

Reflexiones bioéticas decoloniales sobre la corporeidad en la educación médica

Eline Gomes de Araújo¹, Pedro Erginaldo Gontijo², Saulo Ferreira Feitosa¹, Carolina Albuquerque da Paz¹

1. Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru/PE, Brasil. 2. Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil.

Resumen

Este estudio reflexiona sobre la bioética decolonial en la educación médica, recorriendo las travesías del cuerpo como lugar para una formación humana, sensible y con compromisos éticos necesarios para una transformación social más justa y solidaria en América Latina. En una revisión narrativa se proponen tres reflexiones bioéticas sobre: la decolonialidad, la corporalidad y la formación médica. La formación de estudiantes de medicina implica la construcción de experiencias que puedan salvar la distancia hegemónica en la relación médico-paciente promovida por la supuesta neutralidad científica cartesiana, que tiene en sus mecanismos más profundos elementos de la colonialidad del poder y del saber. Proponer “corporeidades abiertas” dialoga con un cambio de paradigma hacia otro, cuya corporeidad relacional se centra en la atención de las necesidades dinámicas de salud de las poblaciones en su diversidad, la capacidad de afrontar desafíos y competencias dentro del sistema de salud desde una perspectiva bioética de la intervención.

Palabras clave: Bioética. Educación médica. Cuerpo humano. Decolonización.

Resumo

Reflexões bioéticas decoloniais sobre a corporeidade na educação médica

Este estudo propõe uma reflexão bioética decolonial na educação médica, passando pelos atravessamentos do corpo como lugar de uma formação humana sensível e com compromissos éticos necessários a uma transformação social mais justa e solidária na América Latina. Em revisão narrativa, são propostas reflexões bioéticas sobre decolonialidade, corporeidade e formação médica. A formação de estudantes em medicina implica a construção de um repertório de experiências de vida que possam aproximar o distanciamento hegemônico na relação médico-paciente, promovido pela pretensa neutralidade científica cartesiana, que tem em seus mecanismos mais profundos elementos da colonialidade do poder e do saber. Propor “corporeidades em abertura” dialoga com uma mudança de paradigma para um outro cuja corporeidade relacional é voltada ao cuidado das necessidades dinâmicas de saúde das populações em sua diversidade e à capacidade de lidar com desafios e potências dentro do sistema de saúde, numa perspectiva da bioética de intervenção.

Palavras-chave: Bioética. Educação médica. Corpo humano. Decolonialidade.

Abstract

Decolonial bioethical reflections on corporeality in medical education

This study proposes a decolonial bioethical reflection in medical education, going through the crossings of the body as a place for a human, sensitive training with ethical commitments necessary for a more just and supportive social transformation in Latin America. In a narrative review, three bioethical reflections are proposed: on decoloniality, on corporeality and on medical training. The training of students in medicine implies the construction of a repertoire of life experiences that can bridge the hegemonic distance existing in the doctor-patient relationship promoted by the alleged Cartesian scientific neutrality, which has in its deepest mechanisms elements of the coloniality of power and knowledge. Proposing ‘opening corporeities’ dialogues with a paradigm shift to another, whose relational corporeality is focused on caring for the dynamic health needs of populations in their diversity, the ability to deal with challenges and powers within the health system, from a bioethics perspective of intervention.

Keywords: Bioethics. Medical education. Human body. Decolonization.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La formación de cuidadores en salud en Brasil, incluida la de médicos y médicas, está directamente relacionada con el sistema público nacional de salud, el Sistema Único de Salud (SUS)^{1,2}, hecho que se expresa en la Constitución Federal de 1988 y en la Ley Orgánica de Salud, que relacionan la ordenación de la formación de recursos humanos para la salud como una atribución del SUS³. Este sistema involucra a las personas en su trabajo cotidiano, su vida, sus creencias religiosas y su diversidad de culturas en relación, no solo en los encuentros clínicos, sino también en las acciones de vigilancia de la salud, de gestión y control social. Este amplio diálogo genera, consecuentemente, una relación con el campo de la bioética.

Este artículo pretende ofrecer un análisis del papel de la bioética en la formación profesional médica, específicamente mediante una reflexión sobre la interfaz de la bioética de intervención con los estudios sobre la decolonialidad y la(s) corporeidad(es) en juego, además del modo en que estas (de)construcciones y desplazamientos conceptuales pueden influenciar, en la práctica, la relación médico-paciente de los estudiantes en formación.

La historia de la educación médica en Brasil se inició en 1808, con la llegada de la familia real al país, el establecimiento del curso médico-quirúrgico en febrero de ese año en Salvador-BA, y, en noviembre, en Río de Janeiro-RJ⁴. Desde el inicio, el modelo dominante de formación médica (modelo biomédico) ha centrado el proceso de enseñanza-aprendizaje en disciplinas especializadas y fragmentadas, con poco o ningún diálogo entre las diferentes asignaturas y con poca inclusión de enseñanza orientada al desarrollo integral de los estudiantes (competencias emocionales, sociales y humanísticas, por ejemplo)⁵. Esto hace que los médicos y médicas tengan dificultades para integrar conocimientos y desarrollar una práctica que satisfaga las necesidades de individuos y comunidades y que valore el sistema de salud.

En contraste, la educación médica contemporánea ha enfatizado la necesidad de formar profesionales con competencias que vayan más allá del dominio técnico y científico, estimulando en los estudiantes el compromiso social (formación ciudadana) y el compromiso con el desarrollo del SUS. Este cambio de perspectiva resulta de las necesidades específicas del SUS, a partir de movimientos nacionales y del control social a favor de una transformación en la formación médica³.

Así, con base en las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) para las carreras de medicina de 2001 y 2014, se incentiva el desarrollo de matrices curriculares innovadoras, que integren diferentes áreas del conocimiento a la formación médica⁵. A pesar de estos estímulos, la formación médica aún se basa en el modelo biomédico y hospitalocéntrico⁶, por lo que el SUS seguirá recibiendo médicos y médicas con formación inadecuada para su fortalecimiento.

Este estudio dialoga con la formación médica y la bioética, pero no se restringe a la enseñanza de la bioética en los currículos médicos, aunque se reconozca la importancia de esta inserción, especialmente cuando el enfoque va más allá de la bioética principialista de Beauchamp y Childress⁷. Esta perspectiva, criticada por varios autores, se revela insuficiente no solo como teoría con una base filosófica frágil⁸, sino también como un instrumento limitado para enfrentar los más diversos dilemas y situaciones de conflicto bioético en contextos de mayor vulnerabilidad social e histórica⁹⁻¹¹.

La bioética abarca la confluencia de varios conocimientos y busca discutir los desafíos, problemas y conflictos de numerosas esferas de la vida, en las relaciones interhumanas y con el medio ambiente, a la luz de los principios y valores morales^{12,13}. De carácter multidisciplinario, precisamente porque aborda problemas heterogéneos de la vida humana y del medio ambiente, en una complejidad cultural y científica, la bioética requiere diálogo con diferentes campos del conocimiento.

Para Silva y colaboradores¹⁴, las bioéticas latinoamericanas, al incluir paradigmas de la complejidad y la transdisciplinariedad en sus fundamentos, contribuyen, de hecho, a una propuesta de currículo médico que no se restrinja a una visión biomédica del cuerpo y de la realidad humana, haciendo uso de otros aspectos en los contextos de discusiones, tales como la dignidad humana y las (in)justicias sociales.

La bioética, por lo tanto, como campo de conocimiento multi, inter y transdisciplinario, no debe restringirse a una visión principialista en la formación médica, una vez que tal limitación resulta ineficaz, tanto para resolver los problemas de salud de la población —con pérdidas para el sistema de salud en su conjunto—, como para promover una relación más humana y satisfactoria entre quienes cuidan y quienes son cuidados.

La formación médica debe exigir repertorios más integrales para preparar adecuadamente a estos profesionales, ante una sociedad donde emergen cuestiones complejas, algunas nuevas, como el uso de la inteligencia artificial, así como problemas persistentes, como la violencia, las fobias de género, el machismo y el racismo.

Se habla, por lo tanto, de una relación más amplia en el campo bioético en interfaz con los estudios decoloniales, capaz de influenciar el aprendizaje de la medicina en Brasil. La forma de enseñar bioética no puede restringirse a un enfoque disciplinar, pues así se mantendría el paradigma de la modernidad eurocéntrica¹⁵ y los supuestos del cuerpo como propiedad, que sustentan la comprensión del sujeto moderno como poseedor de algo con y bajo lo cual puede negociar¹⁶. Esto refuerza un paradigma en el que existe una ciencia capaz de objetificar el cuerpo y de excluir su subjetividad de la producción de conocimiento.

Desde esta perspectiva biomédica de los cuerpos, aún predomina una idea reduccionista de la bioética como mera ética médica. Como diría Bellino¹², la bioética se diferencia de la ética de la ciencia, una vez que esta se inserta en aquella, pero sin reducirla. *Para él, la ética de la ciencia no puede agotar la bioética, porque el conocimiento, aunque es un valor importante, no es el único valor, ni el supremo, ni el absoluto*¹⁷.

Y, además, *la "ética científica" no solo niega la libertad y la responsabilidad del hombre, sino que, incluso si logra construir more geometrico como código normativo, su aplicación sería imposible y no garantizaría los resultados esperados. Querer restringir a priori la complejidad y la multiplicidad de las situaciones humanas bajo la legislación de algunos principios morales abstractos significa rechazar la condición histórica del hombre, su finitud*¹⁸.

Entendiendo la bioética como ética aplicada, un concepto teórico, sin embargo, puede no ser suficiente para comprender cómo se producen en la práctica los conflictos, aunque influya en nuestra forma de pensar y actuar en situaciones reales. Considerar la teoría de la decolonialidad aplicada a las vivencias prácticas puede añadir perspectivas a la formación, desestabilizando conceptos hegemónicamente preestablecidos en la formación médica y, en especial, en los enfoques bioéticos, y singularizando las corporeidades de los sujetos históricos en sus relaciones.

Primera reflexión: bioética y decolonialidad

La discusión sobre la colonialidad y los estudios decoloniales parece antigua, pero cobra fuerza en publicaciones de autores como Aimé Césaire¹⁹, Aníbal Quijano¹⁵, Walter Mignolo²⁰, Enrique Dussel²¹, Silvia Cusicanqui²². Esta última autora, por ejemplo, demuestra que los cuestionamientos del poder colonial comienzan mucho antes, entre los pueblos originarios —indígenas sometidos al proceso de colonización en América por los blancos europeos, y destaca Waman Poma de Ayala²³, cronista indígena, nacido en el Perú, como uno de los primeros en inspirar tal pensamiento y práctica—.

La colonialidad es un dispositivo complejo que nace con el colonialismo, pero perdura más allá de él, sustentando ideas relacionadas con el mito de la modernidad eurocéntrica, aun predominantemente hegemónica, incluyendo la diferencia colonial y la violencia originaria de la Modernidad —aspectos de esta misma discusión que pueden entenderse dentro de los estudios sobre la colonialidad²⁴—.

Cuando se trata específicamente del contexto de la salud, la colonialidad perpetúa aspectos que van desde el mantenimiento de la relación de desigualdad entre países centrales y periféricos hasta la concentración del ingreso, el desarrollo desigual de tecnologías orientadas al bienestar físico y emocional, y la valoración diferenciada de cuerpos y vidas en investigaciones científicas. Esto se refleja, por ejemplo, en las denuncias sobre el formato de investigaciones publicadas a principios del siglo XX²⁵.

En ese sentido, la bioética de intervención (BI) viene siendo estudiada por algunos autores como una bioética que tiene apertura y disponibilidad con herramientas para ser decolonial^{24,26}. Esto se fundamenta en principios como el paradigma de la complejidad, la característica de ser multi, inter y transdisciplinario, el pluralismo moral, la prerrogativa de los derechos humanos establecidos en la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos* (DUBDH) y la noción de corporeidad que guía a BI²⁷⁻²⁹.

La BI surgió entre las bioéticas latinoamericanas, en un momento propicio, marcado por la convergencia entre discusiones sobre injusticias en el continente y por la promulgación de la DUBDH^{27,30}.

Garrafa y Cruz²⁷ describen críticamente la historicidad de la BI en Brasil, situando su origen en los debates sobre la reforma sanitaria brasileña y la construcción del SUS. Esta trayectoria parte de una concepción de bioética “dura”, en la que el Estado debería asegurar políticas protectoras a los más vulnerables, evolucionando hacia una bioética que, desde sus orígenes, incorpora categorías como justicia, igualdad, equidad, vulnerabilidad y alteridad, entre otras. A lo largo de su maduración epistemológica, la BI también incorporó aspectos como la complejidad, la inclusión social, el empoderamiento, la corporeidad, el diálogo basado en la coherencia y la búsqueda de consenso, la emancipación y la liberación, hasta consolidarse en los conceptos de pluralismo bioético, interculturalidad y críticas al imperalismo moral y a la colonialidad.

Feitosa señala, en sus estudios sobre los territorios epistemológicos de la BI, que esta *se constituye en una propuesta pluriversalmente abierta para las interacciones intepistémicas con otros saberes que se ponen al servicio de los procesos de construcción de las autonomías*³¹. También propone la incorporación de elementos como la interculturalidad crítica, enfatizando la comprensión de la intervención como algo distinto de la interferencia, además de sugerir la inclusión de los derechos de la naturaleza y del sentipensar (emoción y razón integradas en la producción de conocimiento).

Para Garrafa y Feitosa, el papel de los formuladores de la BI fue fundamental, tanto por sus aportes teóricos como por su actuación práctica junto con la Sociedad Brasileña de Bioética y la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la Unesco, lo que resultó en la aprobación de la DUBDH, considerada hoy una conquista bioética mundial³¹. En una época en la que los derechos humanos aún no llegan a todos los seres humanos, la construcción militante de la BI, fuertemente vinculada a estos derechos, se configura también como una herramienta de lucha al lado de los más explotados y vulnerables de la(s) sociedad(es).

Segunda reflexión: bioética y corporeidad

La corporeidad es una noción abordada desde diferentes perspectivas teóricas, que, en general,

gana protagonismo en publicaciones de filosofía, ciencias sociales y antropología como un concepto que trata de huir del paradigma cartesiano de la modernidad, marcado por la separación mente-cuerpo, en el que el cuerpo fue relegado a un papel secundario en relación con la cognición —atribución que, según Quintero, se remonta a Descartes¹⁶. Discutir aquí la corporeidad implica volver a poner el (los) cuerpo(s) en escena, no como objeto de estudio y análisis, sino para que tengan visibilidad, voz y un lugar en el modo de ser comprendidos, de contar sus propias historias y revelar otras formas de ver, hacer ciencia y producir conocimiento.

La cuestión del bien como núcleo de la relación moral es un elemento fundador de las reflexiones éticas humanas. Para autores como Bellino, la novedad bioética está en el cuerpo, no en el “ser” en sí, sino en lo que ya no es más: *lo no concebido, el feto, el moribundo, el cuerpo y los órganos del difunto*³². Estas entidades ambiguas casi siempre están en juego en la bioética médica. Para este autor, al extender la discusión a las esferas ambiental y animal, trascendiendo lo humano y superando el punto de vista antropocéntrico, se ponen en cuestión categorías básicas de la ética, y la figura del “otro” es central en la relación moral.

Aquí, Bellino abre un amplio espacio para que las insurgencias decoloniales se manifiesten y se integren. La corporeidad, entonces, se coloca en el centro, en el ápice del debate bioético, invirtiendo en cierto modo la lógica de la razón bioética con esta consideración:

*(...) una de las tareas en la razón de la bioética es precisamente la de desenmascarar el carácter verbal y no real de la negación de algunos principios fundamentales de la ética. El trabajo filosófico, sobre todo en la ética, no consiste tanto en construir nuevos principios e inventar nuevos valores, sino más bien en hacer aflorar en la consciencia reflexiva lo que ya está presente en la consciencia no reflexiva, en hacer tema de lo que de todos modos permanece atemático, en señalar el límite de ciertas afirmaciones, en aclarar lo que se ha dicho de manera incorrecta y confusa, y en interpretar lo que aún no se ha dicho, pero que está presente y operante en la cultura de cada sociedad y en la consciencia humana*³³.

Cuando, en el período colonial, los cuerpos de los pueblos dominados de África y de América Latina fueron considerados “no humanos” o “sin

alma”, se convirtieron en víctimas de la expropiación de sus culturas e historicidades, y fueron relegados al lugar del “no ser” por el colonizador. Como nos advirtió Aimé Césaire:

*(...) entre colonizador y colonizado solo hay lugar para el trabajo forzado, la intimidación, la presión, la policía, los impuestos, el robo, la violación, la imposición cultural, el desprecio, la desconfianza, la morgue, la presunción, la grosería, las élites descerebradas y las masas envilecidas. Ningún contacto humano, sino relaciones de dominación y sumisión que transforman al hombre colonizador en peón, en capataz, en carcelero, en látigo, y al hombre nativo en instrumento de producción. Me toca a mí presentar una ecuación: colonización = cosificación*³⁴.

Al igual que la cultura de la Ilustración del siglo XVIII influyó en las ciencias biomédicas con el positivismo cartesiano, la filosofía tampoco quedó inmune. Por el contrario, en ese contexto se sentaron las bases de la filosofía moderna y trascendental, y solo en el siglo XX se percibió que la Ilustración *había parido la racionalidad instrumental antropocéntrica*³⁵, la cual respalda acciones morales de carácter exploratorio sobre las culturas dominadas y sobre la naturaleza.

Según Ruiz y Maciel, el empleo de máximas del saber kantiano por medio de la razón y del poder, como consecuencia de sus usos y aplicaciones, implicó un cambio fundamental en las relaciones morales:

*Este deslizamiento del saber hacia el poder, principalmente en la forma del beneficio útil, generó la matriz ética del narcisismo como dominio del otro, que legitima el interés individual como motor moral de todas las acciones. En esta ética, la aspiración al beneficio propio culmina en una especie de hedonismo naturalizado*³⁶.

Este es el escenario que se prolonga por siglos, hasta que nuevas producciones de conocimiento abran otras perspectivas. El lugar del cuerpo, lejos de la cognición, fue relegado a una zona bestial, inferior, no replicable y, por lo tanto, considerada no confiable. Para Nascimento, la historia de la modernidad occidental trajo para los cuerpos no blancos, no masculinos, no occidentales una corporeidad encarcelante de modo perverso, bajo los

escombros causados por el racismo y el patriarcado³⁷. Nascimento también señala a la BI como una bioética con potencial para prácticas y dispositivos decoloniales, destacando la discusión sobre la corporeidad como un aspecto esencial en el debate ético²⁴.

En uno de los artículos fundadores de la bioética de intervención, Garrafa y Porto³⁸ sitúan a la corporeidad como un marcador esencial de la teoría. Nacida de proposiciones latinoamericanas contra la hegemonía principalista norteamericana, la BI establece el cuerpo como concepto fundamental, por entender que es sobre el cuerpo que inciden las cuestiones éticas, es con él que los sujetos viven sus realidades concretas —como la pobreza— y es por medio de él que perciben el mundo y experimentan dolor o placer, en la complejidad somática corpórea. Los autores explican:

*La defensa del reconocimiento de la concreción humana que propugna la bioética de intervención se basa en la idea de que cualquier enfoque o dimensión desde la que se analice al ser humano estará basada a priori en el cuerpo humano; en las interpretaciones que el sentido común y cada área del conocimiento le atribuye. Como vehículo de la existencia física, es el universal obvio*³⁹.

Aunque no se limita a una base puramente fisiológica, el intento de identificar marcadores somáticos humanos esenciales y universales, con base en el dolor y en el placer, resulta una tarea compleja. Damásio ya había explicado, hace algún tiempo, que la emoción y la razón están intrínsecamente entrelazadas en las construcciones de nuestros mapas corporales de sensación y percepción, y sirven como bases neuroquímicas para la toma de decisiones, en la práctica⁴⁰⁻⁴².

Para Dukes y colaboradores⁴³, posiblemente estemos en la era del afectivismo, superando los paradigmas cognitivista y conductista. Según estos autores, *es importante destacar que las emociones no solo moldean la manera en que interpretamos el mundo, sino que también determinan qué aspectos de este demandan nuestra atención y cuáles pueden ser ignorados con seguridad; las emociones no solo se refieren a lo que es, sino sobre todo a lo que tiene relevancia*⁴³. Es en este lugar-cuerpo donde la experiencia debe ser vivida y sentida, preservando la integridad de los procesos corporales como fundamento de la acción reflexiva, incluso bioética.

Se relaciona con la experiencia, y con el saber de la experiencia, entendida como lo que nos sucede, con todas sus potencialidades de incertidumbre, de apertura a lo desconocido y de lo vivido de modo particular por cada sujeto. Para Larrosa Bondía,

*(...) el saber de la experiencia es un saber particular, subjetivo, relativo, contingente, personal. Si la experiencia no es lo que sucede, sino lo que nos sucede, dos personas, aunque se enfrenten al mismo acontecimiento, no hacen la misma experiencia. El acontecimiento es común, pero la experiencia es única para cada persona, singular y de algún modo imposible de repetirse. El saber de la experiencia es un saber que no puede separarse del individuo concreto en el que está encarnado. No está, como el conocimiento científico, fuera de nosotros, sino que solo tiene sentido en el modo en que configura una personalidad, un carácter, una sensibilidad o, en definitiva, una manera humana singular de estar en el mundo, que es a su vez una ética (una forma de actuar) y una estética (un estilo)*⁴⁴.

El encuentro clínico constituye también un lugar de experiencia. Como afirma Merhy⁴⁵, este *trabajo vivo en acto* en la salud se configura como un saber-hacer de los cuerpos, guiado por el encuentro entre dos (o más) y por lo emergente que de él resulta, incluidas las incertidumbres propias de ese momento. Esta experiencia del encuentro clínico se construye (o no) sobre vínculos y afectos, alimentando procesos de producción de salud-enfermedad y alcanzando otros universos de lo humano, a veces no directamente observables. En este lugar del trabajo productivo en salud, las concepciones de la salud —ya sea como un derecho o como una mercancía— influyen en nuestra mirada hacia los actos en salud y en el tipo de compromiso que guía las actitudes de los sujetos involucrados, en especial del trabajador de salud.

De modo análogo, las bases fundacionales de la modernidad eurocéntrica, sentadas en la colonialidad del poder y del saber y en la comprensión de los cuerpos negros y pobres como inferiores, influyen en los profesionales de la salud —y, en consecuencia, en aquellos en formación—, quienes tienden a movilizarse menos para invertir tiempo tanto en procesos educativos capaces de transformar la realidad salud-enfermedad como en la generación de vínculos que podrían potenciar e intensificar la relación de cuidado.

Sin embargo, el tema no puede tratarse de manera ingenua, ya que no se limita a una cuestión individual de la relación médico(a)-paciente. Es necesario considerar los factores macropolíticos que rigen e influyen en los sistemas de salud, marcados, desde el siglo XX, por la disputa entre el modelo neoliberal capitalista y el modelo propuesto por el movimiento brasileño de reforma sanitaria, de base marxista.

Como señala Larrosa, este modo de estar en el mundo como cuerpo —o, como sugiere Nascimento³⁷, corporeidad en apertura— constituye un (¿nuevo?) modo bioético, por tratarse de una situación práctica, aplicada al encuentro clínico en salud. Esa corporeidad en apertura se presenta como contrapunto a la visión de una corporeidad encarcelante, derivada de la idea de propiedad del cuerpo y sostenida por el sujeto moderno¹⁶.

Con base en el rescate de los procesos de resistencia y de reconstrucción de las tradiciones de los pueblos negros africanos por medio del candomblé, Nascimento destaca al menos dos aspectos relevantes que rompen con el paradigma de la modernidad colonial: la oralidad y la relación con la naturaleza. En la primera, la palabra puede ser cuerpo y el cuerpo puede ser palabra. Dice:

*La oralidad borra la distinción entre mente y cuerpo, que atribuye a la primera el “lugar” en el que la palabra tomaría existencia, teniendo el cuerpo solo la responsabilidad de externalizarla, ya sea en la escritura u oralmente. La oralidad nos lanza a un encuentro entre sujetos que también son cuerpos. Y, en este fenómeno, no solo el cuerpo entero habla, sino que también promueve un vínculo entre las personas comprometidas en el proceso de hablar y escuchar*³⁷.

Así, la oralidad establece un compromiso entre cuerpo, palabra y hablante: el que habla se involucra en las palabras que pronuncia y el que escucha se transforma a sí mismo al acoger en su interior a quien le dirige la palabra. La oralidad funciona como un mecanismo de construcción de una comunidad sostenida por el vínculo de la palabra, y esta colectividad no puede comprender solo como la suma de individuos que hablan o escuchan, sino por medio de los múltiples encuentros y de los muchos “entres” que tales encuentros promueven⁴⁶.

Al discutir el papel de la docencia y de las herramientas pedagógicas en la educación médica,

es posible referirse a las experiencias singulares de cada persona que habla y escucha en el aula, así como a cada encuentro práctico en la trayectoria de formación de un trabajador de la salud, desde la perspectiva de una grupalidad que se expresa y se reconoce mutuamente. El recurso de metáforas o la narración de historias puede funcionar como una estrategia de resignificación de lo vivido, para configurar un lugar de integración reflexiva que vaya más allá de lo meramente cognitivo. En este contexto, la oralidad se presenta como una invitación y un compromiso de un todo corporal integrado.

Para las comunidades de candomblé, las relaciones con la naturaleza representan un cuerpo *continuum* en una relación comunitaria, describiendo una corporeidad del cuidado (colectivo).

*(...) que sustenta tanto la idea de naturaleza como hogar o como medio ambiente es precisamente una separación entre el “yo” que representarían los humanos y un “otro”, que sería la naturaleza. Para los terreiros, la naturaleza es parte del gran nosotros que es el mundo comunitario presente en las cosmologías de los candomblés. Los terreiros entienden que hay un continuum en el mundo del cual nosotros y la naturaleza formamos parte, de modo que hablar de naturaleza es, también, hablar de nosotros mismos*⁴⁷.

Este mundo/naturaleza está, por lo tanto, siempre incorporado, siempre producido en el cuerpo, siempre hace el cuerpo. Se establece, ahí, una corporeidad del cuidado, configurada como una herramienta fundamental para enfrentar el historial de autoodio impuesto por el racismo a las personas negras en las sociedades. Detrás de este cuidado ecológico vive una corporeidad cuidadosa, que guía este modo de estar en el mundo, atravesado por una realidad que lo constituye³¹⁻⁴⁸.

Es el mismo autor quien indica que la bioética de intervención, basada en el dispositivo del diálogo, ofrece herramientas que resitúan la corporeidad en el centro del debate bioético, situando en juego los cuerpos²⁴. Garrafa y Cruz también sostienen que, además de los marcadores de dolor y placer, es en el cuerpo donde se manifiesta la realidad concreta de las personas, exponiendo sus relaciones con el entorno —ya sea en un contexto de vida cercano, vinculado a los derechos individuales que garantizan la supervivencia física y social, o en condiciones macrosociales relacionadas con la organización económica y social²⁷—.

Otras bioéticas latinoamericanas, como la bioética narrativa⁴⁹, también presentan propuestas contrahegemónicas, al situar lo singular y la realidad contextual en la experiencia narrada por la propia persona.

Tercera reflexión: bioética, cuerpo y arte en la educación médica

En Brasil, se han producido cambios importantes en las escuelas de medicina desde principios del siglo XX, aunque el debate sobre las insuficiencias de la formación es antiguo^{1,4}. La publicación de las nuevas DCN para los cursos de medicina, en el 2014⁵⁰, constituyó un hito inaugural dentro de un proyecto más amplio de transformación de la educación médica. Este cambio fue fuertemente influenciado por la implementación del Programa Mais Médicos en Brasil, estructurado en torno a tres ejes de acción, uno de ellos es la formación, que prevé la fundación de nuevas escuelas de medicina y la regulación de la formación con base en esta directriz.

Por tratarse de un programa orientado a ampliar el acceso de poblaciones que nunca habían contado con asistencia continua en el ámbito de la atención primaria de salud, especialmente por medio del eje de dotación de médicos(as), se centró en las necesidades de salud de la población dentro de sus territorios, lo que revela un gran potencial para promover un cambio estructural de carácter decolonial.

En este contexto, se pone de manifiesto el “valor” del cuerpo en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la formación médica en general y de las corporeidades en la construcción de saberes y potencias en cada relación en el encuentro clínico. Se retomarán, así, los siguientes aspectos considerados fundamentales para esta discusión en el campo de la educación en salud:

1. Situar el cuerpo y la corporeidad en el centro de los procesos de formación es una cuestión bioética, pues está directamente relacionada con los temas discutidos: la objetivación de los cuerpos por las ciencias modernas que, respaldadas en la colonialidad, hacen invisibles las subjetividades de estos cuerpos; y
2. Promover y valorizar iniciativas en la formación médica (y en otros campos de la salud) que desarrollen mecanismos capaces de romper con la colonialidad del saber y del poder por diversos caminos pedagógicos.

Entre las iniciativas en el ámbito curricular médico, la inclusión del arte y sus aportes como campo de conocimiento práctico se viene dando de manera singular a principios del siglo XXI. Aun considerando que la relación entre medicina y arte no es nueva y presenta diversas interfaces, es notable el enfoque atribuido a las llamadas “intervenciones basadas en el arte” en la formación profesional en salud⁵¹⁻⁵³. Cada vez más, la formación médica valoriza habilidades y actitudes que van más allá de los aspectos técnicos restringidos a la biomedicina, reconociendo que las competencias vinculadas a las dimensiones humanísticas de las relaciones interhumanas se reflejan positivamente en resultados prácticos de profesionalismo y liderazgo.

En algunas revisiones del tema, es posible encontrar diferentes estrategias del uso del arte en el enfoque de determinados contenidos pedagógicos, lo que dificulta la elaboración de revisiones amplias con resultados más focalizados, dada la gran heterogeneidad de intervenciones y de escenarios clínicos.

Osman, Eatott y Willson⁵¹ señalan la necesidad de estudios más específicos. Estas autoras también critican la falta de inclusión adecuada de artistas, que podrían contribuir de manera consistente, tanto en aspectos teóricos como en aplicaciones prácticas, de acuerdo con su formación en el campo de las artes. Esto demuestra cómo la medicina, como campo colonizado por la modernidad eurocéntrica, tiende a sobrevalorar sus propios saberes y excluir otros conocimientos que, históricamente, afectan y (de)construyen imaginarios, repertorios y experiencias estéticas, contribuyendo a la formación humana de modo transdisciplinario.

En Brasil, se pueden citar iniciativas interesantes en varias regiones, con enfoques variados en las carreras de medicina: Medical Education Empowered by Theater (MEET), de la Universidade Estadual de Campinas⁵⁴; Laboratório de Sensibilidades (Labsensi), en el curso de medicina de la Universidade Federal de Pernambuco, en Caruaru, campus Agreste⁵⁵; Laboratório de Sensibilidades, de la Universidade Federal de São Paulo, en Santos-SP⁵⁶; y Laboratórios de Sensibilidades y Devires (LSD), en Río de Janeiro, Universidade do Estado do Río de Janeiro, y Laboratório de Subjetividade e Corporeidade – CorporeiLabS, en Niterói-RJ⁵⁷.

Todas ellas recorren al campo de las artes para proponer experiencias, vivencias, discusiones, fruiciones y construcciones creativas que impactan

la forma tradicional de enseñar en salud y de formar cuidadores, destacando que existen otros caminos para la transformación y formación de competencias humanas y ciudadanas, que también pueden llamarse competencias bioéticas.

Es necesario señalar que la discusión sobre la corporeidad en la educación médica, cuando está guiada por la inclusión de campos transdisciplinarios del saber y orientada a una formación más cercana a las exigencias actuales de las DCN, debe necesariamente incluir el campo de las artes en su estructura. En ese sentido, no se trata de una inserción utilitaria, subordinada a una jerarquía que superficializa las relaciones entre los campos del saber, sino de valoración de las artes contemporáneas potencialmente decoloniales en el ámbito de la formación médica y sanitaria.

De la misma manera que diferentes campos del saber fueron colonizados en el proceso de modernización eurocéntrica, el arte y la estética también lo fueron, como destaca Mignolo⁵⁸ en su crítica de la colonización de la *aesthesis* por la estética. Al alejarse de una función meramente representativa para asumir un lugar de catarsis creativa, el autor identifica diferencias sensibles en las manifestaciones artísticas que exponen problemas contemporáneos por medio de performances e instalaciones que discuten el lugar del cuerpo negro, femenino y de las relaciones humanas en la sociedad. Estas intervenciones no permiten la indiferencia, y su papel central puede residir precisamente en potenciar, aprovechar y crear momentos de apertura para dejarse afectar por estos haceres-decires de cuerpos que problematizan la bioética de otro modo: desde sus realidades e historias de vida, transformando a sí mismos en arte decolonial materializado en el mundo.

Consideraciones finales

Las tres reflexiones propuestas permiten reflexionar sobre la formación médica no solo en términos de lo que se enseña o de lo que se considera como contenido teórico-práctico para la práctica médica, sino también en términos de cómo enseñar y conducir el proceso formativo. Bioética, decolonialidad, corporeidad y arte exploran así las fronteras de lo que una formación biopsicosocial puede ofrecer.

Los estudios decoloniales amplían la percepción de nuestro lugar en la matriz colonial y deben incorporarse a las reflexiones bioéticas que afrontan la diversidad cultural y conductual, abordan diversas culturas y comportamientos, en los desafíos cotidianos y emergentes de salud. La relación entre decolonialidad y bioética, específicamente la bioética de intervención, hace de este enfoque una herramienta potencial para impulsar los debates en la formación, centrándose en situaciones prácticas que puedan experimentar los estudiantes.

La corporeidad debe ser asumida como un eje fundamental en la enseñanza teórico-práctica de los estudiantes de salud, en especial de medicina, en estrecho diálogo con los procesos de toma de decisiones en salud, en la forma de tratar a los pacientes y en el ejercicio de la profesionalidad y el trabajo en equipo.

El arte y la bioética pueden ir de la mano en la formación de profesionales médicos, contribuyendo a nuevas (des)organizaciones de la corporeidad en los encuentros clínicos. La bioética, en su sentido más amplio, debe orientar toda la

formación médica. Entendiendo la bioética como transdisciplinaria y abierta al diálogo con diversos campos de saber, ella incorpora las contribuciones de las artes. Además, como se discute a lo largo de este artículo, la experiencia artística —ya sea por medio de la creación, la fruición, la preparación u otros caminos— debe dialogar con los diferentes universos de las corporeidades en cuestión, señalando formas singulares de percibir la experiencia en el mundo, capaces de afectarnos y de potenciar transformaciones internas, abordando superficialmente la decolonialidad como espacio de reflexión y práctica.

Parte del desafío radica en el hecho de que esta propuesta no opera como una receta, sino como una experiencia, y no es repetible ni automáticamente replicable. En cada contexto, al plantear las preguntas suscitadas en las tres reflexiones, se revela un abanico de desafíos, posibilidades y potencialidades. En cada organización, es necesario reconocer de qué manera la colonialidad permea las prácticas formativas y qué soluciones creativas se vuelven concretamente posibles.


Referencias

1. Batista NA, Vilela RQB, Batista SHSS. Educação médica no Brasil. São Paulo: Cortez; 2015.
2. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2004 [acceso 10 out 2024];14(1):41-65. DOI: 10.1590/S0103-73312004000100004
3. Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2002 [acceso 10 dez 2024];7(2):373-83. DOI: 10.1590/S1413-81232002000200016
4. Romano VF. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2005 [acceso 10 dez 2024];3(1). DOI: 10.1590/S1981-77462005000100016
5. Machado CDB, Wu A, Heinzle M. Educação médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. *Rev bras educ med* [Internet]. 2018 [acceso 10 dez 2024];42(4):66-73. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n4RB20180065
6. Matias MC, Verdi M, Finkler M. Instituintes e instituídos na formação médica: movimentos desencadeados pelo Programa Mais Médicos. *Saúde Debate* [Internet]. 2023 [acceso 10 dez 2024];47(138):504-15. DOI: 10.1590/0103-1104202313810
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 1979.
8. Clouser KD, Gert B. A critique of principlism. *J Med Philos* [Internet]. 1990 [acceso 10 out 2024];15(2):219-36. DOI: 10.1093/jmp/15.2.219
9. Garrafa V, Martorell LB, Nascimento WF. Críticas ao principlismo em bioética: perspectivas desde o Norte e desde o Sul. *Saúde Soc* [Internet]. 2016 [acceso 10 out 2024];25(2):442-51. DOI: 10.1590/S0104-12902016150801


10. Serodio A. Revisitando o principialismo: aplicações e insuficiências na abordagem dos problemas bioéticos nacionais. *Rev Bras Bioét* [Internet]. 2008 [acesso 10 out 2024];4(1-2):69-79. DOI: 10.26512/rbb.v4i1-2.7875
11. Figueiredo AM. Bioética: crítica ao principialismo, Constituição brasileira e princípio da dignidade humana. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2018 [acesso 11 set 2024];26(4):494-505. DOI: 10.1590/1983-80422018264267
12. Bellino F. Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru: Edusc; 1997.
13. Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012 [acesso 15 set 2024]. p.741-58. DOI: 10.7476/9788575413494
14. Silva VXL, Vieira VB, Feitosa SF. Complexidade e transdisciplinaridade no currículo médico comprometido com bioéticas latino-americanas. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2022 [acesso 10 out 2024];30(3):548-57. DOI: 10.1590/1983-80422022303548PT
15. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E, organizador. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais [Internet]. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO); 2005 [acesso 10 out 2024]. p. 117-42. Disponível: <https://bit.ly/46uMnBj>
16. Quintero CS. Propriedade do corpo: sujeito, direito e trabalho [tese] [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2017 [acesso 10 out 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4mXK6oh>
17. Bellino F. Op. cit., 1997. p. 49.
18. Bellino F. Op. cit., 1997. p. 50.
19. Césaire A. Discurso sobre o colonialismo. São Paulo: Veneta; 2020.
20. Mignolo WD. Histórias locais/Projetos globais: Colonialidade, saberes subalternos e pensamento liminar [Internet]. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2020 [acesso 10 out 2024]. Disponível: <https://bit.ly/46vFxvs>
21. Dussel E. 1492 – o encobrimento do outro: a origem do “mito da modernidade”. Conferências de Frankfurt [Internet]. Petrópolis: Vozes; 1993 [acesso 10 out 2024]. Disponível: <https://bit.ly/48gC19o>
22. Cusicanqui SR. Ch'ixinakax utxiwa: uma reflexão sobre práticas e discursos descolonizadores. São Paulo: N-1; 2021.
23. Böschemeier AGE, Quispe-Agnoli R, Greco L. Waman Poma de Ayala, um autor indígena do século XVII: questionando antropocentrismos no colonialoceno. *TECCOGS – Revista Digital Tecnologias Cognitivas* [Internet]. 2021 [acesso 10 dez 2023];(24):157-203. DOI: 10.23925/1984-3585.2021i24p157-182
24. Nascimento WF, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde Soc* [Internet]. 2011 [acesso 11 set 2023];20(2):287-99. DOI: 10.1590/S0104-12902011000200003
25. Beecher HK. Ethics and clinical research. *N Engl J Med* [Internet]. 1966 [acesso 10 set 2023];274(24):1354-60. DOI: 10.1056/NEJM196606162742405
26. Nascimento WF, Martorell LB. A bioética de intervenção em contextos descoloniais. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 10 nov 2023];21(3):423-31. Disponível: <https://bit.ly/4piezPe>
27. Garrafa V, Cruz E. Bioética de intervención: una agenda latinoamericana de re-territorialización epistemológica para la bioética. In: Pfeiffer ML, Castillo-Manchola C, editores. Manual de educación en bioética – fundamentar la bioética: conocimientos, valores y visiones desde América Latina y el Caribe [Internet]. Cidade do México: Universidad Nacional Autónoma de México/Unesco; 2022 [acesso 10 nov 2023]. p. 37-65. (volume 2). Disponível: <https://bit.ly/3HUQL3j>
28. Garrafa V. Apresentação: o novo conceito de bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia/Unesco; 2006. p. 9-15.
29. Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia/Unesco; 2006. p. 73-86.
30. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *Mundo Saúde* [Internet]. 2002 [acesso 10 nov 2024];26(1):6-15. Disponível: <https://bit.ly/47CSzbc>
31. Feitosa SF. O processo de territorialização epistemológica da Bioética de Intervenção: por uma prática bioética libertadora [tese] [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015 [acesso 10 nov 2024]. p. 6. DOI: 10.26512/2015.02.T.18950

32. Bellino F. Op. cit., 1997. p. 28.
33. Bellino F. Op. cit., 1997. p. 29.
34. Césaire A. Op. cit., 2020. p. 24.
35. Ruiz CB, Maciel JC. A ética do cuidado do outro e a bioética ambiental. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2020 [acesso 10 out 2024];28(3):440-8. DOI: 10.1590/1983-80422020283405
36. Ruiz CB, Maciel JC. Op. cit., 2020. p. 441.
37. Nascimento WF. Corporalidades em abertura: os candomblés e percursos da resistência incorporada. *Humanidades e Inovação* [Internet]. 2020 [acesso 10 nov 2023];7(25): 79-87. Disponível: <https://bit.ly/42qTyYO>
38. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2005 [acesso 11 set 2024];13(1):111-23. Disponível: <https://bit.ly/4pfHhQH>
39. Porto D, Garrafa V. Op. cit., 2005. p. 116-117.
40. Damásio A. O mistério da consciência. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
41. Damásio A. Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.
42. Damásio A, Carvalho GB. The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2013 [acesso 10 out 2023];14(2):143-52. DOI: 10.1038/nrn3403
43. Dukes D, Abrams K, Adolphs R, Ahmed ME, Beatty A, Berridge KC *et al.* The rise of affectivism. *Nat Hum Behav* [Internet]. 2021 [acesso 15 set 2024];5(7):816-20. DOI: 10.1038/s41562-021-01130-8. Tradução livre.
44. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev bras educ* [Internet]. 2002 [acesso 11 set 2024];(19):20-8. Disponível: <https://bit.ly/4nqZdGC>
45. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
46. Nascimento WF. Op. cit., 2020. p. 82.
47. Nascimento WF. Op. cit., 2020. p. 83.
48. Nascimento WF. Op. cit., 2020. p. 84.
49. Manchola C, Brazão E, Pulschen A, Santos M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acesso 10 out 2024];24(1):165-75. DOI: 10.1590/1983-80422016241118
50. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 8-11, 23 jun 2014 [acesso 10 out 2024]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/46oaFwI>
51. Osman M, Eacott B, Willson S. Arts-based interventions in healthcare education. *Med Humanit* [Internet]. 2018 [acesso 10 out 2023];44(1):28-33. DOI: 10.1136/medhum-2017-011233
52. Lake J, Jackson L, Hardman C. A fresh perspective on medical education: the lens of the arts. *Med Educ* [Internet]. 2015 [acesso 10 out 2023];49(8):759-72. DOI: 10.1111/medu.12768
53. Haidet P, Jarecke J, Adams NE, Stuckey HL, Green MJ, Shapiro D *et al.* A guiding framework to maximise the power of the arts in medical education: a systematic review and metasynthesis. *Med Educ* [Internet]. 2016 [acesso 10 out 2023];50(3):320-31. DOI: 10.1111/medu.12925
54. Carvalho Filho MA, Ledubino A, Frutuoso L, Wanderlei JS, Jaarsma D, Helmich E *et al.* Medical Education Empowered by Theater (MEET). *Acad Med* [Internet]. 2020 [acesso 10 out 2024];95(8):1191-200. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003271
55. Araújo EG, Paz CA, Melo LA. Pistas para um estudo do sensível. *Interritórios* [Internet]. 2020 [acesso 10 out 2023];6(10):393-414. DOI: 10.33052/inter.v6i10.244917
56. Henz AO, Rodrigues A, Capozzolo AA, Moreno HV, Baldo RC, Casetto SJ. Pactos do sensível. *Interritórios* [Internet]. 2019 [acesso 10 out 2023];5(9):140-54. DOI: 10.33052/inter.v5i9.243606
57. Rocha M, Santos ARC, Resende C. Polissemias do sensível: resistência e ethos na formação em saúde. *Interritórios* [Internet]. 2019 [acesso 10 out 2023];5(9):124-39. DOI: 10.33052/inter.v5i9.243599
58. Mignolo WD. Aisthesis decolonial. *Calle14* [Internet]. 2010 [acesso 10 out 2023];4(4):10-25. DOI: 10.14483/21450706.1224


Eline Gomes de Araújo – Doctora – eline.gomes@ufpe.br

 0000-0002-3013-7425


Pedro Egnardo Gontijo – Doctor – pedroegontijo@gmail.com

 0000-0001-8879-2783

Saulo Ferreira Feitosa – Doctor – saulo.ffeitosa@ufpe.br

 0000-0001-6360-0212

Carolina Albuquerque da Paz – Doctora – carolina.apaz@ufpe.br

 0000-0003-1997-0720

Correspondencia

Eline Gomes de Araújo – Rua Umbrana, 4. Indianópolis. CEP 55024-215. Caruaru/PE, Brasil.

Participación de los autores

Eline Gomes de Araújo participó en el diseño del estudio, revisión narrativa, redacción del manuscrito, revisión y redacción final. Carolina Albuquerque da Paz participó en el revisión narrativa, escritura de manuscritos y revisión crítica. Pedro Egnardo Gontijo participó en el reseña crítica y redacción final. Saulo Ferreira Feitosa participó en el revisión crítica. Todos los autores asumen la responsabilidad por la integridad del contenido.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 9.2.2025

Revisado: 13.8.2025

Aprobado: 15.8.2025