37).

Es evidente que la preocupación no es como un actuar indiferente. Lo que nos pre-ocupa es nuestro vivir. Nuestra vida que se despliega hacia el mundo, mundo del que nos cuidamos afrontándolo. El mundo circunscrito nos atrae, nos llama, nos inclinamos hacia él; entonces nos invade, quedamos absortos en él, nos dejamos arrastrar por él. Nos confundimos, nuestra vida es indiferenciada. Inclinados al mundo, caemos en él, una vez y otra vez. Este *declive* es un *movimiento de caída* en el mundo que, a su vez, desemboca en el *desmoronamiento* de la vida misma: caer en el mundo es una propensión o inclinación intrínseca del *Dasein* por las que éste tiende a quedar preso del mundo público y, además, a comprenderse desde esa interpretación mundana y no desde sí mismo. La posibilidad de la caída, en cuanto modalidad básica de la existencia del *Dasein* nunca desaparece: nos acecha por doquier, ya que forma parte de nuestra propia naturaleza (Heidegger, 2014, p. 39).

Jesús Adrián Escudero, traductor del texto de Heidegger que vengo citando, agrega una nota interesante sobre el concepto de cuidado. Dice Escudero:

Sorge indica: cuidado, preocupación, inquietud, solicitud, tener cuidado, habérselas con. ¿Y de qué tiene cuidado la vida fáctica? De todo aquello que le sale al paso en su trato diario y cotidiano con el mundo; mundo que comparece de tres maneras diferentes: mundo circundante (Umwelt) en el que tratamos con objetos, cosas o situaciones; mundo compartido (Mitwelt) con las demás personas; mundo propio (Selbstwelt) de las vivencias del propio Dasein (Heidegger, 2014, p. 92).

Por tanto, resume Escudero, el concepto de *Sorge* envuelve tres modos de relacionarse con el mundo:

el ocuparse de las cosas del mundo circundante o de los quehaceres mundanos (Bersorgen); el preocuparse por las demás personas con las que el Dasein comparte el mundo (Fürsorge) y las inquietudes de cada uno o las preocupaciones propias del sí mismo (Bekümmern) (Heidegger, 2014, p. 92).

En cualquier caso, no olvidar que la pre-ocupación, ya sea de las cosas del mundo, de los demás o de sí mismo, se lleva a efecto desde sí-mismo. Este sí-mismo es total, de carne y hueso, corporal y concreto.

La facticidad de vivir preocupados por la salud se manifiesta como estar-ocupado-en-algo frente a la posibilidad que nos obstaculiza relacionarnos con el mundo. El cuidado de la vida es connatural, pero también es habitual, cotidiano, fáctico. Cuidarse expresa la preocupación por los medios de subsistencia, por la supervivencia, por la familiaridad con las cosas, por el saber acerca de, por la consolución de la vida en sus fines últimos. En el trato cotidiano: la preparación de, manipulación de, elaboración de, fabricación de, servirse de, uso para, tomar posesión de, custodia, extraviar (Heidegger, 2014, p. 39).

Así, tenemos y mantenemos un trato con el mundo, una especie de comercio con otras personas, hacemos cosas con ellos, trabajamos con los utensilios y experimentamos situaciones diversas de la vida diaria: usamos herramientas de trabajo, hacemos negocios, hacemos lo mismo que otros, tenemos hábitos de higiene comunes, casi automatizados, compartimos rutinas, hablamos de lo mismo y en ese modo somos y estamos absortos en-el-mundo de la vida.

A manera de conclusión de esta parte, conviene enfatizar los principales

puntos tratados hasta ahora. Como hemos indicado al inicio de este capítulo, intentamos un acercamiento al pensamiento fenomenológico y hermenéutico de Heidegger para revisar los conceptos de «vida», «vida fáctica» y existencial. A partir de ello, intuimos el de 'salud' y 'enfermedad' en cuanto existenciales del ser-en-el-mundo. El análisis ha sido fructífero, pues nos ha permitido contextualizar y poner de manifiesto los distintos modos que caracterizan la vida en propiedad e impropiamente.

La vida fáctica es el tema central de la filosofía hermenéutica, misma que Heidegger sugiere sea ciencia originaria de la filosofía. Las peculiaridades de la vida fáctica bordan sobre su carácter prelógico y ateorético, mientras que la vida misma presenta peculiaridades fenoménicas únicas como autosuficiencia y autocomprensión. El análisis existencial de la vida pone de manifiesto sus tendencias y sus dinámicas. Una tendencia relevante de la vida es buscar seguridad vital, actividad que lleva a la huida de sí misma para refugiarse en el mundo. Así, la caída y el arruinamiento enmascaran su posibilidad, es decir: su vivir auténtico. No obstante, el ser-ahí caído se rescata en la propiedad y enfrenta la existencia con todo aquello que la vida le da.

Quiero cerrar esta exposición sobre la idea de vida fáctica en Heidegger, destacando la dificultad que implica unificar la mirada en torno a la salud y la enfermedad. La ciencia biológica que conforma el suelo y fundamento de la medicina científica y tecnológica avanza desde una concepción de la vida reducida a la química y física molecular. En este paradigma cada vez importan menos los fenómenos ontológicos y hermenéuticos. La brecha entre filosofía y medicina se

amplió a partir de la segunda mitad del siglo XX con la puesta en operación del proyecto genómico. A este tema nos referimos en el siguiente capítulo.

#### **4.- Lo ente imperceptible a la experiencia**

Una de las razones que tiene Heidegger para rechazar el mecanicismo biológico es la noción de «organismo» como «un conjunto de herramientas» que propone Wilhem Roux (Gilbert, 2005), un concepto con el que se buscaba esclarecer la esencia del animal. A Heidegger, la noción de organismo le parece reductiva e insuficiente. No obstante, el concepto de organismo cambió con los avances de la biología molecular en la segunda mitad del siglo XX, aunque en esencia persistió la idea de que un organismo está constituido por un conjunto de partes. Para Heidegger, la pobreza de mundo del animal le impide el acceso a la experiencia de captarse como un todo orgánico y ese es el problema fundamental que él quiere enfatizar. Para comprender la hondura de esta contrariedad entre ciencia y ontología, a partir del reduccionismo biológico, en esta parte exploramos las bases moleculares de la salud y de la enfermedad, para ver en qué forma hace sentido con lo existencial de la *vida, salud, enfermedad, muerte*

El dogma central de la biología molecular afirma que la transmisión y expresión genética de caracteres hereditarios es resultado de la transcripción de los ácidos desoxirribonucleico (ADN) y ribonucleico (ARN); así como la traducción de este último como proteína. El dogma se expresa simbólicamente como:



Fue Francis Crick quien lo mostró por primera vez en 1958 al referirse a la síntesis de proteínas y, luego, en 1970 lo ratificó como «dogma central de la biología molecular» (Crick, 1970, pp. 561-3).

A partir de esta proposición, se configuró el paradigma de la biología sintética, orientada como ingeniería de sistemas biológicos, cuyo fin principal es producir seres vivos no-naturales; es decir, la creación de microorganismos de *novo in silico*. (Genome Map, 2001). Desde su origen, esta biotecnología se fincó en el mito de desarrollar nuevos fármacos, descubrir terapias génicas; producción, reparación y regeneración de tejidos y reprogramación celular; en síntesis: *crear vida artificial*.

La vida *in silico* tiene como antecedente el descubrimiento de la estructura del ADN, después de lo cual, empieza la identificación de genes humanos contenidos en esta molécula. A la secuencia de genes humanos en el ADN le llaman: “genoma humano”, “libro de la vida”, “patrimonio de la humanidad”, “la más precisa definición del ser humano”, entre otras metáforas con las cuales se alude a una pequeña parte de la célula. Los resultados de este conteo secuencial se publicaron en 2001 (Genome Map, 2001), en medio de una controversia ética por el intento de patentizar los genes humanos por parte de aquellos que los habían descubierto.

¿Realmente la ciencia está creando vida? Si y sólo si se acepta reducir la vida a la molécula de ADN, pasando por alto la totalidad de la célula y su relación con el entorno. ¿Qué es entonces la vida? ¿Qué es y qué sentido tiene la vida

artificial? La proliferación de definiciones que Radu Popa (2004, p. 289) documenta en su estudio revela que la biología es fundamentalmente una ciencia descriptiva, de tal forma que la definición se centra en señalar cómo es la vida y no qué es. Sin duda, en ambos casos se habla de lo mismo, pero cada uno muestra realidades distintas.

Humberto Maturana, un biólogo chileno que tiene el mérito de haber propuesto una “teoría ontológica de la vida biológica”, más allá de explicar el origen y las propiedades físico-químicas de la misma, ha destacado que el rasgo básico en la génesis de la vida es *auto-organización*. Maturana le denomina *autopoiesis* (*αὐτο, ποίησις*). La nota que estructura este concepto es la noción de «circularidad bioquímica». Lo circular implica delimitación entre lo propio y lo ajeno, por tanto, individualidad y especificidad. La unicidad de la vida es posible por la *autocreación* de membranas. Con base en ello, dice Maturana:

la característica más peculiar de un sistema autopoietico es que se levanta sobre sus propios límites, construyéndose como distinto del medio circundante mediante su propia dinámica, de tal manera que ambas cosas son inseparables (Maturana *et al.*, 1990, p.155).

De la concepción de Maturana hay que destacar, primero, la idea de que *los seres vivos son estructuras físicas*, por tanto, reales; segundo, *que son una unidad*; tercero, *están organizados como una red de procesos* y, cuarto, *conforman una red de interacciones (relaciones)*. Estos rasgos podrían asumirse como las notas que estructuran la realidad de lo vivo y, por tanto, esta es la definición de vida de Maturana. Javier Torres Nafarrete resume en cinco las características del fenómeno autopoietico: *autonomía, emergencia, clausura operativa, autoestructuración* y

*autoproducción*. Lo que hay que destacar aquí es la pluralidad de concepciones teóricas de la idea de vida, sin embargo, como veremos, la tecnología lo asume como realidad pragmática (Torres, 1995, p. 123).

Del análisis científico ultramolecular que hace la biología destaca la idea de salud como negatividad: la salud no existe por sí misma como entidad; en su negatividad, la salud no es una facultad, ni una serie de funciones biológicas; tampoco es una estructura anatomofisiológica. Pese a ello, seguimos pensando que la salud es la manifestación de la vida. La salud es la vida en su más pura y natural existencia. Los seres vivientes son lo que son y son como son porque ser es su salud. Así, ser vivo y salud son términos equivalentes, pues, aunque existe la vida enferma, este modo de ser de la vida no es originario. Por tanto, hablar de vida es hablar de salud.

Como estructura vital, la vida tiene un orden preciso en cada individuo. A este orden alude Koshland cuando habla de «principios esenciales-cinéticos y termodinámicos que operan un sistema de vida» (2000, p. 147). Es decir, existe un *programa*. En el origen de todo ser vivo, el programa genético es flexible y adaptable. En este sentido, la vida nunca está concluida. Siempre llena de posibilidades, la vida es improvisación, cambio, ajuste, equilibrio y desequilibrio. Todas estas notas constitutivas de la vida son producto del desarrollo ontogénico y filogenético.

De manera paradójica, frente a la biología molecular y la medicina basada en ella, estamos habituados a percibir nuestro vivir con salud-enfermedad como algo que se experimenta en la totalidad de nuestra existencia. Como hemos dicho líneas



arriba, salud y enfermedad son fundamentalmente templos de ánimo existencial. No obstante, la medicina molecular tiene claro que tanto la salud como la enfermedad están determinadas en el imperceptible nivel molecular de lo biológico.

Un gen (γένος, raza, prole) es un fragmento de ADN constituido por una secuencia de bases púricas: adenina (A) y guanina (G); y bases pirimídicas: timina (T), y citosina (C). Se atribuye a Wilhelm Ludvig Johannsen haber acuñado el término “gen” en 1909, aunque otros autores se lo adjudican a Hugo de Vries en 1889. (Kim, 1995). El ADN está contenido en el núcleo de las células y la cantidad de genes varía en cada especie. A este conjunto de genes de cada individuo se le llama genoma. El ADN es una molécula química sintetizada en el núcleo celular, donde se transforma desde un estado coloidal para formar unos pequeños cuerpos llamados cromosomas. En aquellos seres vivos menos evolucionados que carecen de núcleo, el material genético se localiza en vesículas citoplasmáticas. Aunque Gregory Mendel no les llamó genes, muchos años antes de que se identificaran, los caracterizó como factores involucrados en la transmisión de caracteres hereditarios de una generación a otra (Slack, 2014, pp. 93-120).

La estructura de los genes puede alterarse por mutaciones espontáneas o por factores ambientales, pero el cambio más impactante es la segregación de material genético que ocurre en la reproducción sexual. Hasta hoy, los biólogos no tienen claro cuáles son las alteraciones genéticas que producen muchas enfermedades, pero se han identificado muchos genes cuya mutación se asocia causalmente con la enfermedad. En consecuencia, resulta evidente que la vida tiene niveles de orden, funciones y organización, pero no ocurre lo mismo con la salud-

enfermedad; estas son epifenómenos y su apariencia sólo cambia por influencia del proceso de individuación. Estamos pues frente a un caso de ser y apariencia.

El genoma humano está conformado por unos tres mil millones de nucleótidos y probablemente 25 mil genes (IHGSC, 2004). La visión reduccionista asume que en cada uno de estos fragmentos de ADN está codificado el secreto de lo que somos y podemos llegar a ser. Se habla de información genética suponiendo que el ordenamiento secuenciado de los genes determina a la morfogénesis. Sin embargo, las evidencias científicas cada vez muestran más claramente que los caracteres hereditarios no se transmiten en forma lineal y que en realidad participan el azar y muchas condicionantes del medio ambiente, es decir, factores epigenéticos (Berger *et al.*, 2009, pp. 781-783).

El término «epigenética» lo propuso Conrad Hal Waddington en 1942 (Berger, 2009), en referencia a las interacciones que ocurren entre los genes y el medio ambiente. El medio ambiente de los genes tiene que ver con las condiciones físicas-químicas internas del organismo, pero también con factores externos. Como sabemos, los genes están contenidos en la estructura de ADN, éste está dentro del cromosoma, el cromosoma en el núcleo, el núcleo en la célula, ésta en un tejido, el tejido en un órgano y el órgano en un organismo. Cada uno de estos compartimientos conforman un medio particular con procesos regulatorios dependientes de los propios genes. La epigenética, por tanto, estudia las modificaciones en la expresión de los genes, las alteraciones de los mismos y la forma como éstas se heredan. La investigación actual describe al menos tres procesos epigenéticos clave: la metilación de ADN, la modificación de las histonas y el efecto del RNA no codificable.

Los procesos de metilación se han relacionado con problemas en la gestación, el embarazo y el parto. Por otra parte, la temperatura del ambiente induce cambios enzimáticos que se traducen en fenotipias como coloración de las alas en las mariposas y determinación del sexo en los reptiles. En el campo de la salud humana, se han identificado muchas enfermedades relacionadas con cambios epigenéticos, en donde el estrés y la nutrición pueden hacer que los genes se activen o se apaguen (Hewitt *et al.*, 2017). Podemos resumir este punto diciendo que los seres vivos son el resultado de la acción de los genes y el medio ambiente.

La pertinencia de todo este marco teórico sobre genes, corporalidad, salud y enfermedad reside en la necesidad de mostrar el proceso genealógico de la corporalidad. El cuerpo como materialidad estructural, cuerpo físico, diseñado, organizado, situado en espacio y tiempo. Las investigaciones genéticas afirman que la organización del plan corporal está codificada en el genoma y, aun cuando no esté del todo descifrado, la naturaleza nos ha mostrado el camino para saberlo. La genómica promete el mapa corporal completo a nivel molecular. En esta promesa se finca el futuro de las terapias para varios tipos de cáncer y muchas enfermedades para las que hoy no existe posibilidad de curación.

En su bello libro, *El azar y la necesidad*, Jacques Monod (1993), empieza por señalar lo extraño que parecen esos objetos llamados seres vivos. Extraños, no sólo por ser una paradoja de la física, sino por las notas esenciales que los caracterizan. Monod indica tres rasgos distintivos de lo vivo: teleonomía, morfogénesis autónoma e invariancia reproductiva.

La invariancia reproductiva reside en la seguridad de producir en la progenie estructuras de alto grado de ordenamiento y similares a las del progenitor. Para que

esto se cumpla, Monod supone la existencia de un proyecto teleonómico orientado a la sobrevivencia y la multiplicación de la especie. Este autor insiste en que no se trata de fines y por tanto teleonomía no es lo mismo que teleología. Por la misma razón, la invariancia reproductiva se manifiesta al nivel general, ya que la especificidad es contingente y azarosa; lo que significa que en la naturaleza el individuo es mayormente contingente que la especie.

Así, pues, el cuerpo biológico aparece desde una virtualidad, se hace patente a partir de dos células progenitoras. Desde su intimidad físico-química se configura un nuevo ser donde no había más que fragmentos de materia. Aunque, como afirma David Le Breton (2007), desde el punto de vista biológico la persona no existe; pues el cuerpo así presente es un cuerpo animal. Animal animado y dotado de aliento y movimiento propio. Para muchos genetistas y biotecnólogos es también un cuerpo-mensaje, un cuerpo-informalógico. Pero si nos atenemos a la concepción de Gilbert Simondon, este cuerpo que recién aparece como totalidad somática en despliegue potencial, es un individuo, pues, lo que hace que un ser sea diferente de todos los demás es la operación a través de la cual su materia ha adquirido forma en un cierto sistema de resonancia interna. Resonancia interna que exige comunicación y mantiene una *metaestabilidad* como condición de vida (Le Breton, 2007, p. 92).

Simondon establece dos vías por las que puede abordarse la realidad del ser como individuo. Por un lado, la vía sustancialista, que considera al ser como constituyente en su unidad, dado a sí mismo, fundado sobre sí mismo, engendrado, resistente a lo que no es él mismo; por otra parte, la vía hilemórfica, según la cual, el individuo es engendrado por el encuentro de forma y materia. De hecho, dice Simondon, ambas posturas suponen que existe un principio de individuación

anterior a la individuación misma, susceptible de explicarla, producirla y conducirla. De forma tal, que primero existe el principio de individuación; luego ese principio interviene en una operación de individuación y finalmente aparece el individuo (Simondon, 2011, p. 24). Pero aquí el individuo es relativo. No es un equilibrio estable sino *metaestable*. El equilibrio estable excluye el devenir, por tanto, la ontogénesis de la individuación.

Es relevante la teoría de la individuación que propone Simondon para establecer categorías como singularidad e individualidad, identidad e individualidad. La singularidad deviene de la pre-individuación, pero no es resultado de, sino individuación inconclusa, es decir, en realidad no hay un pre y un post sino un *permanecer individuándose*. De hecho, en la individuación biológica, no hay individuo terminado, equilibrado e integrado, pues eso significaría agotamiento energético e incapacidad de seguir transformándose; es decir, la muerte del sistema. El individuo es relativo, porque no es todo el ser y proviene de un estado del ser donde no existía ni como individuo ni como principio de individuación. Así pues, la ontogénesis es devenir del ser. Y por ello, lo viviente conserva en si una actividad de individuación permanente. Por ello también, la individuación biológica a diferencia de la física, incorpora las nociones de orden, incremento de la entropía, energía potencial y neguentropía como información.

En conclusión, el cuerpo embrionario es un sistema ontogénético en principio de individuación continua y permanente. Sistema neguentrópico, como en alguna forma lo sospechó Erwin Schrödinger (1943). Este carácter neguentrópico de lo viviente va más allá de una secuencia de equilibrios de lo simple a lo complejo o ajustes mecánicos adaptativos. Lo que verdaderamente hace la diferencia entre lo

viviente y un sistema técnico-cibernético es que el viviente al hacerse cargo de sí mismo, resuelve problemas, no sólo adaptándose, sino también modificándose él mismo, inventando nuevas estructuras internas, introduciéndose completamente en la axiomática de los problemas vitales. En síntesis, concluye Simondon: el individuo viviente es sistema de individuación, sistema individuante y sistema individuándose (2011, p. 30). Veremos en el siguiente segmento cómo esta concepción tiene que ver con la salud y la enfermedad.

## **5.- El sentido de ser-sano y ser-enfermo**

Podríamos seguir ahondando en la abstracción molecular de la salud y la enfermedad. Sin embargo, lo mostrado hasta aquí parece suficiente. Es necesario volver a la filosofía para tratar de encontrar el sentido que tiene todo esto. En lo que sigue, intentamos avanzar montando un pie en la filosofía y otro en la medicina. En esta postura intentamos encontrar el sentido ser-sano y ser-enfermo. Porque si bien la salud y la enfermedad son fenómenos biológicos, a ningún ser vivo le importa eso, excepto al ser humano. Es decir, la salud y la enfermedad sólo tiene sentido en aquel Ser que existe en el mundo, porque el mundo es su propio existir.

El modo original de ser-en-el mundo está determinado por el encontrarse y el comprender, ambos existenciales se implican mutuamente: se comprende dónde, quién, cómo se encuentra el ser de los entes y el ente que es mi propio ser. Encontrarse es comprenderse. Pero todo esto no es inmediato, ni producto de un

estado psicológico o de conciencia. Es más elemental, más básico: es un estado de ánimo ligado a sentir que estamos vivos, sentir que existimos, que somos ahí, aunque no se sabe por qué. La vida es un sentir-se: sentir el enigma de encontrarse vivo, vida que es nuestra, de la que somos responsables. Vida que late conmigo, en mí, para mí: ser yo mismo. Así, nos encontramos arrojados en-la-vida, en-la salud, en la enfermedad: viviendo, existiendo y no sabemos cómo y por qué.

Sin embargo, la medicina en tanto que ciencia y arte, repara en la salud cuando ésta se ha perdido. Es decir, para la medicina la salud está velada, por tanto, no existe una medicina de la salud. Hay que enfermar para saber de la salud; la salud, por tanto, es falta de algo, carencia, incompletud, minusvalía y falta de ánimo. Oculta, como suele estar, velada para el propio ser-ahí, la salud sólo es visible cuando se manifiesta en temples de ánimo tales como: vitalidad del viviente, aptitud fisiológica autopercibida, bienestar y armonía con el entorno de entes en el mundo. Estos temples de ánimo son percepciones del estado de abierto a que la vida como ente se hace patente para el ser-ahí. Lo fenoménico del vivir es energía vital, fuerza corporal, sentir el cuerpo en acción, propiocepción, sentido interior del despliegue somatosensorial y afectivo. El ente que es el ser del ser-ahí se anuncia con sutileza. Igual ocurrirá con la enfermedad, ésta abrirá otro templo de ánimo, relacionado con la muerte.

La insuficiencia que muestra el enfoque objetual de la ciencia reside en no situarse en el “campo fenomenal”. Aislar la salud, cuantificarla y cosificarla lleva a perder el horizonte y la perspectiva. El ser viviente y su salud es sólo un exterior sin interior en un espectador neutral. En suma, para la ciencia, el mundo vivido está velado: no reconoce que en mi horizonte perceptivo doy cuenta de mí, este “mí” que

es una parte de mi mirada en perspectiva, mi médico o cualquier otro que me perciba, siempre verá una parte de mí; en este sentido, el “mí” es la suma de todas estas miradas en perspectiva. Porque mi-salud es en-mi-cuerpo, desde-mi-cuerpo, con-mi-cuerpo, por-mi-cuerpo como ser-en-el-mundo.

Como autopercepción, mi salud es impulso, acción, movimiento. Mi salud es placer, temor e ira. Mi salud es también quietud, contemplación y creatividad. Mi salud es comportamiento y voluntad. Mi salud es, en suma, peculiaridad del cuerpo propio. Cuando me percibo en salud, me hundo en mi vida: un estado de interioridad más allá de lo que logro ver, oír, oler, tactar o probar. Este peculiar estar sano objetiva la corporeidad. El cuerpo despliega sus potencialidades y revela su temporalidad. La visibilidad de la salud corporal se expresa en diversas actitudes, posturas y actividades. Todo este estado perceptivo equivale a lo que Heidegger designa como «temple de ánimo». Y, en este modo de ser, «el ser-ahí ya está siempre afectivamente abierto como *aquel* ente al que la existencia le ha sido confiada en su ser, un ser que él tiene que ser existiendo» (Heidegger, 1971, p. 65).

Por todo lo anterior, la salud no es objetivable. No es dato ni medida. La salud es actividad del vivir, es un pasar viviendo individual; es modo de andar por la vida sobrepasando sus propias normas y creando nuevas posibilidades de vida. Lennart Nordenfelt ha hecho consideraciones interesantes sobre la subjetividad involucrada en la salud, por ejemplo, dice que la “salud es la capacidad de un sujeto para realizar sus metas, aunque éstas fueran mínimas, pero suficientemente durables para alcanzar bienestar y felicidad” (2005, p. 118). El bienestar y la felicidad en este filósofo tienen referentes teóricos muy concretos. El marco teórico de Lennart Nordenfelt es la «teoría de la acción social», que como se sabe ha sido



ampliamente desarrollada en la sociología, psicología social y la teoría de la comunicación. Nordenfelt ha reconocido la influencia de Talcott Parsons (1999), en su concepción de salud (Nordenfelt, 1995, p. 119); lo que en alguna forma lo ubica en el estructural-funcionalismo.

Es desde este marco teórico que Nordenfelt puede sostener la idea de una salud holística, donde el individuo como sujeto está en el centro de la acción. El funcionalismo social de Parsons supone que en el sistema social el individuo se adapta flexiblemente en la medida que logra sus metas integrándose en diferentes estratos sociales, lo que lleva a conservar el modelo de control de las tensiones sociales (Parsons,1999). La salud y la enfermedad son elementos estructurales y funcionales del sistema social. Nordenfelt piensa que la salud es la capacidad de actuar del sujeto en un medio ambiente que le posibilita realizar sus metas vitales. Existe entonces una intencionalidad del sujeto para buscar la salud. Nordenfelt equipara salud a bienestar y a felicidad. La finalidad última de las metas vitales es la felicidad del individuo.

La salud en la óptica de Nordenfelt está referida al sistema social y no tanto a la biología. Así que el problema ahora será establecer los criterios para medir salud, bienestar y felicidad, de manera que tampoco resulten de juicios morales o legales, como cuando se habla de “derecho a la salud” y se piensa que la salud procede de un agente externo al sujeto. Como quiera que sea, un individuo que quiere lograr sus metas vitales debe tener la capacidad y la oportunidad para lograrlo. Las metas vitales expresan necesidades por satisfacer y subjetivamente pueden ser propósitos que una persona se impone a sí misma. En cualquier caso, lo vital tiene que ver con lo mínimo necesario para una felicidad durable.

El concepto de bienestar, que como ya vimos, forma parte principal de la definición de salud de la OMS, tiene diversas interpretaciones. En primer lugar, alude al bienestar físico del cuerpo. La estructura y el funcionamiento fisiológico del cuerpo corresponden a un diseño ontogenético y filogenético. La fisiología ha estudiado las unidades funcionales y ha podido establecer la eficiencia de los sistemas orgánicos en términos de promedios y desviaciones estándar, tal como lo analiza Christopher Boorse (1997). En segundo lugar, el bienestar mental es una autopercepción individual ante la cual no hay criterios que lo definan. Tercero, el bienestar emocional, que se asocia a la presencia de conflictos y la forma de afrontarlos. Por último, el bienestar social, en el que se incluyen cuestiones diversas de orden económico, educativo y psicosocial.

Como puede apreciarse, la analítica de la salud una y otra vez nos regresa a la filosofía. Nos exige una mirada profunda del ser del ente. Pensar la salud exige estar en y desde la filosofía. ¿Qué significa estar en la filosofía y hablar desde la filosofía? En este caso, significa un intento por desmontar el mito que afirma la existencia de una salud en sí como verdad consensuada, donde no queda nada que decir fuera de lo que dice la ciencia; donde el cuerpo no puede escapar a las determinaciones de objeto. También significa llamar a la conciencia de que la reducción científica pasa por alto la posibilidad de aprehender la esencia entera del Ser, cuestión que interesa al hombre en cuanto hombre. La filosofía no es una ni unitaria y en eso reside su interés. Pero sea cualquiera la definición que adoptemos de ella, acabaremos comprendiendo lo que dice Heidegger: "Filosofía es filosofar". (2007, p. 220). El sentido de esta afirmación lleva a comprender que la filosofía no está del todo hecha y cada hombre la reinicia en cuanto se pregunta por el sentido

de su propia existencia. Por eso, dice Jaspers: filosofía quiere decir *ir de camino* (Heidegger, 2004, p. 20).

Pero nadie filosofa en vano, ni se va por cualquier camino. Se va por el camino de la vida y se filosofa sobre lo mismo. No hay filosofía en el vacío. Cuando Zubiri se pregunta ¿qué es el vivir humano? (este vivir humano-en-salud). En apariencia, dice Zubiri (1986, p. 157), este vivir es estar-por-ahí, moviéndose de un lugar a otro; interactuando con otros seres humanos y con la naturaleza en general; participando de las cosas del mundo; disfrutando o sufriendo momentos del vivir. Comer, dormir, respirar, regular la temperatura corporal, ingerir alimentos, metabolizarlos y producir energía química y física; todo eso también es un hacer en la vida. Así, el vivir parece un hacer. Vivir es lo que se hace en la vida; aunque Zubiri piensa que la vida humana no puede definirse por los distintos haceres del hombre en su vida.

Se advierte en Zubiri que hay dos niveles del hacer. En uno se hacen actividades inherentes a la constitución físico-químico-biológica, en otro, se hacen actividades cuya complejidad tiene que ver con la biografía. Pero estas dos maneras del hacer humano forman una unidad interna de la vida. Esta unidad es estructura unitaria de la trama de los distintos quehaceres, por tanto, no es una suma de quehaceres, sino una unidad compleja cuya expansión está mantenida internamente. Zubiri alude aquí tanto a Henri Bergson como a Wilhelm Dilthey. Al primero, para señalar que Bergson concibió la unidad de la vida como un punto unitario cuyo despliegue caracteriza la *duración*. Al segundo, para indicar que Dilthey fue quien por primera vez propuso la idea de que la unidad de la vida es unidad de sentido.

Esta unidad de sentido, resume Zubiri, es lo que vivo, es mi vida. Este carácter posibilita la vivencia. La vivencia no tiene mediación de un sujeto, siempre es mía. La vivencia tampoco tiene pretensión de realidad, es la realidad lo que vivencio. Me vivo, soy vivido por mí, vivo mi plena realidad. Pero qué es ese «mí», pregunta Zubiri a Dilthey. No es un estado de conciencia necesariamente. Y responde: “la vivencia lo es por ser el carácter esencial de una acción vital, pero no es vital porque sea vivencial, sino que es vivencial por ser vital” (Zubiri, 1986, p. 550). Con esta cita básica de Zubiri, cerramos este capítulo y volveremos al tema más adelante.

## **6.- Carácter ontológico del ser de la salud y de la enfermedad**

A riesgo de ser reiterativo, en este capítulo se retoman los puntos fundamentales que condicionan la analítica existencial. Uno de los ejes fundamentales de la investigación filosófica de Heidegger es lograr poner en claro lo que es el Ser como tal. En este sentido, la pregunta ontológica que se plantea interroga por *quién* es el ente, *qué* es el Ser *por qué* es el sentido del ser del ente (Wagner, 1945, p. 111). El ente que pregunta por el ser somos nosotros mismos en cada caso. Somos pues el ente que se preocupa por su ser y en esta “preocupación” nos va la esencia como existencia. Es decir, la pregunta por el Ser, supone cierta comprensión del ser, lo cual implica que el *Dasein* al formularla, lo hace

preontológicamente. Lo preguntado es el ser y su sentido, *lo interrogado* acerca de lo preguntado se dirige a los entes; sobre todo qué es ser-ahí (*Dasein*)<sup>12</sup>.

Por tanto, el carácter ontológico del *Dasein* tiene que ver con su capacidad de preguntar siendo un ente. Por eso dice Heidegger que lo óntico del ser-ahí reside en que éste es ontológico: ser ontológico significa ser cierta comprensión del Ser. Esta relación entre el Ser y el *Dasein* se pone de manifiesto en la analítica existencial: el *Dasein* mantiene una doble relación, por un lado, con los entes y, por otro, con el Ser; en esta última relación reside su carácter ontológico fundamental. De ello se deriva también su prioridad óntico-ontológica. La «ontología» como fenomenología es sólo un preguntar e investigar dirigido hacia el ser en cuanto tal (Heidegger, 2000, p. 72).

En el plano ontológico, la pregunta por la salud y la enfermedad no va en el sentido de un qué, sino de un cómo. Es decir, se trata de caracterizarlas tal y como ellas se muestran en y desde sí mismas. ¿Quién puede y debe mostrar la salud y la enfermedad? En principio el propio *Dasein*, ya sea en la apertura o en algún otro modo de ser, pero este acto de mostración es siempre a sí mismo. Sin embargo, este parece ser un obstáculo epistemológico para comprender cómo se comparte la experiencia fáctica de ser-saludable y ser-enfermado. Por ahora, el examen de este problema nos desviaría de nuestro propósito.

Lo importante en el plano ontológico, es señalar que ser-ahí es tener que ser como apertura al mundo y la ciencia es sólo un modo de apertura del ser-ahí,

---

<sup>12</sup> Nota: aunque *Dasein* tiene varios significados en español, en esta parte de nuestra investigación la asumimos como equivalente a ser humano.

aunque no es el más originario; esto es en razón del modo que tiene este ser de abrirse al ente. La constitución existencial del ser-ahí le condiciona tener que hacerse cargo del propio ser y, en todo momento debe decidir acorde a la comprensión de sí mismo y a la precomprensión del ser en general. Este ser-ahí, instalado en el mundo, siendo su mundo, debe decidir ser sí mismo. Las posibilidades de ser pueden orientarse a la propiedad o la impropiidad. Debe existir, porque la esencia del ser-ahí es la existencia.

Marco Sanz Peñuelas (2011), exploró este tema en un trabajo de tesis, La investigación de Sans es de particular interés por dos razones fundamentales. En primer lugar, explora diversas concepciones fenomenológicas de la enfermedad para mostrar los equívocos en que han incurrido algunas teorías de la salud y de la enfermedad. En segundo lugar, propone una serie de pistas para establecer el carácter existencial de la enfermedad. Sanz Peñuelas plantea la hipótesis de que «la enfermedad comporta un carácter análogo a la angustia en el Dasein» (Sanz, 2011, p. 90).

Es posible concluir respecto al modo de cómo es el mostrarse de la salud y la enfermedad en el vivir fáctico del ser-ahí, considerando lo siguiente: sí como afirmamos, la salud y la enfermedad tienen carácter existencial y estos existenciales son modos de ser del ser-en-el-mundo y en tanto que tales, se muestran como modos de apertura del *Dasein*; la enfermedad patentiza la existencia de ser-ahí en un modo peculiar que consiste en un desvelamiento del cuerpo enfermo, doliente, debilitado. La enfermedad es una vía de apertura al ente enfermo, a la facticidad ordinaria de la quietud saludable, lo armonioso, lo insensible

del ser-saludable.

Lo anterior contrasta con otros estudios de temática similar, donde se ha explorado el carácter existencial de la enfermedad. Por ejemplo, el excelente estudio de Marco Sanz Peñuelas, que supone la existencia de una analogía estructural entre el fenómeno de la enfermedad y el de la angustia ante la muerte, según este autor, el estado morbosos es un modo inminente de apertura (Sanz, 20011).

Nuestra hipótesis es muy parecida, pero concebimos la enfermedad en forma distinta, sobre todo por considerar que la *vida fáctica-salud-enfermedad* es inherentes y constituyen una estructura unitaria del Dasein. Como ya hemos indicado, el concepto ontológico de «vida» en Heidegger es problemático de delimitar, pero ni es ajeno a su filosofía ni está ausente en su análisis estructural del ser-ahí, especialmente en su filosofía temprana y a la luz del pensamiento de Aristóteles. En este sentido, tal vez sea el concepto de «salud» el que resulte más complicado de religar a su fenomenología. No obstante, algunos de sus discípulos hicieron comentarios y publicaron análisis interesantes, tal es el caso del médico psiquiatra Medard Boss (1983).

Para Heidegger, fenómenos como vida, salud, enfermedad, así como cuerpo, hombre y cualquier otro tema de estudio de que se ocupa la ciencia, se ubican como campos de estudio de ontologías regionales: tal sería el caso de la biología, la medicina y la antropología. Sin embargo, tenemos claro que a Heidegger le interesó elaborar una ontología fundamental. Esta podría ser la razón por la que el análisis

exegético de estos fenómenos existenciales ha sido más bien escaso. Aun así, la exégesis ontológica de vida, salud, enfermedad, muestra que encontrarse como: *viviente-saludable-enfermo*, así como, percibirse *afectivamente apto-vital-alegre, con bienestar, con dolor y sufrimiento*; están atravesados por la angustia como estado de ánimo que hace patente al ser-ahí su existencia. De igual manera, la comprensión de estos existenciales (vida, salud, enfermedad), se revelan como modos fundamentales del ser de ser-ahí. Su comprensión desvela posibilidades de ser en cada caso aquello que puede ser en estado de abierto.

En fórmula heideggeriana, podríamos decir que el hombre es un ente que en su ser comprende el ser *en el modo de comprender el ser*. “*La comprensión del ser es ella misma una ‘determinación de ser’ del ser ‘ahí’*” (Heidegger, 1971, p. 22). En esta peculiaridad óntica del ser-ahí consiste que éste sea ontológico, no que desarrolle una ontología; pues la ontología implica el cuestionamiento teórico explícito del ser del ente; por tanto, “hay que designar este ser ontológico del ser-ahí como preontológico” (Heidegger, 1971, p. 22). Sin embargo, «preontológico» no significa tan sólo un puro estar siendo óntico, sino un estar siendo en la forma de una comprensión del ser.

Ahora bien, si la existencia es irrenunciable para el ser-ahí, suponemos que sobre esa base se elige la posibilidad de una existencia saludable. El carácter preontológico de lo saludable lo determina el cuidado. De hecho, en la cotidianidad de la vida fáctica se sabe desde ya qué es sano y qué no lo es. Si se nace en una tradición, el ser-ahí ha caído en una cotidianidad de la vida fáctica sin sobresaltos.



En este caso, la enfermedad abre un temple de ánimo que inclina al ser-ahí hacia la recuperación de la salud que parece pérdida.

Puesto que el ser-ahí se comprende a sí mismo y la existencia determina al ser-ahí, el análisis de estas estructuras que tienen como finalidad la comprensión de sí mismo, Heidegger lo designa como “comprensión existencial, según la traducción de Rivera; existencial, según Gaos. Pero ambos traductores coinciden en que se trata de mostrar la incumbencia óptica del ser-ahí, es decir, el modo de comprender la existencia propia. El proceso de comprensión de sí mismo no se hace ver a través de un análisis teórico de la estructura ontológica de la existencia, lo que se llama ‘existencialidad’ (*exis-tencialidad*). Su analítica no tiene el carácter de un comprender existencial, sino de un comprender *existencial*, según explica Rivera, se trata de enfatizar que «la tarea de una analítica existencial del *Dasein* ya se encuentra bosquejada en su posibilidad y necesidad en la constitución óptica del *Dasein*” (Heidegger, 1997, 13).

A riesgo de ser reiterativo, nos interesa enfatizar algunas precisiones de Heidegger que resumen y vinculan con nuestro propósito. En primer lugar, respecto a la ciencia, Heidegger (1971), enuncia desde el principio: “las ciencias son modos de ser del ser-ahí”. Esto significa que la ciencia al indagar, preguntar, suponerlo hace al modo de ser del ser-ahí. El ser-ahí se comporta en relación a entes distintos a él al modo como lo hace la ciencia: la ciencia actúa desde el ámbito óptico, pero el ser-ahí es preontológico. Esta relación con los entes es su vínculo con el mundo, pues “al ser-ahí le es esencialmente inherente esto: ser en el mundo”. Al ‘ser-ahí’ concierne la tarea de comprender el mundo y los entes que existen dentro de ese mundo con igual originalidad que comprende el ser que le es inherente. Por esta

razón, toda ontología se funda en la estructura óptica del ser-ahí, lo que significa, que toda comprensión del mundo es también una comprensión preontológica. “De aquí que la ontología fundamental, única de la que pueden surgir todas las demás, tenga que buscarse en la analítica existencial del ser-ahí” (Heidegger, 1971, p. 23).

En segundo lugar, destacar la múltiple preeminencia del “ser-ahí” sobre los otros entes:

- 1.- preeminencia óptica que indica como el ente que es ‘ser-ahí’ es en su ser, determinado por la existencia;
- 2.- preeminencia ontológica, implica como el Dasein en razón de ser determinado por la existencia, es el ‘ser-ahí’ en sí mismo ‘ontológico’;
- 3.- preeminencia óptico-ontológica, significa por qué comprender el ser de todos los entes de una forma distinta de la del ‘ser-ahí’, es condición que posibilita el fundamento de todas las ontologías y por ello, el ‘ser-ahí’ se muestra como aquel al que se debe preguntar ontológicamente con anterioridad a todos los demás (Heidegger, 1971, p. 23).

La salud y la enfermedad son fenómenos a los que hace frente el ser-ahí en el modo existencial de ser-saludable y ser-enfermado. Pero estos fenómenos pueden mostrarse por sí mismos de forma encubierta y manifestarse por indicios diversos. «Encubrimiento», dice Heidegger, es el concepto contrario a «fenómeno». Es decir, el fenómeno es aquello que se muestra, pero fenómeno es también aquello que parece ser. Para ilustrar esta peculiaridad del fenómeno en cuanto a su encubrimiento, Heidegger pone el siguiente ejemplo:

Se habla, por ejemplo, de ‘fenómenos patológicos’, con los cuales se mientan

anomalías que se muestran en el cuerpo y que al mostrarse en tanto mostrándose, son indicio de algo que no se muestra en sí mismo. El surgimiento de semejantes anomalías, su mostrarse, va a la par con la presencia de perturbaciones que no se muestran en sí mismas (1971, p. 52).

Es interesante que Heidegger recurra a un ejemplo de la medicina clínica para ilustrar el modo en que los fenómenos salud-enfermedad se encumbren y se muestran al *Dasein* a través de indicaciones, representaciones, síntomas y signos. En efecto, suele decirse que la salud está oculta o ausente en la cotidianidad del vivir fáctico. La salud es tan imperceptible para el *Dasein* caído al «uno», que hay una especie de olvido del ser-saludable; un modo impropio de afrontar la corporalidad y sus funciones. La pasividad, los hábitos en el comer y el beber revelan abandono, negligencia, descuido y despreocupación. Todo esto no tiene que ver con una psicología, no es una conducta subjetiva. Es más bien un modo de ser en la facticidad; es un modo de encubrimiento de las posibilidades del ser-ahí propio.

Heidegger se detiene para aclarar los diversos sentidos de *mostrarse* a partir de la fórmula siguiente: “los fenómenos no son *jamás* manifestaciones, pero toda manifestación está, en cambio, necesitada de fenómenos” (1971, p. 39). Se precisa enfatizar que el fenómeno es el mostrarse-en-sí-mismo. La fenomenología entonces es una vía para «hacer ver desde sí mismo aquello que se muestra, y hacerlo ver tal como se muestra desde sí mismo, (es, por tanto) el modo de acceso y de determinación evidenciante de lo que debe constituir el tema de la ontología. *La ontología sólo es posible como fenomenología*. Considerada en su contenido, la

fenomenología es la ciencia del ser del ente —Ontología— (1971, p.55).

Partiendo de la ya evidenciada existencia del *Dasein*, Heidegger propone el análisis de la constitución fundamental del ser-ahí como estar-en-el-mundo, ya en la propiedad, ya en la impropiedad, para este ser que en su ser le va su ser, éste no se limita a estar ahí. Ciertamente se está ahí como caído, pero la facticidad implica: el estar-en-el-mundo de un ente intramundano, en forma tal que este ente se pueda comprender como ligado en su destino al ser del ente que comparece para él dentro de su propio mundo. Y es justo por ello que puede estar-en-el-mundo fácticamente de múltiples formas:

habérselas con algo, producir, cultivar y cuidar, usar, abandonar y dejar perderse, emprender, llevar a término, averiguar, interrogar, contemplar, discutir, determinar. Todas estas son maneras de ocuparse; algunas de las cuales pueden ser modos deficientes y de dejar de hacer, omitir, renunciar, reposar, y todos los modos de 'nada más que' respecto de las posibilidades del ocuparse. Todas estas maneras de ser son posibles porque el *Dasein*, entendido ontológicamente es cuidado (Heidegger, 1971, p.83).

Estar-en-el-mundo fácticamente en la ocupación, interpretándose, comprendiéndose en medio de su vivir mundano. Mundano porque mundeia. Puede experimentar su salud como propia, cuidarse, conducirse prudentemente; o quedarse en la impropiedad, abandonarse y seguir el ritmo del entorno, dejarse llevar. En esta ritmicidad de la vida, la corporalidad se habitúa, la fisiología corporal se ajusta a ritmos cosmológicos: ciclo lunar, ciclo solar, oscilación de luz-obscuridad, cambios estacionales y otras influencias como vientos, aguas,

temperatura, humedad. La habituación tiene como propósito orientar la ocupación.

Ahora bien, ontológicamente el *Dasein* siempre se *encuentra* en algún estado afectivo. “En el temple de ánimo, el *Dasein* ya está siempre afectivamente abierto como *aquel* ente al que la existencia [*Dasein*] le ha sido confiada en su ser, un ser que él tiene que ser existiendo” (Heidegger, 1971, p.184). El *Dasein* en su ahí, tiene *condición de arrojado*. “El término condición de arrojado mienta la *facticidad de la entrega a sí mismo*” (1971, p.184). El estado de ánimo nos sobreviene. No viene ni de fuera ni de dentro, sino que, como forma del estar-en-el-mundo, emerge de este mismo ser que somos nosotros. Es su propio ser el que se le hace patente.

Respecto de la disposición afectiva, Heidegger presenta tres puntos de vista: el ante qué del miedo, el tener miedo y el porqué del miedo. En ellos sale a luz la estructura de la disposición afectiva en general. El ante qué del miedo tiene el carácter de lo amenazante: lo que se muestra en un contexto de hacer daño; lo que se experimenta como inquietante; lo que amenaza viniendo hacia nosotros, “lo que puede ser dañino en grado máximo y se acerca constantemente, pero en la lejanía, no se revela en su temibilidad” (1971, p. 165).

Tanto la salud como la enfermedad se manifiestan con un estado de ánimo, esto es más patente en la enfermedad. El temple de ánimo en la salud está referido al despliegue de la ocupación práctica en la vida fáctica. Habérselas con los entes circunmundanos, desempeñar labores rutinarias, aburrirse con ellas. Pero en todo eso hay una cotidianidad de término medio. En ese marco hay ansiedades, miedos, temores, preocupaciones; pero nada de eso sobrepasa ni pone a prueba las

posibilidades del *Dasein*. Aquí están también las pequeñas alegrías de la vida, los festejos, los aniversarios, las ilusiones y las esperanzas.

La enfermedad en cambio templea el ánimo de modo distinto. El dolor agudo, las heridas graves y todas las enfermedades que tienen modos de presentación abrupta. Todos estos eventos son como una voz silenciosa que nos habla en un temple de ánimo peculiar. Aunque el *Dasein* siempre está templado, hay temples de ánimo que Heidegger designa como fundamentales. En el temple de ánimo que despierta la enfermedad el ser-ahí se encuentra, se autorevela y no puede evitar el peso de tener que ser su poder ser. La carga enfermatizante nos sobrecoge, nos constriñe; un miedo atroz sobreviene, el cuerpo se estremece y puede venir la angustia. No toda enfermedad conlleva angustia. De hecho, la angustia está ausente en muchas enfermedades. No obstante, la angustia por sí misma puede ser una enfermedad.

Enfermatizados nos preguntamos: ¿alguien puede asumir mi dolor? ¿Qué puedo hacer con mi enfermamiento? Retraído, a punto de la huida, el *Dasein* se resuelve a hacerse cargo de su propia situación. Es que,

*en el temple de ánimo, el Dasein ya está siempre afectivamente abierto como aquel ente al que la existencia [Dasein] le ha sido confiada en su ser. Por lo regular, el Dasein esquiva, de un modo óptico-existentivo, el ser que ha sido abierto en el estado de ánimo; desde un punto de vista ontológico-existencial esto significa: en eso mismo a lo que semejante estado de ánimo no se vuelve, se desvela el Dasein en su estar entregado al 'Ahí'. En el mismo*

*esquivar, está abierto el Ahí* (Heidegger, 1971, p. 159).

Es decir, ontológicamente, el ser-ahí queda abierto para sí mismo *antes* de todo conocer y querer y *más allá* del alcance de su capacidad de apertura.

En síntesis, la estructura ontológica del ser-en-el-mundo implica en Heidegger dos cuestiones fundamentales: la diferencia ontológica y la preeminencia del ser-ahí sobre todos los demás entes. Lo que hay que destacar, es que ser y ente no son lo mismo. El ser es siempre el ser de un ente: el término ente designa todo aquello-que-es. Entre todos los entes, el hombre es un ente preeminente y, por ello, este ente en su ser le va “de suyo” su ser. Es decir:

Este ente que somos en cada caso nosotros mismos, lo designamos con el término 'ser ahí'. A este ente le es peculiar serle, con su ser y por su ser, abierto éste a él mismo. La comprensión del ser es ella misma una determinación de 'ser' del ser-ahí. Lo ónticamente señalado del ser-ahí reside en que éste es ontológico (Heidegger, 1971, p. 22).

Por tanto, la estructura fundamental del ser-en-el-mundo reside en que el 'ser-ahí' es un ente que en su ser se la ha relativamente –comprendiendo– a este su ser. Con esto queda fundado el concepto formal de existencia. El 'ser-ahí' existe. El ser ahí es un ente que en cada caso soy yo mismo. Al existente ser-ahí le es inherente el 'ser, en cada caso' como condición de posibilidad de la propiedad y la impropiidad. El ser-ahí existe en cada caso en uno de estos modos o en la indiferenciación modal de ellos (Heidegger, 1971, p. 65).

El ser-en-el-mundo se estructura con tres componentes: el en *el mundo*, el

*ente*, el *ser en*. Ninguno de estos momentos se da separados, por el contrario, forman una intrincada trama en el modo de ser del ser ser-ahí. El concepto óptico de mundo comprende la totalidad de entes que pueden ser ante los ojos dentro del mundo (Heidegger, 1971, p. 76). Preontológicamente mundo significa aquello en que un ser-ahí fáctico, en cuanto es este ser-ahí vive (1971, p. 78).

En su significación óptica, «mentamos con el *en* la recíproca relación de ser de dos entes extendidos *en* el espacio, por respecto a su lugar en este espacio» (Heidegger, 1971, p. 66). Esta relación de los entes tiene el carácter del ser ante los ojos dentro del mundo. Como existenciarario, dice Heidegger, *en* procede de *habitar en*, *detenerse en*, *estoy habituado a*, *soy un habitual de*, *estoy familiarizado con*, *soy un familiar de*, *frecuento algo*, *cultivo algo* (1971, p. 67). *Ser-en*, indica que ópticamente el ser-ahí se encuentra afectado por un *temple de ánimo*: alegría, angustia, aburrimiento y es bajo este temple que se le revela su ser-ahí. Esta revelación se comprende desde el ahí, es decir, desde el mundo, donde se haya en *estado de yecto*. Pero el comprender implica también la revelación de posibilidades, responsabilidades y decisiones. Todo esto sucede estando en el mundo, con otros entes existentes. Porque el mundo es esa intrincada trama en que el ser-ahí existe cotidianamente. Por tanto, el mundo es lo circundante del ser-ahí, donde los entes ahí comprendidos mantienen una red de propósitos en tanto que útiles para algo; donde 'para' hace referencia de un ente a otro como útiles a la mano.

De esta forma, el ser-ahí descubre su vida en sí mismo. Descubre estar vivo como otros entes que circundan su mundo. La pregunta por la vida de esos entes tiene el mismo carácter que la pregunta por el ser, en cuanto este preguntar no es



teorético, sino fáctico: es desde el comprender la existencia de la vida como propia. El ser-ahí se descubre siendo ser viviente en el estado de abierto. El temple de ánimo que suscita encontrarse entre el mundo con los entes intramundanos es asombro y admiración por sí mismo que remite al cuidado: yo soy ese existente. El ente existente descubierto es comprendido como preocupación, constituida por los momentos de la existencialidad: facticidad, caída y habla. Respectivamente, estos existenciarios revelan la comprensión al ser-ahí de sus posibilidades más propias: un poder ser, un estar arrojado, un fuera de sí y la articulación de su espacialidad y temporalidad.

Así pues, existir para el ser-ahí es una manera de estar proyectado al poder-ser. La posibilidad es la proyección del ser-ahí hacia aquello que todavía no es. La comprensión es justamente encontrar el sentido de este modo de ser. El poder ser sólo es posible por estar-en-el-mundo y por la estructura óntico-ontológica del ser-ahí. Estar en el mundo no significa un estado estático perenne, por el contrario; el ser-ahí está en el mundo como arrojado, es decir, puesto ahí, situado en el mundo; estando en ese 'ahí' siempre está comprometido con respecto a sus posibilidades, mismas que puede aceptar o rehusar.

El ser-ahí está ya desde siempre entregado al ser que ha de ser él mismo. Por esta razón decimos que el ser-ahí mantiene una específica relación constitutiva con su ser mismo, ya que este haber-de-ser al que se halla arrojado, lo aboca a decidir desde sí su propio devenir y proyectarse en una u otra posibilidad de ser. De esta forma, el ser que el ser-ahí es y siempre ya ha-de-ser, constituye su «ahí» (Da), y esto corresponde a la apertura de un espacio para la comparecencia de lo ente.

Es en ese «ahí» de apertura en el que tiene lugar la manifestación de todos los entes, es decir, aquello que y como lo que el ser-ahí es y ha-de-ser.

La estructura ontológica del ser-ahí como ser-en-el-mundo gira en torno a las posibilidades de poder-ser un proyecto de su ser, no de modo abstracto y solipsista, sino de manera concreta y fáctica y, además, en concordancia con el espacio de mostración de todo ente. La diferencia ontológica implica una peculiaridad óptica exclusiva del ser-ahí, esto es, *que el ser que el ser-ahí es y siempre ya ha-de-ser, es su propio «ahí» (Da)* (Martínez, 2005). Es este «ahí» acontecer en la apertura, donde comparece todo ente en general y donde tiene lugar la manifestación de todas las cosas, así como aquello *que y como* lo que el ser-ahí es y ha-de-ser (Martínez, 2006, p. 399).

Que el ser del ser-ahí es y siempre ya ha-de-ser patentiza el *factum* de que este ente reside entre entes intramundanos, de manera que su poder-ser y su proyecto de ser acaece en el habérselas con los entes circundantes que conforman su mundo. Se trata por tanto de un poder ser en el mundo, donde ser-ahí y ser siempre desde ya habiéndoselas con los entes, comprendiendo su significación, cuidándose y afrontando todo aquello que le va de antemano en su ser en cada caso. Heidegger se refiere a este fenómeno paradójico como el encubrimiento del ser del ser-ahí. Es decir, en el trato cotidiano con los entes, el ser del ser-ahí sólo se muestra enmascarado, desfigurado y confundido con el ser de otros entes. Este es también el modo paradójico entre propiedad en impropiedad.

Propiedad e impropiedad del ser-ahí tienen una estrecha relación con los

fenómenos de encubrimiento y desvelamiento del ser del ente. De aquí la referencia de que el ser-ahí impropio tiene el modo del «estado-de-no-en-sí-mismo» (Heidegger, 1971, p. 128) que aparece en la figura del 'uno'. Aunque algunos análisis lo interpretan como ganancia-pérdida de sí, ser sí mismo o no ser sí mismo en tanto que ser-en-el-mundo a donde está arrojado. Es pertinente señalar que el «sí mismo» aquí nombrado, no alude a un yo, un sujeto o una conciencia: la anterioridad a todas estas nociones está fundada en la estructura del "ser-con" ligada a la aparición de otros entes similares a él.

El ser-ahí-con arrojado en el mundo de lo cotidiano, está inmerso en el mundo de objetos a su cuidado, entre otros entes ontológicamente similares, en ese ahí convive, se relaciona, se cuida; es en este vivir concreto que el ser-ahí puede acceder a interpretar su mundo. Previo a ello, el ser-ahí no habla de sí mismo, habla de aquello que "se" habla con otros, aquellos que conforman lo público; por eso en este modo de ser predomina el "se o el uno" (*das Man*), como lo que no es de nadie particular; así: se trabaja de la misma manera que otros, se vive como se indica por la norma. El *uno* es nadie en concreto, es el hacer, decir y actuar de cualquiera, de forma que ahí todo ser-ahí deviene en uno u otro sin distinción. Todo esto Heidegger lo sintetiza en la siguiente forma:

en cuanto cotidiano ser-uno-con-otro, está el ser-ahí bajo el señorío de los otros. No es él mismo, los otros le han arrebatado el ser. El arbitrio de los otros dispone de las posibilidades cotidianas del ser-ahí (1971, p. 135).

El concepto de propiedad aparece ligado al de «sí-mismo» y representa la

posibilidad de hacerse cargo del propio ser sobre una previa retirada del habitual encubrimiento. Sin embargo, debemos insistir en que impropiedad y propiedad no son denominativos de cualidades éticas o determinaciones sociológicas del ser-ahí. La aclaración de Heidegger es por demás pertinente: “El ser-sí-mismo propio no descansa en un estado excepcional del sujeto des-prendido del uno, sino que es *una modificación existencial del uno en cuanto éste es un existenciaro esencial*” (1971, p. 142).

Con lo expuesto hasta aquí, hemos mostrado los fenómenos fundamentales con los cuales se estructura la hermenéutica y la fenomenología de la vida fáctica, de la salud y la enfermedad. Asimismo, una revisión puntual de los conceptos heideggerianos que describen los fundamentos ontológicos del ser en el modo de ser-en-el-mundo. Nuestra convicción es que existen fundamentos para sostener que nuestra hipótesis está bien planteada y se corrobora: primero, que la salud y la enfermedad tienen carácter de existenciaros; segundo, que en tanto existenciaros, su análisis los muestra como modos de ser vinculados al mismo nivel de los estados de ánimo, la comprensión y el ser para la muerte; tercero, los fenómenos salud y enfermedad en tanto que existenciaros se inscriben en el ámbito del cuidado (*Sorge*).

## 7.- La fragilidad del ente humano

*«...en mi meditación  
se encendió un fuego  
y así proferí con mi lengua:  
hazme saber Jehová, mi fin  
y cuánta sea la medida de mis días;  
sepa yo cuan frágil soy»  
Salmo 39:3-2.*

En este capítulo intentamos hacer algunas reflexiones sobre la experiencia de finitud existencial del vivir en salud y en enfermedad a partir de la analítica existencial. La fragilidad humana de la salud se comprende en la apertura al mundo. La existencia de entes que circundan al ser-ahí aparecen amenazantes, templan el ánimo de miedo y angustia. Toda amenaza tiene sentido si previamente se ha comprendido la posibilidad de ser frágil. La fragilidad humana tiene muchas perspectivas: fragilidad es depender del cuidado y protección de otro; fragilidad como posibilidad de sufrir; fragilidad como posibilidad de no resistir, reconocerse débil y quebradizo. En suma: fragilidad como finitud humana.

En las mitologías hay muchas historias que narran formas diversas en que los dioses han castigado a los seres humanos privándolos de la salud y mandándoles la enfermedad. La enfermedad adviene desde el mundo al ser y es resultado de una falta, culpa o castigo. A eso alude la sentencia bíblica donde Dios se propone multiplicar el dolor y el sufrimiento de los hombres y las mujeres. Este origen de la existencia de la enfermedad y el sufrimiento parece algo siniestro, innecesario y carente de justificación. Esta es la lógica de la argumentación de Job, quien desesperado rechaza la vida, reniega de haber nacido y juzga que, si vivir es sufrir, mejor es no ver la luz del día (Job 3, 3-12). De igual manera Jeremías quiere

morir para terminar con el sufrimiento, maldice el día de su nacimiento y reniega de haber nacido sólo para ver pena y aflicción (Jer 20, 14-15.17-18).

Todas las antropologías del “hombre caído”, es decir, el hombre arrojado de la mirada divina, conciben a este ser carente de libertad, dependiente de su propia materialidad y cuyo destino es el mismo que el polvo y el barro (Calabrese, 2008). Esta condición natural y humana causa sufrimiento y angustia. El arte y la literatura son vehículos de expresión de estas experiencias fácticas de la vida cotidiana. Por su peculiaridad narrativa, la novela es el género literario que mejores relatos proporciona. En las páginas que siguen, utilizaremos este recurso para mostrar como la experiencia de ser-enfermo no es algo que aparezca por ahí, sino que esta experiencia es resultado de comprender el vivir como aquello que nos apropiamos en el vivir mismo.

En la novela de Thomas Mann, *La montaña mágica*, situada en un hospital para enfermos tuberculosos en los Alpes suizos, los enfermos –protagonistas de la novela– discuten apasionadamente el concepto de salud y enfermedad. Una de las ideas fundamentales la expone Leo Naphta, personaje de origen judío, converso cristiano y aguerrido militante jesuita. He aquí la cita textual:

La enfermedad es perfectamente humana —replicó de inmediato Naphta—, pues ser hombre es estar enfermo. En efecto, el hombre es esencialmente un enfermo, y el hecho de que esté enfermo es precisamente lo que hace de él un hombre, y quien desee curarle, llevarle a hacer la paz con la naturaleza, ‘volver a la naturaleza’ (en realidad no ha sido nunca natural), todo lo que hoy se exhibe en materia de profetas regeneradores, vegetarianos, naturistas y otros, todo ese estilo Rousseau, por consiguiente, no busca otra cosa que

deshumanizarle y aproximarle al animal. ¿La humanidad, la nobleza? Lo que distingue al hombre de toda otra forma de vida orgánica es el espíritu, ese ser netamente despegado de la naturaleza y que se siente opuesto a ella. Es, pues, el espíritu de la enfermedad, de lo que depende la dignidad del hombre y su nobleza. En una palabra, es tanto más hombre cuanto más enfermo está, y el genio de la enfermedad es más humano que el genio de la salud (Mann, 1997, p. 640).

Esta réplica se hace en el contexto de una discusión, que tiene como tema de fondo, el cuerpo: la incineración, el castigo corporal, la tortura y la pena de muerte. El contrincante de Leo Naphta es Ludovico Settembrini, un intelectual italiano descendiente de familia liberal y revolucionaria. Settembrini se declara humanista y piensa que la ciencia, el progreso, la democracia y la razón constituyen los grandes logros de la cultura occidental en una larga lucha contra el oscurantismo religioso. Para este personaje, la enfermedad fragua un carácter particular en el hombre, altera de tal forma la sensibilidad, que atrofia y aturde los estados de consciencia. La enfermedad, dice:

altera al hombre de manera que éste se adapta a ella, le produce fenómenos de sensibilidad atrofiada, de estado de inconsciencia, de aturdimientos bienhechores, toda clase de subterfugios y expedientes espirituales y morales que el hombre sano, en su ingenuidad, se olvida de tener en cuenta (Mann, 1997, p. 642).

La primera tesis apunta a concebir al hombre como un animal enfermo, antinatural y caído de la gracia divina. La salud es un estado

de gracia y sólo se alcanza por vía del ascetismo, la renuncia a la vida y la supresión del cuerpo. Sólo en apariencia esta tesis coincide con la idea de Nietzsche, pues es justo lo contrario en él. Nietzsche en efecto sostiene que el hombre es un animal enfermo, cuya curación podría estar en un retorno a la naturaleza, a la vida y al cuerpo. Puntualmente señala: *“El hombre es el animal enfermo, más enfermizo, inseguro, cambiante incierto, más incierto que ningún otro animal, sin duda”* (Nietzsche, 1971, p. 76). Para Nietzsche, la genealogía de esta patología de lo humano está en el olvido del cuerpo que promueve la cultura occidental, especialmente el ascetismo judeocristiano.

El cuerpo para Nietzsche es resultado de la multiplicidad de fuerzas asimiladoras y expansivas de la vida biológica, por ello es también el lugar más cercano a la voluntad de poder. Al ser el lugar más cercano a la voluntad de poder, el cuerpo expresa esta voluntad de expansión y afirmación como nutrición, asimilación, pensamiento, sentimiento y deseo (Bacarlett, 2006). Al liberar el cuerpo, incluso de la consciencia, Nietzsche supone recuperar lo originario y el poderío para hacer frente al mundo y darle unidad. Así, el cuerpo es visto como la gran razón. En Nietzsche, dice Bacarlett, autora estudiosa del concepto de enfermedad en él:

el cuerpo es visto como la verdadera razón, como la ‘gran razón’, frente a la cual, aquella que domina en la conciencia no puede ser más que minúscula, instrumento y juguete de la gran razón. Esta gran razón es el lugar real del yo, es ‘lo que hace yo’. Si habría que buscar una identidad, siempre precaria y en permanente estado de disolución, es en el cuerpo, aquello que Nietzsche llama el



*sí-mismo*, el lugar más cercano a aquello que confiadamente llamamos yo y creemos unidad (2006, p. 146).

El rasgo más notorio del hombre enfermo, según Nietzsche, es toda aquella actitud que intenta negar la vida y con ella, los impulsos, las sensaciones más primarias de la corporalidad. Nietzsche no cree en la solución que ofrece la ciencia, no porque sea incorrecta; sino porque la ciencia tiende a uniformar, a establecer principios, reglas y procedimientos de validez general, eso es lo que hace la fisiología. Pero Nietzsche insiste en que la vida no tiene otras reglas que las que inventa para sí misma en cada caso. Estas reglas siempre están cambiando en cada unidad vital.

La segunda postura de la *Montaña mágica* supone la adaptación como proceso básico para sobrellevar la enfermedad. El concepto de adaptación es muy amplio e involucra cuestiones biológicas y sociales. El contexto en que lo discuten los tuberculosos de la *Montaña mágica* alude a la mentalidad que caracteriza la cultura occidental como modo de vida. Hay que tener en cuenta que la novela se publicó en 1924 y, aunque seguramente Thomas Mann conocía la teoría de la evolución, la biología molecular ha precisado con rigor la idea de adaptación.

Entre la idea mítica de que Dios intervino para cambiar la naturaleza humana y hacerla doliente y la propuesta de Nietzsche y Thomas Mann de una naturaleza desadaptada por la evolución cultural, está lo que la biología evolutiva concibe como adaptación. En la biología, la adaptación consiste en la serie de acontecimientos que ocurren en los individuos o en la especie a lo largo del tiempo y que se manifiestan como modificaciones funcionales, morfológicas y conductuales, algunas de las cuales incrementan la probabilidad de sobrevivencia y éxito reproductivo. No

obstante, en la fisiopatología, el término adaptación se refiere a los “cambios reversibles en el número, tamaño, fenotipo, actividad metabólica y funcional de la célula” (Cumar *et al.*, 2016). Estos cambios transitorios y reversibles indican con toda claridad cómo la salud no es un estado estático y en qué forma el transcurso vital puede transitar de una salud óptima a la franca enfermedad.

Para el estudio de la enfermedad en los seres vivos, tiene poca relevancia la adaptación en la perspectiva evolucionista. Los cambios adaptativos a que alude la fisiología y la patología son respuestas individuales, a nivel celular o tisular, generalmente provocadas por demandas funcionales específicas, tales como la respuesta al estrés fisiológico, respuesta a estímulos agresores internos y externos. A este respecto, algunos ejemplos permitirán comprender mejor estos procesos.

Es un hecho bien conocido que hacer ejercicio físico incrementa el volumen de la masa muscular del corazón. Este crecimiento depende de un aumento de tamaño de la célula individual y no de la proliferación del tejido muscular. El fenómeno se llama *hipertrofia* y se presenta en cualquier organismo vivo cuando es sometido a estrés leve como el ejercicio y cualquier otro tipo de trabajo metabólico. Las notas esenciales de la hipertrofia son, cuando el estímulo rebasa la capacidad de respuesta, la célula se daña o muere; es decir, los organismos vivos disponen de posibilidades limitadas. En este sentido, la idea de Nietzsche sobre potencialidades ilimitadas de lo vivo es imprecisa y vaga; aunque, Nietzsche no reduce la vida al aspecto solo biológico. Él la interpreta como “voluntad de poder”, como capacidad de afirmación y de eterno retorno; por eso se puede afirmar la vida aun en la enfermedad mortal, dice Zaratustra: «*Ésta es la vida, pues que se repita*»,

ratificando lo que se había dicho en la *Gaya ciencia*, (Nietzsche, 2001), cuyo párrafo 341 lo explicita de la siguiente manera:

¿Qué ocurriría si, un día o una noche un demonio se deslizara furtivamente en la más solitaria de tus soledades y te dijese: “Esta vida, como tú ahora la vives y la has vivido, deberás vivirla aún otra vez e innumerables veces, y no habrá en ella nunca nada nuevo, sino que cada dolor y cada placer, y cada pensamiento y cada suspiro, y cada cosa indeciblemente pequeña y grande de tu vida deberá retornar a ti, y todas en la misma secuencia y sucesión -y así también esta araña y esta luz de luna entre las ramas y así también este instante y yo mismo. ¡La eterna clepsidra de la existencia se invierte siempre de nuevo y tú con ella, granito del polvo!”? (2001, p. 200).

La idea de que la vida debe adaptarse al vivir, indica el desajuste entre el ser-en-sí y el ser-para-algo. Significa que la vida no está hecha a la medida de nada en particular, solo es vida-viviente-en-sí misma. No hay una finalidad ni un plan deliberado de antemano. En el acontecimiento emergente de lo vivo está implícito y le es inmanente el movimiento direccional que al desplegarse queda ubicado espacial y temporalmente. La inmanencia es la potencialidad, la posibilidad y el azar mismo. Pero vivir es optar, elegir, decidir. Vivir es arriesgar, es atreverse. Sin embargo, si hay que optar, es porque existen posibilidades y si no hay plan predeterminado, la vida es azarosa. Elegir al azar es exponerse. La vida se expone porque es vulnerable, falible, limitada y finita. En el plano de la animalidad, todo esto es cierto; pero veamos qué pasa en el ser humano.

Hablamos de la vulnerabilidad cuando aludimos a la probabilidad de daño, sufrimiento o muerte. Por tanto, siempre hay una estrecha correlación entre

vulnerabilidad como riesgo y la capacidad de neutralizarlo. Sin embargo, nada garantiza que ello pueda suceder. Por ejemplo, el riesgo para el cáncer, la posibilidad de un infarto, sufrir una caída o tener un evento vascular cerebral. Saberse vulnerable induce a la conducta de prevención. Estas notas de la fragilidad humana han justificado que las iniciativas sociales acerca de la enfermedad y la salud desde el siglo XIX, mediante políticas públicas, establezcan estándares sobre lo “normal y lo patológico” desde el punto de vista del “sistema social”. Así, los riesgos de salud que se reconocen en el siglo XXI, con el advenimiento de la genómica, se valoran más por el impacto costo-eficiencia y no de calidad de vida de las personas.

La ciencia moderna vinculada a la medicina, ha sostenido subliminalmente vigente el mito del hombre inmortal, de la eterna juventud y de la salud perfecta. Ahora promueve un hombre nuevo, cuya naturaleza biológica puede ser modificada a la necesidad y gusto personal (Redeker, 2014). Modificaciones genéticas, embriogénicas, morfológicas; muchas veces innecesarias y otras ocasiones estéticas. A pesar de lo ilusorio de esta utopía, el hombre contemporáneo la vive como realidad inmediata. No sólo en la medicina, sino en muchos otros ámbitos como el deporte, la seguridad social, la farmacopea estética y sexual; en todas ellas, el hombre actual busca inmortalizarse o, en su defecto, adecuarse a las circunstancias de comodidad y placer. Así, neutralizar los riesgos biológicos, afianzar la seguridad social y financiera, inmunizar al hombre ante el medio ambiente, son algunos ideales de esta posmodernidad de lo humano.

Con lo antes expuesto, hemos querido analizar dos conceptos contrapuestos sobre la enfermedad; por un lado, las ideas expuestas en la novela de Mann y la

relación que esa concepción tiene con el pensamiento de Nietzsche. Por otro, las ideas que surgieron en ese momento histórico a partir de las teorías biológicas. Con ello hemos mostrado también como las ideas sobre el dolor, el sufrimiento y la muerte están aparejadas a estas concepciones. Esta relación sin embargo parece haber cambiado radicalmente con la posmodernidad.

En el *Filebo*, Platón supone que una vida sin placer ni dolor sería insoportable. No parece que esto sea verdad para la ciencia médica tecnológica que sigue empeñada en ofrecer al hombre todas las facilidades para autoconstruirse la vida a modo, especialmente sin dolor. Como bien plantea este problema Robert Redeker:

¿Qué restos del hombre subsisten todavía hoy después del acontecimiento que Michel Foucault llamó en 1966, en *Las palabras y las cosas*, la 'muerte del hombre'? Un 'homo animalis', un hombre ser viviente, como cuerpo, organismo, consumidor, usuario, elector, hinchado escandaloso, 'habitante de la calle', objeto de sondeos, conectado a prótesis (teléfono móvil, Internet, etc.). Un hombre reserva genética, banco vivo de órganos en las favelas de Brasil. Un hombre mujer madre portadora. Un hombre desmembrado en sus múltiples funciones. Animal, máquina, redes, nodo de conexiones... (Redeker, 2014, p. 18).

Para este hombre medio, la vida debe vivirse sin pena ni gloria.

Sin duda la globalidad es porosa para el individuo, sus mitos son agujeros que dejan ver realidades engañosas. Ofrece seguridades virtuales, borramiento de diferencias e igualdad de oportunidades. Pero en realidad, el neoliberalismo ha mostrado ser el peor de los mundos. Bajo este régimen, la fragilidad humana tiene la forma de patología social. Una patología sin estructura definida. «Esto es lo

posmoderno: jugar con fragmentos», dijo Baudrillard en una entrevista (1984). Los posmodernos insisten en el carácter fragmentario del mundo actual. La nueva física desintegra el átomo; el cine filma secuencias separadas que luego monta; la psicoterapia se filma y se analiza escena por escena, gesto por gesto, desde múltiples perspectivas; se desprecia la “gran teoría” y se prefieren teorías “middle range” (Olivos, 2003). Este individuo lo que busca es ocuparse en cualquier cosa para no pensar.

En realidad, más que sociopatías, deberíamos hablar de subjetividades emergentes. En la práctica psiquiátrica a estas subjetividades se caracteriza como “desorganización de la personalidad y dispersión de identidad” (Olivos, 2003, p. 196). Otros clínicos se han referido a estos pacientes como «estados límites» para incluir cuestiones como toxicomanías, alcoholismo, trastornos de conductas alimentarias, violencias y delincuencias sistematizadas y suicidios en diversas modalidades. Otto Kernberg sintetiza esta posmoderna subjetividad como

*sujetos con falta de una identidad del yo, con búsqueda incesante e insatisfactoria de algo indefinido; gran inestabilidad de las imágenes de sí mismo; ansiedad asociada a objetos parciales; hambre y búsqueda permanente de estímulos; incapacidad de empatía; sensación de falta de sentido de la vida y de vacío afectivo; dificultad en el control de impulsos; problemática centrada en sí mismo; alteraciones en las relaciones con los objetos; síntomas psicósomáticos; dificultades de representación psíquica; presencia de conflictos preedípicos; menos síntomas neuróticos y mayores conductas impulsivas o actings (1971, p. 340).*

En medio de todos estos síntomas nadie sabe dónde empieza lo *normal* y dónde empieza lo *patológico*.

«Frágil», dice el diccionario, alude a la naturaleza quebradiza de las cosas o las personas. Fácticamente, lo frágil se enfrenta en el camino hacia sí mismo. La fragilidad adviene en lo abierto como posibilidad de ser en cada caso. Pero las fragilidades humanas tienen su historicidad y por ello con frecuencia se actualizan. En la modernidad, la fragilidad humana se ha descrito desde diferentes enfoques, y en ese contexto Zygmunt Bauman, por ejemplo, la describe por la metáfora de la liquidez: «en la modernidad, los sólidos conservan su forma y persisten en el tiempo: duran; mientras que los líquidos son informes y se transforman constantemente: fluyen» (Bauman, 2005). Por su parte, Julia Kristeva habla de “las nuevas enfermedades del alma” (1993) y Hannah Arendt en *La condición Humana* se refiere a varias de estas fragilidades (2005). Aquí, sin embargo, sólo hemos aludido a la fragilidad que se muestra en nuestra intolerancia al sufrimiento, lo que se manifiesta y se observa en forma de sufrimiento humano en el historial clínico de los enfermos. En el siguiente capítulo intentamos explorar más ampliamente este modo de ser en la fragilidad.

El tema de *enfermedad y medicina* en la literatura es muy amplio, nos desviaría mucho del propósito de este trabajo seguir explorando la novela. No obstante, la hipótesis que al respecto plantamos es que en la narrativa novelística es donde mejor se muestra como el ser del ser-enfermo deviene como resultado de comprender el vivir propio y como aquella experiencia que nos apropiamos en el modo de ser de la autenticidad. Por lo pronto dejamos aquí un apunte y esperamos en otro momento ampliar el tema.

## **8.- La experiencia concreta de ser-enfermo**

Enfermar es un hecho ineludible en la vida de los seres humanos. No importa dónde, cuándo y cómo se presente, la enfermedad está en la esencia misma de lo humano. Y, por cierto, no es ninguna condena divina, no es resultado de ninguna maledicencia, es solamente un modo de ser del ser-ahí. Pero que así sea, sólo significa que en el decurso de la vida se hace presente. Es decir, que la enfermedad no está presente, pero en alguna forma, siempre lo está: es nuestro ser mismo. La enfermedad como la salud puede permanecer invisible mucho tiempo. Su invisibilidad está en relación a la apertura perceptiva que tenemos del mundo y de nosotros mismos. Justo de esta condición humana nos ocuparemos ahora en este capítulo.

El ser-en-el-mundo está situado en un ahí corporal original, único y diferente a otros seres vivientes. La corporalidad posibilita la experiencia por el modo en que los sentidos están abiertos al mundo. Esta apertura al mundo no es sólo abrirse y esperar como hace el animal, el hombre forma el mundo actuando en él, cuidándose de él. Aunque, para la antropología, el hecho de que el hombre sea creador de mundo, no lo salva de su fragilidad; por el contrario, dicen los antropólogos:

comparado con el animal, el hombre aparece como el hijo más huérfano de la naturaleza: desnudo e inerme, débil y pobre, tímido y desarmado; y lo que acrecienta la suma de su desgracia: desprovisto de toda guía de la vida. El carácter natural de la raza humana consiste en fallas y carencias (Lendermann, 1961, p. 189).



Una opinión similar expresa Arnold Gehlen, destacando esta idea de fragilidad. Al hombre, dice este filósofo, le falta el revestimiento de pelo, los órganos de ataque, la formación corporal apropiada para la huida. Además, es superado por la mayoría de animales en la agudeza de los sentidos. El hombre tiene una carencia mortalmente para su vida. Dentro de las meras condiciones naturales, ya hace tiempo que se hubiera extinguido. Para prolongar su existencia, el hombre, desde un principio, debe ser capaz de experimentar, transformar y dominar la naturaleza (Gehlen, 1987). Es decir, existe la idea de que la fragilidad humana reside en la esencia de su propia naturaleza y por ello es un ser disminuido para sobrevivir.

El modo fenoménico del ser de la enfermedad tiene varios matices en su forma de aparecer. Enfermar es un encontrarse. Encontrarse tiene modo similar a sentirse de un modo determinado, sentirse mal o bien, sentirse enfermo, abatido, fatigado; o encontrarse afectado por sentimientos y emociones que inducen un estado deprimido, excitado y confuso. En el ámbito clínico, hay dos modos típicos de encontrarse: «padeciendo» y «enfermando». Padecer (*illness*) designa el encontrarse con malestar (subjetivo), la indisposición del ánimo o el dolor leve. Enfermar (*disease*), en cambio, alude a enfermedad grave de tipo orgánico. No obstante, en ambos casos, la enfermedad es un hecho cuya facticidad es constatable de muchas maneras. En la realidad objetiva de la ciencia, estos niveles de enfermedad son un artificio técnico, para el hombre enfermo toda percepción doliente es padecer fáctico.

En sentido estricto, el término «enfermedad» (*infirmitas*) es bastante relativo. A la idea de “desviación del estado fisiológico” de la OMS<sup>13</sup> podemos agregar los siguientes sinónimos: afección, dolencia, indisposición, trastorno, malestar, dolor, sufrimiento, perturbación, achaque, molestia, decaimiento, entre muchos otros (Diccionario de sinónimos, 2005). Por otro lado, enfermedad puede ser concepto consensuado por expertos (entidad clínica). Para el patólogo, es una alteración biológica; para el fisiólogo es una disfunción adaptativa del organismo y para muchos sociólogos es un constructo validado socialmente. Lo que tienen en común todos estos modos proposicionales, es pretender objetivar la enfermedad y asumirla como realidad. Sin embargo, ya hemos señalado que esta es una forma incompleta de analizar el carácter existencial del enfermar.

El padecimiento es de constitución subjetiva. Pero como realidad igual se hace presente en el sentir intelectual, es el padecer de la persona enferma, el *paciente*. En la tradición histórica de la medicina, el paciente es aquel sujeto que recibe atención de otro. Es pues el enfermo. En él, enfermedad y padecimiento tienen el modo de una realidad indivisa en el ser-ahí en su ahí. Por tanto, enfermar en estado de “yecto” es el evento que en su aparecer se hace patente en el vivir fáctico como realidad factual, aun cuando pueda tener el modo de aún-no-estar-presente, siempre está como posibilidad en el horizonte de la vida. Porque se sabe de ella por otros estados-en-el-mundo y se sabe de su inminencia y que un día se presentará. Es como la muerte, siempre está al filo de la existencia. Así, un enfermo

---

<sup>13</sup> La definición de la Organización Mundial de la Salud es: “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. <https://www.who.int/es> (consultada el 14 de enero 2019).

puede padecer varias enfermedades y no tener disfunciones o alteraciones del organismo. Aquí lo que cuenta es la realidad perceptiva que afronta la persona.

La enfermedad no es «actuidad» (Zubiri, 1998). Por tanto, no está en acto. No es como han creído ciertas teorías epidemiológicas, que oponen la enfermedad y la salud como si fueran opuestas; de suerte que una fuera la actualidad de la otra. Si bien es cierto que ambos fenómenos existen como potencias, sólo como actos consumados cobran actualidad. Por tanto, tanto la enfermedad como la salud tiene dos modos de ser. Están como posibilidad y como hechos reales actualizados, cada cual desde su plenitud constitucional. Por eso es tan relevante que Zubiri diga que *actualidad* es «el estar presente de algo en algo» (1998, p. 138).

Hasta ahora nadie ha narrado su muerte después de morir, pero sobre el proceso de enfermar existe una amplia literatura. Muchos han ido al mundo de la enfermedad y han regresado para contarlo, sobre todo en primera persona; la narrativa en tercera persona, siempre tiene el tufo de “historia clínica”: dualidad entre el acontecer del enfermo y el parecer del médico; parece, dice Susan Sontag que

*la enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar* (2015, p. 10).

Con todo y lo dramático que resulta esta idea de Sontag, en el vivir fáctico no hay dobles ciudadanía, en la cotidianidad del vivir, al ser-ahí le están vedados

los reinos de la salud y enfermedad; la vida, desde la etapa fetal hasta la muerte, transita en el reino de la obscuridad del vivir.

Siguiendo la metáfora de Sontag, Christopher Hitchens cuenta su encuentro con el cáncer:

Me he despertado más de una vez sintiendo que me moría. Pero nada me había preparado para la mañana de junio en la que, al recobrar la conciencia, me sentí como si de verdad estuviera encadenado a mi propio cadáver. Toda la cavidad de mi pecho y mi tórax parecía haberse vaciado y después llenado con cemento de secado lento. Me oía respirar débilmente, pero no podía llenar de aire los pulmones. Mi corazón latía demasiado deprisa o demasiado despacio. Cualquier movimiento, por pequeño que fuera, requería premeditación y planificación. Me exigió un esfuerzo extenuante cruzar la habitación de mi hotel de Nueva York y llamar a los servicios de urgencias. Llegaron con gran rapidez y se comportaron con inmensa cortesía y profesionalidad. Tuve tiempo de preguntarme para qué necesitaban tantas botas y cascos y tanto pesado equipamiento de apoyo, pero ahora que visualizo la escena retrospectivamente la veo como una deportación muy amable y firme, que me llevó desde el país de los sanos a la frontera inhóspita del territorio de la enfermedad. En unas horas, tras realizar una buena cantidad de trabajo en mi corazón y mis pulmones, los médicos de ese triste puesto fronterizo me habían enseñado unas cuantas postales del interior, y me habían dicho que mi siguiente e inmediata parada tendría que ser con un oncólogo. Alguna clase de sombra se proyectaba en los negativos (2012, p. 12).

Una estrategia para comprender la experiencia de la apercepción de enfermar del ser enfermo es la narrativa de los propios enfermos. Por tanto, utilizamos este recurso para mostrar su apertura y su comprender fáctico. Dado que son relatos personales contados por los enfermos se mantiene el anonimato y la secrecía de la identidad, aun cuando las personas nos han autorizado publicar los datos.

Les contaré lo que es ser-enfermo:

Un mal día, me dijeron que tenía cáncer de colon. Después de varios estudios clínicos, laboratorio y rayos X, me propusieron cirugía para extirpar el tumor y quitar los ganglios linfáticos. La cirugía fue un éxito, según palabras del cirujano. Ahora había que ir con el oncólogo para que aplique quimio y radioterapia. Así empezó el calvario de dolor que hoy vivo. Aún más: ni siquiera sé si vivo.

Todo empezó por la presencia de sangre en la evacuación, atribuible por el médico familiar a la presencia de venas hemorroidales inflamadas; pero luego se agregó dolor, estreñimiento y modificaciones en el ritmo de las evacuaciones. No había mejoría del malestar y la sospecha se confirmó. En unas cuantas semanas perdí peso y no pude hacer mi trabajo. Tras la advertencia del oncólogo sobre lo que me iba a pasar –te dará diarrea, vómito y se te caerá el pelo–, pero todo eso es “normal”, concluye.

Entonces se soltaron los demonios en mi ser. La primera sesión de quimio fue una fatalidad existencial: mi cuerpo quedó desarticulado, un extremo cansancio que impide pensar siquiera, quedas inerte varias horas y luego, cuando sientes que ya pasó; te invade la palidez facial y el pelo se te cae a puños. La piel se pone seca y se descama. Luego entonces, sabes que te estás muriendo (AZR, 2015).

Todo lo señalado en este relato tiene que ver con el existir concreto de la vida fáctica, con ese estar ahí: un sentir la vida estando ahí-arrojado en el mundo, sentir el cuerpo adolorido, desbastado, roto, carcomido por los instrumentos quirúrgicos y los venenos tóxicos que pretenden matar al cáncer. El cuerpo es siempre cuerpo situado ahí y ahora, inmanente, insustituible por otro. Cuerpo animal con su animalidad doliente, invadido en alguna forma en su intimidad orgánica. Muchos enfermos relatan la percepción de estar siendo agredidos por algo ajeno a sí mismos. Tienen certeza que desde su interioridad una fuerza puja por encontrar al

ente agresor que viene desde afuera, es que *jamás esperas que te toque a ti, aunque estás siempre predispuesto ahí. La enfermedad hace que te rebeles, no aceptas ser sujeto de la situación. Piensas que alguien te causó daño y buscas encontrarlo, de manera que no solo sientes el dolor, te sientes vulnerado, amenazado por algo que no sabes de dónde viene* (MSH, 2015). Una gran angustia invade la existencia. Algo te amenaza desde la obscuridad.

La teoría psicoanalítica ha explicado esta ansiedad del enfermar como una reacción ante la amenaza de desintegración del Yo. Melanie Klein (1971) sugiere que la ansiedad paranoide se configura en la etapa perinatal, donde predomina una angustia de retaliación con respecto al amamantamiento. En su análisis al respecto, Leonardo Iglesias (1996) piensa que la situación paranoide de la persona enferma está presente como elemento de la personalidad y busca resolverse en diferentes formas sociales. Así, muchos enfermos acuden a la religión, otros buscan refugio en una sabiduría pedagógica o en autoridades políticas. Pero en la medicina, la situación paranoide afronta sus propios límites: el temor a la muerte y la desintegración de la personalidad. Sin embargo, explicar la realidad no sustituye a la realidad misma y, en el caso de la enfermedad, alivia muy poco cualquier explicación.

El hecho de que, en la pragmática de la medicina, la enfermedad pueda ser: *p padecer (illness) o patología (disease), proceso subjetivo y proceso objetivo; percepción interna o percepción externa*; sólo es aceptable en la perspectiva de la trivialidad de una práctica social que tiene como principal finalidad objetivar una realidad funcional o disfuncional científicamente validada como verdad. Más adelante, en otra sección, comentaremos el tema de la verdad en la medicina, baste

ahora señalar que esta verdad científica como dato duro está sostenida fundamentalmente en análisis bioestadístico; y es evidente que esta verdad no tiene nada que ver con la concepción filosófica del enfermar y la actualidad del enfermar en el enfermo.

Un ejemplo de lo anterior es el tema del dolor. Caracterizado como sentir somático y emocional, el dolor es inobjetivable: como evento no está afuera ni adentro de la persona, sino en-y-con la persona; es el ser mismo lo que duele y se duele. Esta realidad es propia, única y personal. Por eso del dolor sólo pueden hablar los que tienen dolor, porque:

cuando el dolor persiste, dice Melanie Thernstrom, una enfermedad biológica se convierte en una enfermedad personal. La enfermedad transforma a la persona y la persona transformada reinterpreta la enfermedad en el contexto de su vida, de su experiencia, de su personalidad y de su temperamento (2012, p. 140).

Otro relato dramático se desprende de la memoria que escribió Alphonse Daudet para describir el dolor que le ocasionaba la sífilis terciaria que padeció. Dice este lúcido escritor:

¿Sirven de veras las palabras para describir lo que es realmente sentir el dolor (y la pasión)? Las palabras sólo llegan cuando ya todo se acabó, cuando las cosas se han calmado. Van referidas sólo a la memoria, ya sean impotentes o falsas. No hay teoría general para el dolor. Cada paciente descubre la suya propia, y la naturaleza del dolor varía, como la voz de un cantante, según la acústica de la sala (2011, p. 65).

Este pequeño libro de memorias de Daudet, enseña más sobre la experiencia del dolor que todos los tratados de algología juntos.

Para concluir con la idea de que la enfermedad es un acontecimiento real y perceptivamente *apareciente*, cuya estructura constitutiva es inherente a la persona humana, hay que enfatizar algunos hechos básicos. Primero, precisar que la enfermedad no es una entidad externa que invada al cuerpo, pero tampoco es una entidad interna expandiéndose hacia la totalidad de la existencia del ser humano. Por tanto, la realidad de este hecho fáctico requiere aprehenderse desde sí mismo como experiencia de suyo. Segundo, para el enfermo en cuestión, el enfermar no es un problema de conocimiento. Aunque se interrogue sobre su sentir, ningún enfermo es un investigador de sí mismo. Todo enfermo se pone en manos de otro y, con ello, se abre el tema de la alteridad.

Si, como al respecto dice Hannah Arendt: *“en este mundo, al que llegamos procedentes de ninguna parte y que abandonamos con idéntico destino, ser y aparecer coinciden”* (1984, p. 34), el enfermo como ser y el enfermar como aparecer son una sola realidad. La actualidad de la realidad en el enfermo es siempre un aparecer. Lo que aparece, irrumpe desde el mundo, es el mundo; porque— *“no sólo estamos en el mundo, sino que formamos parte de él”* (Arendt, 1984, p. 35).



## **Tercera parte**

### **El ser-en-el-mundo con-enfermedad**

En la tercera parte de la investigación abundamos en la analítica existencial del encontrarse enfermo. Sin duda, para este análisis es indispensable lo previamente considerado respecto a la vida y la salud. Hasta ahora, hemos establecido que la estructura vida-salud-enfermedad tiene un modo peculiar de aparecerse y hacerse patentes al ser-ahí que suelen velarse uno tras otro, de forma tal que nos ocupamos de la vida en el vivir cotidiano, un vivir exento de preocupaciones y malestares. La salud se oculta al vivir. Cuando adviene el malestar, el sufrimiento y la enfermedad, se ilumina el campo donde estaba la salud; ahora es una ausencia, pero nunca un vacío, porque la vida-salud-enfermedad: ni llegan, ni se ausentan, es parte esencial del modo de ser del ser-ahí.

La concepción fundamental de existencia se refiere al hecho de que el 'ser-ahí' es un ente que en su ser se las ha relativamente –comprendiéndolo– a este su ser. El ser-ahí existe. Al existente ser-ahí le es inherente el “ser en cada caso, mío como condición de posibilidad de la propiedad y la impropiidad” (Heidegger, 1971, p. 65). Es a partir de comprender estas determinaciones que puede interpretarse la estructura ser en el mundo y a partir de ese análisis el mundo de la enfermedad. Heidegger insiste en que la expresión «ser-en-el mundo» se comprenda como fenómeno en su integridad fundamental, aunque él mismo analiza cada componente. Líneas arriba hemos definido el concepto de mundo.

Enfaticemos la idea de mundo en Heidegger (1971): “mundo es «aquello ‘en que’ un ser-ahí fáctico, en cuanto es este ser-ahí, vive”. A partir de esta idea central se diversifica la noción de mundo: mundo abierto, mundo privado, mundo público, mundo circundante, mundo común, mundo propio, mundo compartido y otros términos de uso frecuente (intramundano, estar en el mundo, estar en medio del mundo, en el mundo, con el mundo, mundo en torno, mundo del sí mismo). Esta terminología es extensiva a: existir es ser en el mundo, existir es estar en el mundo, el ser-ahí se encuentra en el mundo, el ser-ahí es el ente que se caracteriza por el hecho de ser en el mundo, el ser-ahí está inmerso, abocado y el vivir fáctico es ser en un mundo.

En síntesis, ser-en-el-mundo y ser-en-enfermedad se determina por las siguientes premisas: el mundo está conformado por todo aquello que preexiste al ser y que aparece a la existencia del ser-ahí espacial y temporalmente; la enfermedad como ente intramundano preexiste al ser-ahí y comparece en el horizonte del mundo; los entes, que son todo aquello de que hablamos, incluyendo nuestro modo de ser, están en el mundo de una manera distinta a como está el ser-ahí; el ser-ahí le hace frente a la enfermedad en el mundo; «ser-en» la enfermedad –referido al ser-ahí– indica «el ente que soy cada vez yo mismo» y, por ello, la expresión existencial «ser en» el mundo de la enfermedad significa el ser-en-el-mundo, cuidándose en el modo de vivirse en su propio mundo. El acontecer cotidiano del mundo de que se cuida el ser-ahí incluye incidentes, agobios y sufrimientos, pero, dice Heidegger: “el mundo está ahí como algo de lo que ya siempre de alguna manera nos cuidamos. El mundo se articula, en función de las

posibles direcciones que adopta el cuidado, como mundo circundante, mundo compartido y mundo del sí mismo” (2002, p. 41). Es decir, el mundo es siempre mío.

### **1.- La enfermedad en sí misma**

Un enfermo es un mundo enfermo: una existencia y un ser-ahí en la enfermedad. Una imposibilidad de lo que era posible: cuerpo que nunca había tenido límites, cuerpo infinito, sutil al percibir-se. Cuerpo memorioso, según versión del recién diagnosticado: «yo podía comer, beber, subir, bajar; no sentía nada». Ahora -siempre es ahora-, ya enfermo, sin plenitud de facultades: el cuerpo enfermo no sabe, no quiere saber y no reconoce que ha sido y es pura contingencia; puro acontecimiento; pura facticidad. Y, en efecto, el cuerpo es fáctico, es decir, *yecto*. El cuerpo es *para-sí* y, como tal, está lanzado al mundo, enfrentando los fenómenos. (Sartre, 1976). Según Sartre, la facticidad del *para-sí* implica una doble contingencia: por un lado, si bien es necesario que yo sea en forma de ser-ahí, sin ser el fundamento de mi ser, por otra parte, es necesario estar comprometido en un determinado punto de vista, es contingente que sea precisamente en éste o en aquél (1976, p. 335). Por tanto, el cuerpo enfermo es percepción concreta de finitud y contingencia. En la enfermedad mejor que en otras situaciones, el cuerpo percibe el horizonte de los límites de su topografía, el tiempo propio y toda la geometría de nuestro vivir individual y social.

Ya hicimos referencia a las investigaciones fenomenológicas de Kurt Goldstein en colaboración con Ludwig Edinger y Carl Wernicke. Los enfermos de Goldstein tenían lesiones muy severas como amputaciones, quemaduras y traumas invalidantes. Es en el proceso de rehabilitación donde Goldstein saca a la luz temas

típicos de la fenomenología, hasta entonces ajenos a la medicina: la historia de vida, el tiempo en que fluye, el propio yo, el cuerpo que y con el que el yo percibe, los otros, el mundo como horizonte de sentido y de sentidos, la libertad y responsabilidad que nos distingue y nos apremia (Ostachuk, 2015).

Con este antecedente, los estudios con perspectiva fenomenológica de la enfermedad revalorizan la experiencia del enfermo que vivencia la corporalidad como siendo vulnerable, doliente y acotado por la lesión patológica. Este abordaje permite aprehender la enfermedad como experiencia en primera persona por parte del sujeto enfermo. Se trata de la vivencia que experimenta el propio ser-ahí en relación con su mundo. En cada caso, el enfermo es el centro de orientación en torno al cual se organiza la experiencia perceptiva del malestar: dolor, angustia o miedo a morir. En consecuencia, el rol del médico se modifica radicalmente. Ya no se trata sólo de objetivar los procesos patológicos, matematizar las funciones orgánicas o correlacionar daños anatomofuncionales. Se trata en cambio de interpretar, comprender, desvelar la experiencia del que sufre la enfermedad. Otro antecedente relevante es el estudio de Maurice Merleau-Ponty denominado *Fenomenología de la percepción*. Para este autor, la integralidad subjetiva del cuerpo se experimenta como yo-cuerpo-mundo, desde donde se vivencia la salud o la enfermedad (1985, p. 145).

Entre los estudios fenomenológicos actuales, cuya narrativa intenta aprehender la experiencia propia de enfermar, destacan los publicados por Susan Kay Toombs y Havi Carel, quienes luego de sobrevivir a su propia enfermedad han descrito la experiencia en primera persona. Toombs piensa que, en la filosofía de la medicina, particularmente en Estados Unidos, se han ignorado temas

fenomenológicos, tales como: *la distinción entre la experiencia inmediata y la concepción científica; la naturaleza del cuerpo y las relaciones cuerpo-conciencia, cuerpo-mundo y sí mismo; la estructura de las emociones y los significados de salud, enfermedad, padecer; la intersubjetividad y la empatía.* En muchos de estos temas, Toombs ha sido protagonista de su propia vivencia (2001, p. 87).

Así pues, vivir sano o enfermo es vivir siendo en un mundo. «*Ser-en-el-mundo*», «*estar-en-el-mundo*», «*ser-del-mundo*» son expresiones que usa Merleau-Ponty para referirse al mismo hecho: *existir*. El mundo es todo aquello que interactúa con nuestro ser. El mundo no es un páramo vacío y yerto. El mundo es una plétora de objetos distintos a nosotros. Ser en el mundo es ser con él y en él, lo que significa, fundamentalmente, una experiencia de alteridad. Todos esos entes que están en el mundo, incluyéndome a mí mismo, tienen sentido, sólo si significan algo en mi existir. Lo que cada cosa o fenómeno signifique en sí mismo puede que sea importante y tenga que ver con la realidad esenciada; pero en la experiencia subjetiva, el mundo emerge como realidad de alteridad. Es decir, el significado se impone desde la cosa misma. La experiencia de alteridad es fundamental en la interpretación de ser del mundo.

En consecuencia, la primera cuestión relevante que es necesario destacar tiene que ver con el sujeto enfermo. Todo cuanto sabemos del enfermo y su mundo, lo sabemos por la descripción de su experiencia como enfermo, desde la enfermedad misma. La experiencia narrativa en primera persona se ha convertido en el modelo privilegiado para contar la experiencia. Para el enfermo, no hay enfermedad más allá de sí mismo. La enfermedad es un para-sí, o, más correctamente, un en-sí, pero en la propia existencia del enfermo. Y es de esta

experiencia de lo que hay que hablar. Ya se ha dicho que la enfermedad no es un ente distinto al ser-ahí. Por tanto, no existe un género *murbus*<sup>14</sup>, como alguna vez supuso Carlos Lineo (2017) y si existiera, al enfermo no le importaría; pues el enfermo no está interesado en saber medicina, sino en saber de su enfermedad y comprender lo que le ocurre. En este sentido, la fenomenología de enfermar alude a la experiencia vivida por la persona enferma.

El mundo, dice Merleau-Ponty, es aquello mismo que nos representamos, no en cuanto hombres o en cuanto sujetos, sino en cuanto somos, todos, una sola luz y participamos del “Uno” sin dividirlo. Inmersos de mundo y siendo el mundo mismo, vivimos y tenemos experiencia de lo vivido. Es cierto que el mundo es real, pero la realidad del mundo es la realidad percibida, sentida como realidad en propiedad de mí mismo. Es decir, “el mundo es lo que percibimos” (Merleau-Ponty, 1985, p. 16). Esto es más verdad para la percepción de la vida enferma. Pues nadie vive por otro, nadie nos sule en el sufrir propio. Por ello, en primer lugar, dejaré que hablen los que han vivido el enfermar en propio.

Por ejemplo, así lo narra Carola Baratti, cuando tenía 28 años de edad, recién regresó de Roma a Buenos Aires, había trabajado en clubes nocturnos y creyendo al fin poder adquirir un departamento con vista al río, dice:

Desperté bañada en sudor, diarreica, con los ojos clavados en el techo. Cuando giré a mi derecha para ver dónde había caído, encontré la mirada del chino pintado sobre mi baúl antiguo. Me incorporé vomitando un jugo amarillo y ácido. Ya de pie, el chino seguía mirándome. Temblaba. Me metí en el baño, cuando salí sentí un alivio

---

<sup>14</sup> *Hacia 1730* François Boissier de Lacroix, llamado Sauvages, publicó la “*Nosologia Methodica*” a partir de la cual Linneo concibió la existencia de “*Genera Morborum*”.

inquietante y llamé a Anna, una tía que la noche anterior había estado hablándome sobre las ventajas de la medicina natural (2008, p. 66).

Un día después, los médicos le diagnosticaron leucemia. La vivencia que Carola cuenta es larga y tortuosa, aquí sólo reproduzco algunas partes.

Unas semanas después de su primera hospitalización, habiendo confirmado el cáncer y aplicado la quimioterapia, Carola egresa del hospital y retorna a su mundo. Y entonces la enfermedad le determina su existir:

Son las diez de una mañana primaveral en Buenos Aires. Salgo al mundo en una silla de ruedas. Estoy débil y flaca como una modelo parisina. No tengo pelo ni planes sobre mi vida, pero el cielo es azulísimo y los árboles que rodean el hospital parecen bellísimos y más verdes que nunca. Ahí fuera el ritmo de la vida pujante es conmovedor y me siento extrañamente viva, recién llegada de un viaje íntimo y fantasmal, sin fotos para mostrar ni anécdotas para contar, pero cargada de algo que no se explicará jamás. Soy una privilegiada por estar otra vez pudiendo mirar lo que todos han estado mirando, tantas veces sin saber que miran. La vida me declara su amor al oído y es de una intensidad nunca antes percibida, su belleza es punzante, las primeras calles antes de subirme al auto que me llevará a casa, huelen a naranjos. Lloro y me río al mismo tiempo (Baratti, 2008, p. 72).

Y es que solemos estar habituados a la indiferencia de nosotros mismos. Vivimos preocupados por las cosas del mundo, un mundo que nos hace frente como siéndonos próximo, no propio, como lo es; sino próximo física y temporalmente. Lo que conocemos de nosotros y del mundo, lo sabemos como de segunda mano, estamos caídos en el mundo sin comprender su sentido. La enfermedad nos abre al mundo, nos templea el ánimo de otro modo. Un mundo interior de nuestro cuerpo

se nos revela, hasta entonces oculto e imperceptible, emerge en la consciencia y se hace presente. Eso pasa, por ejemplo, con el dolor:

Cuando el dolor persiste, una enfermedad biológica se convierte en una enfermedad personal. La enfermedad transforma a la persona, y la persona transformada reinterpreta la enfermedad en el contexto de su vida, de su experiencia, de su personalidad y de su temperamento. Te vienen a la cabeza miles de asociaciones, ya sean personales, situacionales, culturales e históricas (Thernstrom, 2010, p. 28).

El dolor te cambia el mundo.

Podemos concluir este capítulo enfatizando el tema central que ocupa el cuerpo en la fenomenología de la salud-enfermedad. Importa tener presente que al respecto existen concepciones dualistas desde la filosofía clásica griega y que persisten hasta hoy: cuerpo-alma, objeto-sujeto, materia-espíritu, mente-cuerpo, sentimiento-razón; entre muchas otras. Estas dualidades plantean el problema de unidad en el ser humano, sobre todo en la práctica de la medicina científica y tecnológica. De hecho, en algunos estudios de fenomenología del cuerpo se ha abierto paso la dualidad cuerpo objetivo-cuerpo vivido (Escribano, 2015), oponiendo uno al otro y haciendo alusión a que el propio Husserl (1997) habría distinguido entre cuerpo físico (*Körper*) y cuerpo vivido (*Lieb*). Esta cuestión se traduce en la medicina como experiencia de dos realidades incompatibles, por un lado, la del médico, para quien el cuerpo es un objeto y, por otro, la del enfermo, que no puede concebirse sin su cuerpo.

Merleau-Ponty es quien mejor ha comprendido lo que significa la corporalidad fenomenológica. Para él, el cuerpo es la síntesis de la existencia. “Ser cuerpo es



estar anudado a un cierto mundo” (1985, p. 165). Este anudamiento no es exterioridad al mundo, como si el ser propio fuera rémora del mundo; el cuerpo es ser del mundo en unidad. Es como ser-en-el-mundo que aparecemos y desaparecemos, mostrándonos, haciéndonos visibles e invisibles a los otros seres; que igual, se ocultan y se muestran en este mundo de apariencias y apareceres.

Porque en este mundo:

la vida de los seres se manifiesta como una epifanía fenomenológica donde las leyes principales tienen que ver con aparecer y desaparecer. Los filósofos han sostenido la idea de que la aparición es ser, pero este ser como unidad de lo que parece-y-es (Merleau-Ponty, 2010), es decir, somos el mundo y el mundo es nosotros.

## **2.- La enfermedad y el sufrimiento**

En este apartado se aborda el sufrimiento como condición inherente a la enfermedad. Ya se ha sugerido que con la enfermedad existe un temple de ánimo, por tanto, lo que buscamos averiguar es la coexistencia entre enfermedad y sufrimiento. En muchos enfermos prevalece la idea de que el sufrimiento llega a ellos desde la exterioridad. Es una creencia popular pensar que la enfermedad es un ente que nos alcanza, incluso algunos creen que mágicamente alguien puede propiciar la enfermedad a través de actos rituales. Esta y otras creencias son fundamentales en el proceso de curación, ya que ninguna propuesta terapéutica sería plausible sin el supuesto de que la enfermedad entró por alguna parte del cuerpo y por ello es posible expulsarla. Así, «purgar» (*purgāre*): depurar, limpiar, purificar son acciones curativas, ya sean inducidas por un agente externo o por el

propio cuerpo. Las funciones purgativas del cuerpo excretan todo aquello que podría volverse tóxico para el mantenimiento de la vida. Evitar el contagio y limpiarse de impurezas son actitudes culturales que hasta la actualidad definen posturas éticas y religiosas a veces muy cuestionables<sup>15</sup>.

El verbo «sufrir» (*sufferre*) –*su-abajo, fferre-soportar; literalmente: soportar desde abajo*– tiene varios significados relevantes en relación con *enfermar*. Sufrir se refiere al padecer físico y moral. Según el DRAE (2018), sufrir es *sentir físicamente un daño, un dolor, una enfermedad o un castigo corporal*. Sufrir también indica sentir un daño moral. Llama la atención que, para indicar la acción del verbo, se recurra a otros verbos como: recibir, sostener, resistir, tolerar, llevar con paciencia, permitir, consentir, satisfacer por medio de la pena, someterse a una prueba o examen, contenerse y reprimirse. Todas estas acciones indican que hay un «sujeto» sobre el que recala el padecer, el dolor y la pena. Es evidente que este sujeto sufriente, tolera pacientemente el padecer, se somete a él y lo consiente. También resulta obvio que, según esta concepción, el sufrimiento está constituido por acciones que ocurren fuera del sujeto y éste sólo soporta la situación.

«Sentir» es otro verbo lleno de significados. *Sentire* indica la impresión física de estímulos externos e internos sobre los receptores corporales que aprehenden lo sentido. En consecuencia, experimentar sensaciones cutáneas, sentir dolor, calor, frío, oír, degustar y ver son modos o maneras de relación con el mundo. Aunque más allá de lo meramente corpóreo, hay un sentir subjetivo sentir psíquico

---

<sup>15</sup> Nota: Hasta muy entrado el siglo XX era común el uso de diversos purgantes depurativos, así como sangrías con aplicación de sanguijuelas. La idea general es que con la purga se expulsa la enfermedad.

y emocional, como alegría, miedo, ansiedad, soledad, aburrimiento. Muchos de estos sentires son señalados por Heidegger como *temples de ánimo*. Este temple de ánimo nos lleva a preguntar por lo que significa la enfermedad y su sentido, es decir, por la *forma* en que ésta se manifiesta. Esta *forma* que tienen de presentarse los síntomas de la enfermedad es de tal singularidad y sentido para el ser-ahí que sólo se comprende esencialmente por este ser que en cada caso le va su ser.

Maurice Merleau-Ponty empieza el análisis de la percepción señalando la sensación como prejuicio clásico de la filosofía, prejuicio que llevó a que “en lugar de prestar atención a la experiencia perceptiva, ésta se olvida en favor del objeto percibido” (1985, p. 25). De esta forma, sólo podemos hablar de “sentir la enfermedad”, si con ello nos referimos a la manera como algo me afecta y la vivencia de un estado de mí mismo. Así, sentir dolor no se reduce a una zona anatómica del cuerpo ni a las sustancias involucradas en producir el dolor, por eso, las explicaciones fisiopatológicas son insuficientes para comprender la manera en que me afecta la dolencia y la vivencia de mí mismo. “Creemos saber muy bien qué es ‘ver’, ‘oír’, ‘sentir’, porque desde hace mucho tiempo la percepción nos da objetos coloreados o sonoros, y al querer analizarla transportamos estos objetos a la consciencia” (Merleau-Ponty, 1985, p. 25). En realidad, insiste Merleau-Ponty, “la pretendida evidencia del sentir no se funda en un testimonio de la consciencia, sino en el prejuicio del mundo” (Merleau-Ponty, 1985, p. 26).

Es interesante la postura que respecto al sentir presenta Xavier Zubiri. En principio, alejada del mecanicismo y el asociacionismo, para Zubiri, el sentir es un proceso de la inteligencia, entendiendo a ésta no como *facultad*, sino como *acto de inteligir* (1998, p. 35). Para él, tampoco se trata de un acto intencional, ni un acto de

consciencia. El sentir intelectual es dar razón de lo que me «está» presente como algo de lo que yo «estoy» dándome cuenta. Zubiri insiste en este físico «estar» como *aprehensión* (1998, p. 35).

«Aprehensión sentiente» le llama Zubiri al “*acto de captación de lo presente, una captación en la que me estoy dando cuenta de lo que está captado. Es un acto en que se ha aprehendido lo que me está presente precisa y formalmente porque me está presente. La aprehensión es el acto presentante y consciente*” (1998, p. 22). En Zubiri, *sentir* es un proceso con tres momentos esenciales. En primer lugar, sentir está suscitado por fenómenos exógenos o endógenos del viviente. Aquí, Zubiri cuida mucho los términos para no confundir suscitación con excitación – función y acción corporal–, para no reducir suscitación, pues se trata de un proceso que involucra la vida entera del ser viviente. En segundo lugar, sentir tiene que ver con modificar el tono vital. En tercer lugar, sentir es responder. Nuevamente, Zubiri busca no caer en conceptos reductivos de la neurofisiología, para precisar que la respuesta es más un modo de ser y no una respuesta afectiva a los estímulos. Esta teoría de lo sentiente permite comprender con claridad el aparecer del sufrimiento.

Por otro lado, a pesar de que Zubiri insiste en el sentir como proceso unitario, la estructura formal del está determinada por la suscitación: «lo que suscita el proceso sentiente es la aprehensión de lo suscitante» (Zubiri, 1998, p. 31). Esta aprehensión sensible tiene una estructura formal propia y a ello Zubiri le llama «el sentir en cuanto tal». Este proceso consiste en aprehensión impresiva, misma que consta de tres momentos: la afección del sentiente por lo sentido –en virtud de este momento afectante, decimos que el sentiente «padece» la impresión–. Pero el proceso no se queda ahí, pues la “afección tiene esencial y constitutivamente el

carácter de hacernos presente aquello que impresiona: es el momento de alteridad” (Zubiri, 1998 pág. 34). Zubiri enfatiza: “impresión es la presentación de algo otro en afección. Es alteridad en afección. Finalmente, el tercer momento tiene que ver con la fuerza de imposición, es decir, *con la forma noto* que el sentiente nota lo sentiente-sentido”.

¿Hasta qué punto este proceso sentiente que describe Zubiri puede dar cuenta de sentir sufrimiento en la enfermedad? ¿Tiene el sufrimiento un carácter de alter? De ser así, ¿cómo habría que entender el sufrir? Es evidente que el sufrimiento es sentir y percibir la corporalidad de un modo singular, individual y único. La percepción del cuerpo como *propio* conlleva un largo proceso de auto-identidad y reconocimiento, desde el nivel bioquímico hasta la autoconsciencia. Pero aún en el nivel más complejo de identidad, quedan pliegues de lo propio que se asumen como extraños, es decir como *otro*. El sufrimiento es justamente un proceso que pone de manifiesto lo que les es extraño a los seres humanos.

De acuerdo con Zubiri, la alteridad es aquello que “nos hace presente lo ‘otro’ en una precisa forma. Este ‘otro’ tiene un contenido propio. El contenido da la nota de lo que está presente como ‘otro’. Este contenido es la nota que ‘queda’ en el sentiente, como modo de quedar en la impresión” (1998, p. 34). A Zubiri le preocupa en verdad la respectividad entre el sentiente, lo sentido y lo suscitante. Así, dice Zubiri, “el color, el sonido, tienen una autonomía propia en la acción visual y auditiva, por lo que *quedar es estar presente como autónomo*” (1998, 34). Esto es, que lo suscitante como otro, queda como nota presente en impresión; tiene además de un contenido, una forma propia de autonomía. Es a lo que Zubiri llama formalidad (1998, p. 35).

La formalización es un proceso universal a todos los vivientes que aprehenden sentientemente el contenido y la formalidad de lo “otro”. Es el modo de la *habitud*, es decir, el modo de habérselas con el mundo. La formalidad modula el contenido, pero a su vez el contenido modula la formalidad misma. Así, notas elementales conforman la sensación, en tanto constelaciones de notas autónomas, perfilan una línea de clausura, cuya aprehensión es percepción (Zubiri, 1998, p. 37).

Ahora bien, el estudio del cuerpo ha sido objeto investigación en la tradición de la medicina científica instaurada desde el Renacimiento, cuerpo anatomizado, principalmente en el cadáver (Laín Entralgo, 1978). La autopsia fue el primer procedimiento invasivo del cuerpo con fines diagnósticos (Nogales, 2004). En su génesis, este examen minucioso del cuerpo implicó desacralizar lo que se consideraba un objeto sagrado. Este acontecimiento abrió el campo visual al interior del cuerpo bajo la sospecha de que la enfermedad estaba alojada en él, pero, sobre todo, que el cuerpo es susceptible de producir su propio sufrimiento. Es a partir de este nuevo paradigma, como lo documentan ampliamente los estudios históricos de Laín Entralgo (1989), que el cuerpo adquiere el estatuto de objeto de investigación científica para la medicina hasta finales del siglo XX.

Pero en el siglo XX, estudiar el cuerpo fue objeto de muchas disciplinas. En la medicina, el cuerpo se medicalizó de forma tan radical que la propia medicina lo perdió como objeto en un proceso reductivo propio de la biología. La medicina ni siquiera elabora una representación del cuerpo vivo, su punto de arranque es el cuerpo muerto. Así, la historia del cuerpo en la medicina tiene como paradigma, la representación que hace Andrea Vesalio en sus tablas-libro. La representación anatómica es descripción objetiva de la desintegración por disección. Un cuerpo

inerte, silencioso, desvanecido en manos de la muerte, sobre el cual, sin embargo, se busca la verdad de la vida. Como es obvio, esta noción de cuerpo está muy lejos de una concepción fenomenológica, que como veremos más adelante propone Merleau-Ponty, para quien el cuerpo es mundo, por el mundo y con el mundo. El cuerpo es carne y

la carne es el hecho de que mi cuerpo es pasivo-activo (visible-vidente), masa en-sí y gesto. La carne hace visible que soy, que sea vidente, mirada o lo que es lo mismo, tiene un dentro-fuera más el hecho de que lo visible exterior es también visto, es decir, que tiene una prolongación, en el recinto de mi cuerpo (1985, p. 163).

En el sentir corporal, el sufrimiento tiene muchos modos de ser. También es muy diversa la formalización en el sentir y percibir. David Le Breton ha hecho una excelente síntesis de la experiencia del dolor:

El dolor es junto con la muerte la experiencia humana mejor compartida: ningún privilegiado reivindica su ignorancia o se vanagloria de conocerla mejor que cualquiera. Violencia nacida en el propio centro del individuo, su presencia lo desgarrar, lo postra, lo disuelve en el abismo que abre en su interior o lo aplasta con el presentimiento de una inmediatez privada de toda perspectiva. La evidencia de la relación entre el sujeto y el mundo se rompe. El dolor quiebra la unidad vital del hombre, que tan evidente resulta cuando goza de buena salud, y confiando en sus fuerzas, olvida las raíces físicas de su existencia, cuando ningún obstáculo se interpone entre sus proyectos y el mundo (Le Breton, 1999, p. 55).

Bajo el dolor, el cuerpo se hace presente, pierde su invisibilidad y se presenta como ese «otro» que somos en la inconsciencia cotidiana.

El dolor es fundamentalmente una experiencia corporal extrema que produce la impresión real de poseer un cuerpo ajeno. Un cuerpo sobre el cual se ha perdido la voluntad de control. El dolor es un momento de la existencia en que el individuo confirma la impresión de que su cuerpo es extraño a él. Una dualidad insuperable e intolerable lo encierra en una carne rebelde que le impone un sufrimiento cuyo continente es él. Si el gozo es expansión, ensanchamiento de la relación con el mundo, el dolor es acaparamiento, interioridad, cerrazón, desapego de todo lo que no sea él mismo (Le Breton, 1999, p. 24), incluso, cuando el sufrimiento se hace crónico y lo bastante agudo, cesa todo interés hacia el mundo y los demás. Pérdida del apetito, asco ante la existencia, susceptibilidad, agotamiento, apatía, insomnio, un cortejo de penas acompaña al dolor y colorea toda la experiencia del mundo sin dejar nada de lado (Le Breton, 1999, p. 24).

Podemos concluir enfatizando al menos tres hechos sobre la existencia del sufrimiento. Primero, sufrir forma parte de vivir, así que no hay forma de eludirlo. El sufrimiento siempre tiene el modo de ser del ser-ahí abierto al mundo. Este mundo puede que sea la realidad, constituida de suyo, pero ésta sólo cobra sentido por la actividad intelectual del hombre. Segundo, el sufrimiento es una experiencia única, individual e intransferible. Si se trata de contarla, sólo se puede expresar en primera persona. La idea de mundo desde las primeras personas debe correlacionar con las terceras para que la realidad tenga algo de verdad. De no ser así, el sufriente vivirá en un mundo sin esperanza: será la enfermedad en sí misma. Volveremos con el tema en la siguiente sección.



### 3.- El temple de ánimo en-el-ser sufriente

El ser-ahí existe como ser-en-el-mundo en la medida en que el mundo le ofrece el horizonte de posibilidades de existencia. El temple anímico abre la existencia al mundo como un ser de posibilidades: un ser cuyo modo de ser es el poder-ser, el pro-yectarse. El temple de ánimo es revelador: patentiza al ser-ahí su condición de no poder dejar de ser y estar dado a sí mismo como poder-ser. El temple de ánimo, según Heidegger, es el modo fundamental en el que se encuentra el ser-ahí. Como hemos dicho, Heidegger analizó varios temples de ánimo, entre los que destacan el asombro, el duelo sagrado, la angustia y el aburrimiento. Lo que en esta parte del texto intentamos dilucidar, es la manera en que la presencia de la enfermedad deviene en temple de ánimo que asemeja *apremio* y *angustia*. El apremio, dice Heidegger, es como un *entre-con-los-entes* y *el pensar consiste en no saber ni la salida ni el acceso (estando entre los entes)* (2007, p. 71).

La cotidianidad del ser-ahí presenta una habitud corporal respecto a salud-enfermedad, donde la ordinariedad del vivir tiene un bajo nivel de percepción del funcionamiento de los órganos. En cambio, la aparición de la enfermedad templea el ánimo y abre el mundo para el ser-ahí. La habitud conlleva seguridad, despreocupación, repetición y rutina. La percepción de la enfermedad por sus síntomas generales despierta en la corporeidad preocupación, temor, angustia. La angustia es un estado afectivo inespecífico: el ser-ahí-abierto-al-mundo con posibilidades, pero lleno de incertidumbre respecto de lo por-venir inmediato. La angustia hace patente al ser-ahí, su ahí mismo; su posibilidad de tomarse a sí mismo

entre manos, pero también revela lo inhóspito del acontecimiento vital. Para Heidegger, esta angustia es originaria, por tanto, no es nueva; sólo que estaba velada en la cotidianidad.

El temple de ánimo en el enfermo tiene varias maneras de ser. Puede ser angustia reactiva frente al síntoma que anuncia el sufrimiento, la finitud y la muerte, o bien el temple de ánimo puede ser apremio, huida y pánico. El ser-ahí se retrae, se refugia y busca consuelo. Así, la medicina se erige como morada del ser: buscar al médico puede ser un alivio. «Aliviar» –del latín *alleviāre*– indica *disminuir lo que está sobrecargando al cuerpo*. Por eso es que ‘en la tradición práctica de la medicina’ el médico suele guiarse por el aforismo que reza: *curar a veces, aliviar con frecuencia, consolar siempre*. Nadie sabe con certeza quién escribió semejante *dictum*, pero es una regla deontológica que observan los buenos clínicos (Payne, 1967). «Consolar», dice el diccionario, indica *la acción de aliviar el sufrimiento físico o una pena moral*. Desde siempre, sabemos que hay enfermedades incurables, especialmente aquellas que involucran alteraciones constitucionales –ya sean genéticas o adquiridas–. Entre estas enfermedades, están algunas muy frecuentes, como la diabetes y el cáncer –ambos trastornos tan antiguos como la humanidad–. De la diabetes, por ejemplo, hay descripciones egipcias, cinco mil años antes de que Hipócrates se refiriera a ella. En algunas de estas enfermedades no se conoce con precisión la causa, en otras, sólo parcialmente; algunas son procesos autolimitados, otras son sistémicas; todas tienen tendencia a la cronicidad, producen trastornos degenerativos, secuelas y deformidades corporales; pero esencialmente se caracterizan por estar asociadas a mucho sufrimiento y muchas

de ellas son incurables.

El afrontamiento de lo inevitable tiene su *pathos*, –πάθος–, en la aprehensión de la realidad, es decir, tiene su temple de ánimo. Si lo examinamos desde Heidegger, un temple de ánimo fundamental se instala en el *Dasein*. Con Zubiri, diríamos que la aprehensión de la fatalidad inevitable se aprehende siempre desde la realidad. Según Aristóteles (2000), el *pathos* es el sentimiento que se despierta en los otros, ya sea por el talante del que habla, la predisposición del oyente o por la naturaleza argumentativa del discurso mismo, pues no hacemos los mismos juicios estando tristes que estando alegres, o bien cuando amamos que cuando odiamos. Durante siglos, la literatura, la pintura y la música han plasmado el efecto de este *pathos* humano. Susan Sontag ha hecho una magnífica síntesis de la forma en que la enfermedad ‘como metáfora’ ha pervivido en la literatura, desde la *Ilíada* hasta nuestros días (1996, p. 12).

Como comentamos líneas atrás, Sontag supone que la enfermedad es una especie de doble ciudadanía, misma que tarde o temprano acabamos por exhibir, puesto que la ciudadanía preferida es la de vivir en el mundo de los sanos. Por supuesto que no existe esta doblez. Y el enfermo no pretende persuadir a nadie, no es un actor gesticulando, argumentando para conmover, convencer y ganar un público expectante. El enfermo está situado ante sí mismo, frente a su realidad sentida, con su dolor, su angustia, su miedo y su desasosiego. Es decir, que el ser ahí viviente frente a la enfermedad es necesariamente propio, y es sólo en ese sentido que puede formularse la idea de que la enfermedad vincula un temple de ánimo fundamental (Redondo, 2005).

El temple de ánimo en Heidegger tiene que ver con el «*encontrarse*» en la «pálida indiferencia del temple». Esto es, cuando el ser-ahí está absorbido por la «indiferente y anodina cotidianidad» el temple de ánimo puede «irrumper» (1971, p. 148). Es decir, la salud es una condición encubridora de la cotidianidad de término medio. La irrupción de la enfermedad abre el horizonte de la temporalidad y vincula *el estado de yecto* «sobreviene» cuando el Dasein *irreflexivamente se abandona y se entrega por entero* al 'mundo' de la ocupación (Heidegger, 1971, p. 148). Al respecto, enfatiza Redondo-Sánchez:

el temple 'sobreviene' al hombre inmerso y absorto en la situación en la que vive. No se origina en su interior al que podría acceder en una introspección cognoscitiva, ni tampoco en el exterior desvinculado en principio de él y del que sólo podría tener noticia también en un proceso de constatación teórica (2005, p. 90).

Si no proviene de la interioridad subjetiva ni de la objetividad externa, el encontrarse sólo puede brotar siendo existencial del «ser-en-el-mundo».

Nietzsche habiendo sido un enfermo toda su vida, reflexionó mejor que nadie la salud y la enfermedad como temple de ánimo y su vivencia es muy ilustrativa. Nietzsche invierte el sentido negativo y "nihilista" que arrastra el concepto de enfermedad en la tradición occidental. Para él, la enfermedad y la salud son modos de experimentar la vida corporal, formas distintas de sentir y crear, oportunidades para tener otras experiencias vitales. Por esta inversión, Nietzsche sostiene que la enfermedad en realidad es «la gran salud» del cuerpo. El tema del cuerpo ocupa un lugar central en la filosofía nietzscheana, se han hecho excelentes análisis al respecto (Barcalett, 2006, p. 85). En esencia, para Nietzsche hay un "olvido del

cuerpo” en la metafísica occidental. La ciencia, la teología y la metafísica vaciaron el concepto de cuerpo y lo redujeron a una abstracción carente de significados para la vida; toda esta tradición es despreciadora del cuerpo: inventores de sueños y quimeras, enfermos y moribundos despreciaban el cuerpo y la tierra (Nietzsche, 1989).

Nietzsche lo que busca entonces, en primer lugar, es recuperar el cuerpo. Al hacerlo, el cuerpo se convierte en instrumento de interpretación que le da sentido a la vida, al azar y a la posibilidad abierta del ser; la enfermedad es potencialidad, «voluntad de poder». Capacidad de invención, renovación y retorno a sí mismo. Puede apreciarse lo lejos que este filósofo ha lanzado las ideas hegemónicas acerca de enfermar y sufrir. Los enfermos deben buscar más, porque no hay “un más allá” metafísico, incorpóreo, transfinito, inmaterial. Tampoco pueden esperar mucho de la ciencia, porque ésta sólo les dará normas, controles, apaciguamiento, consuelo. Pero, sobre todo, les negará el cuerpo y con él las posibilidades de sentido. El temple de ánimo en Nietzsche es de sublimación del dolor, afrontamiento rebelde contra el destino que impone el sufrimiento.

Aunque hay biologismo en Nietzsche, no sólo porque simpatizó con el darwinismo sino porque en varios textos discute el problema que plantea la relación del individuo y la especie, piensa que la vida orgánica e inorgánica no se somete a ningún tipo de norma, de manera que lo normal no existe. Nietzsche conoció la teoría celular de Virchow y fue justamente ésta la que le sugirió la idea de que la vida es multiplicidad de fuerzas unidas por un mismo proceso de nutrición. De ahí también la concepción del cuerpo, de la salud y la enfermedad. Ninguno de estos conceptos fue examinado en forma aislada del contexto cultural y es eso justo lo

que refleja el temple de ánimo. En el caso de Nietzsche, el temple de ánimo tiene que ver con la postura nihilista, pero la forma de expresarlo es muy paradójica.

Como acertadamente señala Bacarlett Pérez, Nietzsche identifica el nihilismo con una serie de fuerzas reactivas que tienden a esclerosar la voluntad de poder. Según esta autora, se identifica en Nietzsche un nihilismo pasivo y un nihilismo activo. En su forma pasiva, el nihilismo refleja un estado patológico que permea en la cotidianidad de término medio, justo ahí donde el *Dasein* se haya en el «encontrarse». La impropiedad revelada por creencias, valores del entorno, un mundo armado, normalizado, finito. Frente a ello, el nihilismo activo como actitud de la voluntad para crear, imaginar y proponer una vida nueva y un hombre nuevo; donde la enfermedad pueda «verse como la apertura hacia otras posibles saludes, otras normalidades y otras formas de vida» (Barcalett, 2006, p. 174).

Resulta muy interesante esta concepción de la enfermedad en Nietzsche, de frente a la visión tradicional judeocristiana donde la enfermedad se asume como formando parte de una especie de anhedonia social. Una especie de obliteración de las vías a la felicidad propia y colectiva basada en la idea de la cultura de la muerte. Sin duda, Nietzsche siguiendo a Spinoza está convencido que «nadie hasta ahora ha determinado lo que puede un cuerpo» y, por tanto, sólo se sabe de esa fuerza llamada «*conatus*», si se vive la libertad (Spinoza, 2002). Vivencia que implica asumir una actitud ética en el cuidado de sí (Foucault, 1996).

El problema que se plantea en el sufrimiento reside en la subjetividad del mismo. Sea como padecimiento, dolor o pena moral, lo que se sufre impone al menos dos formas de tolerancia, paciencia y conformidad con el padecer. Una es aceptar de facto que padecer tiene una realidad verdadera, externa e independiente

del sufriente. Aceptar pasivamente el destino y ponerse en manos de la ciencia o de la religión. Otra alternativa es reconocer las limitaciones que ofrece la ciencia y, en el caso de la medicina, la serie de terapias alternativas, que justamente proliferan en los campos donde la ciencia ofrece nada. Asumir la realidad del sufrimiento activamente, primero aceptando el dolor como propio y haciéndose cargo de uno mismo. La experiencia del dolor crónico es particularmente ilustrativa a este respecto.

Melanie Thernstrom (2012), a partir de su propia experiencia, recoge la vivencia testimonial de muchas personas que viven con dolor crónico y a quienes ni la ciencia ni ninguna otra instancia social parece tener algo que ofrecerle a quienes viven con sufrimiento cotidiano. El sufrimiento por dolor es un fenómeno complejo y difícilmente la ciencia reductiva podrá encontrar una solución integral. El mito de que pronto se descubrirá una droga maravillosa que quitará sufrimiento del mundo es una fantasía que no pueden esperar quienes padecen dolor crónico. Porque como indica David Morris, “el dolor es siempre personal y siempre cultural. Está, por esto, siempre abierto a la variable influencia del significado” (1996, p. 70).

Ante todo, este análisis del sufrimiento del sufrimiento humano y, sobre todo ante tantas paradojas respecto a lo qué es sufrir en forma subjetiva, ¿cómo podemos entender el *dictum* médico del consuelo? ¿Cuál es la esencia de esta actitud? ¿Con qué metodología y a partir de qué contenidos filosóficos se puede plantear la consolación como actividad cotidiana del saber y la práctica de la medicina?

Desde el ámbito de la filosofía, Boecio es el primer filósofo que propone la posibilidad de que la filosofía sea una vía para la consolación; aunque podríamos

decir que ya Sócrates y los estoicos buscaron con afán este propósito. Cuenta Boecio (1997), como recibió consuelo de la filosofía cuando estando prisionero en Pavía se le presentó ésta en forma de serena y majestuosa mujer dispuesta a servir de guía de las almas desesperadas. Así Boecio se convirtió en guía para la espiritualidad cristiana medioeval. Ya señalamos a este respecto la crítica de Nietzsche. Ni en los grandes sistemas filosóficos, ni en la posmodernidad puede apreciarse un intento similar al de Boecio. Y es que la consolación como actitud espiritual o ética no encaja en la vocación crítica de la filosofía moderna, ni en lo individual ni en lo colectivo.

Hay que concluir con la idea de que el sufrimiento es mucho más que lo que siente un organismo averiado. En el sufrimiento hay estados afectivos como la culpa, el miedo, la ira y la depresión que interactúan sinérgicamente con él. El sufrimiento es consustancial a la vida, no hay forma de evitarlo. Es inconcebible una vida sin dolor, porque el dolor es humanizador. Hay que decir también que el sufrimiento no es un sentir, sino un percibir el mundo y, por ello, el sufrimiento involucra toda la existencia. El sufrimiento temple el ánimo en el sentido que lo propone Nietzsche como «gran salud» o «voluntad de poder» que sobrepasa el vivir de término medio. Para que esto sea posible, es necesario cambiar las concepciones de salud, enfermedad, organismo y cuerpo. Como dice Gilles Deleuze a propósito de Spinoza:

si somos spinozistas, no definiremos algo ni por su forma ni por sus órganos y funciones, ni como sustancia o sujeto. Empleando términos de la Edad Media, o también de la geografía, lo definiremos por longitud y latitud. Un cuerpo puede ser cualquier cosa, un animal, un cuerpo sonoro, un alma o una idea, un corpus



lingüístico, un cuerpo social, una colectividad. Llamamos longitud de un cuerpo cualquiera al conjunto de relaciones de velocidad y lentitud, de reposo y de movimiento entre partículas que lo componen desde este punto de vista, es decir, entre elementos no formados. Llamamos latitud al conjunto de los afectos que satisfacen un cuerpo en cada momento, esto es, los estados intensivos de una fuerza anónima (fuerza de existir, poder, poder de afección). De este modo establecemos la cartografía de un cuerpo. El conjunto de las longitudes y las latitudes constituye la Naturaleza, el plan de inmanencia o de consistencia siempre variable, incesantemente revisado, compuesto, recompuesto por los individuos y las colectividades (2004, p. 221).

Si la regla deontológica del médico dicta: consolar siempre, si eso es posible, habría que hacerlo desde esta perspectiva deleuzeana.

Es obvio, pues, que la experiencia de enfermar es única e intransferible, el ser-ahí enfermo está siempre rodeado de otros entes que tienen los mismos modos de ser, pero ante el acontecer del sufrimiento poco vale el mundo circundante, todo se disuelve y se borra. Ahí están aquellos entes cuyo modo de ser es ofrecer alivio, consuelo, refugio: el médico, agente activo, promotor, investigador y voluntad firme dispuesta a brindar apoyo al prójimo; los otros enfermos y el enfermar mismo; esa especie de otredad donde se sitúa la desdicha humana. Uno a uno, estos entes circunmundanos se abren paso como si fueran personajes de un drama; juntos forman la trama de la vida y, al final, el desenlace lleva a que se cumpla el destino. Tanto el médico como el enfermo protagonizan una lucha inútil frente a la fragilidad humana, donde al final la enfermedad ha de imponer su ley.

Enfermedad y enfermo en otredad, no como alteridad, aunque es frecuente que los enfermos cuiden de otros semejantes; condición que implicaría cambiar la propia perspectiva por la del ser de otro: cambiar mi preocupación por lo que se preocupa el otro, cambiar el cuidado propio para ocuparme de cuidar del otro. Cuidar –del latín, *coidad*, *cogitāre*, pensar– al otro implica ocuparme de su situación: sus sentimientos, sus emociones, sus sufrimientos. Cuidar-de-sí, cuidar-de-otro, es pensar en otro a partir de mí: es curarse de (cura y cuidado). Heidegger define la cura como “pre-ser-se ya en (el mundo) como ser-cabe (los entes que hacen frente en el mundo)” (1971, p. 211). Pre-ser es ser previamente en cada caso, tener siempre posibilidades de poder-ser; pre-ser-se es por ello un modo fundamental de ser-en-el-mundo: “ser cabe”, “a la mano” como “curarse de”, “ser con” del “ser ahí con” otros que le hacen frente dentro del mundo como “procurar por” (Heidegger, 1971, p. 215).

El enfermo, por otra parte, es la persona que aguanta pacientemente el sufrimiento por enfermedad. Estrictamente no todo paciente es un enfermo. El término paciente (*patiens*) alude al sujeto que recibe la acción del actuar médico. Por tanto, sólo es paciente aquel que está bajo el cuidado del médico. En latín, «*pati-ens*» califica a la persona como «paciente, sufriente, tolerante»; pero adverbialmente indica la circunstancia: con paciencia, “con tranquilidad, con constancia; y en su forma sustantivada nombra la sustantividad de la persona: paciencia, tolerancia, servilismo, sumisión ciega” (Martínez, 1851). Quienquiera que haya empezado a designar a las personas enfermas con el epíteto de «pacientes», evidentemente lo hizo desde una relación de poder, etiquetando al otro como objeto

de la espera: el que solicita ayuda y espera a que se le otorgue. Así, el enfermo es el que espera: espera curarse, espera la muerte, espera en Dios.

Podemos concluir enfatizando que no hay un hombre enfermo y un hombre sano, no existe siquiera un hombre absolutamente sano y uno absolutamente enfermo. Sólo hay un modo de ser. La salud y la enfermedad son sólo dos formas de percepción de sí mismo en momentos y circunstancias diferentes. Son maneras de percibirse en el tiempo, pero sólo eso: tiempo vivido. Según Josep María Esquirol (2009), la vida transcurre insensiblemente y el tiempo vivido es irrecuperable: “Es el tiempo del ‘ha sido’, es tiempo que jamás retorna. Pero hay otro tiempo en la vida, es el tiempo de ‘la espera’; y hay todavía otro tiempo, el tiempo que nos queda” (2009). Los pacientes viven el tiempo de la espera y temen que se acabe el tiempo que les queda.

El enfermo vive su enfermedad en primera persona. No hay forma de compartir el dolor, la invalidez, el cáncer. Esta intimidad se vive en un tiempo interior que no puede medir el reloj. Las reacciones de enojo, rebeldía, negación, aceptación o negociación son siempre en la soledad interior. El enfermo está muy resentido con la vida, no logra conciliarse. Maldice, reniega. Y un día se da cuenta que todo aquello terminará. Nada es eterno. Este sentir dolor, este sufrimiento y pena, también es finito. Entonces suele venir la reconciliación. Un reencuentro consigo mismo. Búsqueda ansiosa de recuperar el tiempo irrecuperable. Le queda la memoria y el olvido. Le queda su Dios, que al final siempre le está esperando. Parece que entonces, dice Esquirol, aplica la regla que San Benito recomendaba a sus monjes: “hacer las paces antes de la puesta del sol...” (Benito, 2000). Es decir,

comenta Esquirol, perdonar, disculpar, darse la mano y tal vez dirigir una mirada benévola para sí mismo y para el otro. Hay que reconciliarse con el vivir.

Laín Entralgo (1970) denomina “Antropología patológica” *al conocimiento científico de ese peculiar modo de la existencia humana a que damos el nombre «enfermedad»*. Según este eminente historiador de la medicina, es en este campo temático donde cabe plantearse la pregunta ontológica sobre lo qué es la salud y lo qué es la enfermedad. Laín Entralgo hace el siguiente análisis genealógico: la idea fundamental que los médicos griegos formularon sobre la esencia de la enfermedad gira en torno a cuatro categorías: *nasos o nomos* y, por lo tanto, *nosema* o *noúséma*, *páthos* y *páthema*, *arrostía* y *asthéneia* (1970, p. 189). Las notas constitutivas de estos procesos mórbidos forman un complejo sistema de significaciones lingüísticas. Por ejemplo, dice Laín Entralgo, *nousos*, forma jónica de *nósos*, ha tenido las siguientes traducciones: «húmedo», «vuelta al hogar», «visitación», «corrupción», «consunción», «pobreza» y «cólera»; en tanto, *páthema* indica «afección pasiva»; *arrostía*, «debilidad», «impotencia»; *asthéneia*, «falta de vigor», «incapacidad», «debilidad»; y *kámnein*, «sufrir», «enfermar» (1970, 190). Queda para otro momento ocuparse de esta interesante tesis de Laín Entralgo. Por ahora, volveremos al análisis existencial.

#### **4.- Afrontando ser enfermo**

Estar enfermo es estar arrojado en una especie de segunda «naturaleza», una naturaleza que hasta entonces nos era ajena. Sorpresivamente aparece un

orden, no sólo subjetivo, sino real y concreto. Al margen de mi percepción, la tecnología hace visible un orden nuevo en el cuerpo, hasta entonces imperceptible. De forma natural, el cuerpo siempre tiene sorpresas, eso lo sabemos desde siempre; aunque nunca sepamos dónde están las reservas corporales, éstas aparecen cuando la situación nos exige salir al paso. Pero la enfermedad no es una prueba de resistencia vital, es más bien un estado de naturaleza en que somos situados. La enfermedad es un modo de ser-en-el-mundo.

Hay un tiempo interno que no mide el reloj. Es el tiempo que despliega el vivir, si por vivir se entiende ese historial opaco que es nuestro:

destino de ser nacidos, eso es, de un ser, que, una vez y por todas, ha sido dado a sí mismo como algo por comprender. Como el tiempo natural sigue estando al centro de mi historia, también me veo rodeado por él. Si mis primeros años están tras de mí como una tierra desconocida, no es por un fallo fortuito de la memoria y por falta de una exploración completa: nada hay por conocer en estas tierras inexploradas (Merleau-Ponty, 1985, p. 359).

En cualquier caso, el tiempo vivido es irreversible.

Aunque nada hay por conocer de los primeros años, uno queda sorprendido por lo inesperado. Unos riñones deformes, cotidianamente sobreponiéndose a la circunstancia; un corazón congénitamente insuficiente; un aneurisma silencioso, oculto en la profundidad del vivir propio que en cualquier momento revienta y deja una hemiplejía. Aunque nada hay por conocer, se acaba sabiendo. El cuerpo precede a la conciencia, pero la conciencia desvela el cuerpo:

ni la creencia ni el placer ni la alegría pueden existir antes de ser conscientes; la conciencia les da la medida de su ser; pero no es menos verdad que la creencia,

por el hecho mismo de no poder existir sino como perturbada, existe desde el origen como hurtándose a sí misma, como quebrando la unidad de todos los conceptos en que pueda querer encerrársela (Sartre, 1976, p. 357).

Al final, somos lo que hemos creído ser.

La enfermedad es cuerpo: carne, sangre, vísceras; materia corporal. Algo sobre y dentro de la piel adherida a este ente que soy. Este dolor que nace no sé dónde, pero que está en mí mismo. Aquí, arrojado junto a otros, soy uno con ellos. Me reconocen por mi mutilado cuerpo, por el dolor que martiriza mi existir. Pero soy otro y soy yo mismo. Aquí nos identificamos como cuerpos sufrientes, martirizados por un dios o un demonio, igualmente perversos. El tiempo aquí tiene otra duración. El dolor tiene su propia medida. Será por eso por lo que Heidegger (2001) dice que “el misterio del dolor permanece velado al hombre” y no sólo el dolor, sino la vida misma.

Así, toda enfermedad es un asunto personal por afrontar. Pero: la enfermedad transforma a la persona y la persona interpreta la enfermedad en el contexto de su vida, de su experiencia, de personalidad y de su temperamento. Con la enfermedad, vienen a la mente miles de asociaciones, ya sean personales, situacionales, culturales o históricas (Thernstrom, 2012, p. 28).

Pero, sobre todo, el dolor es como un dictador despótico:

indulta, desconcierta, trastorna, devasta, deshace. Exige una interpretación y, sin embargo, hace que las respuestas resulten absurdas. El dolor persistente posee la impenetrable crueldad de un torturador que aparece con el fin de hacernos creer que existe una solución capaz de detener el siguiente golpe. Pero nada de lo que se

nos ocurra parece suficiente, al final acabamos como Job, postrados frente al torbellino (Thernstrom, 2012, p. 29).

De acuerdo con Xavier Zubiri (2006): “el hombre es una realidad y, a fuer de tal, está entre otras realidades. Pero lo está de una manera sumamente especial, como realidad personal”. Para Zubiri la propiedad personal es aquella que se pertenece a sí misma en el sentido de ser realidad propia. Las propiedades de la persona tienen un carácter reduplicativo, es decir, no sólo tiene propiedades, sino que consiste formalmente en apropiarse, en ser propiedad suya (2006, p. 11). Sí, no hay nada más propio y personal que el dolor. Si Zubiri tiene razón, uno se apropia el dolor, no es él quién nos atrapa. Pero en la experiencia, esa realidad se presenta invertida en la experiencia de solipsismo: junto a este dolor matando mi alma no hay nadie, junto a este dolor ahogando mi aliento, nada, nadie responde a mi angustia. Soy un ente ahí arrojado a la vida.

Como enfermo, he sido arrojado a esta naturaleza que es la mía. Pero estoy circundado de otras naturalezas, tan propias de otros como yo de la mía. Hay en efecto, una realidad objetivante, desde donde:

Soy un enfermo renal, mis riñones se niegan a seguir funcionando: vivo conectado a máquinas que limpian mi sangre de impurezas metabólicas; una bomba hidráulica infunde nutrientes a mis células; un robot espera trasplantar mis riñones. Uno se sirve de eso como de algo que no es de nadie, algo neutro que pretende ser universal. Esos objetos culturales hablan del mundo de la ciencia. Pero ese mundo es sólo un fragmento, bastante ajeno para mí. En este mundo tecnológico soy un hombre fragmentado: un agregado de órganos expuesto en láminas de anatomía (CTM, 2003).

El verdadero mundo *para-mí*, aquél por el que todos existen como «Yo». Yo, que soy una conciencia, una intención, un pensamiento, un proyecto; Yo, que me percibo como objeto cultural, ¿cómo puedo hacer visible toda esta subjetividad ante los otros que me aprehenden desde el exterior? Así:

El verdadero sujeto no tiene par, esta conciencia que se oculta en un fragmento de carne sangrienta es la más absurda de las cualidades ocultas, y mi conciencia, coextensiva con lo que puede existir para mí, correlato del sistema entero de la experiencia, no puede encontrar en ello otra conciencia que inmediatamente haría aparecer en el mundo el fondo, desconocido por mí, de sus propios fenómenos (Merleau-Ponty, 1985, p. 361).

Ser enfermo es ser-ahí: arrojado-en-el-mundo y haciéndole frente.

El problema de esta alteridad es, como indica Michelle Boto:

si en fin de cuentas, las acciones de los demás estarían siempre comprendidas por las mías; el «se» o el «nosotros» por el Yo. Pero la cuestión está ahí precisamente: ¿cómo el vocablo 'Yo' puede ponerse en plural? ¿Cómo formarse una idea general del Yo, cómo puedo yo hablar de otro yo diferente al mío, cómo puedo saber que existen otros Yo, cómo la consciencia que, en principio, y como conocimiento de sí misma, está en el modo del Yo, puede ser captada en el modo del Tú y por ende en el modo del «Se» («On»)? (2011, p. 170).

Hay en juego dos modos de ser: el ser-en-sí y el ser-para-sí. Merleau-Ponty discutió ampliamente la imposibilidad de que exista pluralidad de conciencias en-sí, lo cual no implica suponer que los otros no existen o que son sombras en la caverna, o que un genio maligno se empeña en engañarme. Pero si para mí, concluye Merleau-Ponty:



que reflexiono en la percepción, el sujeto perceptor aparece provisto de un montaje primordial respecto del mundo, arrastrando tras de sí esta cosa sin la cual no existiría para él otras cosas, ¿pero los demás cuerpos que yo percibo no estarían, recíprocamente, habitados por conciencias? Si mi conciencia tiene un cuerpo, ¿por qué los demás cuerpos no «tendrían» conciencias? (1985, p. 362).

De frente a mí mismo, desde mi enfermar interrogo, ¿qué soy yo? Soy enfermo: desde mí mismo, conmigo y para mí. Pero ¿qué soy yo para mí mismo? Una «unidad entitativa» (*ousía*) (Aristóteles, 1994, p. 284), en el tiempo. Un fluir continuo de la vida desde un antes hasta un después: soy tiempo. Es lo que Edmund Husserl concebía como tiempo, más acá de la retención como memoria. Este fluir de tiempo hace que la vida sea un decurso vivido continuamente en presente (Husserl, 1959). Flujo de la vida en un tiempo absoluto. Y, sin embargo, sé que tengo una historia, un pasado que fue presente alguna vez. Un recuerdo explícito, un fluir de tiempo en la memoria: tiempo irrecuperable. Sin embargo, allá resguardo el antiguo dolor, la enfermedad curada en la infancia; la fiebre convulsiva de una noche; el sufrimiento migrañoso y el horror de la tifoidea. Así que, si soy tiempo, soy ese fluir vivo-viviendo deslizándose hacia el pasado retenido en la memoria.

Para Heidegger el “ser abierto” del ser-ahí es el fenómeno más originario de la verdad (1971, p. 241). Pero hay que enfatizar que “la apertura no es nunca un estado acabado sino un acaecer siempre activamente relacionado con su contrario, con el ser encubierto” (Gutierrez, 1983). En Heidegger, la verdad equivale a descubrir, des-velar: mostrar el ente que aparece. Sin embargo, el ente que aparece puede estar encubierto o ser falso.

La realidad de ser enfermo es en primer lugar una experiencia sensible que no requiere prueba de evidencia. El dolor, la fiebre, la convulsión epiléptica, la disnea cardiaca y respiratoria, la ictericia y la anuria no requieren demostración para el enfermo. Pero no todo lo que parece real es evidente. Jacques Lacan (1998) dice que realidad y real tienen significado distinto. Realidad, dice Lacan, es el proceso perceptivo individual, único de cada persona; por tanto, la realidad es fenomenológica, como tal es el soporte de la fantasía. Real, en cambio, tiene que ver con la existencia de las cosas independientemente de que sean percibidas por alguien. El enfermo inicia por su autopercepción y concluye con los hechos reales que evidencia el médico.

La mayoría de las personas cuando saben que están enfermas, tienen la convicción de que sea lo que sea la «enfermedad» ha de ser real. Y con real se alude a lo que existe de hecho, en contraposición a lo ficticio. En su significado propio y específico, el término «realidad» designa el modo de ser de las cosas, en cuanto existen fuera de la mente humana o independientemente de ella (Abbagnano, 1993). La misma fuente contrasta lo real con lo que no lo es. Lo opuesto de realidad es, por lo tanto, idealidad, que indica el modo de ser de lo que está en la mente y no es o no puede ser o no está todavía incorporado o puesto en acción en las cosas.

El concepto ontológico de *realidad* ha propiciado disertaciones de filósofos de enorme talla como Duns Scoto, a quién se le atribuye haber inventado el término «realidad» (*realitas*). Sobre lo mismo han discutido Leibniz, Descartes, Berkeley, Hume, Hegel, Kant y muchos otros. En la *Crítica de la razón pura*, Kant plantea el

problema de la realidad de las cosas mismas, independientes del espacio y del tiempo –ya que estos dos fenómenos son formas de la intuición y no de las cosas– y llega a la conclusión de que Kant es creador de la conciencia de nuestra propia existencia, que es al mismo tiempo, conciencia inmediata de la existencia de otras cosas fuera de nosotros (2014). El problema fundamental es validar la existencia de un mundo externo a nuestra percepción subjetiva. Por su parte, Heidegger discute la postura de Kant y concluye diciendo: “aquello [los argumentos de Kant] es un embrollo de cuestiones, una mescolanza de lo que se quiere probar con lo que se prueba y con aquello con que se aporta la prueba” (1971, p. 225). Heidegger formula la cuestión al señalar que “es menester demostrar que la ‘realidad’ no sólo es *una* forma de *ser entre* otras, sino que se halla ontológicamente en una determinada relación de fundamentación con el ‘ser-ahí’, el mundo y el ‘ser a la mano’” (1971, p. 222).

Para Heidegger, hay que distinguir *lo real* y *la realidad*. Lo real, dice, es esencialmente accesible sólo en forma de entes intramundanos. Todo acceso a tales entes está ontológicamente fundado en la estructura fundamental del ser-ahí, el ser-en-el-mundo (Heidegger, 1971, p. 223). La realidad, “dentro del orden de relaciones ontológicas de fundamentación y de la posible localización entre lo categorial y lo existencial, *la realidad viene a parar al fenómeno de la cura*” (Heidegger, 1971, p. 232). El problema de la realidad, concluye Heidegger:

es el problema de la ‘existencia’ y su demostrabilidad, se revela como un imposible, y no porque de él se deriven aporías insolubles, sino porque el ente mismo que constituye el tema de este problema se niega por así decirlo, a semejante cuestionamiento. El problema no estriba en demostrar que ‘exista’ y cómo ‘exista’

un 'mundo exterior', sino en mostrar por qué el Dasein tiene, en cuanto estar-en-el-mundo, la tendencia a empezar por una 'teoría del conocimiento', en la que sepulta el 'mundo exterior' en la nada para hacerlo luego resucitar mediante demostraciones (1993, p. 207).

Las cuestiones en torno a la ontología como «teoría de la realidad» han cobrado relevancia en la actualidad, hoy está emergiendo *un nuevo realismo* y algunos filósofos de esta corriente están planteando cuestiones sobre una “ontología de la contingencia absoluta” (Ramírez, 2016) y otros paradigmas de la realidad, donde ésta puede ser hipercaótica. No obstante, la cuestión que aquí se plantea es más modesta, sólo se trata de aclarar cómo es que en los enfermos puede coexistir un mundo exterior donde se objetiva la enfermedad y un mundo interior donde se da la experiencia.

Al respecto de la realidad, la teoría más exitosa en la medicina científica de los últimos cien años, es la que supone la existencia de una lesión en los órganos o tejidos del cuerpo (teoría biológico-lesional), suficiente y necesaria para explicar la enfermedad. La teoría fue formulada por Rudolf Virchow en 1858. La base epistemológica de Rudolf Virchow está en la teoría celular, conocimiento en el que contribuyeron varios autores, pero sobre la cual Virchow monta su propuesta. Su hipótesis de trabajo supone que “si la patología sólo es la fisiología con obstáculos y la vida enferma no es otra cosa que la vida sana interferida por toda clase de influencias externas e internas, entonces la patología también debe referirse finalmente a la célula” (Pérez Tamayo, 1997, p. 114). De este interesante texto, quisiera destacar la idea de «*fisiología con obstáculos*» y «*vida sana interferida*»,

porque ilustra con claridad la existencia de estos dos mundos de cualquier teoría patológica: uno interno a la vida sana y otro externo a la vida enferma.

Como parece evidente, las teorías ontológicas de la enfermedad, suponen que ésta existe en sí como una realidad independiente del enfermo y que es un ente que obstaculiza el funcionamiento fisiológico e interfiere la vida sana. Es en esta realidad que la biomedicina predica como «verdad científica» sobre la cual se fundamenta el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. Pero, ¿es ésta la realidad que vive el enfermo, aún más radical, esto es el ser real del enfermo como realidad? A los enfermos les parece que no es así. De hecho, esta versión del realismo ingenuo no tiene cabida en filosofía, pues resulta burdo y grosero para intentar desde ahí comprender la realidad del sufrimiento en la medicina y, sobre todo, el fundamento óntico-ontológico del ser-en-el-mundo.

Antes de concluir esta parte sobre ser-ahí abierto en la realidad de ser-enfermo, queremos referirnos a la propuesta de Zubiri en el sentido de que un hecho real es algo que es observable para cualquiera (1998, p. 183). Pero hecho real no es una cosa, sino aquello que nos es dado en aprehensión sentiente como siendo «en propio». Y con ello Zubiri (2006) quiere enfatizar que la realidad en ninguna forma la pone el aprehensor, porque lo que el sujeto «pone» son los modos de actualización. Cuando se dice que la realidad está ahí «de suyo» no se indica que esa realidad sea igual para cualquier observador, porque es evidente que el sentir, es siempre «mi» modo de sentir, pero un modo que también es de otros. Entonces, en la aprehensión de realidad hay una condicionalidad del sujeto, pero “yo considero que se trata tan sólo de una condicionalidad de actualización” (Zubiri, 2006, p. 349).

Estas acotaciones son relevantes porque Zubiri concibe la realidad como una «estructura dinámica» que como tal es inmediatamente aprehendida.

La enfermedad es un hecho observable por cualquiera, incluido el enfermo mismo. ¿En qué consiste entonces la aprehensión de realidad de enfermedad en tanto que enfermo como realidad? Alfonso Villa Sánchez sintetiza las tesis de Zubiri sobre la realidad y a partir de ellas es posible responder a esta cuestión:

a) Lo que debe afirmarse de todas las cosas de manera radical es su carácter de realidad. b) Realidad es en las cosas un momento formalmente anterior a ser, a diferencia de lo que ha pensado la tradición ya desde Aristóteles. c) La realidad tiene carácter de sustantividad, no de sustancialidad, como pensaba Aristóteles. d) Las cosas, en tanto que cosas reales, se hacen presentes, se actualizan, de diversos modos: 1. La realidad se actualiza en la inteligencia sentiente como formalidad de realidad. Inteligir no es un acto por medio del cual la facultad intelectual concibe ideas universales a partir del material que le ofrece la facultad sensible. Inteligir es el hecho físico, según el cual lo real se actualiza en la inteligencia sentiente. 2. Lo real, en tanto sustantividad, no es más que el hecho según el cual, unos sistemas complejos de notas actualizan físicamente lo que la cosa es de suyo. 3. Lo real, actualizado como sustantividad física de notas, tiene un momento según el cual se actualiza en el mundo y esta actualización de lo real en el mundo es lo que debe ser llamado 'ser' (2008).

Según esta síntesis, el ser enfermo de suyo, no viene de afuera, sino que se constituye desde sí mismo y como tal se enfrenta por sí mismo al sufrimiento.

## 5.- La finitud del ser-ahí

Hemos sugerido en páginas anteriores la posibilidad de que la enfermedad determina la aperturidad del ser-en-el-mundo. Lo que caracteriza el modo propio de la apertura del ser-ahí es la resolución en su sentido temporio. Todo esto significa que a través del cuidado se interpreta el comprender, la disposición de ánimo y el habla. El comprender heideggeriano no es una forma de conocimiento, sino una constitución de «poder ser su mismo ahí» (Heidegger, 1971, p. 363). Este poder ser su mismo ahí comprensivo condiciona las variadas posibilidades del “ver”, el “ver en torno suyo”, el “sólo dirigir la vista”. En resumen, “tomado existencialmente y originalmente, comprender quiere decir: *ser, proyectando, relativamente a un ‘poder ser’ por mor del cual existe en cada caso el ser-ahí*” (Heidegger, 1971, p. 364). A partir de este análisis existencial del ser enfermo, existiendo enfermo como ser situado ante su ahí temporal, interesa explorar sus posibilidades más propias.

El tema de la finitud humana es trivial. Vivimos en la cultura de lo perecedero, lo inacabado y lo imperfecto. Este es el mundo de lo efímero, fugaz y volátil. Los seres humanos a muy temprana edad tenemos conciencia de los límites, de hecho, todo el proceso de socialización educativa remarca la idea de ceñirse a la finitud. En esta sección abundamos en el tema de la muerte a partir de reflexionar acerca de lo que significa la muerte como finitud humana. El tema de la muerte en la enfermedad es de capital interés, aun cuando los médicos lo eluden de manera sistemática. Xavier Bichat (2014) solía decir que la medicina es una ciencia que, al estudiar la muerte, aprende los misterios de la vida. Bichat lo dice desde la disección del cadáver, donde en efecto hizo innumerables descubrimientos. La paradoja, sin

embargo, es que los médicos prácticos rehúyan la muerte, no quieran hablar de ella con quienes van a morir y se empecinen, hasta el encarnizamiento, para negarle al enfermo su derecho a morir.

La vida, cualquiera que sea la idea que tengamos de ésta, es posibilidad. La posibilidad no es garantía de actualidad. Lo posible es contingente. La vida por lo tanto es azarosa, insegura, incompleta e inacabada. La vida propia en el ser humano empieza en la natalidad como siendo impropia. Aún ópticamente el hombre nace inconcluso. Sus progenitores le han dotado de un ser incipiente que requerirá tiempo para ser pleno. Los progenitores dan el ser, pero no el tiempo. Cada nuevo ser encuentra el tiempo. ¿O el tiempo lo encuentra? Tal vez ocurren los dos fenómenos. Todo depende, si el tiempo es una propiedad del ser o el ser es en el tiempo o el tiempo es ser. Nacemos en un tiempo y caemos en él como bien dice Cioran (1977). Una vez atrapados en el tiempo no tenemos escapatoria. El tiempo es una flecha que avanza en una sola dirección, por lo menos al nivel macroscópico (Prigogine, 2012). Hay un inicio y un final. La vida tiene sus orillas. Sin embargo, dice Spinoza: “el hombre libre en ninguna cosa piensa menos que en la muerte y su sabiduría es una meditación, no de la muerte, sino de la vida” (1996). Es decir, la vida también es olvido de morir.

Infortunadamente el único modo auténtico que tiene el ser-ahí de darse la libertad, la sabiduría, la vida y la muerte propias, es salir *del uno*, de la *caída*, del *estado de yecto*, de las *habladurías*, del *estado público de interpretado*. Abrir-se-al mundo, ser el mundo. Y para que eso sea posible, el ser-ahí debe poderse captar como una totalidad (Heidegger, 1971, p. 252). Como sabemos, la posibilidad del ser-ahí auténtico está mediada por la temporalidad y la finitud:



El 'ser-para-la-muerte' no es ser que tiene como fin morir. No es ir a la muerte y encontrarse con ella y hallar el fin último. La muerte es en el ser-ahí desde que éste es, y por eso, la muerte es la contundente evidencia de su finitud. Como tal, esta muerte propia no es algo que esté por ahí, esperándonos, ni aquello que llegará, ni aquello que nos falta. La muerte está ahí, en la estructura íntegra del ser, es algo que cada ser-ahí tiene que tomar en su caso sobre sí mismo. La muerte es, en la medida en que 'es', esencialmente en cada caso mía (Heidegger, 1971, p. 262). Es en ese sentido, que la muerte es la posibilidad más propia del ser-ahí.

Ser finito es ser temporal y ser mortal. La finitud implica estar delimitado por los bordes del mundo, del mundo propio y de otros mundos posibles. Ser finito es no poder atravesar los límites de lo que somos, reconocer lo frágil y vulnerable de la vida. Pero, ¿acaso hay algo que no sea así? El ser eterno e infinito está completo, no necesita tiempo, no necesita ser, pues ya es. Pero el hombre es un ser temporal, como tal, requiere tiempo para ser, pues, mientras es, no es de manera definitiva, ni es para siempre. Es finito porque es actual siempre, porque es potencia en acto y por tanto en un despliegue continuo e incompleto.

La finitud termina en la muerte. La muerte es contingencia, pero desde la muerte ya no hay nada. El tiempo queda atrás. Heidegger dice que somos para la muerte, Hannah Arendt piensa que somos para la vida. En ambos casos, la finitud acaba en la muerte. Qué angustioso parece en este ser-sido-siendo destinado a la muerte. Nacer-ser para la vida activa: vivir, crear, habitar, trabajar; al menos, en tanto llegamos al fin, queda la posibilidad de estar vivos.

Desde la enfermedad existe fácticamente el ser caído inmerso en la 'hablilla', en la hablilla se habla de la enfermedad y muerte, se dice: «fulano murió», el

«cáncer es mortal», «el paciente terminal» y otras expresiones de la ordinari­dad médica. Pero de la muerte propia sólo puede hablar el ser-ahí mismo. Los médicos hablan de la muerte de otros, no de la suya. Para ellos, *su-propia-muerte* está oculta; protegida por un velo invisible; resguardada por una capa de inconsciencia existencial. Para la ciencia médica, la muerte es pura negatividad del ser. Es la amenaza de la vida, por eso esta ciencia se especializa en combatir la muerte. La medicina se instituye en un combate con la muerte. En este hecho busca anclar su justificación y pertinencia. Así, se han propuesto fines como “evitar la enfermedad y prolongar la vida”, “retrasar el envejecimiento”, “corregir los defectos genéticos”, así como, evitar la ‘muerte prematura’ y ‘buscar una muerte tranquila’ (Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2007). Como parece obvio, la medicina es esencialmente pura metafísica disfrazada de tecnología.

En consecuencia, para la ciencia nadie debe morir a tiempo. No hay forma de aprender a morir libremente, pues “muchos mueren demasiado tarde, y algunos mueren demasiado pronto” (Nietzsche, 1989, p. 114). Alguien ha hurtado nuestro tiempo. No hay tiempo de la vida ni hay tiempo de la muerte. Lo que hay es un «des-tiempo», dice Byung Chul Han (2018), una disincronía con diversas alteraciones del tiempo, donde éste ya no es ordenador de los eventos del vivir o del morir. Vida apresurada que ha perdido el ritmo-tiempo y ya sin duración, todo es efímero y fugaz:

De este modo, uno mismo se convierte en algo radicalmente pasajero. La atomización de la vida supone una atomización de la identidad. Uno sólo se tiene a sí mismo, al pequeño yo. En cierto sentido, se sufre una pérdida radical de espacio, de tiempo, del ser-con (Mitsein). La pobreza del mundo es una aparición discrónica.

Hace que la gente se encierre en su pequeño cuerpo, que intenta mantener sano por todos los medios, porque, de lo contrario, uno se queda sin nada. La salud de su frágil cuerpo sustituye al mundo y a Dios (Nietzsche, 1989, p. 114).

«¡Muere a tiempo!» es el imperativo de Zaratustra (Nietzsche, 1989, p. 114), lo cual implica aceptar que la muerte es un fenómeno de la vida y hay que afrontarla con propiedad, mantener el temple de ánimo para asumir la propia muerte como la finitud de la existencia. Sólo muere a tiempo quien es libre para morir. La muerte libre es una conquista del *Dasein*, en su logro, precursa fenómenos como el reconocimiento de la temporalidad, la contingencia, la finitud y la mortalidad. Por supuesto, el afrontamiento de la muerte implica la angustia. Heidegger describe cómo la angustia abre posibilidades al ser-ahí al encontrarse y comprenderse en el estado de abierto. Así, en la cotidianidad, los entes se manifiestan, pero el ser está velado. La ruptura con la cotidianidad es la experiencia de la angustia. Esta experiencia permite captar el ser en su totalidad, pero entonces esta totalidad del ser queda vacía, pues lo ente se oculta y con ello, el mundo queda hueco, pierde sentido, “tiene el carácter de una absoluta insignificatividad” (Heidegger, 1971, p. 206), y es esta experiencia de vacío la que muestra la finitud del ser.

En el estado de impropiedad, el ser-ahí considera la muerte como causada por algo que viene desde fuera. La muerte está ahí, pero aún no es la propia. Este es el plano de la narrativa, dónde la muerte siempre aparece como personaje en proceso de ser-muriendo. Así ocurre en la novela *Mariposas griegas* de Cristina Loza, dice esta autora, al describir la escena del hombre muriente:

Sus manos. ‘Fue lo primero que amó...’ ‘Esas manos hoy descansan sobre el cobertor blanco. No sé si descansar es la palabra, piensa Antonia, están ahí,

hinchadas, enormes, la piel brilla tensa, los dedos parecen tener el doble de su tamaño, señal de que sus órganos claudican, uno por uno, sistema por sistema. Uno se muere, uno se va muriendo minuto a minuto, hasta que todo colapsa (2012, p. 25).

Y por fin, un día cualquiera:

el aceitado mecanismo se pone en marcha, es una maquinaria que conforta y que duele, y que arregla esos disparates como la muerte, como dónde guardar los restos de tu cuerpo, que apenas respira, que tiene temblores que le son ajenos; algo te camina por dentro, como en esa frase de San Jerónimo: 'y aquél con el vientre hinchado está grávido de su propia muerte' (2012, p. 26).

Hace más de 50 años, la Dra. Elisabeth Kübler-Ross (1994) publicó una extensa bibliografía acerca de su experiencia clínica con personas en proceso de morir, después de observar las condiciones de indiferencia, aislamiento, maltrato y deshonestidad de la gente que atiende a los moribundos en los hospitales a cargo de personal que no sabe nada acerca de la muerte en general y menos aún ha comprendido la muerte propia. La Dra. Kübler-Ross sintetizó su experiencia en un modelo conceptual –de lo que nosotros llamaríamos la muerte impropia, pero al que ella denomina “etapas del duelo”–, después de dialogar con más de 500 pacientes en “fase terminal” de una enfermedad mortal. Ella describió cinco momentos por los que transita quien está muriendo, *estar muriendo* aquí no significa un tiempo determinado; las entrevistas de Kübler-Ross ocurren en tiempos variables, a veces años, días o meses antes de que los pacientes mueran. Los cinco momentos que la doctora ha registrado son los siguientes: *negación, ira, pacto, depresión* y

*aceptación*. En cada momento, las personas van despejando incógnitas existenciales emergentes al afrontar la muerte (Kübler-Ross, 1994, pp. 59-178).

La negación de la muerte próxima e inminente que avizora la enfermedad tiene carácter de huida ante la realidad de la vida y es, en alguna forma, la negación de la vida como destino. «Me siento bien», «esto no me puede estar pasando, no a mí», se dicen a sí mismos los enfermos. Pero la realidad se impone y, entonces deviene ira y rebelión: «¿Por qué a mí? -claman en el desierto- ¡No es justo!», «¿cómo me puede estar pasando esto a mí?». Entonces cambia el temple de ánimo, la voluntad falla y se hunden en depresión. Luego procuran negociar su situación y claman: «Dios, déjame vivir al menos para ver a mis hijos graduarse», «haré cualquier cosa por un par de años más». Si Dios no escucha, el temple depresivo domina y la capacidad de resistencia se agota. «Estoy tan triste, ¿por qué hacer algo?»; «voy a morir, ¿qué sentido tiene?»; «extraño a mis seres queridos, ¿por qué seguir?». Así que todo parece estar consumado: «Esto tiene que pasar, no hay solución, no puedo luchar contra la realidad, debería prepararme para esto» (Santrock, 2007, p. 60).

Aunque la investigación de la Dra. Kübler-Ross se enmarca en la clínica psiquiátrica y la preocupación fundamental de ella era mejorar los procesos asistenciales que los médicos ofrecen a los enfermos moribundos en los hospitales, cincuenta años después se constituyó una disciplina dedicada a brindar «ayuda a bien morir», según rezan algunas de sus finalidades. Esta disciplina es la “tanatología”. En efecto, la tanatología se ha vuelto una moda comercial entre médicos, paramédicos y psicólogos y casi cualquier persona mínimamente

interesada en el proceso de morir. Ahora se ofrecen incluso maestrías y doctorados en ese campo de estudio.

Sólo por ser exhaustivo al respecto, transcribo los objetivos de la tanatología como ciencia, según una tanatóloga, ponente en el VII Congreso Nacional que organiza la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C., dichos objetivos son:

Ayudar al hombre en aquello en lo que tiene derecho como algo primario y fundamental: a morir con dignidad, con plena aceptación y total paz. Ayudar a los familiares del enfermo terminal, a que vivan plenamente y se preparen a la muerte del ser querido. Ayudar a los que sufren a que hagan su trabajo de duelo en el menor tiempo y con el menor dolor posible. Ayudar a los que forman parte del equipo de salud a aliviar las frustraciones, angustias, rabias, culpas, depresiones y otras emociones dolorosas que surgen ante la muerte de un paciente. Ayudar a quien tiene ideación o conductas suicidas a que encuentren una esperanza real, que es lo que en verdad necesitan (Medina, 2015, p. 6).

Ante semejantes propósitos, uno no puede menos que pensar en la banalización del morir propio. Y sin duda, la trivialidad de la finitud no demerita el drama de morir.

Edmund Husserl describe la temporalidad como el fenómeno de la conciencia del tiempo inmanente (1959, p. 67). No es el tiempo de la naturaleza, ni el tiempo del reloj, es el tiempo que fluye en la conciencia de la vivencia: una vivencia intencional que sintetiza lo vivido y actualiza lo porvenir. Se trata, por supuesto, de una idea de tiempo muy distinta a la que tenía San Agustín. Para San Agustín, el tiempo tiene duración de eternidad, es en lo eterno que se dilata y se disuelve todo. En cambio, en pensadores como Martin Heidegger y Jean Paul-Sartre, el tiempo

cobra carácter de realidad humana como «ser-en-el-mundo». En esta filosofía contemporánea, la realidad humana se describe inmersa en las paradojas de interioridad-exterioridad, objetivo-subjetivo, yo-otro, individuo-sociedad, cuerpo-mente, médico-paciente, entre muchas otras formas de dualismo.

Es Heidegger quien plantea el problema de la existencia auténtica en forma radical. Si el ser que se pregunta acerca de su ser lo afronta ante los ojos, el hombre es “ser-en-el-tiempo” y por ello es “ser-para-la-muerte”. El ser en el tiempo es un ahí-ahora, un presente. El ahora tiene la forma de un presente continuo, no en tanto que duración, sino como sucesión de presentes desintegrados, fugaces, fluyendo hacia el pasado. En un presente así, el ser sería absoluto de la palabra «ser» no podemos decir que *somos*; si queremos ser este ser que no podemos ser, no quedan sino la amargura y la desdicha; si queremos vivir el presente, vivimos la inexistencia. Así, el existir reducido al presente es, simple y llanamente, inexistencia. Al respecto, Ramón Xirau considera necesario que, junto al presente, esté la presencia como «estar». Según Xirau, «ser» y «estar» indican sentidos distintos del tiempo. El ser heideggeriano se indica con expresiones de algo absoluto, inmutable, fijo, en cambio el verbo estar suele referirse a una forma limitada del tiempo (Xirau, 1993, p. 60).

Xirau tiene razón. Pero la amargura y la desdicha son realidades ineludibles y se trata de afrontarlas con un temple de ánimo fundamental, justamente aquel temple ante el cual se abre el mundo en su mundanidad. Porque como insiste Heidegger:

Crear en la ‘realidad’ del ‘mundo exterior’, con derecho o sin derecho, probar esta ‘realidad’, satisfactoria o insatisfactoriamente, presuponerla, expresamente o no,

semejantes intentos, que no son dueños de su propio terreno 'viendo a través' de él plenamente, presuponen un sujeto que empieza por carecer de mundo o no estar seguro del suyo y que, por tanto, necesita en el fondo asegurarse primero de uno (1971, p. 226).

Por tanto, el problema para Heidegger, no es demostrar qué es y cómo es 'ante los ojos' un 'mundo exterior', sino que hay que mostrar por qué el 'ser-ahí' tiene en cuanto 'ser en el mundo' la tendencia a empezar sepultando 'gnoseológicamente' el 'mundo exterior' en la nada, para luego probarlo. La razón estriba en la caída del 'ser ahí' y el desplazamiento que motiva de la primaria comprensión del ser hacia el ser como 'ser ante los ojos' (1971, p. 227).

Quien mejor ha comprendido, experimentado y sufrido esta amargura, ya como desdicha, ya como náusea, es Emil Cioran. No es bueno que el hombre recuerde a cada instante que es hombre, dice Cioran. Lo mejor sería el olvido, pero eso es imposible:

Primero percibimos la anomalía del hecho estricto de existir, y sólo después la de nuestra situación específica: la sorpresa de ser hombre. Sin embargo, el carácter insólito de nuestro estado debería constituir el dato primordial de nuestras perplejidades: es menos natural ser hombre que solamente ser (1986, p. 45).

Cioran piensa al hombre como "ser caído", según la idea teológica de la tradición judeo-cristiana, en donde, «separado del Creador y de lo creado, se convirtió en *individuo*, es decir en fractura y fisura del ser... supo que era mortal». Desde ahí, concluye Cioran:

fuimos promovidos al rango de incurables, somos materia adolorida, carne que aúlla, huesos roídos por gritos, y nuestros mismos silencios no son más que



lamentaciones estranguladas. Sufrimos, nosotros solos, mucho más que el resto de los seres, y nuestro tormento, usurpando lo real, lo sustituye, de manera que aquel que sufriera absolutamente estaría absolutamente consciente, o sea que sería completamente culpable frente a lo inmediato y a lo real, términos correlativos al mismo nivel que sufrimiento y conciencia (1986, p. 45).

Para Cioran, la salud es un “estado neutro”, de olvido, de indiferencia y discreción del cuerpo. Si el hombre es un ser caído e incompleto, un hombre saludable es decepcionante, pues le falta la experiencia de lo *terrible* que es la enfermedad y la imaginación de la *desgracia* de esos *seres separados* que son los enfermos. Hundido en la salud, indiferente a sí mismo y a todo lo demás, cree ser impermeable a la mortalidad. Así, dice Cioran: “mientras sea un hombre sano se parecerá a los objetos; en cuanto deje de estarlo, se abrirá a todo y todo lo sabrá: omnisciencia del temor. Carne que se emancipa, que se rebela y no quiere ya servir, la enfermedad es la *apostasía de los órganos*” (1986, p. 57); pues, cada órgano protagoniza su propia historia de dolor y no importa haber curado, una vez que enfermamos, la enfermedad nos seguirá como una «idea fija»:

La insistencia de la enfermedad en recordarnos que la realidad de los órganos tiene algo de inexorable; de nada nos sirve intentar olvidarlos, ella no lo permite; esa imposibilidad del olvido, donde se expresa el drama de tener un cuerpo, llena el espacio de nuestras vigiliias. Durante el sueño, participamos del anonimato universal, somos todos los seres; en cuanto el dolor nos despierta y sacude, ya sólo somos nosotros mismos, a solas con nuestro mal, con los mil pensamientos que suscita en nosotros y contra nosotros (Cioran, p. 58).

El hombre «caído», según Cioran, es *un hombre sin tiempo*. Un hombre que ha perdido la eternidad de donde cayó. Ahora, “sentados al borde de los instantes para contemplar su paso, acabamos por no distinguir sino una sucesión sin contenido: tiempo que ha perdido su sustancia, tiempo abstracto, variedad de nuestro vacío” (1986, p. 58).

Y es que el tiempo no está hecho para contarlo, sino para vivirlo. Vivirlo como sea, en el dolor, en el sufrimiento, en la amargura, en la desdicha. Por eso, es que “aquel que haya pasado por el ‘vacío’ verá en cada sensación dolorosa un auxilio providencial, y lo que más temerá es devorarla, agotarla demasiado rápido y recaer en el estado de desposesión y de ausencia de donde ella lo había sacado” (Cioran, 1986, p. 59).

Si, como dice Heidegger, “la muerte es la posibilidad de la imposibilidad de todo conducirse relativamente a..., de todo existir” (1971, p. 286). La muerte, dice Vladimir Jankelevitch (2002), es un vacío que se abre bruscamente en plena continuación del ser; el existente, vuelto de repente invisible como por efecto de una prodigiosa ocultación, se abisma en un abrir y cerrar de ojos en la trampa del no-ser. A Jankelevitch le parece que esta «*prodigiosa ocultación*», a más de misteriosa, es un suceso desmesurado e inconmensurable, distinto a cualquier otro hecho empírico de la naturaleza y, por ello, le parece que reúne las características de un «milagro». Sin embargo, el milagro tiene varios niveles de análisis. En la naturaleza biológica, la muerte es un hecho cotidiano, tanto a nivel micro como macroscópico. La ordinariedad de la muerte, hace que ésta se borre como singularidad, por eso es necesario repensarla.

Como suceso real, el fenómeno de la muerte tiene dos perspectivas de análisis. Por un lado, la muerte como acontecimiento en general, por otra parte, la muerte de cada individuo, que será siempre muerte propia. Para el primer caso, sabemos de la existencia de la muerte por la biología y todas aquellas ciencias que se ocupan del tema. Las definiciones más triviales de la enseñanza de las ciencias naturales suelen hacer referencia a la muerte como parte del ciclo vital de los seres vivos. Todos los seres vivos mueren, igual que todos respiran, se nutren y reproducen. La muerte es un fenómeno natural. No obstante, la muerte propia e, incluso, la muerte de aquellos familiares cercanos –como padres, hermanos, hijos, cónyuges– induce un temple del ánimo en nosotros como individuos, esto es, precursar fácticamente como un ser “relativo a la muerte” impropio puede llegar a afrontar su temporalidad finita con absoluta propiedad.

En conclusión, en esta tercera sección hemos precisado el concepto de ser-en-el-mundo y con ello la idea de mundo propio, mundo circundante y mundanidad. Esta terminología permitió comprender el existir como ser en el mundo, ello permitió enfatizar que existir es estar en el mundo; que el ser-ahí se encuentra en el mundo, es el mundo; y está caracterizada por el hecho de estar en el mundo, inmerso, abocado a vivir su facticidad.

Aquí también tratamos con mayor amplitud el tema de percepción de la enfermedad, misma que está íntimamente vinculada a la corporalidad. La enfermedad a fin de cuentas es un modo propio de sentir la vida. Un modo intransferible, inevitable y único de ser.

La narrativa de los enfermos abre la posibilidad de comprender, tanto el cotidiano modo de ser en “estado de yecto”, como la apertura y el afrontamiento del

padecer. Frente a la enfermedad, el *Dasein* puede permanecer velándose a sí mismo, esperando pacientemente pasar el tiempo. Pero su modo más propio es decidirse a hacerle frente.

La capacidad de sufrimiento es infinita. Todo sufrir es soportar, aguantar, resistir. Indica siempre un estado de ánimo abatido. Lo contrario es alegrarse, disfrutarse, complacerse, divertirse, levantarse. Sin embargo, el proceso de afrontamiento no es una inversión de valores, no es una mentalidad, es una forma de ser, que consiste en que, en el ser de suyo, le va su ser propio. En este contexto, el sufrir es un acontecimiento existencial.

## Cuarta parte

### Ser para la muerte, propiedad e impropiedad

*¡Apágate fugaz antorcha, apágate! nuestra vida es una pobre sombra, un triste actor que gesticula un instante sobre la escena, para luego caer en el olvido ..., un demente aparatoso contando una leyenda necia con una carga vacía*  
(Shakespeare, 1962)

El proceso de morir es inherente a la práctica de la medicina. La sociedad medicalizada –si con ello entendemos el refugio que buscan los individuos en la medicina, ya sea por la angustia que les genera la enfermedad o resultado de huir de sí mismos– ha institucionalizado la muerte. Se ha higienizado el proceso de morir, instaurado cuartos de hospital donde se procura morir asistido técnicamente. Lejos quedó el tiempo en que el viejo médico de familia procuraba un buen morir en el hogar. Este modesto personaje escuchaba al moribundo, acompañaba a la familia y ofrecía consuelo espiritual a todos. Pero ese médico desapareció, lo devoró la ciencia tecnológica aplicada al morir.

En estas primeras décadas del siglo XXI, el tema de la muerte ha rebasado el campo de la medicina y se contextualiza en la antropología, la ética y el derecho. En estos campos disciplinarios se debaten temas como el suicidio, la eutanasia y una serie de modalidades sobre lo que se denomina “el buen morir”. No obstante,

la perspectiva analítica de la muerte nos plantea el problema en términos más elementales referentes a lo que Heidegger designa como impropiedad y propiedad. Sobre este asunto centraremos nuestro análisis de esta cuarta parte. Por un lado, la muerte en la medicina y, por otro, la muerte en la existencialidad.

Heidegger propone dos maneras de existir, la propiedad (*Eigentlichkeit*) y la impropiedad (*Uneigentlichkeit*). La primera y más inmediata es la impropiedad, corresponde a la caída; la segunda está vinculada al temple de ánimo fundamental –angustia– y parece fundarse en la primera. Es como si la angustia desvelara la propiedad (Heidegger, 1971, p. 184). La propiedad es un modo de existencia fundamental. La impropiedad coincide con la caída, el olvido, la cotidianidad y el uno; todos términos que hacen referencia a lo mismo. Heidegger supone que entre impropiedad y propiedad hay estadios intermedios, o, también, que la propiedad no se da completa siempre. La huida tiene esta característica. La huida tiene el modo de retirada ante lo inhóspito del mundo. Pero hay otra forma de la huida y es la fuga; esta retirada es un esquivarse a sí mismo.

Con estas premisas, nos proponemos explorar el problema de la mortalidad humana en la medicina. Partimos del supuesto de que la enfermedad es un modo de ser inhóspito que desvela la angustia ante la muerte. Por tanto, la idea de la muerte aparece como des-ocultada por la angustia del enfermar. Ya hemos hecho referencia al ocultamiento de la salud y como ésta se revela desde la enfermedad: la salud es siempre una experiencia insensible que se actualiza en la enfermedad. Pero la relación entre enfermedad y muerte es muy diferente. La enfermedad, aún aquella que parece inofensiva, siempre tiene un tufo de muerte: la enfermedad huele

a muerte.

Una mirada superficial de la impropiedad ante la muerte muestra los fenómenos que caracterizan la caída: las habladurías, la avidez de novedades y la ambigüedad. Las habladurías tienen que ver con aquello que “se dice acerca de...”, pero no se muestra el ente del que se habla, éste queda oculto. Así, se habla de la muerte, mientras la muerte está en otra parte: no es mi muerte. No se puede comprender lo que no se tiene ante la vista. Así también ocurre con la avidez de novedad, pues la novedad no lleva a saber acerca de la muerte, tipos y maneras del morir. En ambos casos, todo es confuso y ambiguo, así se dice: «llegó a su final», «se adelantó», «se fue de entre nosotros».

## **1.- Experiencia de ser mortal**

*El alma graznándole al cuerpo que tiene los días contados*  
(Simic, 2015).

Intentamos en este segmento abordar el tema de la muerte como decurso vital de la persona humana, inherente a la salud y la enfermedad. La intención es comprender la experiencia de quienes saben, presienten y tienen conciencia de la muerte propia a partir de su vivencia con la enfermedad. Así que el tema propiamente es el morir en tanto posibilidad que anuncia salud-enfermedad, esto es, la experiencia de saber-se mortal, vulnerable, finito, falible; proceso equivalente a precursar la muerte, estar-en-espera-de, sabiendo que ocurrirá tarde o temprano.

Ese es el temple de ánimo que aquí intentamos explorar como experiencia de la mortalidad.

El enfoque metodológico intenta mantener la idea de continuidad en los procesos salud-enfermedad-muerte, con ello, se busca enfatizar que el morir aparece adherido al enfermar. Y, de igual manera, se privilegia la narrativa como modo de exponer la propia vivencia. Asimismo, intentamos iluminar las vivencias con perspectiva óntico-ontológica y fenoménica.

Si la salud, la enfermedad y la muerte no se asumen como categorías científicas, sino como modos existenciales del ser-ahí, el análisis existencial de la muerte debe plantear la temporalidad del ser-en-el mundo. Así que no puede haber un análisis óntico-ontológico de la muerte desvinculado de la analítica existencial del ser-ahí. Hemos visto que la salud y la enfermedad tienen diversos modos de aparecer, por tanto, podemos hablar de su fenomenología. Sin embargo, la muerte no tiene un aparecer como tal. La muerte es un fenómeno peculiar en su forma de mostrarse: aún no está con nosotros, pero ya hemos comprendido su sentido, cuando ya está en nosotros no podemos hablar de ella. Precursar la muerte, no hay otra manera de vivirla. Por eso hablamos de *salud-enfermedad-muerte* en tanto estructura constitutiva del vivir humano y decimos que morir es transcurrir, acontecer, sucesión de tiempo, ocurrencia de hechos, acaecer fenoménico y sobrevenir de situaciones.

El acontecer de la muerte es siempre impropio. Acontece en el *otro*, mientras en el ser propio queda velado. No obstante, según Heidegger, la muerte es la posibilidad más propia que tiene el ser humano de captarse a sí mismo en su existir. Ya establecimos la muerte como finitud: límite, acabamiento e imperfección.



Al afrontar la muerte, el ser humano descubre su finitud en forma de vivir inconcluso, inacabado y en perpetuo devenir. Así que la muerte tiene siempre esta doble faz: sé que ahí está, pero aún no verdaderamente, porque si estuviera, ya no podría saberlo. Es la paradoja de San Agustín con respecto al tiempo: “¿Qué es, pues, el tiempo? Si nadie me lo pregunta, lo sé; pero si quiero explicárselo al que me lo pregunta, no lo sé” (1967, XI, c.14, 17). Es decir, sólo podemos hablar de la muerte del *otro*, de la propia no sabemos nada.

A José Luis Aranguren (1995) le parece que el afrontamiento de la muerte implica necesariamente una actitud ética. Así, según este autor, podemos observar la muerte negada, la muerte apropiada, la muerte buscada y la muerte absurda. En cada caso hay un pre-curso que anticipa el evento final. Tal vez, el modelo mejor conocido de la muerte negada sea Sócrates. Recordemos que el día de su ejecución, los amigos encontraron a Sócrates frotándose las piernas en las partes que habían sido sujetadas con cadenas. “Sócrates mostraba gran entereza” (Carse, 1987, p. 12), y así se mantiene hasta el final. La idea de muerte negada en Aranguren no tiene nada que ver con la concepción ya comentada de Kübler-Ross. Sócrates no la niega, sólo no le da mayor importancia.

La muerte apropiada en Aranguren tampoco coincide con la idea de Heidegger, comentada en capítulos previos. La muerte apropiada tiene que ver con el hecho de que el morir va aparejado al vivir: nacer es empezar a morir. El paradigma de la muerte buscada es el suicidio. Es decir, la tendencia a ejecutar aquello que agota posibilidades. Finalmente, la muerte absurda puede sintetizarse en la idea de que nadie vive su muerte, porque la muerte no es una experiencia. Tal vez haría falta documentar otras actitudes de afrontamiento, como los casos que

son frecuentes en la práctica de la medicina: muerte asistida, la muerte digna, muerte declarada, sentencia de muerte y la muerte accidental. En lo que sigue, presentaremos algunas de estas muertes situacionales.

En el ámbito de la medicina cada enfermo afronta su muerte en forma particular, este es el caso de *Margarita*. Cuando Margarita cumplió quince años de sobrevivir a su cáncer, escribió una carta sin destinatario preciso, en ella narra su experiencia fáctica. Dice recordar la voz del oncólogo diciendo: «tiene un cáncer muy avanzado y máximo tiene tres meses de vida. ¿Quiere vivir?» (Servín, 2002). A Margarita le extirparon ambos senos, la matriz, las trompas de Falopio, el ovario y la vesícula biliar. Luego, durante nueve meses le dieron radio y quimioterapia, lo que le produjo agotamiento extremo, caída del pelo en su totalidad y dependencia casi absoluta de otra persona durante semanas. En su carta cuenta lo difícil que fue superar, no tanto el cáncer, sino el rencor que según ella tenía acumulado en el alma: «Desde mi lecho del dolor, reflexionaba en cómo era mi actitud interna y fue cuando comprendí, que torturé mi cuerpo y estaba enferma del alma». Margarita no es un caso aislado, los hospitales están llenos de historias similares, con relatos estrujantes sobre estas experiencias con la enfermedad y la muerte. Sin embargo, los médicos suelen ser sordos a estos relatos dramáticos.

No obstante, he tomado el caso de Margarita como pretexto para reflexionar acerca de la facticidad y la precomprensión de la muerte. Lo que pretendo mostrar es como la enfermedad nos muestra la irremediable finitud en un modo de ser cotidiano del vivir. Vivir tiene la forma de un quedar, un estar ahí dejando pasar el tiempo; pero también puede indicar estar viviendo el tiempo (Heidegger, 2002, p. 62). La vida se juega entre estas dos formas de existir. La experiencia de enfermo

tiene carácter *de existir con, estar con, convivir con*; como si la enfermedad fuera de otro y de él pudiéramos hablar anónimamente; igual pasa con la muerte. Este convivir con la enfermedad nos revela vulnerables, frágiles e impotentes. El ente que soy es cada vez como ser-ahí, es un estar yo con las cosas en el mundo. Estar como ente en-el-mundo y con-otros-hombres-conforman la existencia real. Así, descubrimos nuestra existencia fáctica, nuestro ser para la muerte.

Para el hombre no existe el mundo como un absoluto; existe el mundo que le es propio a cada uno en cada vez. Podrá la ciencia hablar del mundo y puede ser que éste exista, pero para el hombre individual sólo tiene sentido su mundo. En términos generales, los seres humanos no van por este su mundo intentando conocerlo; pese a que este mundo les es inherente constitutivamente –es un mito creer que todos los seres humanos pasan la vida planteándose problemas gnoseológicos fundamentales–. Aristóteles tenía razón cuando pensaba que la vida contemplativa, la filosofía, era la mejor forma de vida, vida que por desgracia no está al alcance de todos los seres humanos.

Por contraste, la vida que viven los hombres y la forma en que viven en su mundo, en el vivir mismo dan por hecho que todo es como es porque así tiene que ser. Es a este carácter del vivir, como dando por hecho nuestro vivir el mundo propio, lo que aquí llamamos vivir fáctico. Nuestro vivir fáctico es una multiplicidad de subjetividades y objetividades referenciales desde un punto de vista del sí mismo: vivir plano, sin horizonte de temporalidad, afectivamente destemplado. Ser en la realidad concreta de ese mundo propio es ser-ahí. Este ser adverbial indica el lugar preciso donde uno está situado. En este sentido, estar *ahí*, podemos decir: *ahí*, en una cama de hospital; *ahí*, en una mesa de cirugía; *ahí*, padeciendo el cáncer. Para

Jean-Paul Sartre, esta facticidad tiene una doble contingencia. El ser-ahí es contingente porque no es fundamento de su propio ser, pero también es contingente porque siempre está comprometido con un punto de vista respecto del mundo (1976, p.195).

La contingencia del ser ahí significa no determinación, autonomía, libertad e imprevisibilidad del ser. Desde Aristóteles, el término contingencia (*evdexόμενον*) contrasta con el término necesario (Abbagnano, 1998). En la filosofía moderna y especialmente en la epistemología de la ciencia biológica, el determinismo genético mantiene vivo desde el siglo XIX un desdén respecto de lo contingente, lo posible y lo necesario. La discusión gira en torno a un grupo de teorías que buscan dar respuesta, entre otras muchas cosas, a comportamientos y enfermedades, donde se ha identificado determinación genética –siempre desde la perspectiva de la teoría de la evolución–. En ese sentido, Henri Bergson piensa que

el papel de la contingencia es grande en la evolución. Contingentes, la mayoría de las veces, son las formas adoptadas, o más bien inventadas. Contingentes, relativamente a obstáculos hallados en tal lugar y en tal momento, la disociación de la tendencia primordial en diversas tendencias complementarias que producen líneas divergentes de evolución. Contingentes, las detenciones y los retornos (1985, p. 203).

Por ejemplo, durante los veinte años que sobrevivió al cáncer, Margarita hizo todo cuanto estuvo a su alcance para encontrar, si no una solución, al menos, una explicación. Recorrió el camino por donde peregrinan todos aquellos cuya muerte está anunciada por anticipado por un agente externo: caminó por la herbolaria, el chamanismo, el yoga, el vegetarianismo y muchos otros rituales y curas alternativas

a la medicina científica. Ningún médico, ningún científico le aseguró nada, aunque todos le hicieron sugerencias y recomendaciones. «¿Estaba yo determinada a morir de cáncer? ¿Todo fue cuestión de tiempo? ¿Qué valor tuvo mi lucha?» Esas y otras muchas preguntas se hacía Margarita, mientras vivía su solitario morir.

El cáncer de Margarita es el tumor maligno más frecuente en el mundo. El año en que ella murió se diagnosticaron más de 1,200, 000 nuevos casos similares al suyo, de ellos, aproximadamente 408.000 mujeres fueron diagnosticadas en América Latina y 92.000 mujeres murieron por cáncer de mama en 2012 (OPS-OMS, 2015). ¿Qué es, pues, el cáncer y cómo este fenómeno biológico puede revelarnos rasgos ónticos y ontológicos de la vida y la muerte? El cáncer es un grupo amplio de enfermedades que tienen como denominador común al menos seis fenómenos biológicos. Primero, las células del organismo no-enfermo, que normalmente nacen, crecen, reproducen, envejecen y mueren, están reguladas por factores de crecimiento celular desde el exterior de la célula; en cambio, las células cancerosas son capaces de generar sus propias señales de crecimiento e independizarse así de los estímulos externos (Sherr, 2000). Segundo, las células cancerosas se vuelven insensibles a los factores inhibidores del crecimiento. Tercero, normalmente las células envejecidas o dañadas deben eliminarse por muerte programada (apoptosis), pero la célula tumoral escapa a ese proceso (Danial *et al.*, 2004). Cuarto, mientras las células normales son finitas en su prole, las cancerosas siguen proliferando indefinidamente, como si fueran inmortales (Maser *et al.*, 2002). Quinto, la mayoría de los tumores inducen angiogénesis y, con ello, mayor sobrevivencia de las células (Folkman, 2002). Sexto, las células tumorales migran e invaden tejidos vecinos (metástasis), en lo cual participan

muchos genes (Chambers *et al.*, 2002). En resumen, el cáncer involucra un conjunto de fenómenos complejos.

Ya antes nos referimos a Jacques Monod, este autor publicó en 1970 un libro que no deja de tener interés. En ese texto, Monod se propone mostrar cómo juega el azar en la vida biológica. Según este autor, hay tres elementos estructurantes que distinguen a los seres vivos: teleonomía, morfogénesis autónoma e invariancia reproductiva (1993, p. 55). La teleonomía es una característica definitoria esencial, pues implica el hecho de que los seres vivos estén «*dotados de un proyecto*» para el desempeño de su sobrevivencia. Este papel teleonómico es el que desempeñan las proteínas como agentes reguladores:

La noción de teleonomía implica la idea de una actividad, orientada, coherente y constructiva. Por estos criterios, las proteínas deben ser consideradas como los agentes moleculares esenciales de las performances teleonómicas de los seres vivos (Monod, 1993, p. 60).

El valor que tienen las ideas de Monod reside en haber anticipado lo que la genómica denomina ahora *proteómica*, es decir, la relación entre genes y proteínas en la génesis de la vida biológica y de fenómenos como el cáncer.

Determinismo e indeterminismo son dos posturas que la ciencia y la filosofía han mantenido como puntos de vista contradictorios. Para el determinismo, todo acontecimiento –la enfermedad y la muerte en este caso– está causalmente determinados; de forma tal, que el cáncer puede explicarse con toda precisión, identificando sus factores causales y la forma en que desencadenan la enfermedad y la muerte. En general, el determinismo minimiza el azar y, cuando se habla de predictibilidad de los hechos, es necesario tener en cuenta las condiciones iniciales

de la cadena de causalidad. En la medicina científica, con fuerte base tecnológica y apoyada en los avances de la biología molecular, podemos decir que hay un determinismo fuerte.

El indeterminismo en cambio acepta el azar y niega la necesidad. Al aceptar el azar no niega la causalidad, pero rechaza la idea de causalidad lineal. Esta postura abre la puerta a la *multicausalidad*, una teoría que en la medicina se ha vuelto relevante para explicar la enfermedad y la muerte como resultado de «complejos sistemas causales». Una revisión del estado de esta cuestión en medicina, la realizó Armando Arredondo, quien después de examinar las metodologías utilizadas en ensayos clínicos analizó las siguientes variables: tipo de estudio, hipótesis de trabajo y variables de análisis incluidas; variación de resultados y hallazgos en conflicto. Con base en este análisis, identificó once modelos teóricos de causalidad en medicina: mágico-religioso, sanitarista, social, unicausal, multicausal, epidemiológico, ecológico, histórico-social, geográfico, económico e interdisciplinario (Arredondo, 1992). No es necesario abundar en este relativismo de los modelos explicativos sobre las determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad-muerte; sólo hay que tener en cuenta que los enfermos tienen razón cuando buscan curarse con cualquier cosa que les prometa hacerlo.

Las teorías que intentan explicar el cáncer tienen en cuenta el hecho de que este tipo de enfermedades responden a un orden propio, aunque los patólogos dicen que se trata de un des-orden molecular y celular. Frente a fenómenos como la “muerte celular programada” es muy complicado decir cuál es el orden. Este interesante fenómeno biológico, observado en el proceso onto-filogenético desde el embrión hasta la muerte, evidencia que la vida y la muerte corren caminos paralelos

en el transcurrir del tiempo. Es común pensar que los organismos más simples como las bacterias se reproducen por cientos de miles en muy corto tiempo, pero eso mismo ocurre en las células de organismos complejos como nosotros; en ambos casos, en forma casi simultánea, están muriendo muchas células, porque el organismo se remodela, renueva y cambia en forma continuada. Por ejemplo, en la remodelación de órganos como el cerebro, el corazón, los ojos y cualquier otro órgano embrionario; por lo demás, en la vida adulta, los mejores ejemplos son el envejecimiento y la especialización de las células en sus funciones.

La apoptosis es un fenómeno biológico presente en todos los seres vivos pluricelulares. Es una forma regulada de muerte que involucra la participación activa de las células afectadas en una cadena de autodestrucción que ocasiona la alteración de la estructura de la membrana, reducción del tamaño celular, disminución del volumen del núcleo, condensación de la cromatina y fragmentación del DNA debido a la activación de las endonucleasas. Existe un cúmulo de publicaciones que relacionan este fenómeno con la dieta, el ejercicio físico, el estrés, la contaminación ambiental, el consumo de alcohol y otras drogas (Flores *et al.*, 2018). De igual forma, se ha reportado relación con especies reactivas de oxígeno (Aguado *et al.*, 2015). Por supuesto, tiene relación con muchas enfermedades crónicas y degenerativas.

En conclusión, lo que aquí se ha querido destacar es, por un lado, la idea de que la muerte es un hecho incontrovertible en la realidad biológica de los seres vivos; por otro lado, sostener la idea de que la muerte es un acontecimiento que nos espera al final y precursamos temporariamente. La vida y la muerte no son acontecimientos que se nos den de una vez para siempre. Son más bien un



continuo: naciendo-muriendo fluyen simultáneamente desde el principio hasta el final. La mortalidad de los seres vivos es un hecho universal, la muerte está en la estructura de la naturaleza, es un *factum* de la vida. Aunque, para el caso humano, la teología cristiana sostenga la tesis de que la “universalidad de la muerte humana es producto del pecado original” para Aranguren, la muerte apropiada parece ser más bien un proceso natural. Estas dos posturas nos obligan a ahondar en el conocimiento de la muerte, tanto para encontrarle sentido a la inmortalidad, como para comprender nuestra sustantividad mortal.

## **2.- Muerte y decurso vital**

La muerte es un tema recurrente en la filosofía. La pregunta por la muerte es, en alguna forma, pregunta por la vida, por el ser de las cosas y las cosas mismas. Pero la vida y la muerte no pueden pensarse como dos entes separados e independientes. La muerte sólo es un acontecer inherente a la vida y sólo tiene sentido ontológico, si no se concibe como cesación de último momento. Por otro lado, resulta problemático plantear como tema una ontología de la muerte, puesto que la muerte en sí misma no es un ente. No es un ser y no tiene existencia propia. Pero, puesto que la muerte es una certeza y sabemos que ocurrirá, el ser-ahí, como ser-en-el mundo, precursa su propia muerte. Acontecimiento sin más, fenómeno cotidiano del vivir que un día cualquiera cesa. En este capítulo, proponemos bosquejar la perspectiva de un análisis óntico-ontológico del morir humano en el decurso vital.

En su amplio y bello libro sobre la muerte, Vladimir Jankélévich (2002) plantea el problema del estudio de la misma en tres momentos temporales. Hablamos de nuestra muerte, dice, antes de morir y, tal vez, en el acto de morir o cerca de él; pero después de morir no podemos decir nada. Y es que hablar de nuestra muerte, como si estuviéramos fuera de nosotros, como si fuéramos otro, no tiene sentido. Es decir, nuestra muerte no tiene historia, pues «Yo» no puedo narrar mi propia muerte, después de morir. Este es un problema que Paul Ricoeur ha discutido mucho con Heidegger.

La cuestión no es nada sencilla y puede plantearse en términos de *¿hasta dónde es posible hablar de la muerte de sí mismo como yo-propio, es decir, es la muerte un evento individual, solitario y aislado o es posible la alteridad?* El tema rebasa los límites de esta investigación, pero es muy interesante. Limitaré mi comentario a algunas tesis de Ricoeur en su texto: *Sí mismo como otro* y luego veremos cómo contrasta con Heidegger.

Paul Ricoeur inicia planteando el problema de la identidad como individualización, fenómeno en el cual la *atestación* juega un papel relevante. La atestación, dice Ricoeur, puede definirse como la *«seguridad de ser uno mismo agente y paciente»* (1996, p. XXXVI). Esta seguridad, continúa Ricoeur, permanece como el último recurso contra toda sospecha; aunque siempre, en cierta forma, sea recibido desde Otro, permanece como atestación de sí. La atestación *de sí* es la que, en todos los niveles –lingüístico, práxico, narrativo, prescriptivo–, preservar la pregunta *¿quién?* y dejarse reemplazar por la pregunta *¿qué?* o por la de *¿por qué?* (Ricoeur, 1996, p. XXXVI).

Ricoeur supone primacía reflexiva sobre la posición inmediata del sujeto, lo que lleva a que el sí mismo se oponga al cogito. Por otro lado, propone dos significados de identidad: identidad-ídem e identidad-ipse. La primera significa “unicidad, semejanza extrema (similitud) y continuidad entre el primero y el último estadio del desarrollo de lo que consideramos el mismo individuo” (1996, p. XXXVII). Esta unicidad que permanece en el tiempo es una estructura relacional y una relación de relaciones. En la segunda, en cambio, aunque también permanece en el tiempo, en ella, “la alteridad es constituyente y constitutiva. Su vinculación es íntima. La ipseidad pasa por la alteridad del ‘otro’, la atraviesa y está llamada a integrarla” (1996, p. XXXVII).

El análisis de Paul Ricoeur concluye en la última parte de su libro, *Sí mismo como otro*, donde plantea el problema ontológico: “¿Hacia qué ontología?, ¿Qué modo de ser, es pues, el del en sí?, ¿Qué tipo de ente o de entidad es?” (1996, p. 328). La primera aproximación a una respuesta es con Aristóteles. Ricoeur encuentra que las categorías que se deducen del principio de movimiento o del cambio que existe en otro ser o en el mismo ser en cuanto otro, no logra orientar hacia un “fondo del ser, a la vez potencial y efectivo” (1996, p. 341), sobre el cual se destaque el obrar humano. La conclusión de Ricoeur es que la ontología de la ipseidad sólo es posible en unión con un *fondo* del ser a partir del cual el sí puede decirse *agente* (1996, p. 341).

Una segunda búsqueda de fundar un principio ontológico del sí mismo, lleva a Paul Ricoeur hacia Heidegger. Ricoeur confirma su hipótesis de trabajo, según la cual, ipseidad y mismidad, más que tener significados distintos, son

dos modos de ser; por tanto, afirma que hay una correlación entre su análisis y el de Heidegger, respecto a ipseidad y modo de ser del *Dasein*. Como el propio Ricoeur sugiere, hay que tener fresca la lectura de los §5, 9, 25, 41 y 62 de *El Ser y el Tiempo*, con los cuales contrasta su planteamiento ontológico. De todos estos párrafos, es en el 62 donde Heidegger plantea la cuestión sobre “El ‘poder ser total’ existencialmente propio del ‘ser-ahí’ como ‘estado de resuelto’ precursando” en el que propiamente trata el problema de la muerte propia.

El cuidado (*Sorge*), según Heidegger, llama en la voz de la conciencia y esto propicia que el estado de abierto pase a ser estado de resuelto. En estas condiciones, el *Dasein* ha superado la caída y puede elegirse a sí mismo. Se trata, por tanto, de que éste tome sobre sí su propio poder-ser y llegar a ser sí mismo (Heidegger, 1971, p. 348). De esta forma, la aceptación de la propia muerte “abre a la existencia como posibilidad extrema la renuncia a sí mismo y de esta manera rompe todo aferrarse a la existencia alcanzada en cada caso” (Heidegger, 1971, p. 306).

Es justo en la segunda sección de *El Ser y el Tiempo* donde Heidegger abre un horizonte de análisis sobre la temporalidad del ser, la finitud y la muerte. El tema de la muerte tiene que ver con la pregunta que cierra la primera sección: «¿Es que las investigaciones hechas hasta aquí han puesto ante nuestra mirada el ‘ser ahí’ como un todo?» (Heidegger, 1971, p. 252). Es evidente que no es así, porque si el ser-ahí se revelara como un todo, inmediatamente ya no tendríamos nada. Sin embargo, la cuestión no es tan sencilla. Heidegger lo plantea así:

si la existencia define el ser del 'ser ahí', y su esencia está constituida también por el 'poder ser', entonces el 'ser ahí', mientras existe, tiene que, 'pudiendo ser', no ser aún en cada caso algo. El ente cuya esencia está constituida por la existencia se resiste esencialmente a la posibilidad de que se lo aprehenda como un todo (1971, p. 255).

Ser posibilidad es no haber cesado, es estar abierto y ser proyecto, por tanto, ser-ahí es ser inacabado.

La muerte como acontecimiento al final del vivir no es lo que completa al ser-ahí. La muerte no es un fenómeno que el ser-ahí pueda experimentar. Tampoco es la muerte algo que sucede fuera de nosotros, en el mundo, o a otras personas. La muerte es el hecho fáctico que remite al ser mismo de cada uno. La muerte es la posibilidad más propia de cada ser-ahí. En palabras de Heidegger, morir "es algo que cada 'ser ahí' tiene que tomar en su caso sobre *sí mismo*. La muerte es, en la medida en que 'es', esencialmente en cada caso la mía" (1971, p. 262). Por eso asumimos el carácter de mortal desde el inicio del vivir, no como aquello que se dice o se sabe de la mortalidad, del morir y de la muerte, sino como estructura fundamental de lo que somos en cada caso. En síntesis, Heidegger nos lleva a asumir la muerte como un fenómeno de la vida, no su negación (Rivera, 2010, pp. 61-74).

Por tanto, a nuestro vivir más propio y auténtico le es inherente morir. Podemos decir que morir es un evento más de lo que Xavier Zubiri (1986) llama "decurso vital". En este sentido, aunque con análisis distintos y con perspectivas filosóficas diferentes, Paul Ricoeur, Martin Heidegger y Xavier Zubiri coinciden en la misma tesis: *la muerte pertenece a la vida*. Por tanto, toda ontología de la muerte

es por necesidad, ontología de la vida. Sin embargo, un examen minucioso de las tesis de Zubiri alerta sobre la necesidad de sostener una actitud crítica respecto a Heidegger. Para abundar en este punto, proponemos una síntesis de la última parte del libro *Sobre el Hombre* (Zubiri, 1986), donde Zubiri expone sus ideas.

Según Zubiri, la seductora idea de Heidegger sobre el carácter de posibilidad de la vida es imposible, ya que no es lo mismo posibilidad de vivir que vivir como posibilidad. En ello dice tener un desacuerdo con Heidegger. “La vida es pura posibilidad, porque a ella intrínsecamente le pertenece la muerte” (1986, p. 459). El desacuerdo se hace más explícito cuando dice Zubiri: Heidegger sostiene que el precurso de la muerte es una experiencia. Zubiri piensa que “la muerte es una realidad, no una experiencia precursora» y, por tanto, «el problema de la muerte es el problema de la pertenencia intrínseca de la muerte de la vida física y real” (1986, p. 660).

De facto, el tema ontológico fundamental para Zubiri no es la muerte, sino el vivir. El decurso vital desplegado en duración, futuración y emplazamiento, ocupan el análisis categorial de Zubiri. El aplazamiento es una estructura real y física de la vida que se despliega en el *seguir viviendo*. Por ello, antes de ser emplazados hacia la muerte, inicia en nosotros el decurso vital, que es *la estructura de la vida abierta al mundo*. El seguir viviendo tiene un carácter intercurrente que consiste en transitar de una situación a otra. La intercurrentencia no es mera sucesión, sino que conlleva “ratificación, rectificación, integración, amplificación, o bien, abandono de lo que se quiere ser” (Zubiri, 1986, p. 663). Pero, en cualquier caso, se trata de vida activa. Por ello, dice Zubiri, el hombre, como sujeto de la vida, no se limita a ser un *hypokeimenon* (ὑποκείμενον) (1986, p. 663), es decir, *un substrato subyacente*.

La ciencia en el pensamiento de Zubiri, a diferencia de Heidegger, cumple una función esencial en el esclarecimiento de la realidad. Así, cuando al final Zubiri define la muerte, dice que ésta es «*la destrucción de la configuración física de las moléculas del organismo*» (1986, p. 671), para él «*el morir es primariamente un fenómeno psicofísico y no metafísico*» (1986, p. 671). ¿Qué es el vivir humano? pregunta Zubiri, en apariencia, dice, es estar-*por-ahí*, moviéndose de un lugar a otro; interactuando con otros seres humanos y con la naturaleza en general; participando de las cosas del mundo; disfrutando o sufriendo momentos del vivir. Comer, dormir, respirar, regular la temperatura corporal, ingerir alimentos, metabolizarlos y producir energía química y física. Zubiri nunca pierde el plano físico; *physis*, en el más amplio sentido del concepto clásico griego. Así, el vivir es lo que se hace en la vida y, sin embargo, piensa Zubiri que la vida humana no puede definirse por los distintos haceres.

Zubiri advierte que hay al menos dos niveles del hacer. En un nivel, se hacen actividades inherentes a la constitución físico-químico-biológica, en otro, se hacen actividades cuya complejidad tiene que ver con la biografía. Pero estas dos maneras del hacer humano forman una unidad interna de la vida. Esta unidad es estructura unitaria de la trama de los distintos quehaceres, por tanto, no es una suma de quehaceres, sino una unidad compleja cuya expansión está mantenida internamente. Zubiri alude aquí tanto a Bergson como a Dilthey. Al primero, para señalar que concibió la unidad de la vida como un punto unitario cuyo despliegue caracteriza la *duración* (Bergson, 1985). Al segundo, para indicar que fue quien por primera vez propuso la idea de que la unidad de la vida es una unidad de sentido.

Zubiri da un paso atrás de Heidegger y mira un horizonte más allá de los existencialistas heideggerianos. Desde ese horizonte, donde la ciencia no queda excluida, puede plantear el problema en otra perspectiva. “¿En qué forma la vida es una determinación del que la vive? ¿Cómo el ser viviente está determinado desde su propia realidad a ser viviente?” No es gratuito que el título del apartado al que me vengo refiriendo sea “constitución genética de la realidad humana y decurso vital” (Zubiri, 1986, p. 440). Es a partir de este eje conductor que Zubiri establecerá las notas sustantivas del vivir humano, a partir de las cuales puede hablarse del morir.

La primera nota se puede resumir en los siguientes términos, vivir la vida no es vivir la vida que está por ahí; lo que vivo es mi vida, no la de otro cualquiera. Este carácter posibilita la vivencia de acuerdo con Dilthey. Pero hay que enfatizar, que la vivencia no tiene mediación de un sujeto, siempre es mía. La vivencia tampoco tiene pretensión de realidad, es la realidad que vivencio en la que ya estoy de antemano. Me vivo, soy vivido por mí, vivo mi plena realidad.

Pero, ¿qué es ese mí?, pregunta Zubiri a Dilthey. No es un estado de conciencia necesariamente. “La vivencia lo es por ser el carácter esencial de una acción vital, pero no es vital porque sea vivencial, sino que es vivencial por ser vital” (Zubiri, 1986, p. 550). Además, lo vital y lo vivencial son acciones immanentes de la vida, con lo cual alude a la energía (*enregeia*) y *automoción* de Aristóteles.

Por tanto, una segunda nota se estructura por estas mociones e impulsos. La fisiología, como ciencia, no es una ficción para Zubiri; así que las funciones vitales, desde el nivel unicelular tales como respirar, mantenimiento del medio interno, regulación genética del proceso reproductivo, control del metabolismo



energético y mantenimiento del equilibrio hídrico y electrolítico, son procesos sin los cuales la vida es imposible. Me doy cuenta de estas acciones vitales porque emergen de *mí*, están en *mí*, son *mi* propia realidad órgano-funcional. Están en mi vivir espontáneo, libremente vivenciado. Las emergencias de estas acciones de mi corporalidad tienen la forma de mociones, impulsos y movimientos.

La tercera nota apunta a que estas acciones vitales, si bien constituyen la vida humana misma y tienen su propia inmanencia y su propio ergón, necesariamente han de ser vividas por *mí* como realidad vivencial. Porque lo que delata la vida es la moción; la vida es movimiento; es espontaneidad; libre juego de azar. Ahora bien, la vivencia es mía porque sale de mí. Pero la vivencia no tiene la forma de un acto reflexivo, en el sentido de una vuelta del sujeto sobre sí mismo; sino que la vivencia remite a mi realidad, en ella se actualiza mi realidad: “la vivencia remite constitutivamente a la realidad propia en cualquier vivencia individual” (1986, p. 552).

La cuarta nota constitutiva del decurso vital se refiere a las acciones vitales que surgen de mí y tienen apariencia de ser espontáneas. Pero es evidente que no se ejecutan acciones vitales, si no es a instancias *de algo*. Tienen la forma de moción. Es esta moción espontánea que surge de mí lo que establece la diferencia entre mi vida y cualquier otra cosa. La espontaneidad superficial resulta de la inmanente energía propia; por tanto, la moción es automoción, supone Zubiri siguiendo a Aristóteles. Pero “la automoción no está en el modo de producir el movimiento sino en el modo de estar en movimiento” (Zubiri, 1986, p. 552). Por ello, Zubiri enfatiza el hecho de que “no existen actos vitales, sino acciones vitales”

(1986, p. 552). Es decir, mi cuerpo es viviente por esta mi-automoción que permite mi autonomía e independencia en el control del medio externo.

Y finalmente, la quinta nota supone que la sustantividad de lo viviente es la independencia en el control del medio. Aquí la cuestión que plantea Zubiri es ¿cómo afecta el movimiento a la sustantividad del viviente, por qué en esa afección está realmente la vida? Pues bien, responde Zubiri, el movimiento afecta a la independencia en el control del medio, no sólo porque es una sustantividad, sino para poder seguir siendo esa sustantividad. En este punto, Zubiri supone que el movimiento vital tiene dos componentes:

uno, que no viene de lo que se tiene de vida, sino de su componente somática; otro, de la animación; que lo es a una con la componente somática. Lo vital del movimiento no está en su modo de producirse sino en su unidad con la animación. Por esta unidad tenemos una sustantividad móvil en sí misma y la vida consiste en esta sustantividad en movimiento (Zubiri, 1986, p. 552).

Con base en estas *notas sobre el vivir*, Zubiri plantea la experiencia del emplazamiento como la “experiencia de tener que morir; ¿cómo el hombre en un acto vital puede enfrentar la muerte desde la vida?” (1986, p. 666). La muerte es una realidad contundente, definitoria e ineludible. Pero no hay que olvidar que la vida es autoposición en medio de la contingencia, recurrencia de sí misma, pero que, al fin y al cabo, terminará. Terminará...

Como hecho natural, la muerte es una descomposición y una cesación. Un momento que será el último, y que hará que la figura conseguida y la definición obtenida sean no sólo definitorias sino definitivas. Que esto tenga que ocurrir así depende de la estructura misma del hombre (Zubiri, 1986, p. 666).

Podemos concluir con la idea de que la muerte como hecho factual, tanto para la filosofía como para la ciencia, es una realidad comprensible desde su propia estructura vital. No concebirla como realidad metafísica puede abrir la discusión de los dilemas éticos que están involucrados en prácticas sociales de biopolítica y biotecnología. Pensamos que estos dilemas deben reflexionarse desde un horizonte abierto de la ética antes que hacerlo con la practicidad de la bioética. En las siguientes secciones nos ocuparemos de este análisis.

### **3.- Carácter existencial de la impropiedad**

La profesión de médico mantiene una relación muy estrecha con la muerte de los enfermos. En perspectiva heideggeriana, se trata de la muerte impropia, la muerte del otro, muerte del que está-ahí. Es la muerte ajena, aquella muerte que me importa, sobre todo, porque no es la mía. En su práctica, los médicos juzgan un deber profesional preservar la vida, evitar la muerte y, cuando no se puede hacer más, acompañar al moribundo. Pocas profesiones tienen este perfil deontológico tan arraigado en deberes, obligaciones y prácticas éticas mantenidas como tradición milenaria. Teniendo en cuenta este contexto, en el presente capítulo nos proponemos explorar esta cercanía del médico con la muerte del otro, no de cualquier otro, sino de ese ante el cual se impone el deber de cuidar, aliviar el dolor y, si no, al menos, consolar.

La medicina nace en el otro, porque en el otro está la enfermedad. Sólo muy tardíamente en la historia apareció la consigna que dice: ¡médico, cúrate a ti mismo!<sup>16</sup> La génesis del oficio médico es una práctica social, no una autarquía, de ahí, el carácter sacerdotal y sacro que tuvo y tienen las medicinas tradicionales que perviven al servicio de la comunidad. Es en la medicina clásica griega del siglo IV a.C. donde se configura el modelo de lo que hoy conocemos como método clínico; en esencia una serie de reglas y principios de observación que permiten estructurar tres momentos del acto médico: diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Los tres eventos son temporales y no pueden invertirse, por lógica elemental. Sin diagnóstico no hay tratamiento, pues éste se finca en el conocimiento de la enfermedad y la observación de los enfermos. De igual forma, no hay pronóstico sin tratamiento. Sólo después que ha observado la respuesta al tratamiento y se observan las condiciones del enfermo, puede predecirse su futuro.

Desde luego, advierte Hipócrates, es imposible devolver la salud a todos los enfermos:

Porque el hecho es que los hombres mueren –unos fallecen antes de llamar al médico, a causa de la violencia de su enfermedad, otros en seguida, después de haberlo llamado, algunos sobreviviendo un día, y otros en breve tiempo más– antes de que el médico se enfrente a combatir con su ciencia contra la enfermedad que sea (1996, p. 140).

Es preciso que el médico esté preparado, pues este oficio de atender seres mortales conlleva riesgos y responsabilidades. El buen médico logra prestigio y se

---

<sup>16</sup> La sentencia aparece en Lucas, 4:23. El contexto en que se dice esta frase tiene que ver con el cuestionamiento que le hacen a Jesús en su propia tierra. Ya en la crucifixión, Jesús repetirá tres veces: sálvate a ti mismo. Ya comenté que salvar es sanar, por tanto, curar.

exime de responsabilidad “conociendo previamente y prediciendo quienes van a morir y quienes van a salvarse” (Hipócrates, 1996, p. 331).

Puede apreciarse en todo esto, un arte y una técnica dispuestas para entrever la muerte en sus meandros. Arte de mirar la muerte en los otros, ahí donde reside agazapada, tras la pantalla de la vida de apariencia saludable. Muerte invisible, descubierta ahí, detrás del brillo de los ojos de un inocente niño o en las pálidas mejillas de una parturienta en choque séptico. Muerte-ahí, presentida y vista por esa estrecha grieta de vida que se agota, donde el médico aprende a reconocerla:

observar el rostro del enfermo: nariz afilada, ojos hundidos, sienes deprimidas, orejas frías y contraídas, y los lóbulos de las orejas desviados; la piel de la frente dura, tensa y reseca, y la tez de todo el rostro amarillenta u oscura. Hay que saber que todo esto es un indicio mortal (Hipócrates, 1996, p. 330).

Así, por más de dos mil años la medicina acumuló experiencia clínica para identificar los signos de muerte, cuando ésta adviene al lecho del enfermo.

Es obvio que la muerte es un fenómeno general; como tal, se presenta de múltiples formas, a edades y circunstancias diversas; la muerte de la cual da testimonio el médico es la muerte del enfermo. La relación entre el médico y los enfermos tiene siempre el carácter de alteridad. Ser enfermo es ser otro, constituirse como diferente de otro' y de otro; es decir, tener asignada la diferencia como determinación. Toda teoría de la alteridad supone la existencia de otra realidad que no soy yo, incluyendo los vínculos constitutivos de entre yo y los otros. En el caso de la relación médica, esos vínculos involucran consideraciones biológicas, psicológicas, psiquiátricas, y, como imperativos deontológicos, implican actitudes

de cuidado, hacerse cargo de, responsabilidad, apoyo, solidaridad, simpatía y comprensión.

Hace varios años se acuñó el concepto «Síndrome terminal de enfermedad» (Gil *et al.*, 1988) para referirse al complejo sintomático que adviene con enfermedades como el cáncer, la cirrosis hepática, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, diversas arterioesclerosis crónicas y enfermedades degenerativas del sistema nervioso central. En todos estos casos, la enfermedad evoluciona a un punto sin retorno, donde el pronóstico indica muerte en breve plazo. Estos mismos autores (Gil *et al.*, 1988) establecieron algunos criterios diagnósticos para orientar la actitud que debe asumir el médico.

Un criterio mayor debiera ser tener un tratamiento alternativo al que hasta ahora se tiene y que ha mostrado ser insuficiente. Esto implica reconocer la frontera de la ciencia. Entre muchas de estas fronteras están las siguientes: evidente insuficiencia de uno o varios órganos con imponderables para el trasplante. Presencia de una enfermedad causal de base cuya evolución ha progresado, favoreciendo otras complicaciones como infecciones, fallo respiratorio, hemorragias, estados comatosos y trastornos circulatorios. Todo lo cual conlleva un deterioro físico, mental y emocional del enfermo. En estas condiciones, la observación hipocrática sigue siendo válida y pertinente; aunque el médico actual puede orientar el pronóstico utilizando otras tecnologías. Sin embargo, no existe un medidor de la cantidad de vida que le queda al enfermo y cuánto va a durar. En ello sólo queda el criterio clínico y la prudencia del médico.

Un auxiliar valioso para evaluar el estado del enfermo son las escalas estandarizadas para medir enfermedad terminal. Una de las más reconocidas y

utilizadas es la escala de Karnofsky. Se trata de medir la capacidad del enfermo para realizar tareas cotidianas relacionadas con el cuidado de sí mismo; por ejemplo, la higiene personal o necesidad de guardar cama todo el día. La escala fue publicada en 1948 para aplicarse en pacientes con cáncer pulmonar. La idea era contar con un criterio para decidir si debía o no aplicarse tratamiento oncológico. Con el tiempo, este instrumento ha mostrado ser útil para pronosticar la supervivencia de los pacientes afectados no sólo de cáncer. Como puede apreciarse en la siguiente tabla, los criterios son muy claros y fáciles de aplicar en un rango de 0 a 100 puntos (Karnofsky *et al.*, 1948)

100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad.
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.
10	Moribundo.
0	Fallecido.

Escala de evaluación de pacientes con enfermedad en fase terminal.

En años recientes, se ha especializado un campo disciplinar en la práctica médica denominado «Cuidados paliativos». Se trata de un grupo de saberes y

prácticas orientadas a brindar confort a los enfermos con enfermedad en fase terminal. Por supuesto, la familia procura que los pacientes con muerte inminente concluyan en proceso silencioso y sin sufrimiento. A este respecto, son muy valiosos los estudios de Elizabeth Kübler-Ross, cuyas observaciones minuciosas con los moribundos le dejaron claro que los médicos son expertos en establecer medidas de soporte vital y mantenerlos vivos, pero más allá de lo biológico, el médico en general está incapacitado para atender el proceso de la muerte del otro (SECPAL, 2017).

Kübler-Ross se propuso conocer de cerca el acontecer de la muerte en el otro. Entrevistó a los moribundos. Casi todos ellos sabían que morirían pronto. Todos aceptaron hablar sobre su muerte. Y, viéndolos a la cara, dice Kübler-Ross:

La parte que no puede ser compartida con el lector es la experiencia que uno tiene durante un diálogo, así: los muchos mensajes no orales que hay constantemente entre el paciente y el médico, el médico y el capellán, o el paciente y el capellán; los suspiros, los ojos humedecidos, las sonrisas, los gestos con las manos, las miradas vacías, las miradas de asombro o las mantenidas, todas comunicaciones importantes que van más allá de las palabras (1993, p. 334).

La muerte en el otro es la muerte que sucede en el prójimo, el de enfrente, el vecino. Es la muerte animal, la que no cuesta nada ni nos vincula emocionalmente. Ante esa muerte lo más que hacemos es constatar su contundencia. Aunque puede ser una muerte cercana, un padre, un hermano, un cónyuge, su ajenidad es patente. El que se muere es otro. Asistimos a este evento en apariencia convocados por la muerte, pero no es así. Sólo la muerte propia nos convoca. La muerte del otro es



sólo un hecho. Por eso los médicos la certifican, la constatan. En la medicina la muerte es un hecho de la cotidianidad. Nunca es novedad.

En contraste, Kübler-Ross reporta la experiencia vivida por los moribundos frente a la muerte. La mayoría de las personas cuando eran enterados de que tenían una enfermedad mortal, reaccionaban negando el hecho con diversos grados de angustia:

la primera reacción del paciente puede ser un estado de conmoción temporal del que se recupera gradualmente. Cuando la sensación inicial de estupor empieza a desaparecer y consigue recuperarse, su respuesta habitual es: 'No, no puedo ser yo.' Como en nuestro inconsciente somos todos inmortales, para nosotros es casi inconcebible reconocer que tenemos que afrontar la muerte (1993, p. 64).

Una segunda etapa viene después de negar inútilmente:

cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Lógicamente, surge la siguiente pregunta: ¿Por qué yo? (1993, p. 73).

Finalmente:

la tercera fase, la fase de pacto, es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves períodos de tiempo. Si no hemos sido capaces de afrontar la triste realidad en el primer período y nos hemos enojado con la gente y con Dios en el segundo, tal vez podamos llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable, para nosotros es casi inconcebible reconocer que tenemos que afrontar la muerte (1993, p. 111).

Podemos plantear el problema de la muerte del otro en la medicina de manera más radical: ¿hasta qué punto el médico está comprometido con la muerte

del otro, de quién en teoría se hace cargo y atiende en sus demandas y necesidades? En otras palabras: ¿qué le significa hacerse cargo de otros, cuidarlos, acogerlos y velar por su integridad, en la salud, la enfermedad y la muerte? Desde su origen, la medicina es un oficio que se ejerce por cobro de honorarios. El médico no se hace cargo del otro para ejercer virtudes personales, sino como ejercicio de deberes profesionales que implican un costo a los enfermos, ya sea directa o indirectamente. Pese a ello, en la medicina existe el mito del humanismo intersubjetivo.

No hay manera de experimentar la muerte del otro –ésta es la idea de Heidegger–, lo más que hacemos es asistir a ella, constarla, estar presentes en su acontecer. A esto se reduce el papel del médico, en el mejor de los casos. En realidad, como es ampliamente documentado por la Dra. Kübler-Ross, una alta proporción de moribundos mueren solos, en hospitales que los mantienen aislados de sus familiares y de todo auxilio espiritual. Por tanto, el problema aquí planteado tiene varias aristas. Por un lado, el médico; por otro, las transiciones sociales que ha tenido la muerte. Aquí sólo dejaré apuntados estos problemas y serán desarrollados en secciones posteriores. En lo que respecta al médico, hay que revisar si realmente está en posibilidades de hacerse cargo de la muerte de otro, ello implica visualizar su génesis profesional y el ejercicio de virtudes éticas. Lo que aquí llamo *transiciones de la muerte* tiene que ver con las expectativas sociales respecto de dónde y cómo morir. Estos temas implican aspectos éticos de la medicina y por ello serán comentados en los próximos capítulos.

Para concluir quiero recordar un texto de William Shakespeare, aquél en que Lady Macbeth le pregunta a su marido si ha consumado el crimen y Macbeth no se

atreve siquiera a presenciar la muerte que él como asesino provocó. De manera similar a como ocurre con frecuencia en la medicina, le dice Macbeth a su esposa:

Creí oír una voz que así gritaba, ¡No más dormir! ¡Mató el sueño Macbeth! El inocente sueño, el que entreteje esa enredada seda de las ansias, la muerte del vivir de cada día, baño reparador del duro afán, bálsamo de las almas lastimadas, segundo plato en la Naturaleza, principal alimento en el banquete de la vida (Shakespeare, 1976, p. 1122).

Pero, aunque la vida pueda ser sueño y el sueño la muerte del vivir de cada día, la muerte es para siempre el final de todo vivir. Irreversible, definitiva y concluyente, la muerte es el *summum* finito de todo ser. No obstante, casi nada tiene que ver el morir propio con el impropio.

#### **4.- Sentido de vivir, sufrir y morir**

¿Existe un propósito en el vivir? Me apresuro a decir que sí: vivir tiene como propósito el vivir mismo. En general, la vida existe para ser vivida por el ser vivo. Hágase lo que se haga con la vida, incluso terminar con ella mediante el suicidio, no hay manera de no vivirla hasta el último instante. No sabemos lo que significa vivir para quienes los procesos de introspección resultan incomprensibles tanto en primera como en tercera persona. Podemos interpretar el comportamiento, deducir los datos del contexto e intentar comprender los momentos significativos del vivir, pero sólo el viviente tendrá la experiencia de la vivencia. En particular, la persona humana tiene muchas razones objetivas y subjetivas que justifican vivir. Ninguna de

ellas podría ser que se vive con la finalidad de morir. Es decir, el sentido de vivir no reside en el morir.

En igual manera, es obvio que se muere por vivir, pero la muerte no es una consecuencia de la vida. La vida y la muerte son inherentes, pero no se sigue una de la otra. Los seres humanos refieren diversos motivos para no desear morir y otros para desear hacerlo. El afán humano de inmortalidad fue alentado por la religión durante siglos, cuando ésta perdió credibilidad, la medicina se erigió en protagonista del mito de prolongar la vida y buscar la inmortalidad. La filosofía y la literatura son prolijas en referencias a este respecto. Muchos autores están de acuerdo en que la finitud de la vida es lo que le hace tener sentido. Sin embargo, el comportamiento humano en la modernidad muestra la paradoja de vivir con placer invisibilizando el dolor y la muerte. Así ocurre que la muerte haya sido borrada del seno familiar: ya nadie muere en casa, los moribundos mueren solos en los hospitales, el duelo se participa en los velatorios a donde acuden los amigos del muerto y éste es exhibido con pulcritud inusual. Así ocurre también con fenómenos como el dolor.

En opinión de Ernst Jünger (2010), el dolor ha formado parte de procesos sociales y culturales que antes del siglo XIX estaban lejos de considerarlo como sufrimiento. Tampoco fue una prioridad evitarlo, simplemente se aceptó como condición humana, se toleró y en muchos casos se juzgó como criterio de valor, especialmente en circunstancias como la guerra. Sin embargo, en el siglo XX se produjo una “cultura sensitiva” de intolerancia al dolor y con ello se inventó mucha tecnología para combatirlo. La medicina ha tenido un papel protagónico en esta analgesia social. Algunas expresiones de esta actitud son las tecnologías orientadas a la comodidad corporal, la insensibilidad natural y el olvido del cuerpo.

A partir del hecho de que la medicina sea un conjunto de saberes especializados y prácticas sociales constituidas y legitimadas desde el conocimiento científico, el médico desempeña un rol central en lo que Michel Foucault (2010) llama “relaciones de poder”. Foucault se refirió a este concepto en varios momentos, sobre todo en conferencias y entrevistas. De manera general, concibe las relaciones de poder como «*estrategias mediante las cuales los individuos tratan de conducir y determinar la conducta de los otros*» (Foucault, 1984, p. 103). A partir de esta tesis foucaultiana es posible explorar las subjetividades subyacentes en el sentido de vivir, enfermar y morir, en respectividad con este tipo de relaciones en la práctica de la medicina.

En general, la relación del médico con los pacientes adopta una forma de subordinación. Invariablemente el médico asume un rol pedagógico, directivo y de autoridad. En esta realidad, hay un discurso no escrito respecto a lo que se espera del médico: enseñar a vivir con la enfermedad, anunciar la muerte y administrar el proceso. Este papel de Caronte (Χάρων Khárôn) lo desempeña bastante bien el médico, aunque no lo haga más que por interés monetario. La antropología médica ha estudiado ampliamente este comportamiento en la profesión médica y ha descrito la manera que se trasmite como tradición en el proceso de entrenamiento de los estudiantes en el campo clínico. Los médicos viejos se aseguran de mantener las tradiciones culturales en las nuevas generaciones y en ello operan relaciones pedagógicas de poder (Freidson, 1978).

Terry Eagleton en su libro, *El sentido de la vida* (2008) se cuestiona si la pregunta «¿Cuál es el sentido de la vida?» es un problema filosófico y cuál es el significado de los conceptos «vida» y «sentido». Eagleton piensa que el significado

hay que buscarlo en el lenguaje y no en las cosas. Esta tesis plantea muchos problemas respecto de la realidad, la verdad y, sobre todo, la validez epistemológica de los enunciados de la ciencia. Sin embargo, este problema sólo cobra relevancia en el pensamiento modernista y vanguardista, cuya característica principal fue la ruptura con los significados de la tradición cultural, sus fundamentos metafísicos o científicos mantenidos por siglos. Lo anterior es aún más conspicuo en el posmodernismo, donde es evidente una actitud adversa a la existencia de cualquier absoluto.

El sentido de la vida y, con ello, el de enfermar y morir, tanto como significados e interpretaciones, están constreñidos al lenguaje propio de cada individuo; pero no sólo eso, sino que el sentido de vivir, sufrir y morir es una interpretación respecto de la realidad, el contexto cultural, el temple emocional y la mentalidad del sujeto en cuestión; sobre todo, el sentido tiene significación dentro de un “sistema lingüístico” (Eagleton, 2008, p. 82). Aun cuando Eagleton tenga razón, el sistema lingüístico estructura una realidad individual y es a partir de ella que formamos y nos conforma el mundo. Así, cada uno de nosotros somos de una manera única: nuestra propia carne y sangre del mundo propio. Y como este mundo es temporal, cambiante, contingente, el sentido del mundo es el sentido de nuestra vida, de nuestro dolor, de nuestra muerte. Es el sentido que nuestro sistema lingüístico nos permite comprender y comprendernos en él. Es evidente que sufrir para un griego del siglo IV a.C. tiene un significado distinto que para un judío. El cristianismo ha mantenido por veinte siglos una forma peculiar de sufrir, misma que cambió con la modernidad y sobre todo con el desarrollo de la ciencia y la técnica.

En este contexto, podemos preguntar si en estas primeras casi dos décadas del siglo XXI, como resultado de este avance de la ciencia y la técnica hay menos sufrimiento que en épocas pasadas o si al menos podemos esperar que algo así ocurra en un futuro próximo. La respuesta debería ser sí, pero no estamos tan convencidos de ello. Es un hecho que la modernidad científica fue factor decisivo para eliminar muchas formas de sufrir. Basta pensar en las grandes epidemias que asolaron por siglos a la humanidad, las guerras, las hambrunas y los desastres naturales. Y, por otro lado, la ciencia y la técnica han incidido en reducir el sufrimiento con descubrimientos como la anestesia y la analgesia, los antibióticos y un sinnúmero de instrumental, materiales, herramientas y recursos terapéuticos. Todos estos inventos científicos realmente han reducido el sufrimiento, especialmente en el caso del dolor; de igual forma han sido erradicadas muchas enfermedades contagiosas a través de las vacunas, especialmente de patologías con alto índice de mortalidad. Sin embargo, si pensamos que el sufrimiento es un existencial y, por tanto, un modo de ser del ser-ahí, el problema cobra otro sentido y el dolor se comprende de otra manera.

En resumen, la humanidad está muy lejos de cantar victoria en cuanto a reducir el dolor del mundo. Si antes fueron las enfermedades infecciosas, ahora son las crónicas, las degenerativas, los accidentes y la violencia. La posmodernidad no deja de ser paradójica. En apariencia ha cambiado la sensibilidad al sufrimiento; el pensamiento post-metafísico nos ha situado lejos de la tragedia, lejos del mesianismo y más lejos aún de las utopías. Pero el sufrimiento sigue ahí. Es una realidad experimentada cotidianamente por los individuos concretos. Y tal vez Nietzsche tenga razón cuando dice “lo que propiamente nos hace indignarnos

contra el sufrimiento no es el sufrimiento en sí, sino lo absurdo del mismo” (1997, p. 112). Es absurdo especialmente aquello que es innecesario o que puede ser evitado.

En *El malestar en la cultura*, Freud sostiene la idea de que el “bienestar social” ha sido posible sobre la base de que los individuos “renuncien a las satisfacciones instintuales” (1999, p. 88). Así, aquellos sujetos cuyas pulsiones obstaculizan asumir “el principio de realidad” (Freud, 1999, p. 59) padecen frustraciones típicas y con ello enorme sufrimiento. Para Freud, la salud está condicionada por la aceptación de la realidad cultural. Es a partir de esta realidad que el sufriente interpreta el mundo y le da sentido a su padecer. Esto no significa que el sufrimiento sea absolutamente individual, subjetivo y único. Como supone Alfred Schultz (1974), los individuos construyen su realidad a partir de una “primera realidad”, cuya estructura sirve de base a las diversas experiencias.

Fernando Escalante Gonzalbo, en un interesante estudio sobre la cultura del sufrimiento, resume así las pautas culturales a partir de las cuales cobra sentido éste:

Nuestra cultura del sufrimiento es peculiar por varias razones, entre ellas, la relativa importancia que tiene el hecho de sufrir y la posición de superioridad moral que conferimos a las víctimas. Como todas, es una cultura de aluvión, formada por fragmentos sedimentados de varias tradiciones distintas. Corresponde en su estructura básica a una idea mesiánica: que necesita la explicación y la reparación del daño, cualquiera que sea. Por otra parte, la peculiar importancia que asignamos al sufrimiento obedece a una sensibilidad agudizada –por el proceso de civilización– y a la correlativa importancia de la idea ilustrada de felicidad (2000, p. 99).



El otro elemento que analiza Escalante Gonzalbo es la idea de que la compasión es fundamento natural de virtud, por lo que, al identificar compasión con virtud lleva a asociar dolor con valor, esfuerzo con mérito y toda una serie de actitudes morales que le dan sentido al sufrimiento. Así llega a pensarse que los que sufren son mejores personas que los que gozan.

En este marco contextual se muestra a continuación la narrativa de algunos casos de enfermos con sufrimiento extremo y las maneras como ellos le encuentran sentido a vivir y morir. He aquí algunos ejemplos, con los cuales concluimos: AZ tiene 68 años de edad, su oficio es la herrería. Casado y con cinco hijos, sólo estudió la primaria, es un hombre inteligente y muy trabajador. Hace dos años le detectaron ulcera gástrica con sangrado, unos meses después le dijeron que tenía cáncer gástrico; le hicieron resección quirúrgica más radio y quimioterapia. En medio de su aflicción, AZ narra su experiencia:

Me dice el oncólogo que moriré pronto, y ya estoy preparado para ese momento. Soy católico. Nunca le hice daño a nadie. No robé, no maté. ¿Por qué entonces todo esto? Dios me está castigando por algo que no hice... yo no lo alcanzo a comprender (AZ, 2018).

Este relato, con variaciones mínimas, es el más frecuente. En esencia se afirma que el sufrimiento es un castigo, una pena que se paga por algo. Una pena inmerecida. También es común encontrar en la vida de cada uno, la culpa, el pecado o la transgresión a la cual se le atribuye la causa del sufrir.

El sufrimiento puede ser puramente físico, a veces, mutilaciones de órganos o partes del cuerpo. Pero, el peor sufrimiento de este tipo es el dolor. El dolor en cualquier forma es siempre una sensación de desagrado. Existen pocos fenómenos

cuya experiencia resulte tan deteriorante del talante vital como el dolor. Este es el caso de Rosa, una mujer de 50 años de edad. Madre soltera. Hace varios años desapareció su hijo y no volvió a saber de él. Tiene cáncer de ovario, le han realizado al menos tres cirugías amplias, radio y quimioterapia. Rosa es un mar de llanto ahogándole que apenas le permite respirar. Todos los días recibe por un catéter que conecta con su circulación, altas dosis de analgésicos y, aun así, el dolor no la suelta. «Tengo mucho miedo de morir..., como si algo me amenazara..., ya sólo quiero no sentir...», comenta en un llanto inconsolable.

Otras veces los enfermos han experimentado el sufrimiento como una constante de su vida individual. Jesús tiene ahora 20 años de edad. Desde recién nacido padece diabetes insulino dependiente. Todos los días debe aplicarse insulina con una jeringa hipodérmica. Su infancia y su adolescencia están marcadas por las limitaciones que le impone la enfermedad. Ahora sus riñones están fallando, requiere hemodiálisis o trasplante renal. *«He sufrido mucho. Mi papá nos abandonó desde que yo era niño. Mi vida está llena de rencor y odio. La verdad, si quisiera morirme, aunque eso me angustia mucho».*

Y finalmente, el caso de Carla. Una niña de 17 años, estudiante de música. Su padre es un pianista notable y su madre una arquitecta destacada. Ambos esperaban que su hija fuera violinista. Desde los 10 años, Carla era una promesa de la música. Pero una leucemia aguda le cortó el paso. Durante un año ha estado recibiendo quimioterapia y está en protocolo para trasplante de médula. Ahora Carla está vencida:

Estoy exhausta. Ya no puedo más. Ya ni siquiera logro sostener el instrumento. Yo leí alguna vez en la biografía de Mozart que tal vez Dios le habría dado la genialidad

para que le cantara. Pero parece que Dios no quiere que yo sea su ángel cantor, qué puedo hacer... se lamenta (Carla, 2019).

El acontecimiento de la enfermedad y la anticipación de la muerte ocurren siempre en un temple emotivo donde el ser-ahí está ya dispuesto a la apertura original al mundo. Afectado emotivamente, el ser-ahí enfermo, doliente, abierto al mundo, se angustia, se llena de miedo y piensa. “La reflexión puede encontrar experiencias sólo porque la tonalidad emotiva ya ha abierto el ser-ahí” (Heidegger, 1971, p. 157). Es el miedo que se asusta. Es la angustia que se angustia. La situación nos toma por asalto: “no viene ni de fuera ni de dentro: se eleva en el estar-en-el-mundo mismo como una modalidad propia” (Heidegger, 1971, p. 159). Pensar ahí, estar lleno de miedo y angustia no garantiza tener clara conciencia de lo que pasa: nuda facticidad, “el puro que hay se manifiesta; el de dónde y el dónde permanecen ocultos (Heidegger, 1971, p. 159).”. Abierto sí, pero arrojado al ahí. El ser-ahí enfermado no tiene dominio de nada, nada está asegurado. Tal vez huir sea lo mejor. Tal vez negar, refugiarse: escaparse del sufrimiento, del dolor y la muerte. En el miedo y la angustia, “el ser-ahí se vuelve ciego a sí mismo; el mundo circundante que se cuida se oculta, la previsión circundante se oscurece” (Heidegger, 1971, p. 162). Facticidad pura que nubla los caminos a dónde escapar.

En fin, parece que la vida humana está muy lejos de ser perfecta, pero eso poco importa. El perfeccionamiento de la vida no garantiza nada, pero sí existen las instrucciones para llevar una vida tan agradable y feliz como sea posible. Según la visión de Schopenhauer, la persona humana por sí misma es quien puede darle sentido. Para este filósofo, la voluntad juega un papel decisivo en la constitución de las virtudes intelectuales, procurar la alegría y el buen humor; ahuyentar el

aburrimiento y, sobre todo, cultivar las virtudes intelectuales cuando la naturaleza ha sido pródiga con un individuo particular.

## **5.- El rostro de la muerte**

Ya hemos señalado que la idea de salud remite al mito de salvación introducida por el cristianismo en el pensamiento occidental. En ella, la tradición evangélica insistirá en la salud como pureza del alma. Esta salud como pureza impoluta del cuerpo y del espíritu es lo que nos resguarda de la muerte y nos lleva a la vida eterna. El tema es central y se desprende de la sentencia bíblica hecha por Dios ante la posible falta (Gen 2:16-17). Tal como está expresada no es una condena a posteriori, está puesta como advertencia<sup>17</sup>. En cualquier modo, en el pensamiento occidental este relato cumple la función de fundar la mortalidad humana como una nota sustantiva de carácter ontológico en el hombre. El hombre es un ser mortal. Aunque la muerte, como hemos visto, no se limita a éste; sabemos que es el único que tiene clara conciencia de ello.

También hemos señalado que la muerte adviene con el vivir, que vivir es morir. Pero la cuestión es cómo se comprende este fenómeno y con qué actitud se enfrenta. La pregunta radical sobre la muerte ya no es sobre la certeza de la

---

<sup>17</sup> La cita puntual dice: “De todo árbol del huerto podrás comer, pero del árbol del conocimiento del bien y del mal no comerás, porque el día que de él comas, ciertamente morirás”.

existencia de la muerte, sino si ello tiene algún sentido. “Encontrarse *in articulo mortis* ¿es algo que se reduce al dilema ontológico ser-nada?” (Lévinas, 2013). Como el propio Lévinas comenta, reducir la muerte al dilema ser-nada es un dogmatismo invertido, cualquiera que sea el sentimiento de toda una generación desconfiada frente al dogmatismo positivo de la inmortalidad del alma, concebido como el más dulce “opio del pueblo” (Lévinas, 2013, p. 14). Por tanto, el problema de la muerte humana y, en este caso, la muerte de aquellos que mueren en el cuidado de profesionales sanitarios debe pensarse en su radicalidad más propia, buscando comprender el significado de la muerte tanto desde el otro, como desde la «miedad» (*Mienneté*), para usar el término de Lévinas, refiriéndose a la muerte propia.

Ya se ha dicho también que, en la práctica de la medicina, la muerte es un *factum* más que trivial. La muerte es un hecho cotidiano en los hospitales. Morirse en un hospital es una banalidad. A ello contribuyen fenómenos sociales, demográficos, epidemiológicos y éticos. La fragua moral de la familia posmoderna es llevar a los moribundos a morir al hospital, lejos del hogar y lejos de los seres queridos. Esta tendencia en el estilo de morir está determinada por varios factores sociales y morales, en lo cual destaca el comportamiento que exhibe la familia respecto a hacerse cargo de la muerte de aquellos que le son próximos. Aquí prójimo es otro, por tanto, la muerte del prójimo, en sentido estricto de este término: *proximus*, semejante, cercano, vecino. Aquél que está inmediatamente frente a mí. Aquél que me interpela y no puedo eludir.

En esta cercanía de la muerte de alguien, que no yo, diferente a mí y sin embargo tan mío, el muriente muestra en su rostro el comportamiento que aniquila:

el ser en su absoluta desnudez biológica pierde toda dependencia de significación y queda sin respuesta a la expresión, es decir, desvela el rostro (Lévinas, 2013, p. 14). En este caso, el rostro del muriente que expresa su angustia y su miedo. El rostro del ser que pronto será «nada», pero aún no lo es; porque sigue siendo ser-para-la-muerte y aún falta algo; falta morir: el aniquilamiento, la desintegración, el fin del ser, la no-respuesta; la opacidad del rostro.

El concepto de «rostro del otro» en Lévinas es bastante complejo. Por un lado, la relación con el rostro del otro no se reduce a una objetivación. Es decir, el rostro no se aprehende totalmente por sensibilidad cognitiva o sensibilidad del gozo (Lévinas, 1999). Por otro lado, el rostro por sí mismo expresa sentido y significatividad, aludiendo a la pragmática del lenguaje. En ese contexto, Olivia Navarro aventura una definición de rostro en Lévinas:

el 'rostro' es un enunciado performativo sui generis que se encuentra fuera del horizonte cognitivo del yo, cuya validación comunicativa, o aceptación de su fuerza ilocucionaria, depende de su validación o sinceridad que señala a su presencia y/o corporalidad (2008, p 180).

De manera más simple, el rostro es una potencia expresiva.

Para Lévinas, toda relación con el rostro del otro es una relación ética y ésta es, sin duda, la cuestión que aquí interesa destacar: la relación ética que tiene el médico con el rostro del muriente a su cargo. El análisis de Lévinas es relevante en cuanto establece un deslinde tanto con Husserl como con Heidegger. Su postura se resume en los siguientes supuestos:

si no hay experiencia de la muerte, la interpretación de la muerte en cuanto intencionalidad debe ser puesta en cuestión; subrayar la afectividad en las

relaciones con la muerte del Otro y con mi propia muerte ubica esas relaciones en el seno de la relación con lo Diferente, lo sin-común-medida, que ninguna reminiscencia ni anticipación podrían reunir sincrónicamente; que en el seno de esta relación, la relación con la muerte surge como interrogación ante el Otro, ante su desmesura, y es ahí donde buscamos la relación entre la muerte y el tiempo; la intencionalidad, que constituye para Husserl el entramado del tiempo, no es el último secreto de la psique; el esse humano no es primordialmente conatus, sino rehén, rehén del Otro; la afectividad no se encuentra enraizada en la angustia en tanto angustia ante la nada; todo esto debe ser revisado en un diálogo con Heidegger, quien afirma de modo diferente, la estrecha relación entre la muerte y el tiempo (Lévinas, 2009, p. 26).

Como puede apreciarse, en Lévinas la muerte es *afectividad sin intencionalidad*, no puede reducirse a saber de segunda mano, representación, intencionalidad o angustia ante la nada; la muerte:

es una relación puramente emotiva, que conmueve a una emoción que no está construida por la repercusión, sobre nuestra sensibilidad e intelecto, de un saber previo. Es emoción, movimiento, inquietud por lo desconocido (Lévinas, 2009, p. 21).

La inquietud de la emoción, insiste Lévinas, es «relación emotiva hacia la muerte del otro. Temor o coraje, pero también, más allá de la compasión y la solidaridad con el otro, responsabilidad por él en lo desconocido» (2009, p. 22).

Es un hecho que tenemos temor ante la muerte. Para algunos autores, el miedo a morir es algo inherente a la condición humana y sugieren que el fenómeno se extiende a muchos animales (Bakan,1971), aunque las emociones que el pensamiento de la muerte puede suscitar y por tanto las actitudes derivadas de

dicho pensamiento, varían en torno a factores culturales (Becker, 1999) y religiosos (Marshall, 1980). Nuestro vivir como mortales transcurre en el olvido, olvido no deliberado, ni inconsciente, sino primordialmente vinculado a la angustia. La angustia puede aparecer con diversas formas: aflicción, congoja, ansiedad, temor, dolor y sufrimiento. En los enfermos con enfermedad terminal, estos datos son signos clínicos que se manifiestan como agitación, desasosiego, zozobra y miedo. Sea que se presenten juntos o separados, siempre expresan algo de alguien. Es ese alguien que expresa como rostro, la angustia de su muerte.

En la medicina, más allá de la trivialidad ya señalada, sabemos de la muerte por la muerte de los otros. Es información de segunda mano. Los que se mueren son enfermos, la enfermedad es mediadora de la muerte. Los enfermos siempre acaban muriendo. Deontológicamente, la muerte del enfermo significa una descarga moral para el médico. Una vez constatada la muerte, el cadáver amortajado es un objeto más en el mundo de las cosas. La cultura médica, sobre todo los médicos jóvenes en proceso de formación, suele ser bastante irreverentes con la muerte del otro. ¿Quién que haya pasado por un anfiteatro de anatomía o por el quirófano de patología, no recuerda el montón de vísceras, los huesos disecados, los vientres abiertos y los cráneos acerrados? ¿Quién que haya tenido un entrenamiento clínico, no tiene presente la maniobra de intubación, la colocación de catéteres y otras destrezas adiestradoras? Lo cierto es que el cadáver ha sido por siglos material didáctico en la medicina. Pero el cadáver, antes de serlo, era otro-ser con rostro.

¿Puede y debe el médico involucrarse en la muerte del otro? ¿Qué más puede hacer? Si, como indica Lévinas:



la muerte de alguien no es una facticidad empírica, a pesar de lo que pudiera parecer a primera vista, no se agota en ese aparecer. Aquel que se expresa en su desnudez –el rostro– es uno al punto de interpelarme, de ponerse bajo mi responsabilidad: desde ya, tengo que responder de él (2009, p. 18)...

Entonces, es posible que el médico no pueda hacer más por el otro, pero sí por sí mismo. Comprender que la muerte no es asunto del otro, sino de cada individuo. En palabras de Jankélévitch:

se trata de mí, es a mí a quien la muerte llama personalmente por mi nombre, a mí a quien señala con el dedo y de quien tira de la manga, sin darme la oportunidad de hacer pasar delante el vecino; no queda escapatoria, se me han agotado los plazos; el aplazamiento para más tarde, lo mismo que las coartadas y las postergaciones son ahora imposibles por más empeño que ponga el hombre concernido; la tercera persona ya no puede servirme de pretexto (2002, p. 35).

¿Puede y debe el médico práctico realizar su actividad afectado por la angustia, misma que según Heidegger, es la experiencia de la nada del ser humano? No puede y no debe. Pero entonces, ¿es posible esperar actitudes morales humanísticas del médico en la relación con la muerte del otro? La cuestión humanista no puede limitarse a la observancia de reglas, procedimientos y guías de práctica bioética que hacen las veces de pantalla para enmascarar la actitud evasiva del médico. La angustia es el miedo a la muerte en sí misma y es deseable que el médico la vivencie. El médico debe sentir miedo a la aniquilación, para que entienda la angustia y, por consiguiente, la muerte misma; la propia y la ajena; porque, como dice Fernando Savater: “conocer la muerte, implica juntamente descubrir lo que

cada cual tiene de único y lo que todos tenemos en común” (1996). De forma tal que la muerte del enfermo y la muerte del médico es una y la misma.

Hablar del deber-ser del médico significa referirse a la ética que en forma de filosofía práctica pone en juego este profesionista. Para algunos autores, se trata de ética médica, para otros de bioética, otros más, de deontología y aún otros, de moral médica; sin que quede claro a qué se refiere cada disciplina y cuáles son los criterios que las delimitan. Joan Corominas dice que hay autores que sugieren distinguir «*êthos*», que significa «carácter», de *êthos*, que significa «costumbre», pues ‘*êtic*’ se sigue de aquel sentido y no de éste (1985). Esto contrasta con Nicolás Abbagnano, quien define la ética como “ciencia de la conducta” (1993). Y el contraste es mayor cuando Fernando Savater dice que la ética es “el arte de vivir, el saber vivir, por lo tanto el arte de discernir lo que nos conviene (lo bueno) y lo que no nos conviene (lo malo)” (Savater, 1991). Todo lo cual es bastante confuso. Un análisis semántico de la palabra *êthos*, permite comprender los cambios de significado de una época a otra y de una a otra lengua. Así es como aparece en latín el término *moral* significando *habitus*, comportamiento y conducta; «*mōris*» también alude a la *morada* (hogar), o lo que está en el interior.

Con este contexto, pueden entenderse mejor las definiciones anteriores y la razón de considerar ética y moral como términos equivalentes. Entonces, la ética es la filosofía, cuando toma como objeto de reflexión el actuar de la persona humana, especialmente aquellos actos que se realizan de manera voluntaria, consciente y haciendo uso del libre albedrío. Teóricamente, la ética reflexiona sobre los hechos morales derivados de los actos humanos, por tanto, no inventa ni

prescribe la vida moral. Pero ocurre que, en la medicina, desde su origen, existen preceptos que buscan determinar el actuar médico.

Formalmente, desde el siglo IV a. C., la profesión médica se ejerce con preceptos deontológicos. En el *Corpus Hipocrático*, hay por lo menos tres textos relacionados con los deberes del médico: *el Juramento (Hórkos)*, *la Ley (Nómos)* y *los Preceptos (Parangelíai)* (Hipócrates, 1995, p. 111). El juramento es hasta la fecha una especie de promesa que hacen los médicos cuando obtienen el título, donde se autoimponen el deber de no hacer daño deliberado a los pacientes, evitar la corrupción voluntaria y no dar la droga letal a nadie. El texto sobre la *Ley* se refiere a las reglas que aplican en la formación educativa del médico y los requisitos para ejercer la profesión. Por su parte, el tratado de *Preceptos* establece deberes sociales y gremiales. Como puede observarse, la medicina es una práctica que desde su génesis ha procurado autorregularse. Los modelos éticos de regulación y control de la profesión han cambiado con el tiempo y las condiciones sociales. Sin lugar a duda, el cambio más significativo ocurre en la Edad Media, cuando la medicina adquiere el carácter de oficio liberal, lo que significa básicamente que su ejercicio sólo se autorizaba después de cursar un currículo académico.

Sin embargo, a pesar de toda reglamentación, el acto médico sigue siendo autónomo. El corazón y la esencia del oficio médico ocurre en el momento en que el médico y el enfermo, solos, en la privacidad e intimidad, uno –consciente de su responsabilidad frente al otro– otro –confiado en la conciencia del otro– ambos frente a la enfermedad y la muerte, intentan sobrepasarlas. Aunque al final sea el enfermo moribundo quien en su angustia de muerte sólo pueda implorar lo mismo que el Rey moribundo de Ionesco:

Vosotros, innumerables, vosotros que habéis muerto antes que yo, ayudadme. Decidme cómo lo habéis hecho para morir [...] Enseñádmelo. Que vuestro ejemplo me consuele, que pueda apoyarme en vosotros como si fuerais mis muletas, apoyarme en vuestros fraternales brazos. ¡Ayudadme a franquear la puerta que habéis franqueado! ¡Volved a este lado un instante para socorredme! [...] ¡Decidme cómo sucede todo! (Ionesco, 1965, p. 48).

Byung-Chul Han sostiene que en el análisis heideggeriano de la angustia y de la muerte domina “un heroísmo del yo”, en cuanto la existencia hace surgir el «yo más propio» o la «autonomía» –en el sentido de «tener consistencia por sí mismo» para soportar la angustia–. Es, dice Han siguiendo a Heidegger, «un modo de ser», concretamente una posibilidad privilegiada de ser sí mismo: la muerte es el yo. Morir significa por tanto “‘yo soy’ más propio, es decir, yo seré mi yo más propio”. Han concluye: para Heidegger, la única muerte *humana es mi* muerte, cuya característica fundamental es que “no guarda referencia con nada”. Ante la muerte “fracasa [...] todo ‘coexistir’ con otros», pues ella «‘reclama’ la existencia *en cuanto que singular*” (Han, 2018, p. 41). En conclusión, parece claro que la alteridad en la muerte auténtica es imposible, la coexistencia sólo es posible en el modo de morir inauténtico haciendo referencia, no al yo, sino al otro. Este otro, es el *uno* impersonal que no es nadie determinado y que son todos.

## **6.- Muerte digna, aunque impropia**

Los estudiosos del pensamiento de Heidegger han señalado lo poco que este

filósofo se ocupó del desarrollo de la ética. A pesar de ello, en este segmento del texto se busca hacer un análisis de la posibilidad de una relación ética con el otro. Heidegger dice, en el §4, que el “ser ahí” es un ente que no se limita a ponerse delante entre otros entes, porque ónticamente en su ser *le va* su ser. Este modo de ser del “ser ahí” lleva a que éste comprenda su ser:

la comprensión del ser es ella misma una 'determinación de ser' del 'ser ahí'. La existencia como esencia del hombre reside en el hecho de que el ser-ahí siempre se conduce a su ser como algo que le es propio (Heidegger, 1971, pp. 21-22).

Eso que le es propio no es algo predeterminado, sino que el ser-ahí está abierto a posibilidades de ser, es decir, está referido a su ser como algo que le es radicalmente suyo.

Como sugiere Nelson Tepedino, la idea de lo humano en Heidegger expuesta en la cita anterior, permite una comprensión profunda de la ética implícita en la filosofía de Heidegger. Tepedino supone que estas ideas de Heidegger son el punto de partida para constituir lo que Zubiri llama «la constitución moral del hombre» (Tepedino, 2000, p. 221). Si esto es verdad, aquí como en otra parte de este texto, sigue habiendo una continuidad entre el pensamiento de Heidegger y el de Zubiri; y es por esta razón que en este texto con frecuencia nos hemos referido a ambos autores. Para Zubiri, el hombre es el animal que tiene que elegir formas de ser concretas para determinarse a sí mismo. Estas formas de ser están dadas originariamente en una comprensión previa precisa en la que se está instalado y donde existen posibilidades susceptibles de apropiarse como suyas (Zubiri, 2000).

El ámbito de lo ético se justifica desde la precomprensión de tradiciones históricas y culturales en que se esté instalado.

En este contexto, precisa que signifiquemos el alcance de la ética en la medicina y en qué forma, cuándo y cómo opera como moral médica. De igual forma, es pertinente conceptualizar la bioética, dado que ésta prácticamente ha desplazado a la ética en el actuar de los clínicos. Por esta razón intentamos mostrar en qué forma la ética aplica en la práctica de la medicina y de forma específica en la relación del médico con el enfermo precursor de la muerte; pero, sobre todo, con un modo de morir denominado «muerte digna».

La ética se conceptualiza como aquella parte de la filosofía que reflexiona sobre la moral (Cortina *et al.*, 2001). Así que, en tanto reflexión filosófica sobre cuestiones morales, la ética posee un cuerpo conceptual, procede y utiliza métodos de análisis propios de la filosofía; por tanto, da razones y argumentos acerca de la dimensión moral de la persona humana. Por otra parte, la «Moral» se concibe como un

conjunto de principios, preceptos, mandatos, prohibiciones, permisos, patrones de conducta, valores e ideales de vida buena que en su conjunto conforman un sistema más o menos coherente, propio de un colectivo humano concreto en una determinada época histórica (Cortina *et al.*, 2001, p. 14).

La moral no siempre se refiere a colectividades, se concretiza en una persona como “código de conducta personal”, en cuyo caso puede o no coincidir con la moral prevalente en el grupo de referencia.

Debido a que la moral personal y colectiva están influenciadas por tradiciones culturales, creencias religiosas, políticas y sociales, con frecuencia surgen *filosofías morales* en apariencia desligadas de la reflexión ética. Por ello, Adela Cortina insiste en hacer un esfuerzo para no confundir los dos planos de reflexión:

las doctrinas morales permanecen en el plano de las morales concretas (lenguaje-objeto), mientras que las teorías éticas pretenden remontar la reflexión hasta el plano filosófico (metalenguaje que tiene a las morales concretas como lenguaje-objeto) (Cortina *et al.*, 2001, p. 16).

Así entonces, a la pregunta ¿qué debemos hacer?, respondemos con una regla moral; mientras que, al cuestionamiento, ¿por qué debemos hacer?, corresponde una reflexión ética.

En la distinción entre ética y moral, Paul Ricoeur coincide con Adela Cortina. Sin embargo, Ricoeur propone religar

el término ética con la intencionalidad de una vida realizada y el de moral para la articulación de esta intencionalidad dentro de normas caracterizadas a la vez por la pretensión de universalidad y por un efecto de restricción (1996, p. 174).

Es fácil, dice Ricoeur, distinguir la herencia de dos tradiciones, por un lado, la ética aristotélica caracterizada por su perspectiva *teleológica* y, por otro, la ética kantiana donde predomina el punto de vista *deontológico* (1996, p. 174). Basado en estas dos tradiciones, Ricoeur propone las siguientes premisas:

1) la primacía de la ética sobre la moral; 2) la necesidad para el objetivo ético de pasar por el tamiz de las normas; 3) la legitimidad de un recurso al objetivo ético, cuando la norma conduce a atascos prácticos (1996, p. 175).

En la práctica de la medicina, la ética juega un papel nuclear debido a que el acto médico involucra una interacción entre al menos dos personas: el médico y el enfermo. No se trata de una relación humana cualquiera, sino de un encuentro entre un ser humano necesitado de ayuda y otro que puede brindarla; un encuentro entre una persona que sufre y otra que puede aliviar ese sufrimiento. Por tanto, es un encuentro donde la cercanía es obligada, pues el diagnóstico de la enfermedad implica manipular el cuerpo: observar, palpar, explorar, auscultar; muchas de estas maniobras son invasivas e implican riesgos de muerte. Podemos preguntarnos «¿Qué es lo que mueve al enfermo a buscar al médico? Y, por otra parte, ¿qué es lo que mueve al médico a encontrarse con sus pacientes?» (Laín Entralgo, 1964). La respuesta es distinta en diferentes épocas de la historia y también depende de la concepción que se tenga del hombre, de la ciencia y de la enfermedad.

Si pensamos como el propio Laín Entralgo, que “el hombre es un ser constitutivamente menesteroso, *ens indigens*” (1964, p. 17) y esta *menesterosidad* se agudiza en la enfermedad, entonces, el hombre es también un ser que espera siempre actos de donación amorosa venidos desde otro. Pero en contrapartida, insiste Laín Entralgo:

*el hombre es ens indigens y por tanto como ens indigens, el hombre es ens offerens, aunque su libertad convierta a veces en indiferencia o en odio lo que siempre debiera ser ofrecimiento y amor; y así el binomio menester-amor viene a constituirse en fundamento genérico de la relación médica, cuando ésta no se halla viciada por el predominio o la exclusividad de otros intereses menos nobles (1964, p. 17).*



Esta concepción antropológica de Laín Entralgo aparece en varios de sus textos y de forma especial en aquellos donde estudia la relación y el fundamento de la relación humana.

En su realidad concreta, la relación médico-enfermo se estructura sobre la intencionalidad cognoscitiva mutua, donde ambos quieren saber qué pasa y qué hay que hacer. Los acontecimientos cognoscitivos de la situación involucran conductas, posturas y actitudes que han sedimentado como principios o virtudes de ética médica. De forma pragmática, la mayoría de los códigos de ética, bioética o deontología médica coinciden y hacen propios los principios de *beneficencia, equidad, autonomía, confidencialidad, dignidad, solidaridad, honestidad, lealtad y justicia* (AMM, 2018). Sin embargo, a nivel teórico hay cuestiones que no son de consenso y que requieren un análisis crítico. Por ejemplo, en 1979, unos cuantos años después que Van Rensselaer Potter propusiera el término «Bioethics», Beauchamp y Childress definieron cuatro principios de la bioética: *autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia* (2009). Para muchos pragmáticos todo se resumiría en eso, aunque con frecuencia no se tenga claridad teórica sobre lo que está en juego cuando se eligen posibilidades.

Para ilustrar lo anterior, veamos lo que ocurre con los conceptos de beneficencia y no maleficencia. El primero plantea el deber ético de actuar en beneficio de otro, el segundo, el de no hacerle daño intencional. La beneficencia connota consideraciones de *utilidad, costo y riesgo*. Y, en otro sentido, es un reflejo paternalista. Aquí costo y riesgo, no necesariamente se limitan a cuestiones económicas directas, ya que hay muchos costos indirectos intangibles. De igual manera, los riesgos suelen cruzarse contra los costos y los beneficios. En cualquier

caso, deben definirse los beneficios específicos en cada individuo. Respecto al paternalismo, Diego Gracia piensa que

la beneficencia no paternalista es aquella que intenta hacer el bien o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten. Por tanto, en las personas adultas y responsables este principio nunca permite hacer el bien o ayudar sin el consentimiento informado del enfermo (2008, p. 1).

La objeción de Diego Gracia para el consentimiento pone en juego el principio de autonomía, definido como:

regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que puedan controlar, y sin limitaciones personales que impidan hacer una elección. Una persona actúa libremente de acuerdo con un plan elegido (Beauchamp *et al.*, 2009, p. 79).

Para Diego Gracia, la nota esencial de la autonomía es que sea un acto de elección de la persona autónoma. La autonomía implica intencionalidad, conocimiento del acto deliberado y ausencia de control externo. Es decir, el principio de autonomía forma parte de la “ética de máximos” que depende del propio ideal y felicidad, por ello, alude a lo que en la ética clásica se llamaba “deberes de obligación imperfecta o de caridad”. En este sentido, concluye Gracia: “los principios de no maleficencia y de justicia son, de algún modo, independientes del de autonomía y jerárquicamente superiores a él, ya que obligan aun en contra de la voluntad de las personas, y su garante es el Estado” (2012).

Sólo se puede elegir si se tiene oportunidad y posibilidad de hacerlo. En teoría, como dice Stuart Mill:

Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o a abstenerse de hacerlo, porque de esa actuación o abstención haya de derivarse un bien para él, porque ello le ha de hacer más dichoso, o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo. Éstas son buenas razones para discutir con él, para convencerle o para suplicarle, pero no para obligarle o causarle daño alguno si obra de modo diferente a nuestros deseos. Para que esta coacción fuese justificable, sería necesario que la conducta de este hombre tuviese por objeto el perjuicio de otro. Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano (2001, p. 65).

En la práctica, los médicos afrontan diversos tipos de obstáculos que dificultan dar cumplimiento a los principios éticos involucrados en la relación con los enfermos. La enfermedad misma suele ser un imponderable, sobre todo las enfermedades llamadas terminales, es decir, aquellas donde hay deterioro progresivo, incurable; pobre o nula respuesta al tratamiento; presencia de múltiples síntomas y un pronóstico de muerte a corto plazo. En estos casos, es la familia en cualquier grado quien debe consentir a nombre del enfermo. La situación es más compleja cuando el consentimiento tiene que ver con la muerte. Situaciones tales como mantener o retirar el soporte vital, eutanasia y suicidio. Así también en algunas modalidades anticipadas: testamento vital o directrices anticipadas, donde una persona expresa su voluntad para los momentos en que ésta no pueda tomar la decisión de su muerte.

En el discurso de la bioética, es frecuente la referencia a “muerte digna”. El término «dignidad» sugiere la idea de comportamiento del sujeto ante ciertas

circunstancias, pero también al trato otorgado por otro en consideración de una dignidad ontológica propia del ser humano. El concepto de dignidad es ambiguo, polisémico y contradictorio. Así, cuando una persona enferma propone «morir con dignidad», lo hace en función de su autonomía, pero difícilmente tiene claro que en la actuación del médico “morir dignamente significa morir sin sufrimiento” (Torralba, 2005). Es decir, se trata de dos puntos de vista confrontados por la autonomía en cada caso propia.

Ruy Pérez Tamayo supone que el objetivo de la medicina es “lograr que los hombres y mujeres vivan jóvenes y sanos y mueran sin sufrimiento y con dignidad, lo más tarde que sea posible” (2009). Pensado en esta forma el quehacer de la medicina, es lógico esperar que la actitud ética del médico tienda a minimizar la muerte y centre sus objetivos en prolongar la vida, frecuentemente hasta el encarnizamiento terapéutico. Pérez Tamayo se atiene a la racionalidad científica de la medicina y pasa por alto el hecho de que un alto porcentaje de médicos ejercen la profesión sin cumplir con los principios de lo que él denomina «ética médica laica» (2009, p. 172). Esta postura teórica no duda respecto a que sea el médico quien asuma la responsabilidad de decidir si se prolonga o no la vida con medidas terapéuticas de emergencia, especialmente cuando la medicina paliativa ya no ofrece nada, el moribundo está imposibilitado para decidir y la familia no se pone de acuerdo.

Entonces ¿quién debe definir lo que es morir con dignidad, el médico o el enfermo? En la perspectiva del paciente, pueden presentarse muchas variantes sociológicas, religiosas, económicas y culturales. Hay quien considera que morir dignamente es mantenerse lúcido, consciente del proceso que está viviendo; otros

juzgan digno estar con la familia; hay quien piensa que lo mejor sería morir sin saber que se muere. Muchos enfermos llegan al borde de la muerte sin una idea sobre muerte digna, confiados en que el médico haga lo que tiene que hacer y eso será siempre lo correcto. Es decir, esperar que el médico actúe bajo el principio de responsabilidad moral (Jonas,1995). No obstante, pese a que Hans Jonas plantea el imperativo de la responsabilidad para aplicarlo en el actuar de la sociedad tecnológica y, de hecho, sus análisis cuestionan los dilemas éticos de la medicina; la conclusión respecto a que el médico la adopte implica la gestación de una conciencia crítica en la práctica de la medicina que, en principio, cuestione las éticas tradicionales en que hasta ahora ha fundamentado su actuación como arte y como técnica (Jonas, 1995).

Podemos concluir resumiendo una especie de consenso sobre la dignidad del morir en el ámbito de la medicina. Se concibe como facultad o derecho a morir dignamente cuando se es un paciente terminal (Labaca, 2014); muerte digna es

- *derecho a recibir información veraz y completa sobre el estado de salud que permite tomar las decisiones relativas a la misma de acuerdo con la propia y libre voluntad;*
- *derecho a no ser tratado como mero objeto en manos de la técnica y a recibir la atención y el cuidado proporcionados a la condición de ser humano;*
- *derecho a rechazar el encarnizamiento terapéutico, a rechazar todos aquellos tratamientos médicos que son inútiles porque no hay esperanza de curación y cuya única finalidad es prolongar la agonía del enfermo;*

- *derecho a recibir tratamientos contra el dolor*, que reduzca el sufrimiento, aunque dicho tratamiento tenga como efecto secundario y no querido el acortar la vida del enfermo;
- *derecho a rechazar cualquier tratamiento médico y a que se interrumpa el ya iniciado*, aunque la negativa o suspensión comporten la muerte del paciente; *derecho a manifestar anticipadamente su voluntad respecto a los cuidados y el tratamiento de salud para que se cumpla cuando no esté el sujeto en condiciones de manifestarlo*;
- *derecho al auxilio médico a la muerte*, que supone la facultad de solicitar y obtener la ayuda del personal sanitario para que ponga fin a la vida del paciente cuando se ha manifestado la voluntad de morir.

## **7.- La muerte por Otro**

Una vez que se sabe de la inevitable muerte, se puede elegir morir a modo. Morir durante un profundo sueño, morir de forma súbita e imperceptible, morir con analgesia y anestesia emocional. Ésta es la buena muerte para muchos, pero no para todos. Hay quien desearía morir dando cuenta de sí mismo y con plenitud de facultades mentales. Aún existen aquellos que piensan en morir de manera tradicional: en el seno de su familia, acompañados y en paz.

Pero el morir es contingente. Es seguro que ocurrirá. Nadie sabe cuándo, cómo y dónde. No obstante, es posible precaverse, adelantarse al acontecimiento, tomar medidas precautorias y establecer un plan de acción. A este acto ético de

anticipación a la muerte en el que un individuo expresa su voluntad sobre cómo querría ser tratado en el momento de su muerte se le conoce como «voluntad anticipada» (Passo, 2017). Este fenómeno social está generalizado a muchos países y recibe denominaciones diversas: testamento de vida (*living will declaration*), declaraciones terapéuticas anticipadas, testamento biológico, instrucciones anticipadas, voluntades previas de tratamiento, directriz anticipada (Siurana, 2005), entre muchas otras. El propósito de esta parte del texto se propone reflexionar sobre estos modos de ser del ser-ahí con la muerte a la mano, donde se opta por formas de voluntad anticipada ante la muerte y las maneras de vinculación con la práctica de la medicina.

El concepto de voluntad es polisémico: indica capacidad de decidir la propia conducta, libre albedrío, consentimiento y elección propia y autónoma. Una directriz anticipada, dice Juan Carlos Siurana:

es una declaración oral o escrita en la que una persona describe qué tipo de tratamientos desea o no desea que se le apliquen en diversas circunstancias médicas futuras si entra en una situación de incapacidad para tomar ese tipo de decisiones. Esta declaración puede ser de tres tipos: a) testamento vital, que contiene instrucciones referidas a tratamientos, b) designación de un representante para cuidados de la salud, donde se designa a la persona que debe tomar este tipo de decisiones en su lugar, c) historia de valores, que contiene referencias a valores personales (2005, p. 26).

La participación del médico en este tipo de fenómenos tiene dos momentos. En primer lugar, el médico puede certificar el estado de salud física y mental del

sujeto que firma una voluntad anticipada. En segundo lugar, el médico es ejecutor de las acciones consentidas por quien las formuló. En ambos casos, el objetivo es ayudar a que el individuo, libremente, haciendo uso de su autonomía y en plenitud de sus facultades mentales, tome la decisión respecto a lo que espera puede ocurrir en un momento cercano a la muerte. Evitar la desproporción burocrática, el encarnizamiento terapéutico y proponer una forma de eutanasia. La responsabilidad del médico en el primer caso es informar adecuadamente al enfermo sobre las posibles consecuencias de las decisiones tomadas.

Es evidente que estamos frente a dilemas éticos relacionados con la aplicación de la ciencia. Es decir, la ética de las decisiones tecnológicas. Vale la pena recuperar aquí algunas de las tesis que al respecto expone Hans Jonas. Según este autor, las razones por las que la técnica moderna –en este caso, la medicina– constituye un caso de ética son las siguientes: toda capacidad técnica se vuelve mala por el abuso de su aplicación; la posesión de un poder o capacidad técnica no significa que tenga que usarse; toda capacidad técnica llevada socialmente a gran escala sin responsabilidad es mala; en virtud de que los efectos de la capacidad técnica han roto el antropocentrismo, es indispensable una ética cosmológica; la modificación de la vida humana por medio de la técnica (su capacidad de poner en riesgo la pervivencia de la especie, echar a perder su integridad genética, destruir las condiciones de vida en el planeta), plantea cuestiones metafísicas con las que la ética no se había enfrentado (Jonas, 1997, p. 177).

Hans Jonas tiene claro que la responsabilidad es una función del poder.



“Quien no tiene poder no tiene responsabilidad” dice él (1997, p. 177). Y por supuesto que el médico es depositario de poder. En primer lugar, está el poder de saber y hacer. Pero también el poder que le otorgan los dispositivos sociales y, sobre todo, el poder que otorga el dominio de las tecnologías. En la perspectiva social y política, como lo estudió ampliamente Michel Foucault (2010), la medicina surge como práctica clínica ligada a las estructuras de poder. Foucault describió con minuciosidad los dispositivos de poder que operan sobre el control de los cuerpos, sanos o enfermos; el uso deliberado de las tecnologías para reglamentar, normatizar y someter; las estrategias biopolíticas de vigilancia de la salud, control de ciertas enfermedades y mejoramiento de la salud pública y privada de forma selectiva hasta la biopolítica en su versión más nueva con forma de mejoramiento genético y transgénico.

El médico tiene poder sobre la vida, la enfermedad y la muerte, por tanto, “asegurar la vida, mantenerla y desarrollarla” (Foucault, 1998) son parte del poder difuso, depositado en las prácticas y saberes de la medicina. El poder sobre la muerte reside en el saber para resistirla, luchar contra su incidencia y tratar de desterrarla. Vencer la muerte es prolongar la vida. Pero hay otras formas de poder sobre la muerte: inhibirla, no dejar que se instale y se posea del enfermo. La medicina ha producido decenas de estrategias para contener la muerte. Son esas estrategias las técnicas del biopoder. La eutanasia es la cara más visible de este fenómeno. «Eutanasia» (εὐθανασία), se refiere a la «muerte dulce», dice el diccionario (DRAE, 2018), a la muerte sin sufrimiento físico.

Como lo documenta ampliamente Juan Carlos Siurana, en su tesis doctoral,

muchos países mantienen la discusión jurídica sobre la regulación de la voluntad anticipada, se trata de legislar cómo y en qué circunstancias se autoriza esta especie de «suicidio u homicidio». La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un documento técnico sobre ética médica y salud, define la eutanasia como:

el homicidio intencional de aquellos que han expresado, de manera libre y con competencia plena, el deseo de ser ayudados a morir; suicidio asistido profesionalmente y la muerte intencional de los recién nacidos con anomalías congénitas que pueden o no ser una amenaza para la vida (WHO, 2018)

La perspectiva ética de la eutanasia es bastante ambigua, pues se atiene a clasificaciones artificiosas (Pellegrino *et al.*, 1992). Por ejemplo, algunos autores hablan de eutanasia directa versus indirecta, según se trate de un acto deliberado por el médico, en el cual hay la intención de provocar la muerte, o de una acción indeseable, consecuencia del tratamiento aplicado por el médico para reducir el sufrimiento del enfermo. Se habla de eutanasia activa o pasiva, si el médico provoca la muerte o deja que muera el enfermo sin aplicar medidas. Los enfermos en los cuales se plantea este tipo de dilemas suelen ser aquellos con enfermedades como cáncer, insuficiencia funcional del corazón, hígado o riñón, esclerosis y enfermedades de Parkinson, Huntington y Alzheimer (Sepúlveda, 2014). Aunque pueden ser muchas otras ligadas a envejecimiento, trastornos del metabolismo e inmunodeficiencia.

Cualquiera de las patologías anteriores lleva a los enfermos a la condición de *paciente en situación terminal*, criterio con el cual el médico decidirá sobre la eutanasia. Se trata de enfermos sin posibilidades razonables de respuesta al

tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado. En estas condiciones, es el médico quien tiene la responsabilidad de ejecutar la voluntad que el paciente dejó escrita sobre cómo quería ser tratado. Debido a que no existe un criterio consensuado entre los médicos respecto a cuándo detener la aplicación de medidas para mantener la vida del moribundo y, por otro lado, muchos enfermos llegan a la fase terminal sin haber previsto o anticipado una estrategia de eutanasia. En la práctica médica se observan dos actitudes contrapuestas, por un lado, es deseable la muerte y se busca limitar el sufrimiento, por otro, se quiere prolongar la vida con excesos terapéuticos y aplicación de tecnología de soporte vital que llevan al encarnizamiento. Es así como el “encarnizamiento y el abandono van de la mano»” (Zinser, 2008).

La doble faz de encarnizar o abandonar al enfermo recae en la responsabilidad del médico. Implica decidir, pero el peor escenario se vive cuando hay factores externos al caso, tales como situaciones legales y conflicto de interés en la familia. Por otra parte, con frecuencia no se toma en consideración que muchas medidas terapéuticas son en sí mismas una enfermedad: el estrés que sigue a la cirugía radical, los efectos tóxicos de la quimioterapia, la depresión inmunológica provocada por medicamentos y, en general, todos los efectos iatrogénicos que resultan de la medicalización social (Illich, 1978). En todo este dilema ético se observa la influencia que tiene la edad, la experiencia clínica, el dominio técnico y la influencia del arte de la medicina.

Según Arnoldo Krauss (2008), en la experiencia de Oregón, único estado en la Unión Americana donde se tiene legalizado el suicidio asistido, los pacientes

buscan el suicidio asistido cuando perciben “imposibilidad de gozar la vida”, “haber perdido la dignidad” y “pérdida de la autonomía”. Pero ¿cuándo y cómo un moribundo tiene la autopercepción de indignidad y de no autonomía? Sujetos a evaluación médica, expropiados de nuestra salud y medicalizados no podemos competir con los poderes de la técnica y con la autoridad deontológica del médico. En definitiva, hoy por hoy, la muerte voluntaria llega bajo el cuidado médico, pero eso no garantiza ni dignidad ni autonomía.

Para concluir esta parte, quiero referirme al magnífico texto de Simone de Beauvoir titulado *Una muerte muy dulce*, donde relata la experiencia que vivió con la muerte de su madre. La madre de Simone tenía 78 años cuando una caída en el baño le provocó una fractura en el fémur. Programada para cirugía, un hallazgo radiográfico muestra un tumor intestinal que luego se corroboró por laparoscopia. Salió del quirófano con un diagnóstico fatal y empeoramiento del estado general. De la relación con los médicos dirá luego Simone de Beauvoir:

El doctor J., el profesor B., el doctor T.: lavados, planchados, estirados y perfumados, se inclinaban desde lo alto sobre esa anciana mal peinada, un poco huraña; unos señores. Reconocía esa importancia fútil: la de los magistrados de la Corte frente a un acusado que tiene en juego su cabeza (2002, p. 8).

Respecto al sufrimiento encarnizado al que es sometida su madre, recuerda las súplicas que reiteradamente le hiciera al cirujano: «no la haga sufrir» y la respuesta de siempre «hago lo que debo». “El doctor N. pasó delante de mí; iba a entrar en el cuarto cuando lo detuve: era un hombre joven, con rostro hermético, de delantal y gorro blancos: ¿Por qué esa sonda?, ¿por qué torturar a mamá, si ya no

hay esperanza? Me fulminó con la mirada: Hago lo que debo hacer” (Beauvoir, 2002, p. 11). Simone de Beauvoir insiste “con el doctor N., no nos gustábamos. Elegante, deportivo, dinámico y ebrio de técnica, reanimaba a mamá con entusiasmo: pero para él ella era el objeto de una interesante experiencia y no un ser humano. Le temíamos” (Beauvoir, 2002, p. 21). Devorada por el remordimiento por no haber impedido el encarnizamiento y estremecida por la compasión ante el sufrimiento de su madre, cuando le comenta a Sartre, éste le dice: “*usted fue vencida por la técnica*. En efecto. Uno está dentro de un engranaje y es impotente ante el diagnóstico de los especialistas, sus previsiones y sus decisiones. El enfermo se ha convertido en propiedad de ellos: ¡vaya uno a quitárselo!” (Beauvoir, 2002, p. 23).

Unos días después, la madre de Simone de Beauvoir murió en el peor de los sufrimientos, aun cuando los médicos habían prometido evitarle el sufrimiento, ni las inyecciones reiteradas de morfina lo lograban. Así lo revela el relato estremecedor de los últimos días:

tenía el cuerpo despellejado y mojándose con el ácido úrico que le filtraba por la piel, las enfermeras se quemaban los dedos cuando le cambiaban la sábana. Llamé y seguí llamando llena de pánico: ¡los segundos eran largos! Yo le tenía la mano, le tocaba la frente, le hablaba: ‘te van a poner una inyección. Se te va a pasar el dolor. Un minuto. Nada más que un minuto’. Crispada, al borde del alarido, ella gemía: ‘me quema. Es espantoso, no puedo aguantar. No aguanto más’. Y casi en un sollozo: ‘soy demasiado desdichada’, con esa voz de niño que me desgarraba. ¡Qué sola estaba! Yo la tocaba y le hablaba, pero me era imposible entrar en su sufrimiento

(Beauvoir, 2002, p. 35).

Sin lugar a duda, la idea de buena muerte y muerte dulce es un eufemismo irónico, aun en el título del relato de Simone de Beauvoir. No hay dulzura en el morir humano. Sin embargo, en muchos países se sigue discutiendo la legislación sobre el “derecho a morir”. Morir como un derecho humano. No importa el adjetivo con que lo endulcemos: con dignidad, sin dolor, sin sufrimiento, asistidos o abandonados; no puede haber un derecho a morir, donde morir es una ley natural. Esta paradoja me recuerda lo que dice Milan Kundera al respecto: teniendo el concepto de derechos humanos más de doscientos años de antigüedad, se revitalizó con las revelaciones de Solzhenitsyn acerca de los campos de concentración en la Unión Soviética. A partir de entonces, dice Kundera:

no conozco un solo político que no hable diez veces al día de la ‘lucha por los derechos humanos’ o de la ‘falta de respeto por los derechos humanos’. Pero como la gente de Occidente no tiene la amenaza de los campos de concentración y puede decir y escribir lo que quiera, la lucha por los derechos humanos, cuanto más ganaba en popularidad, más perdía en contenido concreto y se convertía en una especie de postura genérica de todos hacia todos, en una especie de energía que convierte todos los derechos en derechos (1985, p. 315).

## **8.- La muerte por sí mismo**

Parece necedad preguntar si vivir la vida, más allá de su necesidad biológica –en lo que persiste el *conatus*– es un deber que obliga a vivirla. Vivir la vida como

una obligación coercitiva que impone el orden moral, social o religioso; o bien, vivir la vida porque hay un instinto, una pulsión o una fuerza de la vida misma que tiende a preservar, mantener o persistir en el vivir. Ese es el dilema que aquí queremos plantear a la luz de lo que significa el sufrimiento físico y psicológico de quien padece una enfermedad en estado terminal y que sabe bien que pronto morirá sin remedio. Nos referimos al suicidio en un sentido restrictivo al ámbito de la salud y la enfermedad: suicidio como modo de muerte al alcance de la mano, motivado en apariencia por el sufrimiento de la enfermedad terminal.

Retomo aquí el concepto de *conatus*, en la concepción de Spinoza, para quien, según Deleuze, es “el esfuerzo de perseverar en la existencia, una vez dada esta o, como la esencia del modo (o grado de potencia), *pero una vez que el modo ha comenzado a existir*” (1999, p. 221). En opinión de autores que han estudiado la filosofía de Spinoza (Wolfson, 1934), el término *conatus* tiene al menos tres significados diferentes. Se refiere a la voluntad (*voluntas*), al apetito (*appetitus*) o a los impulsos corporales (*conatus*). Aún más, Spinoza habría pensado en una fuerza autoconservadora que resiste la destrucción de la vida humana (Duff, 2017). Es claro que Spinoza piensa en una fuerza destructora externa a la vida, opuesta a las fuerzas internas que tienden a mantenerla. Por eso dice: “nada se puede destruir excepto por una fuerza externa” (Spinoza, 1996, p. 66).

El determinismo de Spinoza es bastante peculiar. Por un lado, Dios y la Naturaleza son uno y lo mismo; pero Dios ha precedido en alguna forma; de ahí que Deleuze diga en su comentario: “*pero una vez que el modo ha comenzado a existir*” (Deleuze, 1999, 221), el ser humano quien debe decidir. La libertad humana está condicionada por el conjunto de leyes universales, de forma tal que un acto humano

sólo podría ser libre, si no estuviese condicionado por una fuerza externa al cuerpo. Por tanto, no hay libre albedrío.

La concepción de cuerpo humano en Spinoza no es reductiva como en Descartes; para Spinoza el cuerpo es la totalidad que sintetiza la voluntad, los apetitos y las pulsiones somáticas. En consecuencia, dice Martin Lin: “*el suicidio es un claro contra-ejemplo del conatus spinoziano*” (2018).

La cuestión fundamental en todo caso es si vivir es estar condenado a vivir. Es decir, si hay una lógica en la trama de la vida, una especie de «*lex nature*» que afirme la vida y niegue la muerte. De otra manera: ¿qué nos obliga a vivir la vida? Más allá de los posibles imperativos sociales sobre la idea de que la vida es el supremo bien, es evidente que el suicidio es un fenómeno que rompe con esta lógica.

La filosofía griega antigua mantuvo la idea de que el suicidio no sólo era deseable, sino honorable. De acuerdo con esta tradición, la vida merece ser conservada sólo si es un bien, es decir, si se vive conforme a la razón, a la dignidad humana y si ella aporta más satisfacciones que males. Montado en estas ideas, el estoicismo da un paso al frente para concluir que, así como el estoico desprecia los bienes materiales, puede llegar a despreciar su propia vida (Cohen, 2000, p.119). No obstante, esta postura está matizada por el hecho de que sólo el sabio posee plenamente *phrónesis* (prudencia) y es por ella que se puede justificar razonablemente el suicidio. Los motivos por los cuales una persona puede suicidarse, dice Marcelo Boeri, siguiendo la ortodoxia estoica, son los siguientes:

(1) por la patria o por los amigos, (2) por el deseo de evitar llevar a cabo actos vergonzosos o de decir cosas indecibles forzado por un tirano, (3) porque una grave



enfermedad impidió que el alma hiciera uso del cuerpo como de un instrumento durante un largo tiempo, (4) por la pobreza o (5) por un estado de demencia o desvarío (*lêros*) (2002, pp. 21-33).

Llama mucho la atención que en tercer lugar aparezca la enfermedad incurable como justificación razonable de suicidio; el propio Boeri hace un interesante análisis sobre este hecho. Teniendo en cuenta que, dice Boeri, en la concepción ortodoxa el único bien es la virtud, que es autosuficiente para la felicidad o prosperidad vital (*eudaimonía*) y nos pone a resguardo de las contingencias externas y que el único mal es el vicio, entonces, todo lo demás es indiferente puesto que no contribuye a la virtud ni al vicio. Así que el dilema que analiza Boeri es

si la enfermedad es algo indiferente, algo que no contribuye a la felicidad, pero tampoco a la desdicha, o sea algo que no es ni bueno ni malo, ¿por qué habría de ser una buena razón para quitarse la vida? Si el agente opta por quitarse la vida es porque considera que la enfermedad es un mal; también considera que, en algún sentido, la muerte elimina ese mal y que, consecuentemente, puede ser un bien para el agente. Pero la muerte, igual que la enfermedad, es un indiferente y, lo que, es más, es un indiferente dispreferido (2002, p. 28).

La prolongación técnica de la vida humana, así como la abolición del sufrimiento en cualquier forma ha sido el mito más atractivo de la modernidad científica en el campo de la medicina. Sólo supera esta fantasía, la utopía genómica que supone prevenir los defectos de la naturaleza mediante manipulación de códigos genéticos. La estructura y evolución de la vida en la tierra se caracteriza por un cúmulo de errores, en buena medida, producto del azar y la necesidad. En el proceso evolutivo, la vida no se detiene a perfeccionarse, avanza, dando saltos y

tanteando, encuentra alternativas de mejora. En la naturaleza nada es perfecto, nada está terminado. Todo está para algo y por alguien. La muerte entonces tiene ahí su razón de ser.

Es un eufemismo la sutil distinción entre suicidio y eutanasia. Lo sustantivo en cualquier caso es la decisión autónoma para “levantar la mano contra sí mismo”, para decirlo en la metáfora de Jean Améry. Si alguien diferente al propio enfermo ejecuta el acto, para que no sea un asesinato, debe haber sido consentido por el sujeto en cuestión. El núcleo del alegato legal gira en torno a que el suicidio medicamente asistido se fundamenta en la petición del enfermo y la existencia de una enfermedad incurable. El suicidio individual y colectivo está prohibido en casi todos los países de tradición cristiana. La ley protege la vida, aunque ésta se haya deteriorado y rezuma sufrimiento. El cristianismo no admite la muerte por compasión.

Jean Améry prefiere hablar de «muerte voluntaria» en lugar de suicidio. Se trata, dice Améry, de un “acto libre, (cuando) no me corroe ningún carcinoma, no me abate ningún infarto, ninguna crisis de uremia me quita el aliento, soy Yo quien levanta la mano sobre mí mismo, quien muere por la ingesta de barbitúricos” (2005, p. 112). Asistido o no, solo o en compañía, el suicida es aquel que decide no esperar la muerte natural, es decir, aquella muerte que adviene con el transcurso de la duración del vivir. El suicida se anticipa, decide no esperar la llegada de su muerte; la busca intencionadamente; la atrae violentamente hacia sí y la afronta.

Si la lógica del vivir es perdurar, si la vida es apego a la temporalidad, los que eligen la muerte voluntaria no se rinden al deber de vivir, aun cuando la vida pueda ser el bien supremo. Sobre esta paradoja, Schopenhauer juzga que

el suicidio lejos de ser una negación de la voluntad, es un fenómeno de la más fuerte afirmación de la voluntad. Pues la esencia de la negación, continúa Schopenhauer, es que no se detesta el sufrimiento, sino los goces de la vida. El suicida quiere la vida y sólo se halla descontento de las condiciones bajo las cuales se halla. Por eso, al destruir el fenómeno individual, no renuncia en modo alguno a la voluntad de vivir, sino tan sólo a la vida. Él quiere la vida, quiere una existencia y una afirmación sin trabas del cuerpo, pero el entrelazamiento de las circunstancias no se lo permite y eso le origina un enorme sufrimiento (2005, p. 501).

Si hay que hablar del suicidio como muerte voluntaria y ésta es producto de un acto libre, el análisis filosófico del fenómeno rebasa con mucho el ámbito de la bioética médica y de la medicina misma. Según Montaigne, ya Cicerón había apuntado “que filosofar no es otra cosa que prepararse para la muerte” (Montaigne, 2007) y Albert Camus confirma esta tesis ciceroniana de manera contundente:

no hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar si la vida vale o no vale la pena de vivirla es responder a la pregunta fundamental de la filosofía. Las demás, si el mundo tiene tres dimensiones, si el espíritu tiene nueve o doce categorías, vienen a continuación. Se trata de juegos; primeramente, hay que responder. Y si es cierto, como pretende Nietzsche, que un filósofo, para ser estimable, debe predicar con el ejemplo, se advierte la importancia de esa respuesta, puesto que va a preceder al gesto definitivo. Se trata de evidencias perceptibles para el corazón, pero que se debe profundizar a fin de hacerlas claras para el espíritu (1985, p 37).

El suicidante, como le llama Améry, puede tener muchos motivos para atentar contra sí mismo. Freud lo atribuye a la existencia de una pulsión de muerte, Schopenhauer habla de una gran voluntad, Améry propone la existencia de una

inclinación a la muerte. “Propongo un concepto que, como creo, corresponde mejor a la realidad de los hechos, aunque posiblemente contradiga toda teoría psicológica: inclinación a la muerte” (Améry, 2005, p. 80). Y agrega este autor:

Inclinación hacia algo supone también declinación respecto a otra cosa: a la vida, al ser. Es una actitud, o más bien: una renuncia a la actitud, y en este sentido es algo pasivo. La inclinación hacia la muerte es algo que se sufre, incluso cuando el sufrirla es una forma de huir del sufrimiento de la vida (2005, p. 81).

Si Jean Améry tiene razón, la «inclinación a la muerte» es una experiencia subjetiva que el suicidante padece toda la vida. A este respecto, hay evidencia de que se instala en el sujeto a partir de los seis años. No tiene el carácter de pulsión, sino más bien de una especie de temperamento. Un estado mental que se revela en los productos culturales creados por el suicidante. Améry desmitifica la idea de que el suicida es un enfermo mental, un sujeto irracional o un perturbado emocional. Por el contrario, sostiene: “quien pisa el umbral de la muerte voluntaria entra en un gran diálogo, como nunca hasta entonces lo ha sostenido, con su cuerpo, su cabeza, su Yo” (Améry, 2005, p. 72).

Así pues, la inclinación a la muerte es una forma de ser. Un temple de ánimo, según lo juzga Améry:

Es un largo proceso de inclinarse hacia abajo, de acercamiento a la tierra, una suma de muchas humillaciones que no pueden ser asumidas por la dignidad y la humanidad del suicidario, es, y utilizo una vez más una palabra francesa desgraciadamente intraducible, un *cheminement*, (derrotero, curso, camino recorrido); una progresión sobre un camino que quizás ya estaba trazado, quién sabe, desde el principio. Si no me equivoco, la inclinación a la muerte es una

experiencia que todo el mundo podría vivir respecto a sí mismo a condición de estar decidido a buscar sin desfallecer (2005, p. 82).

Con estas reflexiones, podemos concluir respecto al suicidio asistido y las implicaciones en la práctica de la medicina. Es una falsa creencia suponer que esta condición es privativa de los enfermos desahuciados: aquellos que están en el umbral de la muerte irremediable en un plazo ya establecido. El concepto de sufrimiento se lo abroga la medicina y lo reduce a sufrimiento corporal, ignorando el *pathos* fenomenológico de la existencia. La muerte voluntaria no es ni puede ser un derecho autorizado por un tercero, es fundamentalmente una elección libre del ser humano y sólo circunstancialmente vinculada a enfermedad incurable.

## **9.- Agonía, duelo y resignación**

Se atribuye a Hipócrates el aforismo que en la medicina se ha adoptado como axioma respecto a los deberes del médico: *«primero curar y, si no es posible, al menos aliviar y siempre consolar»*. Este curioso aforismo, atribuido a Hipócrates, tal como suele citarse en español, no aparece en ningún texto del *Corpus Hipocrático*. Incluso, frecuentemente, se cita en francés: *«Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours»*, pues no ha faltado quien le atribuya la autoría a Ambroise Paré. Pero igual, ha sido atribuido a Florence Nightingale, Louis Pasteur, William Osler, Edward Livingstone Trudeau y Oliver Wendell Holmes. Hay historiadores que

piensan que no tiene autor y más bien es producto del refranero popular de la medicina (Payne, 1967).

No obstante, la parte final del aforismo es de gran belleza y sencillez. Y es sobre esa parte que aquí quiero hacer algunas reflexiones finales. Primero, porque el tema del consuelo prácticamente está ausente en la filosofía. Segundo, aunque los médicos reiteren este discurso como humanismo, en la práctica médica nunca he observado a nadie de ellos brindar consuelo cuando ya no hay alivio. Tercero, habría que preguntar si la ciencia médica actual sabe reconocer cuándo no es posible curar. Es decir, si el médico frente al enfermo es suficientemente prudente para detener su técnica e iniciar el arte de la consolación. No sólo él como técnico tendría que detenerse y suspender el juicio, habría que suspender el juicio de la maquinización, la despersonalización del quehacer clínico, la automatización y la fuerte tendencia al encarnizamiento por interés económico.

«Consolar», dice el diccionario, es aliviar la pena o aflicción de alguien. Aunque ese no es el único significado, según José Luis del Barco (1998), consolar viene de *solus (consolatio)* (1998). Por tanto, son objeto de consuelo: el solo, el abandonado, el huérfano, el desamparado. El que padece penas, vive en duelo por haber perdido la salud, sufre dolor y su angustia no le permite sosiego. Sin duda fueron los estoicos, especialmente Cicerón y Séneca, quienes más se ocuparon del tema. El texto de Boecio (1955), en apariencia sin relación directa con el cristianismo ni con el estoicismo, es un diálogo donde la filosofía visita a Boecio en la cárcel en la figura de una mujer. Boecio se queja de sus desdichas. Decepcionado de la política, ha buscado refugio en la poesía, es la filosofía quien lo confronta consigo

mismo y lo lleva a reflexionar sobre sus falsas concepciones. El consuelo está en todo caso, en la búsqueda auténtica del supremo bien y la práctica de la virtud.

Es evidente que el consuelo implica alteridad. Es el otro quien necesita alivio. Es aquél que tengo frente a mí quien me interpela con su llanto, su dolor, su desamparo. El consuelo aparece como carencia de algo, como necesidad del otro que nos contempla. Pero, pregunta del Barco: ¿hay alguna situación en la que el consuelo sea un deber indiscutible? (1998, p. 2). La respuesta de del Barco es que el consuelo es una obligación perenne para el médico. Este deber no es resultado de una norma ética o de una creencia religiosa. Su existencia se justifica a partir de comprender los fundamentos epistemológicos de la ciencia y la técnica. Desde la perspectiva científica, la muerte es solamente un evento adverso a los propósitos de la medicina. La ciencia busca prolongar la vida cuanto sea posible. Hay un empecinamiento científico en ello: curar, curar, curar. La conjunción de un enfermo que no desea morir, un médico que no lo permitirá y una técnica instrumentada para resistir la agonía. No olvidemos el significado del término *agonía* –en lengua anglosajona (derivado del griego ἀγών, agón) indica: lucha, combate, batalla– (Motijasevic, 2011). El término alude a un debate entre personajes del teatro clásico (*proto agonistes, deuterio agonistes y trito agonistes*). En el tránsito de la vida a la muerte hay una batalla por sobrevivir, por un lado, la lucha del moribundo entre sobrevivir y morir; por otro lado, la batalla del médico para mantener vivo al enfermo.

Norbert Elías ha señalado la serie de fenómenos sociales que acompañan *La soledad de los moribundos* (2008, p.15). En las sociedades más avanzadas, el moribundo es aislado, marginado y anulado. Por un lado, porque la muerte, sus rituales y sus temores se han diluido; no sólo por olvido, sino porque, según Elías,

existe en los seres humanos una especie de “represión de la muerte” (2008, p. 15). Esta represión consistiría en procesos inconscientes que evitarían pensar la muerte por confrontar al sujeto con sentimientos de culpa, sufrimiento y castigo. No cabe duda, dice Elías, que podría aliviarse la agonía de muchas personas, si se pudiera suavizar o anular estas fantasías de culpabilidad reprimidas (2008, p. 16).

Otro rasgo cultural que el proceso civilizatorio de la modernidad introdujo en la actitud hacia la muerte es una especie de vaciamiento de sentimientos y emociones mostradas ante los moribundos. Un proceso “informalizador”, dice Norbert Elías, donde, por un lado, se banalizan las fórmulas y los rituales tradicionales para expresar sentimientos al moribundo y, por el otro, se muestra incapacidad para expresar emociones fuertes, tanto en público como en la vida privada. La informalización es más evidente en los hospitales, donde por desgracia muere mayormente la gente. La burocratización hospitalaria inhibe la expresión de sentimientos de apoyo a los moribundos por parte de sus allegados y el personal médico se limita a cumplir procedimientos técnico-administrativos. Lo mismo ocurre con el ritual de duelo, donde las personas no encuentran las palabras adecuadas para expresar consuelo (Elías, 2008, p. 53).

Joan-Carles Mèlich plantea el problema respecto de la compasión como una cuestión pedagógica, es decir, “¿se puede educar la compasión?” (2010, p. 65). Y por analogía aquí preguntaría, ¿existe una pedagogía para ejercer la consolación? En respuesta, Mèlich se apoya en dos aforismos de Wittgenstein: «lo que puede expresarse en el lenguaje no lo podemos expresar por el lenguaje» y «lo que puede ser mostrado no puede ser dicho» (Wittgenstein, 2003, 2.151). Según la lectura de Mèlich, Wittgenstein desvela una crisis del lenguaje lógico para expresar



significaciones profundas de la vida. Así, el sentimiento, la emoción, la experiencia afectiva, el arrobamiento místico y la vivencia estética no pueden ser dichas en lenguaje con rigor lógico. Por tanto, dice Mèlich, ya que los límites del lenguaje lógico son los límites del mundo y de sus significados, el sentido de la vida queda fuera del mundo.

Consolar es un modo de actuar. No es un razonamiento lógico que quiera demostrar algo. No es un hecho del mundo que se pueda evidenciar por la ciencia. Siendo así, el acto de consolar es irrelevante para el actuar técnico. Y dado que el lenguaje establece los límites del mundo, lo que no se puede decir lógicamente del mundo no existe. Lo que no existe no se puede decir. De esta forma: decir y mostrar parecen estar contrapuestas. Para Wittgenstein, la primera es el lenguaje y la segunda, el silencio. Pero Mèlich insiste en que no necesariamente debe ser así, ya que se trata de dos formas expresivas, donde la primera tiene que ver con el signo y la segunda con el símbolo (2010, p. 276). Mostrar, cómo forma de expresión, puede ser el silencio, pero lo que se muestra como signo, tiene poder evocativo, inspirador y sugerente. Este silencio, insiste Mèlich, puede resumirse en los siguientes tres aspectos: *lo que puede ser mostrado no puede ser demostrado; lo que puede ser mostrado no puede ser explicado; lo que puede ser mostrado no puede ser explicitado* (Mèlich, 2010, p. 277).

En contraste a los problemas que, según Mèlich, dificultan el ejercicio de la consolación, lo convirtieron en arte literario. Cicerón es tal vez el filósofo estoico que más trabajó el arte de la consolación como género literario. Según él, el consolante es una especie de curandero del espíritu, puesto que prescribe «medicinas». Cuando revisa el género, establece tres principios que estructuran la consolación.

Primero, demostrar que no hay mal o es muy pequeño; segundo, discutir la común condición humana en general; tercero, hacer ver, al apenado en particular, que es una necesidad afligirse en vano (Cicerón, 2008). Por los preceptos que establece Cicerón y todos los principios que articulan el estoicismo desde Zenón de Citio (250 a. C.) hasta Marco Aurelio (300 d. C.), la consolación es tema central de lo que podría denominarse una *filosofía de la vida*. En ésta, la libertad, la felicidad, la tranquilidad de ánimo y todo aquello que puede conformar una vida virtuosa, se puede conseguir siguiendo los principios de la razón; pero, sobre todo, permaneciendo alejado de las comodidades materiales y de la fortuna externa.

Para el estoicismo, el arte de vivir consiste en vivir la vida que cada uno tiene es sus manos. Vivir acorde con la naturaleza, guiado por la razón; mantenerse imperturbable ante las desventuras del destino (ataraxia: ἀταραξία, ausencia de turbación). Resistir las pasiones (pathos: πάθος), que son desviaciones de la razón; para lo cual hay que practicar la impassibilidad (*apátheia*). Los estoicos estudiaron la fragilidad humana desde distintas perspectivas: son temas comunes el destierro, la esclavitud, el sufrimiento y la muerte. Las consolaciones podían ser cartas, diálogos, disertaciones, oración fúnebre y pequeños tratados de moral práctica. Casi siempre se trata de un filósofo reconocido por su sabiduría y prudencia (*phrónesis*). Consolar era para los estoicos un deber, pues ellos se tenían a sí mismos por una especie de “médicos del alma” (Marcos, 2015). De ahí también la extensa literatura sobre temas de medicina, donde el protagonista suele ser el médico de cuerpos y almas. (Caldwell, 1989).

En la novela de Taylor Caldwell, Lucano resume el conjunto de saberes y prácticas de la medicina griega y romana; ya por entonces, se trata de una medicina

técnica cuya finalidad principal es luchar contra la muerte. Al final, Lucano reconocerá que la muerte como la vida, no le pertenecen al hombre, sino a Dios. La conversión de Lucano al cristianismo lo llevará a entender que el verdadero médico de cuerpos y almas es Jesús Cristo. Casi dos mil años después, Maxence Van der Meersch escribió la novela *Cuerpos y almas* (1978). Una vez más, pero ahora estamos al final del siglo XIX y principio del XX y el escenario es Francia: ciudad que en alguna forma resume el estado del arte de la medicina occidental. Los estudiantes en la facultad de medicina se dedican a destazar cuerpos y jugar con los retazos. Al egreso, los médicos enfrentan un sistema médico corrupto, donde los profesores procuran mantener la clientela y no les importa más que las ganancias. Los médicos jóvenes, aun los más brillantes, deben iniciar su práctica en los pueblos más apartados y miserables. Esta novela, como la anterior, busca recuperar la consolación desde el cristianismo, dos mil años después de los primeros estoicos.

Así, pues, cabe cuestionar hasta dónde es posible que la medicina científica actual ofrezca consuelo a los enfermos en alguna de las etapas del proceso salud-enfermedad-muerte. En opinión de algunos científicos:

Puesto que la ciencia moderna no acepta milagros, revelaciones, dogmas ni principios de autoridad, tampoco acepta que las enfermedades sean causadas por castigos divinos, que haya dioses que “llamen” a cierta persona a su lado, que se pueda regresar de la muerte, que haya personas que, tras morir, sean premiadas con un paraíso o condenadas a un infierno (Cerejido, 2008, p. 205).

Por tanto, si la medicina es una ciencia, la medicina no puede consolar. Y en efecto, investigadores como Ruy Pérez Tamayo piensan que el: “código ético

médico no es un documento antiguo o una serie de mandamientos no razonados» y lo conveniente será tener en cuenta lo que a él le parece son los objetivos de la medicina: «preservar la salud, curar, o aliviar cuando no se pueda curar, y siempre apoyar y acompañar al paciente, evitar la muerte prematuras e innecesarias” (2008, p. 170).

Como puede apreciarse el tema del consuelo ha desaparecido del propósito médico, ahora se trata de aliviar, apoyar, acompañar, aunque tampoco se diga cómo.

Finalmente, habrá que resignarse a lo irremediable. Dice el diccionario que resignarse significa la «entrega voluntaria que alguien hace de sí poniéndose en manos y voluntad de otra persona» (DRAE).

Resignarse también es darse por vencido, renunciar a luchar, armarse de paciencia y tolerar la adversidad del destino. Aguantar la vida. Pero este resistir puede asumirse con serenidad o con desesperación. Aceptar juiciosamente que la vida es finita permitirá hacer de sí mismo el destino en el mundo: construirse una felicidad duradera, sin olvidar la muerte, que siempre estará ahí como un juego de sombras.

## Conclusiones

Iniciamos este proyecto de tesis con una serie de preguntas respecto a la originaria relación entre filosofía y medicina, dos modos de ver la realidad que se abrieron camino en el pensamiento presocrático y caminaron juntas largo tiempo hasta que la modernidad sedujo a la medicina y la transformó en ciencia positiva. La medicina se hizo ciencia técnica reduciendo su objeto de estudio. Este proceso se acentuó con el desarrollo de la biología molecular y la aplicación de tecnología para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

La reducción que hace la ciencia no es sólo con respecto al “objeto” que se le da en la percepción teórica y reflexiva. Los objetos dados se fragmentan para el análisis y sobre esos fragmentos de la realidad se especializa una ontología regional. En esta perspectiva, la ciencia no puede darnos una idea integrada de fenómenos complejos como «la vida», «la salud», «la enfermedad» y «la muerte». Lo que intentamos en esta investigación fue revisar las condiciones de posibilidad para pensar estos fenómenos en la facticidad del vivir propio. Es decir, el vivir de cada uno.

La reducción conceptual de la enfermedad que propone la modernidad a la medicina repercute en la idea de «persona enferma». La enfermedad será siempre un hecho anatomizado, una estructura disecada cuya especificidad pueda explicar los signos clínicos mostrados por los enfermos. Aunque este problema no está explícito en el propósito y sentido de la investigación, en el desarrollo de la misma

cobró relevancia y pertinencia al desvelar la paradoja entre ser-sufriente y ser-enfermado. Ser-enfermo, especialmente en la teoría biológica-lesional, significa tener un trastorno orgánico objetivo. Ser-sufriente, en cambio, involucra padecer, aguantar, angustiarse y resignarse. Un ejemplo de lo anterior lo constituye ser-enfermo con lepra. La lepra –igual que muchas enfermedades– cursa largos periodos asintomáticos, pero el sólo hecho de ser-leproso conlleva mucho sufrimiento.

De manera más específica, esta investigación se propuso reflexionar acerca de los fenómenos *salud, enfermedad, muerte*, desde la filosofía, buscando colocarse en perspectiva filosófica para mirar estos acontecimientos de la vida fáctica como modos de ser del ser-en-el-mundo. La hipótesis de trabajo se centró en la idea de que la salud y la enfermedad son acontecimientos existenciales, por lo cual hay que reconsiderar la concepción científica que los asume como hechos, objetos o datos objetivos. El objetivo fue mostrar el modo en que los fenómenos salud y enfermedad son existenciales del ser-en-el-mundo, que, junto a los estados de ánimo y el ser para la muerte, encuentran su determinación en el cuidado.

Podemos afirmar que nuestro planteamiento hipotético confirma la posibilidad de una analítica existencial a la experiencia de la enfermedad desde la fenomenología hermenéutica heideggeriana. Que esto sea posible, plantea la necesidad de ampliar el horizonte de comprensión del enfermo en situación de enfermado. Revela además que la enfermedad no es un fenómeno casual, aislado de la vida que se vive y sin relación con la salud. La enfermedad actualiza el vivir, pero trae consigo el tiempo vivido y el porvenir posible. En este sentido, vida-salud-enfermedad-muerte son un acontecimiento fáctico de vivirse enfermado.

En el marco conceptual de la «filosofía de la existencia» podemos afirmar que la situación que afronta el ser humano en la medicina científica tecnológica está revestida de ambigüedad. Por un lado, esta ciencia tecnológica ofrece posibilidades ilimitadas de *vida, salud, enfermedad y muerte*; por otro, mantiene nociones muy reducidas de *existencia, vida auténtica, ser-enfermo, sufrimiento y muerte*. No reconocer que hay “situaciones límite –en la ciencia, tales como– no poder dejar de morir, ni de sufrir, ni de padecer” (Jaspers,1965) lleva al encarnizamiento físico, psicológico y moral. Ello porque en esencia lo que falta en esta ciencia es vocación ontológica, es decir, una concepción del ser del hombre y su existencialidad.

La filosofía existencial – como toda la filosofía– mantiene la preocupación por la existencia humana en tanto ser-en-el mundo. En este eje de análisis, constatamos en la medicina científica actual, ausencia de una visión existencial del ser humano en su concreción, situación que se corresponde con la intención objetivadora de la ciencia tecnológica.

Nuestra visión existencial de la persona enfermada en la medicina, no parte de una ideología ni mucho menos de una visión humanista. Y esto en razón de que tanto la ideología como el discurso humanista en la medicina, históricamente han justificado el etnocentrismo, la cultura patriarcal, el autoritarismo, un arbitrario uso de los cuerpos y de las técnicas y, sobre todo, un elitismo mercantilista. Hay que agregar a lo anterior, la estrechez de miras que evidencia la medicina con respecto a los estudios de género, la violencia contra las mujeres y el feminismo. Este problema como muchos otros, requieren ser estudiados con mayor amplitud a lo aquí mostrado.

Por tanto, encontramos que más allá de las realidades que evidencia la

medicina científica y tecnológica actual, los fenómenos *vida, salud, enfermedad y muerte* se muestran como existenciaros modos de ser y de vivir del ser humano. Este hallazgo obliga a varias reflexiones al interior de los saberes y las prácticas de la medicina. La principal reflexión que en este trabajo se plantea es la necesidad de estudiar estos fenómenos existenciaros desde una perspectiva filosófica.

Este estudio aporta muchas evidencias respecto a cómo la medicina misma intenta suplir su reducida visión de la existencia humana a través de diversos discursos. Por un lado, desde la ética y la bioética, se busca normatizar el comportamiento profesional para regular el actuar técnico. Por otro lado, se proponen *humanismos* diversos para revitalizar la relación humana entre médico y enfermo. Lo que puede apreciarse en ambos casos es la ausencia de un marco filosófico de referencia. Por esta razón, nuestra conclusión fundamental apunta a señalar la importancia de la filosofía en la medicina.

Constatamos que la filosofía ofrece multiplicidad de miradas, perspectivas de análisis y presupuestos teóricos. Lo que hemos mirado aquí ha sido desde la óptica de la filosofía existencial, limitándonos a Heidegger como autor principal. Como intentamos mostrar a través del análisis existenciaro, la salud y la enfermedad se desvelan entre la vida fáctica y el ser para la muerte. Lo que se pone en evidencia con ello es la brecha conceptual entre la medicina científica-tecnológica y la filosofía. Los afanes tecnológicos de la medicina conllevan el olvido de la filosofía y el sentido de la existenciariedad humana.

La ciencia podrá tener todo el conocimiento sobre la trama de la vida biológica. Podrá incluso crear la vida “in silico” (Casino, 2005), pero eso no tendrá sentido pleno, si el ser humano, en tanto que “ser-ahí” (Dasein), no comprende la



esencia de su existencia óntico-ontológica.

Además de Heidegger, apoyamos nuestra investigación en otros autores que en el desarrollo se impusieron como relevantes, es el caso de Merleau-Ponty y Xavier Zubiri. El primero para las consideraciones sobre la percepción, la corporalidad y la fenomenología del enfermar; el segundo, para enriquecer la visión ontológica de la vida como decurso vital del hombre. Podemos concluir que estos autores, en su diferencia fundamental, nos ayudaron en un propósito común: mostrar la posibilidad del análisis existencial. Con base en ello, podemos puntualizar lo siguiente:

Los fenómenos *salud y enfermedad*, en su aparecer como acontecimientos desde la vida fáctica hasta el ser-para-la-muerte se muestran como modos de ser del ser-en-el-mundo. Al estudiarlos desde la filosofía existencial, cambia la perspectiva del Ser y la existencia del ente-enfermo y el ser- del-enfermo.

Consideramos correcta la hipótesis de que la salud y la enfermedad son acontecimientos existenciales, susceptibles del análisis existencial que lleva a desvelar los modos de ser y los templos de ánimo en la vida fáctica, la salud, la enfermedad y la muerte. Esta línea de trabajo requiere más investigaciones que, sin contraponerse a la concepción científica que los asume como hechos, objetos o datos objetivos, ofrezca reflexiones para reconsiderarlos.

La enfermedad en su aparecer fenoménico trae a la luz del ente-enfermo, lo propio y lo impropio del cuidado. Esto se debe a que la enfermedad temple el ánimo fundamental y propicia que el ente-enfermo afronte su existencia como ser-enfermo. Esta experiencia con la enfermedad y con la muerte se pone de manifiesto en la angustia. Pero, extrapolando la idea fenomenológica y hermenéutica de vida-fáctica

heideggeriana, *la salud es un acontecer que se vela por la cotidianidad de término medio*. Ahí donde se habla de equilibrio, homeostasis, ocultamiento y ausencia de enfermedad, lo que hay es impropiedad del vivir auténtico.

El vivir auténtico es el vivir propio. El vivir de suyo, de cada quién su propio ser. La autenticidad aquí, no es un valor ético, sino un modo de ser en el mundo. Esto significa que nuestro vivir fáctico lo vivimos como acontecer, con temor, miedo y angustia; pero también con entusiasmo, gozo y placer. Nuestro modo de ser más propio implica afrontar la existencia del vivir fáctico sin remilgos: ni el vivir propio ni el vivir impropio son modos del ser para siempre. En la facticidad de la vida, vivir es un acontecer continuo autocomprendido.

Encontramos suficientes argumentos para afirmar que *la salud y la enfermedad tienen modos de ser del ser-ahí en la analítica existencial*, en la misma forma y al mismo nivel de análisis que los estados de ánimo, el cuidado, el ser para la muerte, la propiedad y la impropiedad.

Es pertinente enfatizar que la investigación científica en el ámbito de la biología molecular, biofísica, bioquímica y genética, constituyen ámbitos temáticos de ontología regional, tal como Heidegger lo pensaba. Como consecuencia de ello, la ciencia médica mantiene una concepción reductiva de *salud-enfermedad-muerte*, y pasa por alto el carácter óntico-ontológico de estos fenómenos. Derivado de esta realidad, existe ambigüedad en la forma de concebir la salud, lo que tiene como consecuencia la multiplicación de disciplinas prácticas en la medicina.

Constatamos también la posibilidad del análisis existencial de la salud y enfermedad, siguiendo el hilo conductor heideggeriano: aprehendiendo la salud como carácter de la facticidad y la enfermedad como modo de apertura en la

angustia, la huida y el miedo a la muerte. Estos acontecimientos tienen su propia temporalidad e historicidad. Son experiencia fáctica del ser-ahí. Como experiencias propias, resulta muy complicado ser aprehendidas *por otro que no sea yo propio*. Un problema que requiere estudiarse con mayor hondura es el enfermo como propio –donde propio significa sí mismo–. No hay duda que el enfermo experimenta su situación, lo que resulta complicado es la comprensión desde *otro como sí mismo*. Parodiando la expresión de Ricoeur, “sí mismo como otro”, decimos: *sí mismo como otro enfermado*. Esto plantea otro campo de estudio en la filosofía de la medicina: el problema de la alteridad.

La vida fáctica y la salud fáctica en tanto que existenciales, tienen rasgos de impropiedad, por ello siempre son un estar-bien-en-general sin tomar conciencia de las posibilidades corporales. La corporalidad –y el cuerpo mismo– ofrece posibilidades inagotables para el existir propio. Estas potencialidades de la corporalidad se velan en un aparente estado saludable. Eso explica la frase de Leriche citada por Canguilhem (1987) acerca de que la “salud es el silencio de los órganos”. En realidad, en la salud nuestro cuerpo ni está en silencio ni está dormido. Sólo el vivir auténtico hace que el ser del ente escuche la salud misma, porque, en definitiva, la salud tampoco es la ausencia de enfermedad.

Un hallazgo interesante que aporta la analítica existencial es el modo en como la *salud, la enfermedad y la muerte* se nos han revelado siendo solidarios uno con otro. Así, a la vida le es inherente la salud y a ésta la enfermedad. Y aunque reconocemos que no todo enfermo muere, con frecuencia la enfermedad precede a la muerte, por lo cual decimos que el enfermo precursa la muerte desde la enfermedad.

Este precursar la muerte desde el estado de ser-enfermo tiene todos los rasgos de la impropiedad, ya sea como eutanasia o suicidio asistido. La enfermedad y los fenómenos que la manifiestan, tales como dolor, malfuncionamiento de órganos vitales, cirugías mutilantes, enfermedades terminales y, en general, todo tipo de sufrimiento corporal y emocional; entre muchos otros. Las prácticas éticas y bioéticas en la medicina sólo favorecen el modo impropio de morir. Hay que estudiar en serio las actitudes paternalistas que asume el médico frente al enfermo. En buena medida, este paternalismo moral está investido de autoritarismo y ejercicio del poder que otorga la bata blanca.

La bioética como disciplina pragmática implanta principios que se incorporan como formando parte del servicio profesional de los médicos. Algunos de estos principios como el de “autonomía” de los pacientes, siguen quedando existencialmente en el campo de la impropiedad. Pensamos que la “autonomía” del ser-enfermo debe asumirse como un existencial, es decir, un modo de ser en el mundo.

Hemos querido ver la medicina desde la filosofía, no porque pensemos que la filosofía agregue virtudes al arte, el saber y la práctica de ésta. Estamos convencidos que la filosofía posibilita examinar problemas concretos. En ese sentido, hemos querido ver los problemas de la medicina científica y tecnológica más allá del mirar endogámico y autocomplaciente de la pragmática. La filosofía nos mostró un modo distinto de mirar, un mirar reflexivo y autocrítico.

Mirar desde la filosofía es como mirar a un bosque en la distancia. Se mira todo el bosque, pero no se mira el bosque en sus detalles. Para conocer el bosque hay que caminar por él, arriesgarse a perderse en sus laberintos y buscar los claros

de luz que nos orienten. En ese andar a ciegas por el bosque, la filosofía es más que una guía. En este caso, elegimos a Heidegger, pero no nos limitamos ello. Es obvio que tampoco abarcamos todo el pensamiento heideggeriano. El propio Heidegger juzga que «filosofar es ir de camino». Lo que eso puede significar aquí es que la filosofía se hace filosofando.

Mirar la medicina desde la filosofía nos ha significado un mirar múltiple, pues, la filosofía es filosofar y cada filósofo representa un mirar peculiar. En realidad, hemos visto a la medicina desde diversas maneras de mirar, buscando comprobar que todas esas miradas vean lo mismo. Eso sólo redundaría en un examen más amplio y abierto, aunque tal vez no tan profundo. Este estudio puede asumirse como un estudio exploratorio que busca sacar a la luz posibilidades de examinar problemas específicos en el campo de la medicina científica.

Concluimos señalando que la reflexión filosófica parece indispensable en el ámbito de la medicina, porque ello propicia revisar de una manera crítica el acontecer de la disciplina; especialmente cuando en la medicina se observa la tendencia a concebir la filosofía como pragmática normativa en forma de manuales y guías de operación bioética. Pensamos que, sin reflexión filosófica, toda decisión bioética corre el riesgo de ser una arbitrariedad.

El método clínico es una excelente herramienta para estudiar las experiencias relacionadas con la temporalidad en tanto que tiempo vivido, la corporalidad como experiencia del cuerpo vivido y la relacionalidad en la forma de relación humana vivida por el enfermo. Lamentablemente, la clínica como estrategia de observación, experiencia y comprensión de la persona enferma ha sido reemplazada por la tecnología, los dispositivos de biopolíticas y la normatización

social del fenómeno *salud-enfermedad-muerte*.

## Referencias

- Abbagnano, A. (1993). *Diccionario de filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Aguado, M.A., Avendaño, S., Briones, AM., Salaices, M. (2015). Reactive oxygen species and vascular remodeling in cardiovascular diseases. *Acad Farm Vol. 81, N° 2*, pp.129-144.
- Aguilar-Álvarez, T. (2018). *El habitar poético y la enfermedad*. Recuperado de: <https://2018.reflexionesmarginales.com/author/tatianaaguilaralvarezbay/> (consultado 25 nov. 2019)
- Agustín, S. (1967). *Confesiones*. Madrid: Editorial Espasa-Calpe.
- Améry, J. (2005). *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*. España: Pre-Textos.
- Aranguren, JL. (1995). *Ética*. Barcelona: Editorial Altaya.
- Arbaiza, E. LB. (2016). *¿Qué es la vida?* Ponencia. Lima, Perú: Facultad de Biología, Universidad Nacional de San Marcos.
- Arendt, H. (2005). *La condición humana*. México: Editorial Paidós.
- Arendt, H. (1984). *La vida del espíritu. El pensar, la voluntad y el juicio en la filosofía y en la política*. Traducción de Montero, RR y Vallespin, OF. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.
- Aristóteles. (2000). *Retórica*. Madrid: Editorial Gredos.
- Aristóteles, (2000). *Metafísica. Libro Delta*. Traducción de Calvo, MT. Madrid: Editorial Gredos.

Aristóteles, (2001). *Física*. Libro II, (192a). Traducción Schmidt, O.U. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Arredondo, A. (1992). Analysis and Reflection on Theoretical Models of the Health-Disease Process. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8 (3): 254-261.

AMM-Asociación Médica Mundial. (2005). *Manual de ética médica*. Reino Unido: [http://www.whcaonline.org/uploads/publications/em\\_es.pdf](http://www.whcaonline.org/uploads/publications/em_es.pdf) (consulta el 17 de enero 2018)

AZR. (2015). *Mi historia como enfermo*. Caso clínico nº. 37. Morelia: Hospital Civil Dr. Miguel Silva.

Bacarlett P. ML. (2006). *Friedrich Nietzsche. La vida, el cuerpo y la enfermedad*. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.

Bakan, D. (1971). *Disease, pain, and sacrifice: Towards a psychology of suffering*. Boston: Beacon Press.

Baratti, C. (2008). *La técnica del pájaro*. España: Bubok Publishing

Barco, JL del. (1998) Bioética del consuelo. Málaga, España: *Persona y bioética*, No 3. Departamento de filosofía, Universidad de Málaga.

Basso, M. L. (2014). Una confrontación del fenómeno heideggeriano del *Ereignis* con su origen conflictivo. *Eidos No. 22*. Barranquilla. En línea: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-88572015000100015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-88572015000100015) (consulta el 15 julio 2020).

Bauman, Z. (2005). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.

Beauchamp, TL., Childress, JF. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Orxford University Press.



- Beauvoir, S de. (2002). *Una muerte muy dulce*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Becker, RA. (1999). Teaching communication with the dying across cultural boundaries. Mark Allen: *British Journal of Nursing*, 8 (14), 938- 942.
- Beléndez, R., Bermejo, R.M. and García-Ayala, M.D. (2005). Estructura factorial de la versión española del *revised illness perception questionnaire* en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17, 318-324.
- Benito, S. Regla. (2000). Biblioteca de Autores Cristianos. Recuperado de: <http://bac-editorial.es/> (consultado el 12 abril 2018).
- Berciano, M. (1992). ¿Qué es realmente el «Dasein» en la filosofía de Heidegger? *Thémata. Revista de Filosofía*. Número 10, 435-450.
- Berciano, M. (2000). Ereignis: la clave del pensamiento de Heidegger. *Thémata. Revista de filosofía*, número 28, 48-69.
- Berger SL, Kouzarides T, Shsekhattar R, Shilatifard A. (2009). An operational definition of epigenetics. *Genes Development*, 23: 781-783.  
<http://genesdev.cshlp.org/content/23/7/781.short> (consultado 13 de abril 2017)
- Bergson, H. (1985), *La evolución creadora*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Biblia. *Génesis 2:16-17*. (1998). Biblia de Jerusalén, Bilbao: Declée de Brouwer.
- Bichat, FX. (2014). *Anatomía general aplicada a la fisiología y a la medicina*. Tomo I. Madrid: Imprenta de Francisco de la Parte.
- Binswanger, L. (1961). *Psiquiatría Existencial*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria
- Binswanger, L. (1973). *Artículos y conferencias escogidas*. Madrid: Editorial Gredós.

- Boecio. (1997). *La consolación de la filosofía*. Madrid: Ediciones Akal.
- Boeri, M. (2002). Sobre el suicidio en la filosofía estoica. São Paulo: *Revista Hypnos*, nº 8; 21-33.
- Boorse, C. H. (1997). A rebuttal on Health. In: What is disease? *Biomedical Ethics Reviews*. Atlanta: Edited by James M. Humber and Robert F. Almeder, Georgia State University.
- Boss, M. (1983). *Existencial Foundations Medicine and Psychology*. London: Jason Aronson (ed).
- Boto, M. (2011). *Sujeto e individuo en el pensamiento de Gilles Deleuze*. (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Braidotti, R et al. (2002). (editors). *The making of European Women's Studies*, vol. IV, Utrecht, ATHENA (Socrates Program, Europe and Commission).
- Browne, T., Kayali, F.I. (2013). Depression as Unhomelike Being-in-the-World? Phenomenology's Challenge to Our Understanding of Illness. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16 (1): 31-39.
- Bunge, M. (2012). *Filosofía para médicos*. Buenos Aires: Editorial Gedisa.
- Calabrese, C. (2008). La vida humana entre la perfección y la caída según San Agustín. *Anuario Filosófico*, XLI/1, 41-54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2575149> (consultado el 10 enero 2019).
- Caldwell, T. (1989). *Médico de cuerpos y almas*. México: Ediciones Martínez Roca.
- Calvo M. T. (2008). *Aristóteles y el aristotelismo*. Madrid: Ediciones Akal.
- Camus, A. (1985). *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Canguilhem, G. (1987). *Lo normal y la patológico*. México: Siglo XXI Editores.

- Carel, C. (2014). *Illness*. New York: Routledge Ed.
- Carel, H. (2014). Havi Carel: mi sentencia de muerte a 10 años. *The Independent*. Recuperado de: <https://www.independent.co.uk/news/people/profiles/havi-carel-my-10-year-death-sentence-5332425.htm> (consultado el 25 de diciembre, 2018)
- Carse, J.P. (1987). *Muerte y existencia. Una historia conceptual de la mortalidad humana*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Casino, G. (2005). *Sobre la simulación informática de procesos biológicos*. En línea: <https://www.escepticemia.com/2005/09/30/in-silico/> (consultado 15 de jul. de 20)
- Cereijido, M. (2008). *La manera científica de interpretar la muerte*. En: Soberón, G., Feinholz, D. (comps). *Muerte Digna. Una oportunidad real*. México: Comisión Nacional de Bioética, Secretaria de Salud.
- Cicerón, MT. (2008). *Disputaciones Tusculanas*. Madrid: Editorial Gredos.
- Cixous, H. (2001). *La risa de la medusa; Ensayos sobre la escritura*. Prólogo y traducción de Ana María Moix. San Juan Puerto Rico: Anthopos Editorial.
- Cohen, D. (2000). El suicidio, ¿condena o defensa? Los argumentos filosóficos en torno de la muerte voluntaria. *Revista Ágora*, vol.19, nº 2, págs. 107-126, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Contreras F, Esguerra G, Espinosa JC, Gómez V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2): 169-179. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79810208.pdf> (consulta 10 marzo 2020).
- Corominas, J. (1985). *Diccionario crítico, etimológico e hispano*. Madrid: Editorial Gredos.

- Cortina, C., Martínez, F. (2001). *Ética*. Madrid: Editorial Akal.
- Crick, F. (1970). Central dogma of molecular biology. *Matee*, vol. 227, 561-3
- Cumar, V., Abbas, AK, Fausto, N., Aster, JC. (2016). *Patología estructural y funcional*. México: Elsevier-Saunders.
- Chambers A. F., Groom AC., MacDonald IC. (2002). Dissemination and growth of cancer cells in metastatic sites. *Nat Rev Cancer*. 2:563-72.  
[http://www.seminoncol.org/article/S0093-7754\(02\)70065-1/pdf](http://www.seminoncol.org/article/S0093-7754(02)70065-1/pdf) (consulta 24 octubre 2017)
- Chou, R. (2020). *The Journal of Pain*. American Pain Society.  
<http://www.jpain.org/>.
- Han, Ch. B. (2018). *Muerte y alteridad*. Traducción Ciria, A. Barcelona: Editorial Herder.
- Daniel N. N., Korsmeyer SJ. (2004). Cell death: critical control points. *Cell*.116:205-19. Recuperado de.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Daniel+NN%2C+Korsmeyer+SJ.+Cell+death%3A+critical+control+points.+Cell.+2004%3B116%3A205-19>. (Consulta 24 octubre 2017)
- Daudet, A. (2011). *In the Land of Pain*. New York: Random House.
- Dawkins, R. (1993). *El gen egoísta. Las bases biológicas de nuestra conducta*. Barcelona: Biblioteca científica Salvat.
- Del Moral, J.M. (1994). Heidegger y la filosofía actual. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, N°.
- Deleuze, G. (1999). *Spinoza y el problema de la expresión. ¿Qué es lo que puede un cuerpo? p. 221*. Barcelona: Muchnik Editores.

Deleuze, G. (2004). *Spinoza: filosofía práctica*. Buenos Aires: Tusquets Editores.

Derrida, J., McDonald, CV. (2008), "Coreografías", *Lectora*, 14: 157-172.

Diccionario de sinónimos y antónimos. (2005). Madrid: Editorial Espasa-Calpe.

Diccionario Word Reference francés-español. En línea:  
<https://www.wordreference.com/esfr/>

Duff, RA. (2016). *Spinoza's Political and Ethical Philosophy*. J Maclenhose and Sons ed. Recuperado de:  
[https://books.google.com.mx/books?vid=0ldBhP9K5Ah0OUtJT6&id=MTUAAAAAMAAJ&as\\_brr=1&redir\\_esc=y](https://books.google.com.mx/books?vid=0ldBhP9K5Ah0OUtJT6&id=MTUAAAAAMAAJ&as_brr=1&redir_esc=y) (consultado 22 marzo 2017).

Eagleton, T. (2008). *El sentido de la vida*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Elías, N. (2008). *La soledad de los moribundos*. México: Fondo de Cultura Económica.

Escalante, G.F. (2000). *La mirada de Dios. Estudio sobre la cultura del sufrimiento*. México: Editorial Paidós.

Escribano, X. (2015). Poética del movimiento corporal y vulnerabilidad. Una reflexión desde la fenomenología de la enfermedad. *Revista Co-herencia Vol.12, No.23*; Medellín, Colombia.

Escudero, JA. (2000). *El joven Heidegger. Un estudio interpretativo de su obra temprana al hilo de la pregunta por el ser*. (Tesis doctoral), Departament de Filosofia, Facultat de Lletres, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

Escudero, JA. (2010). Heidegger y el olvido del cuerpo. *Lectora*, 17, 181-198. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Escudero, JA. (2011). Heidegger y la hermenéutica del cuerpo. *Revista Observaciones Filosóficas*, número 12, pp. 67-82. En línea:  
<https://www.observacionesfilosoficas.net/heideggerylahermeneutica.htm#:~:text=Dasein%2C%20el%20nombre%20t%C3%A9cnico%20con,autorreflexi%C3%B3n%3B%20por%20el%20contrario%2C%20el> ( consultada 15 de junio 2020).

Esquirol, JM. (2009) *El respirar de los días. Una reflexión filosófica sobre el tiempo y la vida*. Barcelona: Editorial Paidós.

Expósito R.N. (2016). El método fenomenológico en los seminarios de Zollikon. *Differenz. Revista internacional de estudios heideggerianos y sus derivas contemporáneas*, núm. 2. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Flores, B., Rosales, P., Caro, S., Gallardo, A., Gordillo, B. D. *Nutrientes de la Dieta y Apoptosis como Mecanismos Reguladores del Cáncer*. Recuperado de:  
<http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/nutrientes-de-la-dieta-yapoptosis-como-mecanismosreguladores-del-cncer.php?aid=3776> (consultado el 15 de mayo 2018)

Folkman J. (2002). Role of angiogenesis in tumor growth and metastasis. *Semin. Oncol.* 2(6 Suppl 16):15-8. Recuperado de:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12516034> consulta 24 octubre 2017)

Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Editorial Paidós.

Foucault, M. (1984). La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad. Entrevista con Raúl Fomet Betancourt. *Revista Concordia* No. 6, pp. 99-116.

- Foucault, M. (1996). *Hermenéutica del sujeto*. La Plata, Argentina: Editorial Altamira.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la Sexualidad*. Madrid: Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (2010). *Estrategias de poder: ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?* Obras esenciales. Barcelona: Editorial Paidós.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Ediciones península.
- Freud, F. (1999). *El malestar en la cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fundació Víctor Grífols i Lucas. (2007). *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas*. Barcelona: Recuperado de: [http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/10/fins\\_medicina.pdf](http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/10/fins_medicina.pdf). (consultado el 21 de diciembre de 2017)
- Gadamer, H. G. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Galeno. (2002). *El mejor médico también es filósofo*. En: *Tratados filosóficos y autobiográficos*. Madrid: Editorial Gredos.
- Gamba, S. (2008). *¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género?* <http://www.mujiresenred.net/spip.php?article1395#:~:text=En%20los%20%C3%BAltimos%20a%C3%B1os%20se,m%C3%A1s%20significativas%20del%20feminismo%20contempor%C3%A1neo>. (Consulta 22 de junio 2020).
- Gayton, A. C., Hall, J. E. (2018). *Textbook of Medical Physiology*. Philadelphia: Elsevier-Saundes.
- Gil, AC., Herraz, P., Calvo, FA., Fernández HO., Sierrasesúmaga, L.M., et-al. (1988). Síndrome terminal de enfermedad: criterios y actitudes. *Revista de medicina de la Universidad de Navarra*, vol. XXXII; Nº. 2.

Gilbert, S. A. (2006). *Conceptual History of Modern Embryology*. NY: Lenum Press. En línea:  
<http://web.archive.org/web/20051125091507/http://zygote.swarthmore.edu:80/gene3a.html> (consultado el 5 de abril 2017)

Gilbert, S. F. (2005). *Biología del desarrollo*. México: Editorial Médica Panamericana.

Gracia, D. (2008). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Editorial Triascastela.

Gracia, D. (2012). La autonomía. Cádiz: *Bioética, Boletín del comité de ética asistencial de Bahía de Cádiz*. En línea:  
[http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/boletin\\_no\\_2\\_septiembre\\_12.pdf](http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/boletin_no_2_septiembre_12.pdf)

Green, J. L., Camilli, P. G. (2006). Narrative Inquiry. *Handbook of complementary methods in education research*. Nueva Jersey: Elmore eds.

Green, B. (2016- 2020). *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*. University of Johannesburg (South Africa). <http://www.ipjp.org/>.

Gutiérrez, CB. (1983). El concepto de verdad en Heidegger. Confrontación de la crítica de Tugendhat. *Ideas Valortes, volumen 32, número 61*, pp. 85-103, 1983.

Graue et al. (2014). *La feminización de la medicina en la educación médica*. En: *La mujer y la salud en México*. México: Academia Nacional de Medicina. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Han, B. H. (2018). *Muerte y alteridad*. Barcelona: Herder Editorial. (pág. 287)

Hanemann, S. (2010). *Órganon de la medicina*. México: Editorial Porrúa.

Heidegger, M. (2002). *Interpretaciones fenomenológicas sobre Aristóteles. Indicación de la situación hermenéutica. [Informe Natorp]*. Traducción de Jesús Adrián Escudero. Madrid: Editorial Trotta.



Heidegger, M. (2001). *Poetry, Language, Thought*. New York: Harper Perennial.  
file:///E:/Heidegger%20M/ebooksclub.org\_\_Poetry\_\_Language\_\_Thought\_\_Perennial\_Classics\_.pdf. (consultado el 14 agosto 2017).

Heidegger, M. (2006) *Meditación*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Heidegger, M. (2000). *Ontología. Hermenéutica de la facticidad*. Traducción de Aspiunza, J. Madrid: Alianza editorial.

Heidegger, M. (1958). *La época de la imagen del mundo*. Traducción de Wagner de R.A. Santiago de Chile: Ediciones de los anales de la Universidad de Chile.

Heidegger, M. (2006). *Prolegómenos para una historia del concepto de tiempo*. Traducción de Aspiunza, J. Madrid: Alianza Editorial.

Heidegger, M. (2004). *Lógica. La pregunta por la verdad*. Traducción Ciria, A. Madrid: Alianza Editorial.

Heidegger, M. (2007). *Los conceptos fundamentales de la metafísica. Mundo, finitud, soledad*. Traducción de Ciria, A. Madrid: Alianza Editorial.

Heidegger, M. (2014). *Problemas fundamentales de la fenomenología (1919/1920)*. Traducción de Lara, F. Madrid: Alianza Editorial.

Heidegger, M. (2004). *¿Qué es la filosofía?* Traducción de Escudero, J. Barcelona: Herder Editorial.

Heidegger, M. (2005). *La idea de la filosofía y el problema de la concepción del mundo*. Traducción de Escudero, J. Barcelona: Herder Editorial.

Heidegger, M. (1971). *El ser y el tiempo*. Traducción de Gaos, J. México: Editorial Fondo de Cultura Económica

Heidegger, M. (1998). *Identidad y diferencia*. Traducción de Leyte, A. Madrid: Antrophos.

- Heidegger, M. (2007). *Seminarios de Zollikon*. Traducción Xolocotzi, YA. Morelia, Michoacán: Editorial Jitanjáfora.
- Heidegger, M. (1990). *De camino al habla. La esencia del lenguaje*. Traducción de Zimmermann, Y. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Heidegger, M. (1997) *Ser y tiempo*. Traducción de Rivera, JE. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Heidegger, M. (2009). *Principios metafísicos de la lógica*. Traducción de Juan José García Norro. Madrid: Editorial Síntesis
- Hewitt, AW. Januar, V. et-al. (2017). DNA methylation landscape of ocular tissue relative to matched peripheral blood. *Scientific Report 7*, <https://www.nature.com/articles/srep46330>. (consultado el 25 de marzo 2018)
- Hitchens, Ch. (2012). *Mortalidad*. Barcelona: Debate.
- Hipócrates, (1996). *Tratados hipocráticos, Tomo I. El pronóstico*. Madrid: Editorial Gredos.
- Husserl, E. (2008). *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. Traducción de Iribarne, J. Buenos Aires: Prometeo libros.
- Husserl, E. (1959). *Fenomenología de la conciencia del tiempo inmanente*. Traducción de Langfelder, OE. Buenos Aires: Editorial Nova.
- Husserl, E. (1997). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Traducción de Zirión, QA. México: Fondo de Cultura Económica, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Iglesias, L. (1996). *Antropología médica. Una visión del hombre enfermo y la medicina*. Monterrey: Editorial Tiempo y Obra.
- Ilich, I. (1978), *Némesis médica*. México: Editorial Joaquín Mortiz.

IHGSC-International Human Genome Sequencing Consortium. (2004). *Finishing the euchromatic sequence of the human genome. Nature 431 (7011): 931-45.*  
<https://www.nature.com/articles/nature03001> (consultado 14 de abril 2017)

Ionesco, E. (1965). *El Rey se muere*. Buenos Aires: Editorial Losada.

Irigaray, L. (1999). *El olvido del aire en Martin Heidegger*. Texas: Prensa de la Universidad de Texas.

Ziarek, K. Proximidades: Irigaray y Heidegger sobre la diferencia. *Continental Philosophy Review* **33**, 133-158 (2000). <https://doi.org/10.1023/A:1010039203729>

Jankelevitch, V. (2002). *La muerte*. Valencia, España: Pre-textos.

Jaspers, K. (1965). *La filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica.

Jonas, H. (1995). *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Editorial Herder.

Jonas, H. (1997). *Técnica, medicina y ética, sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Editorial Paidós.

Jünger, E. (2010). *Sobre el dolor*. Traducción de Sánchez, PA. Barcelona: Tusquets Editores.

Kant, I. (2014). *Crítica de la razón pura*. Traducción de Ribas, P. Madrid: Editorial Gredos.

Karnofsky, DA., Abelmann, WH., Craver LF., Burchenal JH. (1948). The Use of the Nitrogen Mustards in the Palliative Treatment of Carcinoma - with Particular Reference to Bronchogenic Carcinoma. *Cancer*, *1(4):634-56*

Kernberg, O. (1971). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Kierkegaard, S. (2000) *Diario: 15 de abril de 1834*. Italia: Biblioteca Universale Rizzoli.
- Kim, KM. (1995). On the Reception of Johannsen's Pure Line Theory: Toward a Sociology of Scientific Validity. *Social Studies of Science Vol. 21*, 4 (nov., pp. 649-679
- Klein, M. (1971). *El sentimiento de soledad y otros ensayos*. Argentina: Amorrortu.
- Koshland, D. E. 2002). The seven pillars of life. *Science*, vol. 295. Recuperado de: <https://science.sciencemag.org/content/295/5563/2215.summary>, (consultado el 26 de diciembre 2019)
- Krauss, A. (2008). *¿Qué es y qué no es eutanasia?* En: Soberón, G. (comp.). *Muerte digna, una oportunidad real*. México: Secretaria de Salud. Comisión Nacional de Bioética.
- Kristeva, J. (1993). *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Editorial Cátedra.
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Editorial Grijalbo-Mondadori.
- Kuhn, TS. (1970). *Estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kundera, M (1985). *La insoportable levedad del ser*. Barcelona: Tusquets Editores.
- Labaca Z. ML. (2014). La dignidad de la persona en el proceso de la muerte. *RVAP, núm.99-100*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4948315> (consulta 20 julio 2020)
- Lacan, J. (1998). *Escritos 1: Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis*. México: Editorial Siglo XXI.
- Laín Entralgo, P. (1961). *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Revista de Occidente.

- Laín Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente.
- Laín Entralgo, P. (1970). *La medicina hipocrática*. Madrid: Ediciones de la Revista de Occidente.
- Laín Entralgo, P. (1978). *El cuerpo humano: Oriente y Grecia antigua*. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.
- <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc6m3v5> (Consultado el 14 de julio 2017)
- Laín Entralgo, P. (1984). *Historia Universal de la medicina*. México: Editorial Salvat.
- Laín Entralgo, P. (1989). *El cuerpo humano. Teoría actual*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.
- Laura M., Zahn, LM., Riddihough, G. Building on nature's design. *Science*, vol.355. Recuperado de: <http://science.sciencemag.org/10> march 2017; vol 355. (consulta 11 mayo 2019)
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Editorial Seix Barral.
- Le Breton, D. (2007). *Adiós al cuerpo*. Traducción de Flores, F. O. México: La cifra editorial.
- Lendermann, M. (1961). *Antropología filosófica. Autointerpretación del hombre en la historia y el presente*. Traducción de Romero, V. México: UTEHA.
- Leventhal, H., Brissette, I. and Leventhal, E.A. (2003) *The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness*. In: Cameron, L.D. and Leventhal, H., Eds., *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour*. London: Routledge.
- Leveque, JC. (2011). El concepto de «acontecimiento» en Heidegger, Vattimo y

- Badiou. *Azafea. Rev. Filos* 13, pp. 69-91.
- Lévinas, E. (1999). *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*. Salamanca: Editorial Sígueme.
- Lévinas, E. (2013). La muerte y el tiempo. Archivos: *Revista de Filosofía*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/398828> (consultado el 28 de diciembre 2017)
- Lipovestsky, G. (1999) *La tercera mujer, Permanencia y revolución de lo femenino*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Lin, M. (2017). *Spinoza's Metaphysics of Desire: The Demonstration of III P6*. Disponible en línea: <https://web.archive.org/web/20060614101435/http://individual.utoronto.ca/mtlin/std.1.mp1e.prstyle.pdf> (consultado 22 de marzo 2018).
- Linnaeus, C. (2012). *Cataloguin Diseases (Genera morborum)*. Uppsala Universitet. Linneo on line: [http://www2.linnaeus.uu.se/online/physician/6\\_5.html](http://www2.linnaeus.uu.se/online/physician/6_5.html). (consultado el 29 de junio 2016)
- Lonzi, C. (1981). *Escupamos sobre Hegel. La mujer clitorica y la mujer vaginal*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Loza, C. (2012). *Mariposas griegas*. Buenos Aires: Emecé Editores.
- Mann, T. (1997). *La montaña mágica*. Traducción de Verdaguer, M. Barcelona: Plaza & Janes Editores.
- Marcos C. M. (2011). *Las consolaciones de Séneca*. Universidad de León. En línea:

<http://revpubli.unileon.es/ojs/index.php/EEHHFilologia/article/viewFile/4018/2948>

(consultado el 1 de abril 2018)

Marshall, VW. (1980). *Last chapter: Sociology of aging and dying*. Monterey, Ca: Brooks-Cole.

Martínez L. P. (1851). *Diccionario Latino-español*. Paris: Imprenta de Walder.

Martínez M. M. (2005). Propiedad e impropiedad en Ser y tiempo. *Pensamiento*, vol. 61, 231, pp.395-420.

Martínez, C.F. (2003). *La Medicina científica y el siglo XIX mexicano*. México: Fondo de Cultura Económica

Maser R.S., De Pinho RA. (2002). Connecting chromosomes, crisis, and cancer. *Science*, 297:565-9. <http://science.sciencemag.org/content/297/5581/565/F1>

(consulta 24 octubre 2017)

Maturana, H., Varela, F. (1974). Autopoiesis: the organization of living systems, its characterization and a model. *Biosystems* 5,187–196.

Maturana, H., Varela, F. (1990). *El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del conocimiento humano*. Madrid: Editorial Debate.

Medina, T. EM., Rodríguez, B. P. *Tanatología y logoterapia. Lenguajes del sentido de vivir, y sentido del morir como proceso natural de vida*. VII Congreso Nacional de Tanatología, Ciudad de México, 5 al 8 de Noviembre de 2008. Recuperado de: <http://www.tanatologia-amtac.com/biblioteca.html>. (consultado el 21 de diciembre 2017)

Mèlich, J. C. (2010). *Ética de la compasión*. Barcelona: Editorial Herder.

Merleau-Ponty, M. (1983). *Fenomenología de la percepción*. México: Editorial Planeta Agostini.

- Merleau-Ponty, M. (2010). *Lo visible y lo invisible*. Traducción de Capdeville, B. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Merleau-Ponty, M. (1986) *El ojo y el espíritu*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Mill, J.S. (2001). *Sobre la libertad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Monod, M. (1993). *El azar y la necesidad. Ensayo sobre la filosofía natural de la biología moderna*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Montaigne, M de. (2007). *Los Ensayos. Que filosofar es aprender a morir*. Barcelona: Acantilado.
- Montoya S. M. (2011) Phýsis: algunos conceptos fundamentales de la ontología aristotélica. *Revista Filosofía N° 22*. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes.
- Morris, D. (1996). *La cultura del dolor*. Chile: Editorial Andrés Bello.
- Motijasevic, E.(2011). Aliviar siempre. Bogotá, Colombia: *Acta médica colombiana Vol.36 No. 1*.
- MSH. (2015). *Mi historia como enfermo*. Caso clínico nº. 19. Morelia: Hospital Civil Dr. Miguel Silva.
- Muñoz P. EV. (2015). El aporte de Jakob von Uexküll a los conceptos fundamentales de la metafísica. Mundo, finitud, soledad (1929–1930) de Martin Heidegger. *Diánoia, volumen LX, número 75*, pp. 85–103
- Navarro, O. (2008). El «rostro» del otro: Una lectura de la ética de la alteridad de Emmanuel Lévinas. Málaga: *Revista Internacional de Filosofía, vol. XIII*. pp. 177-194.
- Nietzsche, F. (1997). *La genealogía de la moral. Un escrito polémico*. Madrid: Alianza Editorial.



Nietzsche, F. (2001). *La gaya ciencia*. Madrid: Ediciones Akal.

Nietzsche, N. (1989). *Así habló Zaratustra*. Madrid: Alianza Editorial.

Nogales E. A.(2004). Aproximación a la historia de las autopsias.  
*EJ Autopsy 2004*, 16-25. <http://rea.uninet.edu/index.php/ejautopsy/article/view/8/8>  
(consultado el 14 de julio 2017)

Nordenfelt, L. (1995). *On the nature of health. An action-theoretic approach*.  
Boston: Springer-Science+Business media.

Olasagasti, M. (1967). *Introducción a Heidegger*. Madrid: Ediciones de la Revista de Occidente.

Olivos, P. (2003). *Trastornos de personalidad. Hacia una mirada integral*. Santiago de Chile: Raúl Riquelme y Alex Oksenberg Editores, Sociedad Chilena de Salud Mental.

OMS-Organización Mundial de la Salud, (2017). *No solo en ausencia de enfermedad*. Recuperado de: Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11242&Itemid=41581&lang=esb](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11242&Itemid=41581&lang=esb) (consulta 23 octubre 2017)

Ortiz G.T. (2006). *Medicina, historia y género: 130 años de investigación feminista*. España: KRK Ediciones.

Ostachuk, A. (2016). *La vida como actividad normativa y autorealización: debate en torno al concepto de normatividad biológica en Goldstein y Canguilhem*. Río de Janeiro: História, Ciências, Saúde Manguinhos, Recuperado de: <http://www.scielo.br/hcsm>. (consultado el 7 de diciembre 2017).

- Genome Map. (2001). *Science* 16 Feb, Vol. 291, pp. 1218.  
<http://science.sciencemag.org/content/291/5507/1218.full> (consultado 16 de marzo 2017)
- Human genome*. (2017)  
<http://www.nature.com/nature/journal/v409/n6822/index.html> (consultado 16 de marzo 2017)
- Parsons, T. (1999). *El Sistema social*. Madrid: Editorial Alianza.
- Passo, E. R. (2018). *Voluntad anticipada*. Enciclopedia de Bioética. Recuperado de: <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/283-voluntad-anticipada> (consultada el 24 de enero 2018).
- Payne, LM. (1967). Guérir quelquefois, Soulager souvent, Consoler toujours.  
*British Medical Journal*, 4. 47-48. En línea:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1748847/> (consultado 27 de marzo 2018).
- Pellegrino, E., Misbin, RL. (ed.). (1992). *Euthanasia: The Good of the Patient, The Good of Society*. Lima: Frederick University Publishing Group.
- Pellegrino, E. (1976). *Journals Oxford. Journal of Medicine and Philosophy*. (2017). Arts & Humanities & Medicine & Health. <http://jmp.oxfordjournals.org/> (consulta el 14 de octubre 2017).
- Pérez T. R. (1997). *De la Magia primitiva a la medicina moderna*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pérez T. R. (1988). *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia* (2 tomos). México: UNAM/FCE/Conacyt.
- Pérez T. R. (2008). *El médico y la muerte*. En: Soberón, G. Feinholz, D. (comps).

*Muerte Digna. Una oportunidad real.* México: Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud.

Pérez, GM. (2016). *Tras la carne, otra carne se pudre: mujer, enfermedad, feminidad y arte contemporáneo.* (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Bellas Artes.

Pintos P. ML. (2008) El neuropsiquiatra Kurt Goldstein en la génesis del pensamiento fenomenológico de Merleau-Ponty. *Anuario de la Sociedad Española de Fenomenología, No. 1*, 109-141. España: Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado de: <file:///C:/Users/Sony/Downloads/DialnetElNeuropsiquiatraKurtGoldsteinEnLaGenesisDelPensam-4846546.pdf>. (consultado el 14 de octubre 2017).

Popa, R. (2004). *Between necessity and probability: searching for definition and origin of life.* New York: Springer-Verlag.

Posada V. P. (2012). Vida fáctica y significado. La teoría del significado del primer Heidegger a la luz del curso “Fenomenología de la intuición y de la expresión” (GA 59). *Eikasia, revista de filosofía*, marzo 2015. Recuperado de: <http://www.revistadefilosofia.org/63-01.pdf> (consultada el 29 de marzo 2019).

Potter, A. R. (1970). Bioethics, the science of survival. Autumn: *Perspectives in Biology and Medicine, Volume 14, Number 1*, pp. 127-153

Prigogine, I. (2012). *El nacimiento del tiempo.* Buenos Aires: Tusquets Editores

Prigogine, I., Stengers, I. (2004). *La nueva alianza. Metamorfosis de la ciencia.* Madrid: Alianza Editorial.

Pudmed: Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. *Heidegger and Illness.* En línea:

[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Heidegger+and+Illness&filter=ds1.y\\_10](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Heidegger+and+Illness&filter=ds1.y_10)  
(consulta el 16 de julio 2020).

Ramírez C.MT. (1994). *El quiasmo. Ensayo sobre la filosofía de Merleau-Ponty*:  
Morelia: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Ramírez, C. MT. (Coord.). (2016). *El nuevo realismo. La filosofía del siglo XXI*.  
México: Siglo XXI editores, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.  
DRAE-Real Academia Española: *Diccionario de la lengua española*, 23ª ed. En  
línea: <http://dle.rae.es/?id=YfNZupH>. (Consultado el 13 de julio 2017).

Redeker, R. (2014). *Egobody. La fábrica del hombre nuevo*. México: Fondo de  
Cultura Económica.

Redondo S. P. (2005). *Filosofía desde el temple de ánimo. "La experiencia  
fundamental" y la teoría del "encontrarse" en Heidegger*. Salamanca, España:  
Ediciones Universidad de Salamanca.

Redondo, S. P. (2001). *Experiencia de la vida y fenomenología de las lecciones de  
Friburgo de Martín Heidegger (1919-1923)*. Salamanca, España: Ediciones  
Universidad de Salamanca.

Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. México: Siglo XXI Editores.

Rivera, G. (2010). Apropiación de la finitud: Heidegger y el ser para la muerte.  
*En-claves del pensamiento, año IV, núm. 8*, julio-diciembre, pp. 61-74.

Roberts, E.A. (2013). *Diccionario etimológico indoeuropeo de la Lengua Española*.  
Madrid: Alianza Diccionarios.

Rodríguez, A. (2004). La diferencia entre cuerpo humano (Leib) y cuerpo físico  
(körper) en la 5ta. Meditación cartesiana de Husserl. *Filosofía: revista de  
postgrado de Filosofía de la Universidad de los Andes*, N°. 15-16, 31-46.

Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=2001422>

(consultada el 17-09-2019).

Rodríguez, R. (1997). *La transformación hermenéutica de la fenomenología.*

*Una interpretación de la obra temprana de Heidegger.* Madrid: Tecnos.

Santrock, J. W. (2007). *Temas de actualidad sobre el desarrollo de lo vivo.* New

York: Editorial Mc Graw Hill

Sanz P. M. (2017). *Fenomenología y enfermedad: aproximación al estudio de la experiencia patológica a la luz del «primer Heidegger».* (Tesis doctoral).

Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de filosofía y letras, Departamento de filosofía.

Sandelowski, M. (2019). *Qualitative Health Research Journals Sage.*

<http://qhr.sagepub.com/>

Sartre, JP. (1976). *El ser y la nada. Ensayo de ontología fenomenológica.* Buenos

Aires: Editorial Losada.

Savater, F. (1991). *Ética para Amador.* Barcelona: Editorial Ariel.

Savater, F. (1996). *La voluntad disculpada.* Madrid: Editorial Taurus.

Schleiermacher, F. (2019). *Teoría Hermenéutica completa.* Traducción de Martí,

M. Madrid: Instituto Juan Andrés de Comparatística y Globalización.

Schödringer, E. (1944). *What Is Life? The physical aspect of the living cell.*

London: Cambridge University Press.

Schopenhauer, A. (2005). *El mundo como voluntad y representación.* Vol. I, p.

501. Fondo de Barcelona: Cultura Económica, Círculo de Lectores.

Schopenhauer, A. (2008). *Parénesis y Paralipónema.* Vol. I. Madrid:

Editorial Trotta.

Schutz, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Sepúlveda S. JM. *Muerte digna y realidad asistencial en el entorno hospitalario*. (Tesis doctoral), Málaga: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga.

Servín, M. *Carta del 20 de octubre del 2002*. Morelia: Archivo de la Familia Herrera.

Shakespeare, W. (1962). *Macbeth. Obras Completas*. Madrid: Editorial Aguilar.

Sherr, CH J. (2000). The Pezcoller lecture: cancer cell cycles revisited. *Cancer Res.* 60: 3689-95. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10919634> (Consulta 24 octubre 2017)

Simic, Ch. (2015). *El monstruo ama su laberinto*. Madrid: Vaso Roto.

Simondon, G. (2011). *La individuación*. Buenos Aires: Editorial Cactus.

Siurana A. JC. (2005). *La idea de sujeto en la ética del discurso de Karl-Otto Apel aplicada al problema de las directrices anticipadas en el ámbito de la ética biomédica*. (Tesis doctoral). España: Universidad de Valencia, España.

Slack, J. (2014). *Genes. A Very short introduction*. London: Oxford University Press.

SECPAL-Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Guía de cuidados paliativos*. Recuperado de: <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf> (consultado el 14 noviembre 2017)

Solari, E. (2010). *La raíz de lo sagrado. Contribuciones de Zubiri a la filosofía de la religión*. Santiago de Chile: Ril Editores, Universidad Católica del Norte.

Sontag, S. (2015). *La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas*. España: Ediciones de bolsillo.

- Spinoza, B. (1996). *Ética demostrada según el orden geométrico. Parte IV, proposición LXVII*. México: Fondo de Cultura Económica
- Spinoza, B. *Internet Encyclopedia of Philosophy*. (2013).  
<http://www.iep.utm.edu/spinoza/> (consultado 22 de marzo 2018).
- Summer, J. (2003). The notion of nature in chemistry. *Stud. Hist. Phil. Sci.* 34; 705–736. Columbia: Department of Philosophy, University of South Carolina.
- Surós B.A. (2005). *Semiología médica y técnica exploratoria*. México: Elsevier-Masson.
- Svenaesus, F. (2009). *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health*. Sweden: Springer-Science+Business Media.
- Tepedino, N. (2000). Ética y Dasein: virtualidades y límites de Sein un Zeit de M. Heidegger para la reflexión filosófica sobre la ética. *Cuadernos Salmantinos de Filosofía, volumen 27*, 215-241.
- Thernstrom, T. (2012). *Las crónicas del dolor*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Toombs K. S. (1995). *Sufficient unto the Day: A Life with Multiple Sclerosis. Chronic Illness. From Experience to Policy*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Toombs, K. S. (2001). *Handbook of phenomenology and medicine*. Philosophy. Texas: Department, Baylor University. Editorial Springer Science+Business Media.
- Torralba R. F. (2005). *¿Qué es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Trsitán Engelhardt y John Harris*. Barcelona: Herder Editorial.
- Torres N. J. (1995). *Invitación a la lectura de la obra de Maturana. En:*

Humberto Maturana. *La realidad : ¿objetiva o construida? Fundamentos biológicos de la realidad*. Barcelona: Universidad Iberoamericana, ITESO, Editorial

Anthropos.

Udias, V. A. (2014). *De Arquímedes a Einstein*. San Diego, Ca: Editorial Síntesis.

Van der Meersch, M. (1978). *Cuerpos y almas*. Barcelona: Ediciones Plaza & Janes.

Villa S. A. (2008). La actualidad de lo real en Zubiri. *La lámpara de Diógenes*.

Vol. 9, núm. 16-17. Puebla: Recuperado de:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84412918006> (consultado 13 agosto 2017)

Wagner R. A. (1945). *Ontología fundamental de Heidegger. Su motivo y significación*. Buenos Aires: Editorial Losada.

Wittgenstein, L. (2003). *Tractatus logico-philosophicus*. Madrid: Alianza Editorial.

Wolfson, AH. (1934), *The Philosophy of Spinoza*. Massachusetts: Harvard University Press.

WHO-World Health Organization. (2018). *Technical paper: ethics of medicine and health*.

[http://applications.emro.who.int/docs/em\\_rc42\\_7\\_en.pdf](http://applications.emro.who.int/docs/em_rc42_7_en.pdf) (consulta el 29 enero 2018)

Xolocotzi Y. A. (2004). *Fenomenología de la vida fáctica. Heidegger y su camino a Ser y tiempo*. México: Plaza y Valdés Editores, Universidad Iberoamericana.

Zinser S. JW. (2008). *Encarnizamiento del paciente y abandono terapéutico*. En: Soberón, G. (comp.). *Muerte digna, una oportunidad real*. Secretaria de Salud. México: Comisión Nacional de Bioética.



Zubiri, X. (1896). *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza Editorial. Sociedad de Estudios y Publicaciones.

Zubiri, X. (1974). *Naturaleza, Historia, Dios*. Madrid: Edición sexta [paginación de la edición quinta]. Con el prólogo a la traducción inglesa (1980). Recuperado de: <http://www.zubiri.org/works/spanishworks/nhd/nhdcontents.htm> (consulta 20 enero 2020).

Zubiri, X. (1998). *Inteligencia sentiente. Inteligencia y realidad*. Madrid: Alianza Editorial. Fundación Xavier Zubiri.

Zubiri, X. (2006). *Dos sesiones del seminario Xavier Zubiri. Escritos Menores*. Madrid: Alianza Editorial. Fundación Xavier Zubiri.

Zubiri, X. (2006). *Utrum Deus Sit. Escritos menores (1953 –1983)*. Madrid: Alianza Editorial. Fundación Xavier Zubiri.