Imaginación y *posibilidad* en la toma de decisiones en salud

María Eugenia Somers
Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires
eusomers@gmail.com

En el presente trabajo me propongo conceptualizar las implicancias de las prácticas imaginativas en la toma de decisiones en salud. Si bien existe más de un método para esta toma de decisiones, tales como el "método clínico tradicional" y el "método deliberativo-narrativo" (Domingo Moratalla y Feito Grande, 2013), sostendré que independientemente del procedimiento que se adopte, la imaginación tiene un rol crucial. Por ejemplo, en el caso del método deliberativo-narrativo se pretende realizar una puesta en valor de las capacidades narrativas del profesional de la salud y el paciente involucradas en el proceso, resaltando así que estas se encuentran siempre presentes, pues la práctica es inherentemente narrativa y la imaginación cumple un rol central para la narración.

En vistas a este objetivo, esbozaré brevemente los pasos del método de toma de decisiones, haciendo especial énfasis en el *diagnóstico*, el *pronóstico* e *identificación de posibles cursos de acción*, recuperando para la exposición los aportes de la reciente "Sociología del diagnóstico" (Bianchi, 2018; Jutel, 2011). A continuación, haré uso de las contribuciones teóricas de Ricoeur ("La imaginación en el discurso y en la acción", 2008) y Frye (*La imaginación educada*, 2007) con los efectos de revisar los alcances de las prácticas imaginativas para, finalmente, reflexionar sobre la pregnancia del vínculo entre *imaginación* y *posibilidad* para el ámbito de la salud (Ryan, 2001).

I. Métodos para la toma de decisiones en salud

Es desde la Teoría de los Principios (también llamada "Principismo" o "Principialismo") que se busca sistematizar la toma de decisiones en el ámbito de la salud. En la primera formulación de su propuesta, *Principios de ética biomédica* (1979), Tom Beauchamp y James Childress incorporaron a su marco teórico conceptos centrales de las teorías éticas modernas, tales como la noción de *autonomía* de la perspectiva deontológica kantiana y el *cálculo hedonista* de la perspectiva utilitarista de Bentham y Mill.

Cabe mencionar que este proyecto no consiste en una articulación sin más de las principales teorías éticas de la historia occidental para que puedan ser usadas en el contexto

de las prácticas profesionales en salud. Por el contrario, surge como una crítica a la vaguedad y ambigüedad conceptual que las mismas presentan cuando se ponen en juego para el análisis y resolución de problemas y dilemas morales en situaciones concretas. En vistas a la elaboración de una teoría ética diseñada a medida del análisis que los conflictos morales en salud suponen, es decir, la "bioética", el deontologismo y el utilitarismo (entre otros) se han traducido en cuatro principios: no-maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía. A menos que algunos de estos principios entren en conflicto entre sí, deben poder cumplirse todos.

Teniendo en cuenta la Teoría de los Principios, entonces, se ofrece un marco teórico claro que permite a los profesionales de la salud identificar, analizar y resolver problemas morales, siguiendo una metodología para el análisis de casos: se comienza por el método clínico tradicional, es decir, se establecen el *diagnóstico* y el *pronóstico* de la situación. Luego, se describen todos los hechos del caso, para después poder enumerar los conflictos de valores en juego. Se realiza un listado de los valores más importantes involucrados en la toma de decisiones, para estar en condiciones de establecer los posibles cursos de acción y así, finalmente, elegir un *curso de acción*, que debe estar justificado éticamente.

La misma claridad y sistematicidad que es valorada en este método de toma de decisiones le ha valido de una serie de objeciones. La crítica principal es que ha sido seguido como una "receta", es decir, se han buscado decisiones correctas en sí mismas, ponderando la consistencia dentro de los parámetros del esquema: las condiciones, los valores y los principios, dejando de lado la identidad de lx paciente. Desde una bioética *narrativa* se persigue, en cambio, una decisión adecuada en el contexto de la vida de lx mismx.

Desde el punto de vista de esta otra perspectiva, para que la decisión sea la adecuada no se debe tomar en nombre de lx pacientx, ni se puede interpretar como algo objetivo. El camino a seguir es considerar qué curso de acción es el apropiado para esa persona, cuál se incorpora mejor a la narrativa de su vida y de qué manera este curso de acción va a permitir que su vida se desarrolle en una dirección deseable. En su trabajo, Domingo Moratalla y Feito Grande, expanden al primer método para la toma de decisiones en una propuesta deliberativo-narrativa que incorpora diez etapas en cuatro niveles.

A continuación se exponen los pasos de ambos métodos para poder ser comparados:

Métodos para la toma de decisiones en salud

Bioética principista: método clínico tradicional	Bioética narrativa: método deliberativo-narrativo
1° Método clínico tradicional (diagnóstico y pronóstico de la situación). 2° Hechos del caso. 3° Conflictos de valores en juego. 4° Valores importantes involucrados en la toma de decisiones. 5° Posibles cursos de acción. 6° Elección de curso de acción.	I. Deliberación sobre los hechos. 1°Presentación de un problema (Forma narrativa). 2° Análisis de los hechos. II. Deliberación sobre los valores. 3° Identificar los problemas morales implicados. 4° Identificar el problema fundamental. 5° Identificar los valores en conflicto. III. Deliberación sobre los deberes. 6° Identificar los cursos extremos de acción. 7° Identificar los cursos intermedios de acción. 8° Identificación del curso óptimo de acción. IV. Deliberación sobre las responsabilidades finales. 9° Pruebas de seguridad en la decisión. 10° Decisión final.

En palabras de Hall, quien realizó una lectura crítica del método deliberativo-narrativo en al artículo "La Bioética Narrativa como metodología de la ética aplicada" (2014), puede que desde el narrativismo se objete el uso de esta corriente para un sistema de pasos. De hecho, él mismo problematiza el paso II, la "deliberación de los valores", argumentando que "valor" puede ser entendido como "principio", es decir, como algo que se puede ponderar objetivamente y así, hay una regresión al método deductivo de la bioética principista (para el autor los valores son compromisos personales, no culturales). Sugiere reemplazar la terminología por "conflictos de la narrativa" (2014: 215).

No obstante, la ponderación del crítico es positiva y considera que este método "sirve para enfatizar la importancia de relatos narrativos a todos los niveles, a todas las etapas y a todas dimensiones de decisiones éticas desde la explicación del problema, hasta el análisis de los

hechos y el reconocimiento del entendimiento del problema por otras personas (sus narraciones), llegando a la imaginación de distintas opciones y finalmente a la examinación de la decisión por narrativas distintas." (2014: 216).

"La *imaginación* de distintas opciones". En varias oportunidades, Hall destaca el rol que la imaginación (¿de lx profesional, de lx paciente, de ambxs?) tiene en la toma de decisiones en salud. Se sugiere como uno de los aportes cruciales del horizonte narrativo a este respecto: porque está fundada en emociones, porque da lugar a lo nuevo y creativo, porque no se basa en protocolos y fórmulas preestablecidas.

Desde el punto de vista que se sostiene en este trabajo, es gracias a la imaginación que se pueden idear las distintas posibilidades. Sin embargo, no queda claro qué entienden lxs autorxs por "imaginación" ni por qué sería un rasgo exclusivo del momento III, el reconocimiento de distintos cursos de acción posibles. A continuación, se tratará de argumentar que las prácticas imaginativas están presentes desde el diagnóstico mismo y por lo tanto, ya implícitas en el método clínico tradicional.

II. El diagnóstico como objeto de estudio: hacia un abordaje sociológico-narrativo

Para la inauguradora de la reciente "Sociología del diagnóstico", Annemarie Jutel, "el momento del diagnóstico es crucial para la relación médico-paciente" (2011: 62). En pos de sostener esta premisa, en el tercer capítulo de su obra *Putting a name to it. Diagnosis in contemporary society* trae dos ideas del fenomenólogo del cuerpo y la medicina, Drew Leder (1990). La primera, es que es la incapacidad de lx paciente para interpretar la situación, es decir, lo que le pasa, lo que produce el encuentro clínico. Él, ella, elle, busca el poder explicativo del diagnóstico que le médicx está autorizadx a emitir (2011: 63). Podría decirse entonces que es la necesidad de un diagnóstico la que habilita la relación médico-paciente en primer lugar.

La segunda idea, es que unx pacientx va en busca de unx médicx y no de otra autoridad social, como un sacerdote, unx abogadx, etc., porque ya determinó que la causa de su malestar es médica y que sólo unx profesional de la salud puede darle sentido a su narrativa. Volviendo a Jutel, podría decirse que "la enfermedad es el relato que resulta cuando un individuo ve la interpretación en términos de salud y medicina. Por el contrario, el diagnóstico es la historia de la medicina, contada en el lenguaje de la enfermedad." (2011: 66).

Interpretación, poder explicativo, narrativa, historia y lenguaje. Como puede percibirse a partir de los lineamientos precedentes, las consideraciones de la Sociología del diagnóstico

entran en clara consonancia con un abordaje teórico narrativo del ámbito de la salud y resultan de interés para indagar las implicancias de las prácticas imaginativas en la toma de decisiones. Desde la Sociología del diagnóstico, se trata de reconocer y explicitar las funciones sociales del diagnóstico, más allá de las estrictamente clínicas. De la mano de Eugenia Bianchi (2018), referente de esta corriente en nuestro país, estas otras funciones tienen que ver con:

> "los efectos en las estadísticas y archivos de instituciones oficiales y de tipo clínico; en la realización de investigaciones, a través de protocolos de muestras y estudios; en la elección o posibilidades de tratamientos e intervenciones; en las estimaciones y predicciones para cuidados futuros; en las posibilidades de obtener trabajos, seguros o pensiones; en la planificación de políticas públicas de salud y epidemiológicas; en la distribución, asignación o recorte de recursos; y en el diseño y aplicación de estrategias de marketing farmacéutico, entre otras." (2018: 233).

Siguiendo a Rose (1996), Bianchi aclara que estas instancias con "relevancia diagnóstica" constan de dinámicas diferentes y por lo tanto, generan consecuencias diferentes entre sí, "lo que convierte al diagnóstico en lo que podríamos denominar una arena de conflictos entre actores, discursos, dispositivos, saberes, prácticas y tecnologías a los que el diagnóstico intersecta." (2018: 234). Esta aproximación al diagnóstico como objeto de estudio es necesariamente compleja y desde el punto de vista que se sostiene en el presente, concordante con un abordaje narrativista. A partir de este horizonte teórico, se logra dar cuenta de los efectos de estas variables en la toma de decisiones en la relación médico-paciente y viceversa: las consecuencias de las categorías diagnósticas en el entramado de la vida de lx paciente.

En un sentido amplio, podría afirmarse que el diagnóstico es una herramienta a partir de la que podemos pensar el padecimiento y el proceso de salud y enfermedad. Asimismo, tiene implicancias ideológicas, normaliza y colabora en la construcción de identidades (Bianchi, 2018; Jutel, 2011). En un sentido clínico, el diagnóstico puede ser entendido como una hoja de ruta: en primer lugar organiza la información, trata de proveer una explicación plausible, reconoce distintas opciones terapéuticas y realiza pronósticos. Otorga las "pistas" para abordar la enfermedad.

Para ponderar la utilidad del diagnóstico basta con idear un escenario en el que lxs profesionales de la salud no encuentran explicaciones médicas para los síntomas: no sólo no hay tratamiento terapéutico posible, sino que se cuestiona la credibilidad tanto de lx profesional, por su falta de habilidad, como la de lx paciente, ¿estará inventando su malestar?.

Independientemente de cómo se lidie con esta situación en el contexto de la clínica, no caben dudas de que la ausencia de un diagnóstico altera la relación médicx-paciente (Jutel, 2011: 15-16).

Por el contrario, la presencia de un diagnóstico genera dos consecuencias en un mismo movimiento: legitima el padecimiento de lx paciente como uno médico y otorga autoridad a lx profesional. Gracias al mismo, hay un curso de acción a seguir más claro para ambxs: se estructura la comunicación, se está en condiciones de pedir ayuda específica, de acceder a recursos en pos de tratar el malestar, de solicitar certificados que den cuenta del padecimiento, entre otros. No obstante, y como bien señala Jutel, el diagnóstico no sólo legitima, tiene también la capacidad de estigmatizar.

Como se mencionó con anterioridad, las categorías diagnósticas tienen la potestad de formar subjetividades y esto es porque *ponerle nombre* al sufrimiento, parafraseando la obra de Jutel, confiere a lx paciente de una nueva identidad. En un escenario ideal, el encuentro clínico se daría de la siguiente manera: lx médicx responde a la sintomatología de lx paciente tal y como se le es presentada, corroborando su consistencia fisiológica, contempla las posibles explicaciones para los síntomas y va descartando los que no le parecen adecuados. Desde su experticia, debería proponer varios diagnósticos, hasta que, de manera conjunta, lleguen a un acuerdo con lx paciente (2011: 64).

Jutel nos llama la atención sobre el hecho de que hay más de una narrativa en el proceso del diagnóstico: "la historia de lx paciente y lx médicx se yuxtaponen y se fusionan para que se materialice un diagnóstico. Los relatos de lx paciente, que surgen de su propia experiencia, cultura y consideración del papel de lx médicx, se transforman en relatos médicos al ser contados." (2011: 65). La narrativa de lx paciente da cuenta de su identidad social y la narrativa médica, institucional, científica, "presume la ausencia de la experiencia vivida" (2011: 66), es decir, otorga la objetividad que fundamenta la autoridad del diagnóstico.

III. Las prácticas imaginativas en la toma de decisiones en salud

Para que unx profesional pueda proponer más de un diagnóstico debe interpretar la narrativa de lx paciente, problematizarla y re-narrarla, es decir, legitimarla, en el lenguaje científico. Desde el punto de vista que se sostiene en este trabajo, esa interpretación implica que lx médicx ponga en juego sus capacidades narrativas, principalmente, la de la imaginación. Ofrecer distintas explicaciones plausibles de los síntomas que describe la persona implican el esfuerzo de imaginar concatenaciones de fenómenos alternativas que den lugar al malestar.

Lo que es más, estos escenarios deben ser concordantes con el modo en el que lx paciente auto-presenta su vida, es decir, con sus hábitos y también, con la fisiopatología que presente.

Siguiendo los lineamientos de Ricoeur en "La imaginación en el discurso y en la acción" (2008), podría afirmarse que en este momento de la toma de decisiones en salud, el número 1° en el método clínico tradicional y el 2° en el deliberativo narrativo, se practica la imaginación en el denominado "primer empleo". En este primer uso, la imaginación evoca arbitrariamente "cosas ausentes, pero existentes en otro lugar, sin que dicha evocación implique la confusión de la cosa ausente con las cosas presentes aquí y ahora" (2008: 102). Ricoeur se propone la empresa de explicitar la pluralidad de acepciones que la *imaginación*, entendida desde un punto de vista filosófico, puede tener. Cabe mencionar que encuentra que existe un consenso sobre cuatro usos posibles.

A diferencia de los otros tres modos tradicionales de emplear la imaginación, acá no se pretende hacer referencia a cosas ausentes pero inexistentes o ilusorias, la idea es estar en condiciones de dar cuenta de manera específica de las posibles causas del sufrimiento, esto es, evocar las causas pasadas. Más adelante en su derrotero, Ricoeur va concretando una definición de imaginación y sugiere que la misma consiste en "un libre juego con las posibilidades, en un estado de no compromiso con respecto al mundo de la percepción o de la acción. En este estado de no compromiso probamos ideas nuevas, valores nuevos, formas nuevas de estar en el mundo." (2008: 108).

Desde la perspectiva de este trabajo, es en este sentido que Hall piensa el rol de la imaginación de lxs profesionales y lxs pacientes en el método de toma de decisiones deliberativo-narrativo, cuando afirma que la misma se hace presente en el momento III, en la identificación de los cursos de acción posibles y la elección del curso adecuado para el contexto de la vida de unx paciente en particular. Luego de arribar a un diagnóstico, es decir, de explicar los síntomas, hay que poder predecir el desarrollo del estado de cosas y en razón de ese pronóstico, elegir un curso de acción a seguir.

Podría objetarse que los dos momentos en los que se reconoce el uso de prácticas imaginativas en el proceso de toma de decisiones en salud, el diagnóstico, postura sostenida en este trabajo y en la formulación de cursos de acción, propuesta de Hall, no estarían comprendidos en las nociones ricoeurianas. Luego de haber presentado todas las dimensiones que intersecta el proceso diagnóstico es difícil argumentar que pueda haber una invocación "arbitraria" de causas ahora ausentes o un "no compromiso" con "valores". Se expuso que el diagnóstico debe explicar un fenómeno, inspirándose en un relato y que el curso de acción

elegido debe ser coherente con el modo de ver la vida de lx paciente (sobre todo si, como Hall, entendemos a los valores como compromisos individuales).

No obstante, esta suspensión del correlato a causas o valores es condición de posibilidad del compromiso con los mismos. En *La imaginación educada* (2007), Frye sostiene que la función principal de la imaginación es "producir desde la sociedad en la que tenemos que vivir, una visión de la sociedad en la que nos gustaría vivir. Obviamente esta no puede ser una sociedad aparte, de modo que tenemos que ver como las dos se relacionan." (2007: 94). ¿Cómo se puede relacionar esta reflexión en relación a la toma de decisiones en salud?

Sobre todo teniendo en mente el planteo de cursos de acción alternativos, aunque el pronóstico sea trágico, se trata de que lx paciente sufra lo menos posible (por el principio de no-maleficencia). Parafraseando la propuesta de Frye, podría afirmarse que a partir de las condiciones de posibilidad explicitadas en el diagnóstico se busca construir el mejor camino posible con y para lx paciente. Pero para tener esa "visión" en primer lugar, resulta fundamental remontarse al origen del problema, especialmente cuando se trata de narrativas difíciles de traducir en términos clínicos: puede que en esa práctica imaginativa surjan variables omitidas en el relato, propuestas superadoras que lx paciente ni se atrevió a pensar para su vida, etc.

Esta interrupción (momentánea) del compromiso con las variables explicitadas puede remitir a la "capacidad de abrir y desplegar dimensiones nuevas de realidad, gracias a la suspensión de nuestra creencia en una descripción anterior" (2008: 108). Para Ricoeur, podemos ir de "la teoría a la acción" volviendo a narrar las acciones, "la primera manera según la cual el hombre trata de comprender y de dominar lo 'diverso' del campo práctico es procurándose una representación ficticia de él." (2008: 109). Esta puesta en valor de la redescripción de las acciones, del paso de la teoría a la acción remite en cierto modo al paso de "lo virtual a lo real".

En su *La narración como la realidad virtual*, Ryan (2004) sigue los lineamientos de Levy, para quien la noción de "virtual" no debe entenderse como sinónimo de "falso", sino como "potencia". Así comprendida, el paso de lo virtual a lo real no implica un proceso automatizado, sino creativo: es "mientras que la actualización es la invención de una solución concreta para responder a una determinada necesidad, la virtualización es el retorno desde la solución al problema original y o bien se busca una solución mejor o se buscan problemas resolubles con esa solución." (2004: 56).

Conclusiones

En el desarrollo de este trabajo se han expuesto, en primer lugar, dos métodos para la toma de decisiones en salud a partir de la comparación de sus pasos principales. Frente a las posturas que sostienen que el método deliberativo-narrativo introduce las competencias narrativas de lxs profesionales en las prácticas se trató de argumentar que las mismas se encuentran presentes desde el momento mismo del *diagnóstico* y que de él dependen el *pronóstico* y la propuesta y ponderación de *posibles cursos de acción*.

A continuación, se sostuvo que la Sociología del diagnóstico y la perspectiva narrativista comparten muchos de los supuestos sobre los que se articulan, por lo que puede proponerse un horizonte teórico basado en ambas perspectivas para abordar al diagnóstico como objeto de estudio. A partir de este enfoque, los efectos del diagnóstico pueden analizarse tanto en un sentido clínico, tradicional, como en un sentido más amplio, al considerarse como un fenómeno discursivo que intersecta diversos escenarios, actores e intereses, públicos y privados.

Finalmente, los esfuerzos teóricos se concentraron en explicitar de qué manera entran en juego las prácticas imaginativas en los pasos involucrados en la toma de decisiones, su vínculo con la noción de posibilidad y sus implicancias para el ámbito de la salud. No se trata de sugerir que lxs médicxs hagan uso de su imaginación para mejorar sus prácticas profesionales, sino de evidenciar que de qué modos y en qué momentos esto ya sucede. En palabras de Frye, "lo que hacemos es llevado a cabo por la imaginación" (2007: 90). En clara consonancia con los planteos ricoeurianos, en la imaginación es posible "ensayar" los cursos de acción posibles y "jugar" con las opciones que habilitan. *Pragma* y narración coinciden, ya que

> "la función del proyecto, orientado hacia el futuro, y la función del relato, orientado hacia el pasado, intercambian entonces sus esquemas y sus claves; el proyecto toma del relato su poder estructurante y el relato recibe del proyecto su capacidad de anticipación...la imaginación proporciona el medio, el claro luminoso, donde se pueden comparar, medir, motivos tan heterogéneos como los deseos y las exigencias éticas, tan diversas como las reglas profesionales, las costumbres sociales o los valores fuertemente personales." (2008: 111)

Bibliografía

Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (1999), *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona, Masson

Bianchi, E. (2018) Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 147-175. Disponible en: https://dx.doi.org/10.26864/pcs.v8.n2.11

Domingo Moratalla, T.; Feito Grande, L. (2013) *Bioética narrativa*, Madrid, Editorial Escolar y Mayo.

Frye, N. (2007) "La vocación de la elocuencia", *La imaginación educada*, Barcelona, Novogáfik

Hall, R. (2014) La Bioética Narrativa como metodología de la ética aplicada, *DILEMATA*, año 6 (2014), nº 16, 209-217

Halsema, A. y Slatman, J. (2017), The second-person perspective in narrative phenomenology, H. Fielding, & D. Olkowski (edit.), *Feminist Phenomenology Futures*, Indiana University Press, pp. 243-256.

Jutel, A. (2011) “What’s Wrong with Me? Diagnosis and the Patient-Doctor Relationship”, *Putting a name to it. Diagnosis in contemporary society*, Baltimore, Johns Hopkins University Press

Leder, D. (1990) Clinical interpretation: The hermeneutics of medicine. Theor Med Bioeth 11, 9–24. Disponible en:
https://doi.org/10.1007/BF00489234

Ricoeur, P. (2008) “La imaginación en el discurso y en la acción”, *Hermenéutica y acción. De la hermenéutica del texto a la hermenéutica de la acción*, Prelooker, M., Adúriz, L., Fomari, A., Gorlier, J., La Valle, M. T. (trad.), Buenos Aires, Prometeo

Ryan, Marie-Laure (2004) *La narración como realidad virtual La inmersión y la interactividad en la literatura y en los medios electrónicos*, Barcelona, Paidós