

# OPINIONES, DEBATES Y CONTROVERSIAS

## EL ENCUENTRO CLÍNICO DIALÓGICO, COMPRENSIVO Y ÉTICO COMO FUNDAMENTOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA

A comprehensive, ethical and dialogical approach as a medical practice base

### Resumen

El propósito fundacional de la medicina como práctica es el encuentro clínico dialógico y comprensivo entre el médico y el paciente con el propósito de aliviar las quejas del enfermo que busca ayuda. En su camino de tecnificación y especialización temática, la medicina empieza a ver el paciente como un objeto de estudio con el riesgo de desaparición de la persona. A través de la teoría filosófica de la hermenéutica se propone develar la práctica médica como una fusión de dos horizontes de vida disímiles, lograda por medio del diálogo fraternal entre el paciente y el médico, con el propósito de conseguir un mutuo entendimiento de la enfermedad y de tomar con prudencia la decisión recta y correcta que asegure el equilibrio del paciente.

**Palabras clave:** encuentro clínico, diálogo hermenéutico.

**Martínez-Betancur O.** El encuentro clínico dialógico, comprensivo y ético como fundamentos de la práctica médica. *Rev.Fac.Med.* 2008; 56: 262-269.

### Summary

The foundational purpose of medicine as medical practice, is the dialogical and interpretative clinical meeting between doctors and patients with the aim to heal the suffering of the ill men, the help-seeking party. As a consequence of the increasing technical and theoretic advances in medical specialities, medicine begins to see patients as a research object with the risk of the disappearance of patients as persons. With the aid of the philosophical theories of hermeneutics, it is proposed to unmask medical practice as the fusion of two dissimilar lifeworld horizons, obtained through the doctor-patient fraternal dialogue with the purpose to obtain a comprehensive disease understanding and to make with prudence the right decision that assures patient equilibrium in her lifeworld.

**Key words:** clinical meeting, hermeneutic dialogue.

**Martínez-Betancur O.** A comprehensive, ethical and dialogical approach as a medical practice base. *Rev.Fac.Med.* 2008; 56: 262-269.

## Introducción

Siempre que se pretende reflexionar sobre el quehacer médico desde las ciencias básicas médicas y desde el saber clínico especializado (ciencia médica aplicada), surge la limitación de ver el paciente como un objeto de investigación sobre el cual se posa la mirada libre de prejuicios del médico investigador en su búsqueda de la enfermedad como la verdad a descubrir, olvidando al enfermo como persona. Por otra parte, cuando se recurre a la compañía de las ciencias médicas básicas que hacen posible la comprensión de los fundamentos científicos de la medicina en la búsqueda de la realidad del cuerpo humano, siempre se corre el riesgo de reducir lo humano a lo biológico, estructural y funcional. Ni las ciencias básicas por sí mismas ni la especialización del conocimiento médico son suficientes para comprender los propósitos, valores, conciencia, reflexión y auto-determinación del ser humano aquejado de dolencias que lo inducen a buscar ayuda médica. El propósito de la medicina como medicina, debe trascender los propósitos de las ciencias básicas y del saber especializado, los cuales se encaminan primariamente a obtener conocimiento. La medicina no es únicamente ciencia sino práctica médica centrada en el encuentro clínico del enfermo con el médico, encuentro interpretativo a través del diálogo y la comprensión, con el objetivo de aliviar al paciente (1).

Desde la práctica médica, la diferencia de la medicina con las ciencias en que se sustenta, radica en la perspectiva unificadora y en los aspectos integradores de las concepciones de ayuda y curación que son específicos de la medicina y no de ninguna de las ciencias que hacen sus contribuciones. La medicina también abarca conocimientos de las humanidades, hasta el punto que se la considera una “disciplina humanística”, pero se distingue de otras disciplinas humanísticas por el fin práctico al cual sirve, ayuda y mitigación del sufrimiento causado por perturbaciones biopsicosociales. Así, la medicina como medicina, se define por su *telos*, una actividad práctica en la cual el encuentro clínico busca una acción de alivio y de ayuda, adecuada y correcta para el paciente individual. Así pues, se requiere una reflexión sobre la medicina como medicina, aparte de las ciencias básicas en que se sustentan sus contenidos, presupuestos y metodología. Se requiere una filosofía de la medicina que permita la reflexión crítica sobre la interacción humana en el encuentro clínico más allá del conocimiento científico de las ciencias básicas y de la teoría médica, que tome en consideración la complejidad y pluralidad de dichas interacciones, y cuyo dominio se centre en la forma en que los conceptos de las ciencias sustentadoras son matizados en forma diferente para cada caso en particular (1-4).

La filosofía de la medicina tiene su propia perspectiva, diferente de la perspectiva de la ciencia y aún de la medicina clínica. La postura filosófica seguida por Pellegrino y Thomasma (1 - 2), es que toda reflexión filosófica de la medicina debe desarrollarse a partir de lo que denominaron el “principio arquitectónico” de la práctica médica, la interacción médico paciente, la única relación que puede lograr ayudar a un paciente, puesto que está encaminada hacia el restablecimiento o la promoción de su salud. La filosofía de la medicina busca entender la naturaleza y los fenómenos del encuentro clínico concertado voluntariamente, visto como la interacción entre las personas necesitadas de ayuda de un tipo específico relacionado con la salud, la enfermedad, la muerte, el

deseo de prevención, alivio y curación, con otras personas que ofrecen ayuda por haber sido educadas cultural y socialmente como médicos para brindar alivio, sin distinguir las ciencias de las que proviene su aval de conocimientos, siempre que sean personas competentes para una relación de ayuda. Esta relación (más que relación, un vínculo) implica dos personas interactuando, un “evento interhumano” de mutuo consentimiento, cada una con su propia tradición sociocultural, una solicitando ayuda y otra ofreciéndola. La intersección de sus perspectivas del mundo de la vida junto con los valores de la medicina y de la ciencia, crea una matriz de escogencia de prioridades y opciones de alivio (1, 2, 5).

La práctica médica es un encuentro dialógico que se lleva a cabo entre médico y paciente con el objetivo de comprender y aliviar a quien está enfermo y busca ayuda (6). El dominio central de la investigación de la filosofía de la medicina es el encuentro clínico y, puesto que hay varias dimensiones para este acto central, Pellegrino piensa que no puede ser examinado adecuadamente por solo un método filosófico. Por estas razones, añade, el investigador debe emplear cualquier método filosófico, o combinación de métodos, que se ajusten al aspecto central de la filosofía de la medicina. Para él, la combinación más útil sería, “un realismo moderado... suplementado por la perspicacia de la fenomenología y el empirismo”, denominando a este filosofar ecléctico, como “ontología práctica” (3, 7, 8).

El propósito del presente trabajo es mostrar (desvelar), con base en la teoría filosófica de la hermenéutica de Hans-Georg Gadamer, el encuentro clínico del paciente con el médico, central a la práctica médica, como un evento dialógico comprensivo, llevado a cabo con la finalidad específica de aliviar al paciente.

### El encuentro clínico en la práctica médica

La mundanidad de la existencia humana para Heidegger, *ser en el mundo (Dasein)*, es conceptualizada resaltando varios aspectos pertenecientes a dicho ser y no a las cosas; por tanto, los denomina “existenciales”. Entre tales existenciales, se cuenta con la comprensión, un *a priori* de nuestro *ser en el mundo*, entendida como el encuentro del lugar propio y del significado del nuestro accionar en la estructura de patrones de significados intersubjetivos del mundo, estructura que se articula en el lenguaje. Por medio del lenguaje podemos pensar y hablar acerca del mundo y hacer lúcido su significado para nosotros mismos y para otros; se trata del movimiento de interpretación (hermenéutica) en el sentido de “excavar” los modos diferentes de lo que significa *ser en el mundo*, sin recurrir a ninguna metodología científica. Para Heidegger, comprender e interpretar en su sentido ontológico existencial resultan inseparables, puesto que comprendemos el mundo en tanto lo interpretamos. Para Gadamer, “el lenguaje es el medio universal en el que se realiza la comprensión misma. La forma de realización de la comprensión es la interpretación”. La hermenéutica de Gadamer debe ser entendida como procedente de una ontología del *ser en el mundo*, en la cual el lenguaje es el medio en el que se realiza la comprensión y donde se enfatiza comprender para una aplicación u objetivo especial de acción. De hecho, su deuda con la ontología de Heidegger se resume en su célebre frase “el ser que puede ser comprendido es lenguaje” (6, 9-12).

La pregunta no es si la práctica médica es hermenéutica sino en qué forma lo es. La práctica médica, además de un encuentro dialógico entre médico y paciente, también es comprensión e interpretación de porqué el paciente está enfermo, realizadas a través del lenguaje y con el objetivo de deliberar con el paciente, cuál debería ser la decisión más prudente que le diera el mejor alivio. Con Gadamer, podemos decir que la conversación que se lleva a cabo en el encuentro médico, es una conversación hermenéutica. En esta conversación, “la interpretación es un círculo encerrado en la dialéctica de pregunta y respuesta. Es una verdadera relación vital histórica, que se realiza en el medio del lenguaje” (9). La interpretación hermenéutica se aparta de un saber puro, de tal manera que la ciencia médica, esto es, la explicación científica y las técnicas biológicas para diagnóstico, pronóstico y curación, forman parte del encuentro clínico interpretativo siempre y cuando estén ancladas en la comprensión dialógica y favorezcan el entendimiento de la enfermedad; de lo contrario, no son medicina sino teoría médica aplicada. Lo que caracteriza el encuentro clínico de la práctica médica no es la asunción biológica del paciente como objeto de estudio, sino el deseo de compartir una misma comprensión de la enfermedad con el paciente (6). Sin embargo, esta comprensión mutua no es completa puesto que la relación del paciente, por más que sea con el médico, es una relación con un extraño, y porque se trata de una relación asimétrica en términos de perspectivas disímiles, que incluye desamparo, abandono, incapacidad, temor y minusvalía del paciente y la perspectiva del médico dada por su conocimiento, experiencia y misión de ayudar, en consonancia con sus virtudes morales e intelectuales. Desde la hermenéutica, este encuentro médico se sucede entre dos horizontes distantes del mundo de la vida, los cuales pueden acercarse a través del diálogo e imbricarse (“fusión de horizontes”) de tal manera que ambas partes vean aspectos del punto de vista de la otra parte, que redunde en una nueva comprensión más productiva de la enfermedad que aqueja al paciente, que los conduzca a la decisión terapéutica más prudente. En palabras de Gadamer, “esta fusión de horizontes que tiene lugar en la comprensión es el rendimiento genuino del lenguaje”. El extrañamiento del encuentro se resuelve con confianza entre los dialogantes y empatía por parte del médico, esa condición médica de intentar colocarse en la situación del paciente y de estar preparado para ampliar el horizonte de la propia tradición con la inclusión de las perspectivas del paciente (6, 11, 13).

El diálogo hermenéutico en el encuentro clínico se aparta del paternalismo de las relaciones profesionales en las que se enfatiza la experiencia autoritaria del médico que obliga al paciente a depender completamente de sus sabientes y expertas manos, vulnerando la autonomía del paciente al exigirle obediencia irrestricta a la autoridad médica (14). La filosofía del diálogo de Gadamer es la filosofía del disenso (13, 15). Un diálogo sólo es fructífero si ambas partes reconocen que pueden aprender uno del otro, y que, en el proceso de aprendizaje, pueden encontrar una verdad a la que ninguno de ellos tenía acceso antes. Según la idea paternalista, el médico es quien induce las decisiones del paciente. Gadamer hace referencia a Sócrates como el modelo de diálogo para la comunicación entre médico y paciente: “La productividad mayéutica del diálogo socrático, su arte de comadrona de la palabra, se orienta desde luego a las personas que constituyen sus compañeros de diálogo... Lo que sale en su verdad es el logos, que no es ni mío ni tuyo, y que por eso rebasa tan ampliamente la opinión subjetiva de los compañeros del diálogo que incluso el que lo conduce queda como el que no sabía. La dialéctica, como el arte de llevar una conversación, es al mismo tiempo el

arte de mirar juntos en la unidad de una intención, esto es, el arte de formar conceptos como elaboración de lo que se opinaba comúnmente” (9, 16). El diálogo auténtico transforma y amplía los horizontes de comprensión de los contertulios en el encuentro clínico, hasta el punto que la mutua comprensión que logran de la enfermedad al escucharse e interpelarse con “oído hermenéutico”, es mayor que la perspectiva del enfermo antes que buscara ayuda (17, 18). Pensar, escribe Gadamer, es “pensar juntos”, esto es, dialogar con otros pensantes y con los que piensan de otro modo.

La práctica médica es hermenéutica, puesto que el encuentro clínico dialógico entre médico y paciente está encaminado a conseguir un mutuo entendimiento de la enfermedad en y por medio del lenguaje. Gadamer tuvo la intención que su hermenéutica fuese una filosofía práctica en el sentido Aristotélico respecto a la conducta y finalidad éticas de los actos del hombre como individuo (19-21). El concepto griego de *phrónesis* es tematizado por Aristóteles en la *Ética Nicomaquea*, y es traducido como “razón práctica” y como “prudencia”: “La prudencia, hábito práctico verdadero, acompañado de razón, sobre las cosas buenas y malas para el hombre”; “La prudencia es la virtud de una parte del alma dotada de razón, de la que es apta para opinar” (22). Lo que la palabra “prudencia” implica en el encuentro clínico es la pregunta ética acerca de la acción terapéutica correcta y adecuada para un paciente en particular. Demanda considerar los valores del paciente y del médico, y contrasta la decisión de qué es lo que podría hacerse y qué debería hacerse en el caso de un paciente individual. En el umbral de la prudencia, médico y paciente se confrontan con variadas alternativas de decisión a escoger que pueden o no ser reconciliables (4).

La *phrónesis* o razón práctica, a diferencia de la pericia técnica de la práctica médica (*techne iatriké*) que tiene como finalidad producir alivio y bienestar en el paciente, no tiene finalidad instrumental más que su propia realización, es decir, es un fin en sí misma. En el Libro VI de la *Ética Nicomaquea* se lee: “De las cosas que pueden ser de otra manera, unas son del dominio del hacer, otras del obrar. El hacer y el obrar son cosas diferentes. Así, el hábito práctico acompañado de razón es distinto del hábito productivo acompañado de razón. Por lo cual no se contienen recíprocamente, pues ni el obrar es hacer ni el hacer, obrar” (22). En otros apartados del mismo texto, se lee: “Desde el momento que el hacer y el obrar son cosas distintas, es forzoso que el arte se refiera al hacer y no al obrar... El arte, es, queda dicho, cierto hábito productivo acompañado de razón verdadera”; “La prudencia es una virtud y no un arte”; y, “El acto moral es un fin en sí mismo, porque la buena acción es un fin”. Esto acarrea dificultades cuando se quiere hacer de la práctica médica una empresa moral en el sentido Aristotélico (23, 24). Sin embargo, no cabe duda que el razonamiento clínico respecto a pacientes individuales, a más de una práctica instrumental que requiere de experiencia y conocimiento, es una empresa moral que requiere *phrónesis*, entendida como un tipo de virtud interpretativa (4).

La *phrónesis* es la virtud básica de la hermenéutica y la marca del buen hermeneuta médico (*phrónimus*) quien sabe llegar, junto con el paciente, a la decisión de alivio más prudente para cada caso en particular. La *phrónesis* implica lograr una comprensión recta y correcta más no la fidelidad de la comprensión en la misma vía de las ciencias naturales. Ya argumentaba Aristóteles en su

*Ética Nicomaquea* (22), sobre lo diverso de la prudencia en contraste con lo necesario en la ciencia y respecto a la aplicación particular de la prudencia en contraste con la universalidad de la ciencia y de la generalidad de la política, así: "... lo que es objeto de la ciencia es demostrable, mientras que el arte y la prudencia conciernen a cosas que pueden ser de otra manera. Ni tampoco puede haber sabiduría de tales principios, pues lo propio del sabio es poder dar demostración de ciertas cosas". En el mismo texto se lee: "La prudencia es comúnmente entendida para denotar especialmente la que se aplica al individuo y a uno solo; y es ésta la que usurpa el nombre general de prudencia".

Aristóteles contrasta la *phrónesis* no solamente con la pericia en artes y oficios (*techne*) y con el conocimiento de la ciencia (*episteme*), sino también con el razonamiento teórico de la filosofía (*sophia*) y con la razón intuitiva (*nous*). Todas estas habilidades o excelencias son llamadas por Aristóteles virtudes intelectuales para distinguirlas de las virtudes morales. Sin embargo, para Aristóteles, debe haber una correspondencia entre las virtudes morales y las virtudes intelectuales, puesto que de lo contrario se daría la contraimagen natural de la *phrónesis*, el *deinós* u "hombre que ejerce su habilidad sin guiarse por un ser moral, y en consecuencia desarrolla su poder sin trabas ni orientación hacia fines morales" (9). Al respecto, Gadamer dice: "La tarea de la decisión moral es acertar con lo adecuado en una situación concreta, esto es, ver lo que en ella es correcto y hacerlo. También el que actúa moralmente tiene que echar mano de algo y elegir los medios adecuados, y su hacer tiene que estar guiado tan reflexivamente como el del artesano" (9). El énfasis en la *phrónesis* se da en el concepto de la "vida buena", tenida como un florecimiento feliz de la vida (*eudaimonia*) más no como una vida saludable. Ser *eudaimon* es florecer, hacer un éxito de la propia vida. Florecer es hacer bien ciertas cosas o de un modo excelente que conduzca a la felicidad, y todos escogemos qué hacer orientados al fin último que consideremos como una vida floreciente y feliz.

Hay más que salud en la "vida buena", y la *eudaimonia* puede lograrse aún para alguien no saludable. Entre las teorías de la "vida buena", la fenomenología es la que más posibilidades ofrece para elaborar el concepto de salud a restaurar o promover durante el encuentro médico. En esta línea de pensamiento, Gadamer analiza la salud y la enfermedad investigando las experiencias de estos estados en el diario vivir: "La salud es el ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez". Así, el análisis de la salud lo sitúa Gadamer en el nivel del "mundo de la vida" (patrón cultural de significados intersubjetivos precientíficos) y toma en consideración no únicamente la ausencia de enfermedad biológicamente detectable, ni un sentirse-a-sí mismo sano, sino también el *ser en el mundo* del paciente: "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" (16, 25-27).

El buen hermeneuta médico es *phronético* en muchos sentidos, tanto en el sentido de ser médicamente experimentado, en el sentido de su capacidad dialogante y en el sentido de reconocer al otro no solo como enfermo sino como amigo para quien desea lo justo y con quien se compromete de manera que es afectado con él y piensa con él (24, 28). Para determinar lo prudente a seguir

con un paciente en particular, el *phronimus* (hermeneuta médico) necesita alcanzar en el encuentro médico y a través del lenguaje, el entendimiento que el paciente tiene de su *estar en el mundo*, lo cual incluye la propia interpretación que el paciente tiene de su situación y sus deseos específicos concernientes con su estado presente de enfermedad. Así, el buen hermeneuta clínico, durante su interpretación, debe estar abierto al horizonte de vida del paciente y fusionarlo con sus propias reflexiones fundadas en su conocimiento, su experiencia y su juicio moral (9).

### Anotaciones finales

La crisis de la medicina actual se denota por el poco tiempo que dispone el médico para la conversación amigable con el paciente durante el encuentro clínico, por la creciente especialización de la teoría médica que ha llevado a fragmentar en especialidades clínicas el cuerpo del paciente sin que esto garantice ni un mejor entendimiento de las quejas del paciente ni un mayor alivio, y por la creciente imposición de fundamentar con exactitud científica toda pesquisa diagnóstica y decisión terapéutica. El giro conceptual ha sido hacia una medicina científica que se ha olvidado de la connotación dialógica, de entendimiento e interpretativa del sufrimiento del paciente, razón originaria del encuentro clínico. El riesgo que se corre es reducir al paciente a un objeto de estudio e investigación y la desaparición de la persona. La ciencia médica debe considerarse como una parte integrante del encuentro clínico interpretativo y no como el núcleo central de la práctica clínica; el énfasis debe hacerse en el encuentro clínico dialógico, comprensivo y ético, para lo cual la filosofía hermenéutica de Gadamer es inspiradora.

**Octavio Martínez Betancur**

*Profesor Asociado,  
Departamento de Medicina Interna,  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional de Colombia  
correspondencia: omartinezb@unal.edu.co*

### Referencias

1. **Pellegrino ED, Thomasma DC.** A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions. NY: Oxford University Press. 1981.
2. **Pellegrino ED.** What The Philosophy Of Medicine Is. *Theoretical Med Bioethics*. 1998; 19: 315-336.
3. **Stempsey WE.** The philosophy of medicine: Development of a discipline. *Med Health Care Philosophy*. 2004; 7: 243-251.
4. **Davis FD.** Phronesis, Clinical Reasoning, and Pellegrino's Philosophy of Medicine. *Theoretical Med*. 1997; 18: 173-175.
5. **Pagés A.** Al filo del pasado. Filosofía hermenéutica y transmisión cultural. Barcelona: Herder. 2006.

6. **Svenaesus F.** *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health. Steps Towards a Philosophy of Medical Practice.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 2000.
7. **Potter RL.** Current Trends in the Philosophy of Medicine. *Zygon.* 1991; 26: 259-276.
8. **Puustinen R.** The clinical encounter as the core of medicine. En: Evans M, Louhiala P, Puustinen R. *Philosophy for Medicine. Applications in a clinical context.* Oxford: Radcliffe Medical Press. 2004: 17-28.
9. **Gadamer HG.** El lenguaje como horizonte de una ontología hermenéutica. En: *Verdad y Método I.* Salamanca: Sígueme. 2001: 526-585.
10. **Gama LE.** Muchas perspectivas o un único horizonte. El problema de la interpretación en Nietzsche y Gadamer. En: Gutiérrez CB. *No hay hechos, sólo interpretaciones.* Bogotá: Universidad de los Andes. 2004: 3- 65.
11. **Svenaesus F.** Hermeneutics of Clinical Practice: The Question of Textuality. *Theoretical Med Bioethics.* 2000; 21: 171-189.
12. **Hellan PH.** The Scope of Hermeneutics in Natural Science. *Stud Hist Phil Sci.* 1998; 29: 273-298.
13. **Widdershoven GAM.** The doctor-patient relationship as a Gadamerian dialogue: A response to Arnason. *Med Health Care Philosophy.* 2000; 3: 25-27.
14. **Árnason V.** Gadamerian dialogue in the patient-professional interaction. *Med Health Care Philosophy.* 2000; 3: 17-23.
15. **Gutiérrez CB.** *Temas de filosofía hermenéutica. Conferencias y ensayos.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia – Universidad de los Andes. 2002.
16. **Gadamer HG.** *El estado oculto de la salud.* Barcelona: Gedisa. 1996.
17. **Gadamer HG.** *Acotaciones hermenéuticas.* Madrid: Trotta. 2002.
18. **Muñoz DM.** El Oído Hermenéutico. *Ideas y Valores.* 2002; 120: 15-24.
19. **Barnes J.** *Aristóteles.* Segunda edición. Madrid: Cátedra. 1993.
20. **Reale G.** *Introducción a Aristóteles.* Barcelona: Herder. 1992.
21. **Reale G, Antiseri D.** *Historia del Pensamiento Filosófico y Científico. Tomo Primero. Antigüedad y Edad Media.* Barcelona: Herder. 1991.
22. **Aristóteles.** *Libro VI. De la virtudes intelectuales. Ética Nicomaquea. Décima séptima edición.* Médico: Porrúa. 1998.
23. **Waring D.** Why The Practice Of Medicine Is Not A Phronetic Activity. *Theoretical Med Bioethics.* 2000; 21: 139-151.
24. **Hofman B.** Medicine as practical wisdom (phronesis). *Poiesis Prax.* 2002; 1: 135-149.
25. **Svenaesus F.** Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: The issue of Phronesis. *Theoretical Med.* 2003; 24: 407-431.
26. **Vessey D.** Introduction to Hans-Georg Gadamer's «Die Unfähigkeit sum Gespräch». *Continental Philoso Rev.* 2006; 39: 347-350.
27. **Holm S.** Hans-Georg Gadamer on mental illness – A critical review. *Med Health Care Philosophy.* 1998; 1: 275-277.
28. **Conill J.** *Ética hermenéutica.* Madrid: Tecnos. 2006.