

# Los principios de la bioética en salud mental y psicoanálisis

*The Principles of Bioethic, in Mental Health and Psychoanalysis*

Por Pablo Fridman

---

## RESUMEN

Los principios de la Bioética merecen ser sometidos a las preguntas que surgen a partir de ser confrontados con los hallazgos de la práctica psicoanalítica. El instante de resolución de un hecho clínico controversial o de la pertinencia de una investigación, no pueden soslayar la dimensión subjetiva que se encuentra en juego, y la dimensión ética de la decisión singular, propia de la Ética del Psicoanálisis, la ética del uno por uno.

**Palabras clave:** Psicoanálisis - Ética - Subjetividad - Bioética - Deseo

## SUMMARY

The principles of the Bioethics deserve to be put under the questions that arise from being confronted with the findings of the psychoanalytic practice. The moment of resolution of a controversial clinical fact, or the pertinence of an investigation, they cannot avoid the subjective dimension that are in play, and the ethical dimension of this singular decision, own of the Ethics of the Psychoanalysis, the ethics of one by one.

**Keywords:** Psicoanálisis - Ethics - Subjectivity - Bioethic - Desire



Resulta bastante inexplorado el cruce discursivo entre bioética y salud mental, quizás por la juventud de ambas disciplinas, o por las múltiples derivaciones que surgen hacia el campo de la ética, la moral, o la deontología. También por lo infructífero que resulta de agotar esta compleja problemática en normativas morales (acuerdos o leyes), consejos acerca de cómo “vivir bien”. Sabemos que muchas veces, el peor autoritarismo es el de las “buenas intenciones”. En principio, y como punto de partida, no queda claro porqué habría una moral específica en el terreno de la salud mental. Y si esto es materia de la bioética, dado el campo que se le reconoce ligado a los dilemas clínicos que se presentan como obstáculos insalvables para la práctica científica.

Si bien los principios que se consideran clásicos de la bioética (autonomía, beneficencia -no maleficencia, justicia, calidad de vida), son muchas veces criticados como una visión anglo-sajona excesivamente esquemática, pueden servir aquí de punto de apoyo, para algunas reflexiones relativas a la salud mental y el psicoanálisis. Sin lugar a dudas, los problemas éticos de la clínica y la investigación exceden, con mucho, estos puntos de partida, y requieren también, de parámetros pormenorizados y exhaustivos, acordes a la importante complejidad que se encuentra en juego.

La bioética es el campo (una de las aplicaciones de la ética teórica), que se crea respecto de lo dilemático de una decisión o conclusión en determinada situación clínica, o del campo de

la investigación en salud. Cuando lo dilemático se presenta, se presentan varias respuestas posibles, y ninguna adquiere una determinada prioridad sobre las otras. “El dilema es una proposición disyuntiva en la que se afirman igualmente sus dos miembros” (Ferrater Mora, 1970, p. 118), cuando hay tres posibilidades se hable de trilema, en cuatro cuatrilema, etcétera. El principio es el mismo: no hay una síntesis. El dilema es un problema, donde cualquier solución posible constituye un nuevo problema.

La medicalización de la vida olvida que la vida que importa es “la que merece ser vivida”, y esto no se limita a la mera subsistencia de los órganos somáticos. La medicina transforma la condición carente, no firme (*infirmitas*) de la existencia humana, en enfermedad.

Como lo dice Giovanni Berlinguer, cada vez más se observa, a nivel epidemiológico, un desplazamiento de las enfermedades que se producen por contacto con la naturaleza, a las enfermedades que se producen por el contacto entre los propios seres humanos (Berlinguer, 2003). Las enfermedades que derivan del malestar que ocasiona la relación con el otro (y con el Otro), que no es lo supuestamente conocido del sí mismo. La globalización del mundo es un efecto derivado de la expansión de la técnica (aplicada a la expansión de los mercados). Crea la ilusión de una mayor proximidad entre los seres humanos, una mayor porosidad entre las fronteras, la intrusión en el otro, muchas veces la imposición de culturas, “vivimos más cerca que nunca el uno del otro” (Bauman, 2006, p.

---

26). Los equívocos de la palabra son los gestores del malentendido universal, y ésta cercanía genera nuevos problemas.

La concepción del cuerpo como una máquina que se descompone termina revelándose como una falsedad. Es el intento de producir una determinación artificial y forzada, para obtener un resultado mensurable. Por supuesto el resultado suele no ser el esperado, y la creencia en la máquina revela su inconsistencia. La multideterminación biológica, social, familiar, religiosa, filosófica, etcétera, del cuerpo no admite síntesis alguna. La medicalización de la vida hace de la cura del cuerpo una obligación, y transforma a los que se ocupan de atender la salud en “aliviadores” del dolor físico; desconociendo la enorme complejidad de la existencia humana. Se omite que la dimensión del dolor es, sin duda, mucho más amplia que la manifestación neurológica del daño del cuerpo (sin desconocer las consecuencias, que pueden ser masivas, de dicho dolor físico).

El cuerpo aparentemente sano (o lo que se reconoce como sano) es mudo, no produce molestias, no provoca síntomas, crea una cierta ilusión de inmortalidad. Es lo que Hans Gadamer ha llamado el “estado oculto de la salud” (Gadamer, 1996); un estado opuesto al cuerpo declarado como enfermo, que genera malestar, incomodidad, ruptura de la sensación ilusoria de libertad y de posibilidad. La demanda explícita que se le efectúa al médico, como concepción cultural imperante, es la de restablecer un orden natural

“sano”, desconociendo de ese modo que la intervención médica es siempre forzosamente artificial. El dolor del cuerpo es un signo inexacto del malestar del cuerpo, y siempre está atravesado por la dimensión inalienable de la valoración de lo propio. No se puede pedir objetividad allí. El valor positivo de la enfermedad es lo que, eventualmente, ella puede enseñarle al sujeto de sí mismo.

Lo que caracteriza a lo humano como tal es lo irrepitable de cada uno, lo único de la forma de vida propia, creencias, modos de soportar y sostener la existencia. Es a esto a lo que se refiere Emmanuel Levinas cuando señala “la humanidad misma” (Levinas, 2002, p. 21) de lo humano. Es la condición misma de lo irrepitable, la condición propia de la subjetividad, y es desde esta diferencia absoluta en que se establece el modo de lazo discursivo con los otros. Cabe agregar que eso “irrepitable”, ocurre más allá de la voluntad de las personas, y tiene que ver con lo irrepitable del encadenamiento de ideas que se produce en la asociación libre, y del modo de goce de cada quien. Lo irrepitable de cada sujeto es un resultado “a producirse”, no es natural, no es obvio, requiere un esfuerzo de producción, un dispositivo, y condiciones que lo permitan. Por ejemplo: frente a una amenaza inminente los márgenes de elección son escasos, generalmente se trata de evitar un daño inevitable; las opciones aparecen cuando los márgenes y las consecuencias no son tan claras.

## Éticas es elección

Si nos atenemos al rasgo singular de cada ser humano como tal, considerando que ello se produce en determinadas condiciones, que no se trata de una determinación natural, o cultural; entonces:

“...no puede haber ética general, sino solamente una ética de verdades singulares, luego entonces, una ética relativa a una situación” (Badiou, 2004, p. 18).

La ética definida así es la ética de la coyuntura del dilema ético, que contempla a cada situación en su irrepetibilidad, que por lo tanto, no puede proferir normas morales para todos por igual, que siempre en algún momento, (por más buenas intenciones que se detenten), terminan siendo autoritarias.

En ésta dimensión de la ética como acto único se puede captar mejor la famosa frase de John Keats: “La belleza es verdad; la verdad, belleza. Esto es todo lo que sabes sobre la tierra, todo lo que necesitas saber” (Keats, 1819). En la verdad, en la belleza, en el acto ético, se trata de lo singular, de lo irrepetible. De lo que tiene valor en un momento, en una situación, y sólo para esa situación.

Por estas razones, puede afirmarse que “hay ética donde hay elección” (Miller, 1990, p. 129), la elección siempre reconoce un marco, un límite de posibilidades, pero en ese marco (por más amplio o limitado que sea), es obligado ocupar una posición, definir un lugar, del que se es responsable.

También se debe destacar que dicha elección, para ser auténtica, no debe ser completamente determinada por ningún credo religioso, o dogma ideológico establecido, la elección particular puede tener sus referencias, pero se ubica siempre más allá de las convicciones compartidas. ¿Cómo podría, entonces, considerarse la elección de perder la vida por no amputar una pierna gangrenada por la diabetes, cuando las consecuencias de dicha amputación significan la pérdida del interés de seguir viviendo?

Confundir a la bioética con la ética en general, o con la moral profesional, es diluir la riqueza y la complejidad de los problemas que se presentan en este terreno, que derivan directamente del ejercicio de la práctica clínica en el amplio campo de la salud, y de las consecuencias no deseables de la investigación científica.

Como lo dice Jacques-Alain Miller, se trata de “demostrar que no hay clínica psicoanalítica sin ética” (Miller, 1983, p. 11), y también puede decirse que toda práctica clínica (se puede incluir aquí la clínica médica, psicológica, psicopedagógica, etcétera), en tanto la clínica supone un lazo subjetivo, explícito o no, supone una ética. La demostración no es especulativa, no únicamente teórica: es en acto, un acto propio e irrepetible. Se trata de hacerse cargo del acto, y de sus consecuencias. Dichas consecuencias no están predeterminadas, derivan del acto que las produjo, pero no pueden conocerse en su totalidad, ni siquiera anticiparse. El acto supone hacerse cargo de la incertidumbre de las consecuencias,

---

soportar lo impredecible. Esto no implica que, *a posteriori*, no se deba intervenir sobre estas consecuencias (de todas maneras eso es, sin dudas, un modo de hacerse cargo).

Y se debe explicitar aquí que se trata en verdad de un doble juicio ético: un primer juicio que se produce sobre una acción determinada, y un segundo juicio, ineludible, sobre la posición de quién la ha perpetrado.

“La ética consiste esencialmente (...) en un juicio sobre nuestra acción, haciendo la salvedad de que sólo tiene alcance en la medida en que la acción implicada en ella también entrañe o supuestamente entrañe un juicio, incluso implícito. La presencia del juicio de los dos lados es esencial a la estructura” (Lacan, 1988, p. 370).

La acción más evidente, incluso mecánica o aparentemente simple, supone una posición del que la ha ejecutado. No se puede escapar a éste doble juicio: sobre la acción, y también sobre el que la ha producido, por lo que puede decirse aquí que no hay acciones obvias, u objetivas.

Hay que establecer aquí una diferencia sustancial entre el clínico propiamente dicho: aquel que compromete en su acto una escucha y una decisión, de la que se hace responsable luego; del técnico burócrata que se basa en tildar ítems para administrar una técnica, técnica de la que es mero ejecutor, y de la que por lo tanto, no se hace responsable.

La práctica clínica de la salud se presenta siempre en algún momento inconsistente, y no necesariamente por faltas en el saber. Esto se debe a que es una praxis en la que encontramos inevitablemente situaciones que rondan el terreno del equívoco, de la paradoja de las buenas intenciones, de las ambigüedades relativas a “querer el bien”..., donde las fórmulas y recetas fracasan, o se muestran ineficaces de dar cuenta de la totalidad de las variables.

El origen de los Comités de bioética se produce a partir de un punto de detención (de *impasse*) del discurso médico-científico. Discurso que hasta ese momento, era suficiente para responder, o no responder, a los problemas que derivan de su práctica. Las respuestas que se sostenían desde esta posición a los dilemas bioéticos eran de tono “paternalista”. Por algún sortilegio académico, el agente de salud estaba más capacitado para resolver la vida del paciente que ¡el paciente mismo! Esta función ha remitido históricamente a una derivación de la responsabilidad subjetiva que le concierne a cada uno, a una figura de autoridad, que por fuerza debía ser infalible, en cuyas manos se deposita el destino propio, y la relación con la enfermedad y la muerte.

El establecimiento de un dispositivo interdisciplinario, pluralista, multidiscursivo, ha querido someter a debate aquellos *impasses* de la clínica, la docencia y la investigación. Se trata, indudablemente, de un dispositivo original, creativo, que pone en suspenso los saberes de cada uno, con los que

cada quién se inviste socialmente, de los cuales se obtiene habitualmente un cierto prestigio, para establecer un debate que ocurre en un mismo plano horizontal, que posibilita un cierto diálogo entre discursos. Es desde allí que se puede encontrar en un Comité de bioética a religiosos, científicos, filósofos, psicoanalistas y también vecinos de las instituciones asistenciales, pacientes o no. El espíritu de un debate diverso, heterogéneo, de donde pueden extraerse soluciones siempre provisionarias, de donde pueden formalizarse cuestiones y conclusiones que escapen a las normativas establecidas. Estas decisiones (no obligatorias), pueden contemplar la dimensión subjetiva en juego, es lo que permite a los Comités de bioética que puedan evitar “restaurar el sentido moral del Otro” (Miller y Laurent, 2005, p. 27). O sea emparchar los atolladeros de la moral en crisis.

Los Comités de bioética, y la bioética en general, no tienen por objetivo construir normas morales, ni procedimientos estándares en materia de moral, sino ampliar las posibilidades en casos particulares, que presentan cruces discursivos conflictivos. Los Comités de bioética no son tribunales de ética. En la bioética no hay objetividad, lo que no significa arbitrariedad del pensamiento. El Comité de bioética no es el lugar de la asociación libre, es el lugar del fundamento de lo que se sostiene como posición ética del evento dilemático.

## **El empuje a lo jurídico**

Como efecto de la proliferación de los juicios de mala praxis, que se constituyen en parte como respuesta a la omnipotencia de la medicina tradicional, y en parte a una “industria del juicio”, que vislumbra la posibilidad de un mercado del juicio profesional (donde no se calculan las consecuencias que dicha práctica podría tener en el ejercicio profesional mismo), surge como efecto una desconfianza mutua que genera la susceptibilidad de encontrar en el otro de la díada profesional-paciente, un enemigo potencial.

En algunos casos, se desvía, en la implementación de Comités de bioética legalistas, una tendencia no confesa hacia comités jurídicos larvados, o a veces semi-explícitos, que cierran el debate bioético por una salida acorde a “lo legal”, a la norma establecida. O sea, se clausura la posibilidad de un debate fecundo en casos controversiales por una solución jurídica, que no necesariamente plantea el interés subjetivo que ha generado la situación dilemática. ¿Porqué los jueces serían portadores de un saber para resolver casos, cuyo conflicto se centra en la irrupción de la condición subjetiva del paciente, o el profesional?

Si bien éste es un riesgo extendido, no por ello debe pasar desapercibido en el funcionamiento de los Comités de bioética, donde muchas veces el recurso a la forma obtura la posibilidad de un verdadero debate, o sea una discusión que no desmienta la transferencia que se instala inevitablemente en la relación entre el que busca un alivio a su malestar, y aquel que propone un tra-

---

tamiento para ese malestar. Cuando en la práctica del derecho se dice “dar a cada uno lo suyo”, ¿quién decide esto en los conflictos que implican la posición subjetiva de cada uno? ¿Quién puede leer las transferencias cruzadas que ocurren habitualmente en la clínica?

### **La responsabilidad**

Cuando nos referimos a la responsabilidad, debemos discernir con precisión si se trata de la responsabilidad jurídica, social, o subjetiva. En los tres casos se trata de dar respuestas, la palabra responsabilidad remite a esto: dar respuesta. Se reconoce como responsable a aquel que puede dar una respuesta. En el campo jurídico la respuesta es obligatoria, nadie puede aducir desconocer la ley que rige para todos, justamente por eso son muchas veces difíciles de detectar los límites y los alcances de la ley, concluyente en tanto predicación general, en ocasiones equívoca en su aplicación, razón por la cual la ley debe ser interpretada por aquellos que la aplican.

En el caso de la responsabilidad social, la obligación compulsiva se diluye, y compete aquí a la interpretación de cada uno, que se rige por los valores y condiciones de cada quién. Valores que necesitan inscripción y reconocimiento social, pero que también confortan íntimamente al ser realizados.

La responsabilidad subjetiva, en cambio, esta sostenida por el “sentimiento inconciente de culpa” (Freud, 1979, pp. 50-55), y es lo que permite que la

responsabilidad jurídica y la responsabilidad social tengan eficacia. El sentimiento inconciente de culpa es lo que permite que el castigo tenga alguna razón de ser. Sabemos que inoperante es cualquier forma de castigo (penal, religioso, moral, etcétera,) cuando el sentimiento de culpa no participa de la dimensión punitiva. Pero resulta paradójico que la satisfacción pulsional suponga una insatisfacción simultánea: el concepto de goce, como superposición del placer y el displacer, resulta indispensable para considerar desde una perspectiva no normatizante los dilemas bioéticos.

Según Freud, los sentimientos son concientes, excepto el sentimiento inconciente de culpa, alrededor del cual se organiza toda su segunda teoría en psicoanálisis. A partir de 1923 (“El yo y el ello”), los conceptos de superyó, masoquismo erógeno, resistencia terapéutica negativa, malestar en la cultura..., giran alrededor del sentimiento inconciente de culpa y la necesidad de castigo (Freud, 1979, pp. 50-55).

La paradoja es que el sentimiento de culpa es lo que produce también su propio padecimiento, desde la neurosis hasta la melancolía. Es el responsable de la patología de la responsabilidad ética (Miller, 1992, p. 72). El sentimiento inconciente de culpa es el fundamento mismo del lazo social. De ahí que el sujeto es siempre responsable. El sujeto es en sí mismo una respuesta al vacío de la culpa; es una respuesta en tanto está atravesado por el límite de su posibilidad, que en definitiva es el límite de su existencia. El concepto psicoanalítico de incon-

ciente plantea una situación paradójica respecto de la responsabilidad: ¿quién es responsable de la asociación libre? La respuesta de esa responsabilidad es el deseo que el sujeto despeja en su análisis, y de que modo dicho deseo se entrama con los otros. No hay deseo en soledad, y no hay deseo sin consecuencias para los otros. La responsabilidad subjetiva es soportar las consecuencias que devienen de la propia posición deseante, soportar los efectos del deseo. No se trata, por cierto, que exista una habilitación para hacer cualquier cosa (al modo de una libertad ingenua), sino de las consecuencias que implica la relación deseante con los otros. El sujeto, a través de un psicoanálisis, se hará responsable de su goce, implicado en su posición de deseo. Y se trata, también, de desplegar un deseo sin el lastre de la culpa.

De ahí lo que señala Lacan: “De nuestra posición de sujetos, somos siempre responsables” (Lacan, 1975, p. 837). Entonces, como lo dice Eric Laurent: “Al psicoanalista no le preocupa el ‘justo medio’ como ideal” (Laurent, 2004, p. 102), no se ubica a la justa distancia de los excesos, la solución por el deseo no tiende a una armonía del Todo.

Las soluciones de la bioética, son soluciones parciales, coyunturales, que apuntan a tomar en cuenta la singularidad del deseo de un sujeto, que eventualmente atraviesa su posición de paciente de un compromiso en su salud. Todo su recorrido en tanto paciente está atravesado por su posición subjetiva.

## **Autonomía versus beneficencia**

Uno de los puntos controversiales en nuestro campo es la tensión que se genera entre autonomía y beneficencia. ¿Cómo compatibilizar, si esto es posible, la decisión de los pacientes con la intención de “hacer el bien” del Equipo de salud?

El concepto de autonomía es extraído de la ética anglo-sajona, donde el criterio prevalente es el de la independencia de cada uno, y la justeza de respetar esta situación. Desde el psicoanálisis inspirado en Lacan, se cuestiona la “autonomía del yo”, como lo plantea la llamada “psicología del yo”. Desde una lectura freudiana, la constitución del yo se establece a partir de una compleja red de intervenciones familiares, culturales, sociales... Resulta difícil diferenciar que es propio del yo, y que se deriva de una trama múltiple de identificaciones, alienaciones al discurso del Otro en todas sus formas, evidentes o no.

La idea de autonomía en la práctica médica ha permitido una restricción del “paternalismo” benefactor, pero agrega otras dificultades: las que derivan de utilizar la autonomía como excusa para evitar la responsabilidad profesional inherente a la acción terapéutica. En este sentido la autonomía, cuando se la plantea como un absoluto en la decisión de los pacientes, puede ser funcional al ideal cínico que caracteriza nuestra época: “Que cada uno se las arregle como pueda”. Este ideal es funcional a tomar el cuerpo como objeto del mercado, es decir co-

---

mo mercancía. El cuerpo deja de ser un lugar de lo sagrado (como lo querían las religiones), y pasa a ser parte de la privatización total de la salud, de la venta legal o ilegal de órganos, de la distinción fáctica de una salud para ricos y otra para pobres..., etcétera.

La relación entre los principios de autonomía y beneficencia se complica aún más, cuando el paciente no quiere curarse. Parece obvio, pero no lo es tanto, que *no es obligatorio curarse*, pese a los mandatos sociales, culturales, religiosos... La cura, o el alivio, es una decisión que emana de la posición subjetiva de cada uno, y debe estar al abrigo de los ideales culturales, de presiones de toda índole, incluso en la supuesta “irresponsabilidad” de la psicosis. En efecto, el sujeto psicótico posee sus modos de expresión respecto de su necesidad de tratamiento, y esto no tiene nada que ver con lo que se pueda observar en el plano de los fenómenos. Existe una clínica sutil, minuciosa, que puede despejar, con la prudencia del caso, la verdadera posición del sujeto psicótico respecto de sus tratamientos, y su actitud deseante hacia la vida. Atender a la posición del psicótico desde una escucha sostenida y atenta, permite ubicar niveles de responsabilidad, que no son los de la atribución jurídica, y que son pertinentes a la clínica en transferencia. Es un deber ético de la clínica en general, y de la psicosis en particular, destacar la responsabilidad que se extrae de la experiencia del tratamiento, por sobre la determinación legal.

En la experiencia clínica, la verdadera autonomía no es someterse ciega-

mente a lo que el paciente exige, sino respetar, en la medida de lo posible, el goce de cada uno. No hay *una* forma de enfermar, ni tampoco *una* forma de tratamiento de la enfermedad, en la medida que eso conmueve los márgenes de la posibilidad.

### **¿Calidad de vida?**

El concepto de calidad de vida conlleva una serie de controversias. En principio, lo que se trata de rescatar es que no se trata de conservar la vida de cualquier modo. La sobrevida no es siempre sinónimo de bienestar, ni de satisfacción. Si bien parece ser obvio que la posición dominante en terreno de la salud es preservar la vida, no es tan obvio en que condiciones se establece dicha preservación.

El derecho a una “segunda opinión” debe ser preservado por los profesionales y por los pacientes. Es un modo de impedir (en alguna medida), el cierre de la dimensión subjetiva por el recurso a la autoridad.

Los ideales del que interviene en la salud no deberían ser los que determinen que modo de vida es conveniente. No es tan sencilla la respuesta cuando colisionan las decisiones de los pacientes, y los que los rodean. La calidad de vida de unos se ve afectada por las decisiones de otros, en una trama donde no puede haber neutralidad. Otra vez aquí no se trata del ideal de la “justa medida”, ni del “justo equilibrio”: lo que está en juego es la preservación de la condición subjetiva de cada uno, de lo irrepetible que hace a

la condición humana como tal. Estos son los elementos a evaluar al evitar culpabilizar a las familias de los pacientes, y al tomar decisiones relativas a externaciones, internaciones, decisiones que siempre implican cambios relevantes en la vida de las personas. El Ideal terapéutico puede adoptar muchas veces posiciones moralizantes y arbitrarias, por la vía de la piedad, o la lástima. Ningún paciente necesita de la conmiseración de un semejante, que en ese acto se ubica en un lugar de superioridad. Con cierta frecuencia, la vida enfrenta a situaciones límites, donde se cruzan los ideales de la moral, con lo precario de la existencia. Conviene no ponderar demasiado las morales prodigiosas.

Sabemos, también, el efecto devastador, exterminador, que ha tenido (en el régimen nazi, y en otros...) la ideología de impedir "la vida indigna de ser vivida" (Platen-Hallermund, 2007, p. 21), cuando es aplicada al otro. Los argumentos de conmiseración, de producir un alivio del supuesto malestar del prójimo, de una aparente conmoción por el sufrimiento del otro, no disimulan el odio por la diferencia, en su aspecto más radical.

Ante la idea de "cura" como restablecimiento del organismo "sano", es importante recuperar la acepción antigua de "cura" como *sorge* (ocupación, preocupación), que en alemán produce la palabra *besorge* (prestar atención, ocuparse con detenimiento en determinada cosa). Se trata de curar en tanto acompañar, incluso cuando no hay un tratamiento que revierta el proceso morboso (¡que devastadora es la

frase: ¡No hay nada que hacer!, que suele decirse cuando los recursos terapéuticos se han agotado). Acompañar significa también incluir a la muerte como un acontecimiento<sup>1</sup> de la vida. Y que cada uno pueda acceder a su propia muerte, la que siempre es un reflejo, una resonancia, de aquello que hubo en su vida.

El fácil y adecuado acceso a los tratamientos para preservar la salud no es una obligación, ni tampoco un imperativo cultural. En todo caso es un derecho que no puede desconocer la condición subjetiva donde se establece.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAUMAN, Z. (2006) *La sociedad sitiada*, p. 26, Ed. F. C. E., México, 2006.
- BADIOU, A. (2004) *La ética*, p. 18, Ed. Herder, México, 2004.
- BADIOU, A. (2000) *El Ser y el Acontecimiento*, Ed. Manantial, Buenos Aires, 2000.
- BERLINGUER, G. (2003) *Ética de la Salud*, p. 56, Ed. Lugar, Buenos Aires, 2003.
- FERRATER MORA, J. (1970) *Diccionario de filosofía abreviado*, p. 118, Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1980.
- FREUD, S. (1979) "El Yo y el Ello", *Obras Completas*, Vol. XIX, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1979.
- GADAMER, H.-G. (1996) *El estado oculto de la salud*, Ed. Gedisa, Barcelona 1996.
- KYATS, J. (1819) "Oda sobre una urna griega".
- LACAN, J. (1975) "La ciencia y la verdad", p. 837. En *Escritos 2*, Ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1988.
- LACAN, J. (1988) *El Seminario 7. La Ética del Psicoanálisis*, p. 370, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1988.
- LAURENT, E. (2004) *Los objetos de la pasión*, p. 102, Ed. Tres Haches, Buenos Aires, 2004.
- LEVINAS, E. (2002) *Algunas reflexiones sobre la filosofía del hitlerismo*, p. 21, Ed. F.C.E., Buenos Aires, 2002.
- MILLER, J.-A. (1983) *Dos dimensiones clínicas: Síntoma y Fantasma*, p. 11, Fundación del Campo Freudiano en Argentina, Buenos Aires, 1983.
- MILLER, J.-A. (1990) *Matemas I*, p. 129, Ed. Manantial, Buenos Aires, 1990.
- MILLER J.-A. (1992) "Patología de la ética", p. 72. En *Lógicas de la vida amorosa*, Ed. Manantial, Buenos Aires, 1992.
- MILLER J.-A. y LAURENT, E. (2005) *El Otro que no existe y sus comités de ética*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 2005.
- PLATEN-HALLERMUND, A. (2007) *Exterminio de enfermos mentales en la Alemania nazi*, p. 21, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 2007.

## NOTAS

<sup>1</sup>Acontecimiento como lo formaliza Alain Badiou, en *El Ser y el Acontecimiento* (Ed. Manantial); es decir como hecho relevante que produce un corte en el Otro, pero que se genera en el Otro (Badiou 2000).

## RESEÑA CURRICULAR DEL AUTOR

Psicoanalista. Especialista en Psiquiatría. Especialista en Salud Pública. Ex - Secretario del Comité de Bioética del Hospital Álvarez y Miembro de la Comisión Coordinadora de la Red de Comités de Bioética de los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Doctor en Medicina. Docente Autorizado del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA. Profesor Asociado a cargo de la materia Psicoanálisis II, en la Facultad de Psicología de la UADE. Vicepresidente de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL) y la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP).

E-Mail pfridman@ssdnet.com.ar