

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFÍA

DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA DEL DERECHO, MORAL Y
POLÍTICA II



UNA ÉTICA DE LAS PROFESIONES DESDE LA PRÁCTICA MÉDICA

TESIS DOCTORAL DE:

SANTIAGO ÁLVAREZ MONTERO

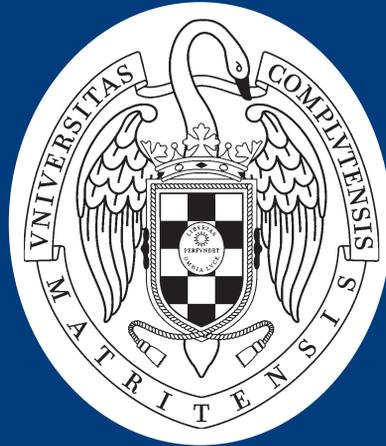
DIRIGIDA POR:

**GRACIANO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ-ARNÁIZ
JUAN CARLOS ÁLVAREZ PÉREZ**

Madrid, 2013

Universidad Complutense de Madrid

Facultad de Filosofía
Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política II
(Ética y Sociología)



UNA ÉTICA DE LAS PROFESIONES DESDE LA PRÁCTICA MÉDICA

Tesis para la obtención del Doctorado

Directores:

Prof. Dr. Graciano González Rodríguez-Arnáiz

Prof. Dr. Juan Carlos Álvarez Pérez

Autor:

Santiago Álvarez Montero

MADRID 2013

Tesis doctoral

**UNA ÉTICA DE LAS PROFESIONES
DESDE LA PRÁCTICA MÉDICA**

Santiago Álvarez Montero

Universidad Complutense de Madrid
Facultad de Filosofía
Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política II
(Ética y Sociología)

**UNA ÉTICA DE LAS PROFESIONES
DESDE LA PRÁCTICA MÉDICA**

Tesis para la obtención del Doctorado

Directores:

Prof. Dr. Graciano González Rodríguez-Arnáiz

Prof. Dr. Juan Carlos Álvarez Pérez

Autor:

Santiago Álvarez Montero

MADRID 2013

A toda mi familia,
a Paloma, mi mujer,
a mis hijas Clara y Paloma,
a mis padres
y al pequeño Lucas,
mi primer nieto.

SUMARIO

Agradecimientos	7
Resumen	9
Summary	25
Introducción: Aproximación a una ética de la profesión médica	39
1. Estructura de la investigación	41
2. El problema de la fundamentación y el método	61
PARTE I: LA FILOSOFÍA DE ZUBIRI Y SABER ESTAR EN LA REALIDAD	99
Capítulo 1: La noología de Zubiri desde la práctica clínica	103
1.1. Filosofía de Zubiri y perspectiva médica	105
1.2. Inteligencia y realidad	111
1.3. Inteligencia y logos	132
1.4. Inteligencia y razón	165
1.5. La unidad de la intelección	210
Capítulo 2: La dimensión moral humana	217
2.1. El acto volitivo	221
2.2. Dimensión tendente de la volición	230
2.3. El problema de la libertad	244
2.4. Dimensión preferencial de la volición	263
2.5. El problema del bien y del mal	267
2.6. Dimensión fuente de la volición	284
2.7. El problema de la justificación	294
2.8. Sentimiento, inteligencia y volición	304

PARTE II: UNA ÉTICA DE LAS PROFESIONES DESDE LA MEDICINA	307
Capítulo 3: Ética formal de bienes	313
3.1. Estimación y valoración	322
3.2. Razón y método	329
Capítulo 4: Ética de las profesiones	371
4.1. Aproximación histórica y sociológica	374
4.2. Paradojas del término “profesional”	379
4.3. Hacia un concepto de profesión	384
4.4. Validez ética y profesiones	391
4.5. Ética aplicada y ética de las profesiones	397
4.6. Un concepto de ética de las profesiones	403
4.7. Métodos de la ética aplicada	413
Capítulo 5: Ética para médicos	425
5.1. Los referentes éticos	431
5.2. Esbozo	439
5.2.1. Los principios	441
5.2.2. Las competencias éticas	449
5.3. Indicadores del desempeño	495
5.4. La deliberación y aplicación del esbozo	503
5.5. Momentos clave en la práctica médica	507
CONCLUSIONES	537
BIBLIOGRAFÍA	561
ANEXO: UNA REVISIÓN DE LA HISTORIA DE LA ÉTICA MÉDICA	583
ÍNDICE GENERAL	687

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento para todas las personas e instituciones que han hecho posible este trabajo:

A la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas, donde tuve la oportunidad de realizar el Master de Bioética con los entonces directores del mismo: el Prof. Dr. Juan Carlos Álvarez y el Prof. Dr. Juan Masiá.

Agradezco la beca Javier Gafo, concedida para la realización de esta tesis por la cátedra mencionada arriba, siendo director en ese momento el Prof. Dr. Javier de la Torre.

Al Prof. Dr. Carlos Pose su labor de tutoría durante el seminario de Introducción a la Filosofía de Xavier Zubiri, realizado a través de la Fundación Ciencias de la Salud, presidida por el Prof. Dr. Diego Gracia, así como a su apoyo inestimable en la revisión de este trabajo.

A los directores de esta tesis, sin los cuales no hubiera sido posible la misma.

A Clara Álvarez Rodríguez, por su apoyo en la revisión de las citas y la bibliografía.

A todos los que me han animado en todo momento, especialmente a Paloma, mi mujer, y a mis hijas Clara y Paloma, que siempre han estado ahí pacientemente.

A mi padre, que en su momento me infundió la vocación por la medicina, por su bondad e inteligencia, así como por su forma de ser rigurosa y honesta profesionalmente.

A todos, muchas gracias.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La práctica de la medicina se ha transformado en las últimas décadas, llegando a ser sumamente problemática. Una de las cuestiones a las que se enfrentan los médicos es la de cómo orientar la vida profesional en su conjunto, más allá de los problemas éticos concretos ante determinados casos.

En un contexto de pluralidad de perspectivas éticas, esta tarea se ha realizado desde una fundamentación basada en la obra de Xavier Zubiri por las siguientes razones: construye su obra filosófica desde un contexto histórico próximo al de la medicina actual; su gran conocimiento de la historia de la filosofía y de la historia de las ciencias de la naturaleza lo sitúa entre la mentalidad filosófica y la mentalidad científica; metodológicamente, se ciñe a datos y hechos concretos; proporciona una perspectiva de la realidad, del sentir, del inteligir y de la estructura moral humana, de utilidad para dar respuesta a la cuestión arriba planteada; en su obra se basan algunas de las propuestas de fundamentación ética más fructíferas que han surgido en los últimos años, como la desarrollada por Diego Gracia.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es el de la elaboración de una ética de las profesiones desde la práctica médica.

En la Parte I del trabajo se realiza una indagación orientada a identificar aquellos aspectos de la filosofía de Zubiri que pueden tener una mayor significación para una fundamentación de la misma. En el Capítulo 1 y 2 se hace una revisión de la filosofía del inteligir y de la volición humanas de Xavier Zubiri, con el fin de ver en qué medida abren nuevas posibilidades al ejercicio médico. Aquí no se busca hacer filosofía de la medicina, sino explorar si es posible hacer mejor medicina con ayuda de la filosofía.

En la Parte II, se revisa la “ética formal de bienes”, de Diego Gracia, como desarrollo práctico de la filosofía de Zubiri (Capítulo 3), con el fin de identificar

elementos utilidad para la fundamentación y el método de una ética de las profesiones.

Posteriormente, se busca una reformulación de los conceptos de profesión y de ética de las profesiones (Capítulo 4). Finalmente, se elabora una propuesta de ética de las profesiones desde la práctica médica, que se ha denominado *Ética para médicos* (Capítulo 5). Como Anexo, se presenta una revisión de la historia de la ética desde categorías proporcionadas por la filosofía de Xavier Zubiri, en la que se señalan elementos de la tradición médica que han sido de gran relevancia para la elaboración de este estudio.

RESULTADOS

Saber estar en la realidad.

El pensamiento de Zubiri desarrolla una metafísica en torno a la inteligencia, los sentimientos y la volición humanos. En su análisis muestra que lo radical en el inteligir humano no es la comprensión conceptiva del ser, tal como lo ha entendido la tradición filosófica occidental, sino el sentido de realidad. Este aprehender realidad es el acto elemental y radical de la inteligencia humana. En él, sentir e inteligir no son dos actos numéricamente distintos, sino dos momentos de un solo acto de aprehensión de lo real. La realidad queda formalmente en la aprehensión como algo otro presente. Zubiri la presenta como *principio*, en sentido de “fundamento”, no como comienzo o principio lógico, sino como algo realizándose desde sí mismo, en y por sí mismo.

La intelección tiene tres modalidades: aprehensión primordial de la realidad, logos y razón. *La modalidad primaria y radical de inteligir es la aprehensión primordial de la realidad.* En el caso de la enfermedad, ésta se presenta en modo de algo perjudicial, que el paciente intelige de forma directa, inmediata y unitaria como real. La verdad sin error que trae a menudo consigo el paciente es que se siente realmente mal.

La segunda modalidad de la intelección es el logos, por el que la cosa se aprehende diferenciadamente “entre” otras, como estar sano o estar enfermo. Esto se aprende en una determinada zona de lo que podemos abarcar impresivamente como real, denominada *campo de la realidad*, que en la práctica clínica es algo modificable y de gran relevancia, pues fuera del campo pueden quedar realidades significativas, perdiéndose posibilidades diagnósticas y terapéuticas, así como

contribuyendo a una práctica médica deshumanizada. El encuentro clínico va a determinar la vía o vías de investigación del médico. Cuanto más firmemente asentado esté en la realidad del paciente, mejor orientará su marcha intelectual para lograr una comprensión de lo que le ocurre.

La tercera modalidad de intelección es la razón. Ésta es actividad pensante, consistente en intelección en búsqueda de la realidad del mundo (siendo éste lo que está fuera del lo aprehendido impresiva y diferencialmente en el campo). En la práctica clínica se busca un camino que conduzca desde los datos recogidos en la entrevista (actualización campal) a un conocer qué es lo que le ocurre en el fondo al paciente (actualización mundanal).

El conocimiento racional se inscribe dentro de la aprehensión primordial de la realidad (intelección sentiente). Aquél recibe su consistencia por ser un modo de intelección sentiente de la realidad. Ésta no es conocimiento rudimentario, sino que el conocimiento es solo un bosquejo de intelección ulterior y sucedánea. La intelección formalmente más real (aunque insuficiente) de lo que denominamos enfermedad es del que se siente realmente enfermo. El médico la entiende solo tenuemente, eso sí, con un conocimiento racional y, por tanto, en profundidad.

El conocer racional tiene tres momentos: objeto, método y verdad racional. *Objeto* es la cosa real en cuanto queda resaltada como algo por conocer. El *método* para Zubiri es ante todo vía del conocer en cuanto tal, algo en definitiva más radical y universal que el método científico. El método, a su vez, tiene tres momentos: *sistema de referencia, esbozo y experiencia.*

El campo, lo sentido del mundo, es *sistema de referencia* para la activa intelección del mundo (lo no accesible impresivamente). Las “ingenuidades” de la razón se reducen a “pensar que el mundo es formalmente idéntico a lo sentido en él, al campo”, como el realismo ingenuo y el positivismo. Entender el enfermar en los términos de un diagnóstico nosológico puede obviar que lo que le ocurre realmente al paciente es mucho más que lo que el médico entiende por ese diagnóstico.

Los *esbozos* representan posibilidades de lo que pueda ser la realidad en el fondo. Hay diferentes modos clínicos de realizar esbozos: el más frecuente es el de las hipótesis o posibilidades diagnósticas.

El tercer paso es la *experiencia*, o probación física de los esbozos en la realidad. Y hay cuatro modos de experiencia: experimentación, compenetración,

comprobación y conformación. En la *experimentación* se fuerza a lo campal a mostrar su realidad. La *compenetración* consiste en tratar de vislumbrar el mundo del paciente desde su propia perspectiva, la interioridad del paciente. Se realiza mediante la escucha activa y el diálogo. La *conformación* es experiencia de la propia realidad profunda (no accesible a lo campalmente inteligido). El objeto de intelección, de indagación, es uno mismo.

El tercer momento de la intelección racional (además del objeto y el método) es el de la *verdad racional*, entendida como el encuentro entre el esbozo y la realidad. En ella hay confirmación y cumplimiento del esbozo. Lo real “verdadea” según su propia alteridad de realidad. En medicina hay un conocimiento racional de tipo general, procedente de la investigación y un conocimiento racional particular, procedente de la práctica clínica asistencial.

Para Zubiri *los sentimientos*, son afecto sentiente de lo real, es decir, un modo de versión a la realidad en la que ésta se actualiza afectivamente. Son un modo más de estar en la realidad, que puede aportar datos de utilidad para el inicio de una marcha de la razón moral.

La volición es un modo de actividad intencional. Los actos volitivos tienen una triple dimensión: *tendente*, *preferencial* y *de complacencia* en algo real. Esa actividad (desear-preferir-complacerse) se puede fortalecer o debilitar. El desgaste profesional, definido como un estado de agotamiento, insensibilidad y falta de realización personal, representa un debilitamiento de la estructura volitiva en la que ésta pierde poder de desear-preferir-complacerse en la profesión.

La *dimensión tendente* está relacionada con el *problema de la libertad*. El momento de libertad surge exigitivamente de la inconclusión de tendencias (o pretensiones). Consiste en un modo de dominio, en el que se está concediendo a su vez un poder a la realidad en la que se depone el querer. La repetición deliberada de actos libres da lugar a un estado volitivo de libertad, a una habitud de libertad, que es un modo de ser libre.

La *dimensión preferencial* está relacionada con *el problema del bien*. Aquélla se encuentra precedida por el acto de estimación, que es el acto radical en el que se abre la línea del bien. En el acto estimativo la realidad queda en su condición de realidad valiosa: ahí es donde reside su objetividad. La realidad en su condición de estimanda es lo que constituye el bien, es decir lo preferible. El problema del bien

consiste en un discernimiento y búsqueda de lo mejor. Si las cosas promueven una plenitud positiva lo humano entonces son de buena condición, son un bien.

La *dimensión de complacencia (fruenta)* de la volición está relacionada con el *problema de la justificación*. En el acto de complacencia hay un ejercicio de apropiación de posibilidades de realización humana. Lo moral estaría constituido por aquellas propiedades que la realidad humana tiene por apropiación. Esto revela el carácter radicalmente moral de las profesiones. Pero el individuo puede complacerse en muchas cosas, de ahí la cuestión de la justificación. La realidad humana se encuentra arraigada en la exigencia u obligación de una promoción plena (*eudaimon, beatitudo* o felicidad). Para Zubiri el deber es aquella posibilidad que se impone, no por su carácter lógico de imperativo incondicional y categórico, sino por ser la más “conducente” a la felicidad humana.

Ética de las profesiones: fundamentación y método.

Para Diego Gracia hay un *logos estimativo*, que no puede considerarse, en rigor, moral normativa, aunque sí su condición de posibilidad. Por eso entra necesariamente en juego una marcha de la razón moral hacia una búsqueda, no solo de lo estimado aquí y ahora, sino de lo estimable, no solo de lo mejor dado en el campo de lo aprehendido impresivamente, sino de lo que es lo mejor en el fondo. El sistema de referencia de la razón moral tiene el nombre de “deber”; el esbozo moral lo es de posibilidades apropiables; y la experiencia moral es apropiación, que se verifica mediante la justificación moral.

La *experiencia* de un buen ejercicio profesional hay que realizarla desde perspectiva del paciente (por compenetración); desde la de la sociedad (por compenetración -con estudios cualitativos relativos a las preferencias-, y por constatación de los resultados y la viabilidad social de una determinada oferta profesional); y desde la del profesional (por compenetración con profesionales excelentes, por conformación con la forma de ser un buen profesional y por constatación de resultados relativos al bien específico promovido profesionalmente).

La *justificación* en la marcha de la razón moral en el marco de una ética de las profesiones plantea el problema de ver en qué medida las profesiones contribuyen con bienes específicos a la promoción de lo humano. Desde esta perspectiva el término *profesión* hace referencia a una actividad especializada realizada por una comunidad de profesionales con una capacitación compleja, que es

reconocida como tal por la sociedad y orientada a proporcionar un bien interno que contribuye a la promoción positiva humana.

Partimos de una concepción en la que la *ética de las profesiones* es una indagación dinámica, metódica y deliberativa de la razón moral que busca conocer sistemática, reflexiva y críticamente la vida moral en el ámbito profesional, para descubrir y proponer posibilidades de ejercicio profesional, que contribuyan efectivamente a una promoción positiva humana.

Esa indagación partirá de un sistema de referencia, propondrá posibilidades reales (viables) elaborando esbozos de diversa índole, efectuará y hará examen de la experiencia de esas posibilidades y, finalmente, validará las posibilidades propuestas frente al sistema de referencia, para verificar su condición realmente buena (promoción efectiva de los bienes promovidos y, por tanto, promoción positiva de lo humano).

Ética para médicos.

Se trata de una ética de las profesiones desde y para la práctica médica. En ella se considera como agente moral al médico, desenvolviéndose en el contexto de la relación clínica. La marcha de la razón moral que se propone es entendida en un sentido físico, sentiente, inteligente y moral. Gravita en competencias éticas, por las que apela propositivamente al cuidado del poder efectivo del médico, como agente moral, para realizar adecuadamente su trabajo, incluso en situaciones hostiles al mismo.

Le exige al médico estar abierto a su vulnerabilidad, ligada a la confrontación con la enfermedad, así como a su encuentro con poderes a los que confía su propia práctica profesional (como la organización sanitaria en la que se mueve o los poderes sociales económicos y políticos). Surge de la experiencia acumulada por el autor durante unas tres décadas de práctica clínica. Este trabajo no representa, por tanto, un mero ejercicio especulativo, sino aquello que el autor comprende que le ha sido útil para orientar su práctica en un contexto social sanitario complejo.

Se parte de una ruptura con el paradigma convencional en la práctica médica de “enfermedad-diagnóstico-tratamiento”, para optar por el paradigma más amplio de “paciente-comprensión-cuidado”. Se asume el presupuesto de que un buen ejercicio profesional le proporciona al médico un poder tanto de hacer bien a otros, como de hacer buena su persona.

El *objeto* de atención es la práctica médica en su conjunto, entendida como expresión o modo de ser complejo del profesional. Este modo de ser se analiza desde los hechos clasificados en tres categorías: los hechos de la volición (intenciones, observables por el agente moral), del carácter profesional (cualidades del carácter acreditadas por hábitos y conductas significativas observables) y a la práctica (procesos y resultados).

Los *referentes éticos* tienen diversos contenidos, pero lo son en cuanto quedan formalmente como deber. Éste se funda en los bienes y valores implicados en el campo de la realidad de la práctica médica. Se podría formular afirmando que toda realidad humana, actual y futura, compromete a la máxima consideración y respeto (premisa ontológica); o como un deber ejercer la profesión con apropiación de las posibilidades que contribuyen de forma efectiva a una positiva promoción humana (premisa deontológica). Los referentes considerados más relevantes son: los retos, los bienes implicados, los deberes formales, los modelos de excelencia y la conciencia moral.

El *esbozo* que se propone presenta unos principios y unas competencias. Los primeros son el principio de prioridad del paciente, el principio de responsabilidad y el principio de confianza. Además, se propone la búsqueda de la promoción del bien interno de la medicina (la salud) a través de un fortalecimiento del poder moral efectivo del médico, mediante el desarrollo de ciertas competencias éticas. Éstas son: el cuidado de la compasión, el cuidado del interés por el paciente, el cuidado del saber médico y el cuidado de la confianza.

Los *principios* aluden a realidades valiosas (bienes), que a su vez generan obligaciones que vinculan. Sirven ante todo para orientar y justificar las competencias, evitando la arbitrariedad. Se han formulado como máximas que expresan obligaciones asumidas en relación bienes y valores reales que son vislumbrados, buscados y que piden ser realizados:

1) *Principio de prioridad del paciente*: El centro de atención de la práctica médica es en primer término la vulnerabilidad del paciente en cuanto paciente, pero también la de todos los afectados por la práctica médica. Se entiende aquí por paciente toda realidad humana enferma o en riesgo de enfermar en cualquier momento de su ciclo vital. Se fundamenta en el carácter vinculante de la realidad humana. Se puede formular: Realiza tu práctica médica, ya sea asistencial, docente,

investigadora o de gestión, situando siempre al paciente en el centro de atención de la misma.

2) *Principio de responsabilidad*: El médico asume la tarea de hacerse cargo de velar por la salud del paciente, así como de los efectos adversos que su ejercicio profesional pueda tener sobre todos los afectados. Si el enfermo precisa atención sanitaria, el facultativo se complace en prestársela, prestársela de un modo específicamente médico: con las posibilidades de la razón científica que la tradición médica pone a su disposición. Ni las fuerzas del mercado, ni las presiones sociales, ni las exigencias administrativas deberían ser más fuertes que esta obligación. Se formula así: Realiza tu práctica médica velando ante todo por la salud del paciente de forma no maleficente, respetuosa con su autonomía, benéfica y justa, y evitando perjuicios a otros afectados.

3) *Principio de confianza*: El ejercicio médico requiere necesariamente de una fiabilidad mutua para la cooperación entre el paciente, el médico y la sociedad. Se formula con la siguiente máxima: realiza tu práctica médica construyendo una relación de confianza con tu paciente y su entorno social, así como con tu equipo de trabajo, con la o las organizaciones sanitarias con las que trabajas y, a través de las sociedades corporativas, con la sociedad.

Las competencias se refieren a cursos de acción generales que describen un desempeño efectivo de los actos humanos, que incluyen la intención, las conductas y los resultados de la práctica, que en su conjunto configuran modelos profesionales. En cuanto concepto, son posibilidad o ideal para la razón práctica. En cuanto realización efectiva de ese ideal, se trata de experiencia efectiva de la razón práctica. Se asocian a determinados indicadores de verificación. La profesionalidad es entendida como el conjunto de todas aquellas competencias científico-técnicas, éticas y emocionales necesarias para gestionar un buen servicio asistencial, docente e investigador a los pacientes y a la sociedad.

Una ética de las virtudes y una ética de las competencias se diferencian en lo siguiente: el bien principal buscado en la primera es la felicidad, en la segunda el bien interno de la profesión; la primera centra su interés en el sujeto agente moral para formar un carácter bueno, la segunda amplía su escrutinio a los frutos de la práctica profesional. Se parecen en que: ambas se adquieren por medio de la enseñanza y el ejercicio habitual; exigen una rectitud o adecuación al bien que persiguen; pueden contribuir al gozo del agente moral; en su relación con los

principios, ya que éstos, sin poder efectivo de aplicación son impotentes y las virtudes y competencias sin principios, son ciegas.

Las competencias médicas son todas morales, en el sentido de que son posibilidades apropiables, que se aprenden y que en el momento de su realización efectiva sabemos que han pasado a formar parte de las cualidades de quienes desean ejercer la medicina con profesionalidad. Aquí se destacan aquellas competencias esenciales desde el punto de vista ético. Se proponen las siguientes:

1) *El cuidado de la compasión.* Es el cuidado del poder efectivo de comprender el daño actual y potencial del paciente, y de hacerse cargo del mismo acogiéndolo emocionalmente de un modo médicamente adecuado. Esta competencia consiste en consentir, dentro de ciertos límites, la conmoción que provoca el daño del otro: es dejarse conmover de un modo funcionalmente eficaz. Esto nada tiene que ver con un modo de ser sentimental, que puede ser incluso una dificultad para su ejercicio.

Se funda en el principio de prioridad del paciente y en la posibilidad de apertura intelectual del médico al daño ajeno. Manifiesta un poder de conexión afectiva con el paciente y un poder efectivo de sanación, pues tiende a disipar la sensación de aislamiento que a menudo provoca el enfermar. Y esa comprensión de lo humano posibilita a su vez un modo de afección, que no es sino *estima*, por la que el médico descubre con-dolientemente, el inmenso valor de lo humano dañado por la enfermedad. Su ausencia oculta una dimensión del enfermar que reduce las posibilidades de sanación del médico. Existen modelos profesionales distantes, propios de estilos de relación clínica de contrato, de libre mercado o mecanicista.

El hecho intencional (actitud) que exige esta competencia es de apertura intelectual que consiente un cierto impacto emocional. La práctica de esta competencia configura un carácter compasivo, que es un modo de ser competente a la hora de captar o actualizar inteligentemente el daño o la gravedad que la enfermedad puede llegar a producir en alguien concreto. Las respuestas emocionales se embotan en situaciones de estrés laboral. Por eso el cuidado de la compasión requiera un balance personal entre trabajo y descanso, entre acción y contemplación. Da lugar a una práctica accesible, de forma proporcional a la urgencia y a la gravedad de la enfermedad.

2) *El cuidado del interés preferente por el paciente.* Consiste en anteponer en la práctica médica el interés por el paciente, a cualquier otro interés profesional. Incluye un interés por sus derechos, sus sentimientos, sus preferencias, su situación clínica y su bienestar. Se trata de un acto en el que uno antepone *su* interés *por* y *en* el paciente, pero no antepone necesariamente el interés *del* paciente: no sería, por tanto, una competencia basada en el altruismo (entendido como diligencia en procurar el bien ajeno aún a costa del propio).

Representa un *poder* frente a otras fuerzas o poderes, que tienden a provocar un deterioro de la práctica médica dispersando la atención del médico, como la burocratización, las regulaciones administrativas de las organizaciones, la politización partidista, la comercialización, la mecanización científicista o la instrumentalización hipócrita de la práctica médica.

Esta competencia se funda y justifica porque el bien más valioso con el que se topa cualquier médico en su práctica profesional es el de la realidad humana, independientemente de su edad, sexo, afiliación política, religión, moralidad, tipo de enfermedad, etc. Por eso lleva a anteponer *el bien que es el paciente* frente a otros bienes implicados en el ejercicio profesional. De ahí surge un genuino interés por el propio paciente, cuya positiva promoción se busca mediante el cuidado médico de su salud. El bien del médico se identifica aquí con el bien del paciente. Y es esto lo que permite hablar de un auténtico interés preferencial *por* y *en* el paciente.

En el terreno intencional exige una complacencia y una opción preferencial por el otro en tanto en cuanto lo que él es. Configura un modo de ser *atento* (que es cortés, que escucha, que delibera, respeta las preferencias y la intimidad del paciente); *un modo de ser generoso*, (con disponibilidad de sí mismo, más allá de lo contractual y sin ánimo de esperar una recompensa inmediata); *un modo de ser justo* (al dosificarse de forma proporcional, dando preferencia a los pacientes con problemas de salud más graves y prevalentes); *un modo de ser paciente* (con poder efectivo de soportar con entereza el peso de la práctica médica). Finalmente, da lugar a un tipo de práctica asistencial, docente e investigadora centrada en el paciente, buscando el respeto de sus derechos, la accesibilidad y la equidad en la asignación del tiempo de dedicación.

3) *El cuidado del saber médico.* Consiste en cuidado del aprendizaje, gestión, transmisión y ampliación del saber médico generalizable y del saber sobre el paciente concreto. Consiste en el cuidado del saber racional (estar actualizando

conocimientos), del saber hacer (estar entrenado) y del saber prudencial (estar de un modo éticamente válido).

Para poder justificar y explicar esta competencia es necesario acudir a datos históricos y epistemológicos relacionados con la tradición y el mismo comienzo de la práctica médica (la *tékhne iatriké*). Estos datos nos indican que lo específico de la práctica médica es la sanación por el conocimiento racional del hecho de enfermar. La referencia o *métron*, está basada en la percepción sensible del cuerpo humano (*aístesis tou sómatos*). Hay un propósito indeclinable de partir del dato y mantener la referencia a las realidades visibles.

La forma de razonar se centraba para los clásicos en la conceptualización y la lógica, lo que llevó a un gran desarrollo del razonamiento especulativo en medicina, con un prestigio de la patología, que representaba la ciencia, en detrimento de la clínica no era sino mera “*doxa*” u opinión. Desde la modernidad se produjo un control empírico a lo especulativo que contribuyó a un espectacular desarrollo de la medicina.

En el siglo XX Zubiri descubre que la forma fundamental de aprehender consiste precisamente en el aparentemente insignificante hecho de actualizar las cosas como reales, con la forma de realidad. La *physis* para los antiguos es ahora para nosotros la realidad. Sabemos que el conocimiento racional hay que abrirlo de la *physis* a la realidad humana en su conjunto. El conocimiento médico no puede ser sino una determinada comprensión en profundidad sobre el hecho de enfermar y sobre los diversos modos de ayuda médica. Este conocimiento no es una nube de datos registrados en algún lugar, sino algo *propio* del médico concreto. Y se construye desde la búsqueda rigurosa de verdades racionales, es decir, de verdades probadas mediante los diversos modos de experiencia, ya sea ésta fruto de la investigación o de la práctica clínica.

En el ámbito del conocimiento científico-técnico, tal como lo entendemos generalmente, el *hecho experimental* es el modo de abordar el objeto, la *experimentación* es el método, y la *comprobación* es la forma de acceso a la verdad, dentro de este modo, siempre provisional, de acceder a lo real y actualizarlo. Pero no todo conocimiento es científico-técnico, en este sentido restringido. No se puede dejar de insistir en que las ciencias de la naturaleza no serían sino un modo más de conocimiento entre otros.

Esto supone que al médico se le plantea un esfuerzo considerable de apertura, que le requiere pasar de una mentalidad centrada en la búsqueda de un conocimiento sobre los aspectos físicos de enfermar, a una comprensión racional mucho más amplia. Esto supone una eliminación del dualismo “medicina y humanidades”. Lo que médicamente hay que pedirle al conocimiento es que sea racional, que se pueda probar y que cuente con unos estándares de evidencia apropiados al objeto de estudio, además una clara aplicabilidad para la práctica clínica.

Pero conocer no lo es todo en la práctica médica. Hay que saber actuar. Ese saber actuar es lo que los clásicos denominaron *phrónesis* o sabiduría práctica. La sabiduría práctica apunta hacia el bien humano, el de todos los implicados en la práctica médica. En medicina se trata, por tanto, de una forma de saber que integra sensibilidad, conocimiento, habilidades prácticas y experiencia para lograr la salud del paciente y el bien de todos los implicados, en condiciones de incertidumbre.

La prudencia integra el conocimiento médico teórico conseguido mediante los distintos modos de investigación. Integra las habilidades prácticas, guiando su empleo de forma segura y eficaz con el paciente concreto. E integra el resto de competencias (el cuidado de la compasión, del interés por el paciente y de la confianza) en orden al logro efectivo de la salud del paciente. La prudencia es lo que inscribe cualquier virtud y competencia en el terreno de la validez ética. Es una forma de estar en la realidad que une sensibilidad, conocimiento y una forma de actuar orientada a la promoción positiva incondicional de lo humano.

En el plano de la intencionalidad, esta competencia requiere un deseo, preferencia y complacencia en saber, lo que se inscribe en la tradición médica de la *philotekhnía*. El peso de la rutina, el exceso de cansancio y ciertos factores de dispersión pueden acabar dañandola gravemente. Son actitudes negativas la suficiencia intelectual, la razón perezosa y la razón estratégica. Pero además, requiere: una *mentalidad abierta* (que reconoce la necesidad de abordar la realidad compleja desde distintos ángulos) y una *forma de ser prudente*. Por otro lado, una práctica médica en la que se cuida el saber médico es una práctica racional (científica y prudente) actualizada.

4) *El cuidado de la confianza*. Consiste en promover una certidumbre basada en la fiabilidad ante el paciente, la corporación médica y las instituciones sociales y

ante sí mismo. La confianza es un tipo de certidumbre. La confianza se acepta, se otorga, se está en ella y es objeto de escrutinio respecto a su validez ética.

El médico, cuando acepta la confianza del paciente y la sociedad, adquiere la obligación de ser fiable o confiable. El paciente, al otorgar confianza al médico, le deja al cuidado de algo estimado (la salud), que requiere el ejercicio libre y prudente del poder profesional. Desde la perspectiva del paciente es abrirse a un bien (certidumbre en la incertidumbre) que envuelve y protege otros bienes (salud). En este ejercicio de otorgar confianza puede haber acierto y error.

Vivimos inevitablemente en un clima de confianza, del que solo nos percatamos si falta o se contamina. En la práctica médica se está confiadamente cuando se confía en la verosimilitud de determinadas hipótesis que, posteriormente, deberán ser probadas; cuando se acepta el testimonio de los investigadores; cuando se considera que el paciente no está engañando al médico que le atiende; o en el trabajo en organizaciones, cuando se presupone que éstas ofrecen un entorno laboral aceptable.

Para que pueda generarse un “estar en confianza” se hacen necesarias formas de verificación o comprobación de la misma. La confianza se demuestra con transparencia, competencia y vínculo (sentirse estimado). Y es éticamente válida cuando no perpetúa “brutalidad, tiranía o injusticia” (Baier) y en tanto en cuanto que el que confía ve que, aunque haya diferentes motivos, intereses o razones, los que sostienen su confianza ganarán respecto de los que la subvierten; y cuando desde la transparencia, la confianza puede prevalecer frente a la sospecha. Hacerse confiable es éticamente válido cuando contribuye lógicamente y efectivamente a la promoción positiva humana.

Esta competencia requiere querer (desear-preferir-complacerse en) *hacerse fiable*. Es una responsabilidad temible en la práctica médica. En el carácter requiere: *Serenidad* (modo sereno, no necesariamente lento, de conducirse); *un modo de ser deliberativo*; *veraz*; *amable*; *íntegro* (pues esta competencia no puede basarse solo en complacer las expectativas de pacientes, colegas o la organización); y *cauteloso* (que presupone perspicacia y es precaución o reserva con que se procede). Finalmente, configura una práctica *transparente*, que declara posibles conflictos de interés, sin vulnerar la intimidad y mostrando un nivel de información suficiente para los afectados.

En esta propuesta de ética médica se presentan algunos *indicadores de desempeño de las competencias*. Su función principal es ser una herramienta que permita comprobar la experiencia de la propia marcha moral, por tanto, prueba de la validez del ejercicio profesional. Se proponen indicadores de intencionalidad (visibles solo al agente moral), de conductas significativas (reflejo del carácter del médico) y de datos relativos a la propia práctica (procesos y resultados).

Finalmente, se han analizado sucintamente los problemas relacionados con ciertos *momentos clave de la práctica médica*: El de querer o no querer ser médico (vocación versus fascinación por ser médico); el de las exigencias (ajustamiento a un “*êthos*” profesional convencional exigente); el de la relación clínica (el problema de las rutinas tóxicas); el de la búsqueda del bien del paciente. (asumiendo problemas graves, deliberación y responsabilidad); el del cuidado de sí mismo (dar de sí sin romperse); el de la apertura (la práctica médica en el seno de las organizaciones); el de la ambición y el reconocimiento (la cuestión de la excelencia); el de los límites (la [terca] realidad versus el deseo); el de la desmoralización y las distorsiones de la vida profesional (la contradicción de vivir aquello que no se debe, ni se desea, ni se prefiere, ni en lo que se complace uno); el de la integración (competencia y seguridad, eficacia, justicia, sostenibilidad y gratificación personal).

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista intelectual, la actividad clínica, a la luz de la filosofía de Zubiri, muestra un estatuto de plena racionalidad, en la que la tarea de diagnosticar abre su horizonte intelectual a la tarea de comprender. La práctica médica se encuentra ante el reto de integrar diferentes modos de experiencia para la comprensión del paciente y sus problemas de salud.

Desde el punto de vista volitivo, el individuo se nutre, configura y realiza, con aquello en lo que deposita su complacencia. Perder la capacidad de desear-preferir-complacerse, equivale a un debilitamiento de la estructura moral humana. Esto ocurre en el síndrome de desgaste profesional, que supone una pérdida efectiva de ese poder. Desde el punto de vista de los sentimientos, éstos son un modo más de estar en la realidad.

Se entiende por profesión una actividad especializada realizada por una comunidad de profesionales con una capacitación compleja, que es reconocida como

tal por la sociedad y orientada a proporcionar un bien interno que contribuye a la promoción positiva humana.

Se entiende por ética de las profesiones una indagación dinámica, metódica y deliberativa de la razón moral que busca conocer sistemática, reflexiva y críticamente la vida moral en el ámbito profesional, para descubrir y proponer posibilidades de ejercicio profesional, que contribuyan efectivamente a una promoción positiva humana.

Se ha propuesto una ética de las profesiones desde la práctica médica apoyada en competencias éticas orientadas a un cuidado de la estructura moral del médico, es decir, de su poder efectivo para lograr el bien interno de la práctica médica. Su objeto es la práctica médica en su conjunto, entendida como expresión o modo de ser complejo del profesional.

Los *referentes* considerados más relevantes son los retos, los bienes implicados, los deberes formales, los modelos de excelencia y la conciencia moral, en cuanto quedan formalmente como deber.

El *esbozo* se presenta con la formulación de principios y competencias. Los primeros son el principio de prioridad del paciente, el principio de responsabilidad y el principio de confianza. Las competencias son el cuidado de la compasión, el cuidado del interés por el paciente, el cuidado del saber médico y el cuidado de la confianza. Éstas requieren indicadores de desempeño, que prueban de validez del ejercicio profesional.

SUMMARY

INTRODUCTION

Medical practice has changed dramatically in the last decades, becoming highly problematic. One of the issues that clinicians face is how to guide their professional life as a whole, and not only the ethical issues specific to certain cases.

In a context of multiple ethical perspectives, the present work has been carried out with a philosophical foundation based on the work of Xavier Zubiri for the following reasons: he builds his philosophical work from a historical context close to that of modern medicine; his great knowledge of the history of philosophy and history of life sciences places him somewhere in between the philosophical and the scientific mind; methodologically, he sticks to concrete data and facts; he provides a perspective on reality, feeling, intellection and human moral structure that is useful to answer the question posed above; some of the most successful ethical foundation proposals that have emerged in recent years, as the one developed by Diego Gracia, are based on his work.

OBJECTIVES

The main objective of this study is the development of a professional ethics model from a medical practice point of view.

Part I deals with an inquiry aimed at identifying those aspects of Zubiri's philosophy that may have greater significance for the foundation of said model. Chapters 1 and 2 are a review of Zubiri's philosophy of human intellection and volition, in order to see to what extent they open new possibilities regarding medical practice. The purpose is not to do philosophy of medicine, but to explore whether it is possible to do better medicine with the help of philosophy.

Part II reviews the "formal ethics of goods" by Diego Gracia, as a practical development of Zubiri's philosophy (Chapter 3), to identify useful elements for the foundation and method of a professional ethics model.

Subsequently, a reformulation of the concepts of "profession" and "professional ethics" is sought (Chapter 4). Finally, a proposal for a professional ethics model from a medical-practice approach, which has been designated "Ethics for Physicians", is developed (Chapter 5). A review of the history of ethics according to the categories provided by Zubiri's philosophy is presented in the Annex, identifying

elements of the medical tradition that have been of great relevance for the undertaking of this study.

RESULTS

Knowing how to be in reality

Zubiri's thought develops a metaphysical model about human intelligence, feelings and volition. His analysis shows that the fundamental aspect in human intellection is not the conceptive understanding of being, as understood by the Western philosophical tradition, but the sense of reality. This apprehension of reality is the elementary and radical act of human intelligence. In it, feeling and knowing are not two numerically distinct acts, but two different facets of one single act of apprehension of reality. Reality stays formally in apprehension as "something-other" present. Zubiri shows it as *principle*, in the sense of "foundation", not as a starting point or a logical principle, but as something carried out from, in and by itself.

Intellection has three modes of knowledge: primordial apprehension of reality, logos and reason. *The primary mode of intellection is the radical and primordial apprehension of reality.* In the case of disease, it is presented in the form of something detrimental to the patient's intellect perceive directly, immediately and unitarily as real. The unmistakable truth that the patient often carries with himself is that he feels actually bad.

The second mode of intellection is logos, which differentially apprehends one thing "between" another, as for example, feeling healthy as opposed to feeling sick. This is learned in a particular area we can impressively encompass as real, called *reality field*, which in clinical practice is something modifiable and highly relevant, because significant realities can remain off the field, leading to a loss of diagnostic and therapeutic possibilities and contributing to a dehumanized medical practice. The clinical encounter will determine the route or routes of research by the physician. The more firmly grounded it is in the patient's reality, the better it will guide the physician's intellectual progress to achieve an understanding of what the matter is with him.

The third mode of intellection is reason. It is thinking activity, consisting of intellection in search of world reality (i.e., what lies outside of what is apprehended impressively and differentially within the field). In clinical practice, a path is

searched that leads from the data collected during the interview (intellected field) to knowing what actually happens to the patient (intellected world).

Rational knowledge is part of the primordial apprehension of reality (sentient intellection). The former receives its consistency by virtue of being a mode of sentient intellection of reality. The latter is not rudimentary knowledge, but rather knowledge is only a "sketch" of ulterior and subsequent intellection. More formally real (albeit insufficient) intellection of what we call disease belongs to who is actually feeling sick. The physician knows it only dimly, albeit with a rational knowledge and, therefore, in depth.

Rational knowledge has three stages: object, method and rational truth. The *object* is the real thing highlighted as something to be known. The *method* is primarily a pathway to knowledge as such, something ultimately more radical and universal than the scientific method. The method, in turn, has three stages: *referral system, outline and experience.*

The field, the way the world feels, is the *reference system* for the active intellection of the world (what is not impressively accessible). The "naiveties" of reason are reduced to "thinking that the world is formally identical to how it feels, i.e., to the field", as in naive realism and positivism. Understanding disease in terms of a nosological diagnosis can leave out the consideration that what really happens to the patient is much more than what the physician understands by that diagnosis.

Outlines represent possibilities for what the reality may actually be. There are different ways to conduct clinical outlines: the most common are diagnostic hypotheses or possibilities.

The third step is the *experience*, or physical proofing of outlines in reality. There are four modes of experience: *experimentation, understanding, testing and conformation.* In the experimentation, any field aspect is forced to show its reality. Understanding is trying to discern the patient's world from his own perspective, the patient's inner world; it is done through active listening and dialogue. The conformation is the experience of one's own inner reality (not accessible to field-acquired knowledge); the object of intellection, of inquiry, is oneself.

The third stage of rational intellection (besides object and method) is the *rational truth*, understood as the encounter between the outline and reality. It is the confirmation and fulfillment of the outline. The reality "shows truth" according to its

own "otherness" of reality. In medicine, there is a rational knowledge of general nature that comes from research, and a specific rational knowledge that comes from clinical practice care.

For Zubiri, *feelings* are sentient affection of reality, i.e., a way to release a reality which is updated affectively. They are yet another way of being in reality that can provide useful data to start a train of moral reasoning.

Volition is a mode of intentional activity. The acts of will have three dimensions: *tending*, *preferential* and *enjoyable* with respect to something real. This activity ("desiring-preferring-being pleased") can be strengthened or weakened. Burnout, defined as a state of exhaustion, insensitivity and lack of self-fulfillment, represents a weakening of the will structure resulting in a loss of ability to "desire-preference-pleasure" in professional practice.

The *tending dimension* is related to the *problem of freedom*. The moment of freedom arises necessarily from the incompleteness of trends (or claims). It consists of a domination mode which, in turn, is giving power to the reality on which will is deposited. The deliberate repetition of free actions results in a state of freedom of will, a habitude of freedom, which is a way of being free.

The *preferential dimension* is related to the *problem of good*. It is preceded by the act of estimation, which is the radical act in which the line of good is opened. In the act of estimation, the reality remains as a valuable reality: therein lies its objectivity. Reality in its estimating condition is what constitutes good, i.e., what is preferable. The problem of good consists of the discernment and pursuit of which is best. Things are good as far as they promote a positive human fulfillment.

The *enjoyable dimension* of volition is related to the *problem of justification*. In the act of enjoying there is an exercise of appropriation of possibilities for human fulfillment. Morals consist of those properties that human reality has acquired through appropriation. This reveals the moral root of professions. But the individual can enjoy many things, hence the question of justification. Human reality is rooted in the requirement or obligation of its full promotion (*eudaimon*, *beatitudo* or happiness). For Zubiri, duty is the possibility that imposes over the rest, not because of its incondicional, logical and categorical imperative character, but for being the most "conducive" to human happiness.

Professional ethics: foundation and method

According to Diego Gracia, there is an *estimative logos* which, strictly speaking, cannot be considered as a moral standard, although it can be considered a possibility. This is why a train of moral reasoning necessarily comes into play to search for not only what has been estimated here and now, but what is estimable; not only what is best within the field impressively apprehended, but what is ultimately best. The reference system of moral reason is called "duty"; the moral outline is one of appropriated possibilities; and moral experience is appropriation, validated by moral justification.

Good professional practice must be *experienced* from the patient's perspective (by understanding), from the society's (by understanding of qualitative studies about the population's point of view, and by finding the results and social viability of a particular professional service offered), and from the professional's (by understanding among excelling professionals, by conformation with a good professional character and by verification of specific results related to the promotion of professional internal good).

The *justification* in the train of moral reasoning within a professional ethics context poses the problem of the extent to which professions contribute with specific goods to the promotion of human fulfillment. From this perspective, the term "*profession*" refers to a specialized activity carried out by a community of professionals with complex training, which is recognized as such by society and is aimed at providing an internal good which contributes to positive promotion of human fulfillment.

We start from a conception of *professional ethics* as a dynamic, methodical and deliberative inquiry of moral reasoning that seeks to know systematically, reflectively and critically the moral life in the professional setting, in order to discover and propose professional possibilities which effectively contribute to positive promotion of human fulfillment.

This inquiry will be based on a reference system, it will propose real (viable) possibilities by developing diverse outlines, it will make and test the experience of these possibilities and lastly, it will validate the proposed possibilities comparing them to the reference system, to verify its actual good nature (effective promotion of promoted goods and, therefore, positive promotion of human fulfillment).

Ethics for Physicians.

Ethics for physicians are professional ethics coming from and intended for the medical practice. The physician is considered the moral agent, who performs in the context of the clinical setting. The proposed train of moral reasoning is understood in a physical, sentient, intelligent and moral sense. It is sustained by ethical skills, by which it appeals to the effective care power that the physician, as a moral agent, has to conduct his job properly, even in conditions that are hostile to it.

It demands from the physician an openness to his own vulnerability, which is linked to the confrontation with disease as well as to meeting with powers to which he entrusts his own practice (such as the health organization he belongs to, or social, economic and political powers). It arises from the experience gained by the author of the present study during three decades of clinical practice. This work is not, therefore, merely a speculative exercise, but what the author understands that has been helpful to guide his practice in a complex social health context.

It starts breaking with the conventional "disease-diagnosis-treatment" medical practice paradigm to favor the wider "patient-comprehension-care" paradigm. It presupposes that a good professional practice empowers the physician both to do good to others and to become a better person himself.

The *object* in focus is the medical practice as a whole, understood as a complex expression or way of being professional. This mode of being is analyzed from facts classified into three categories: acts of volition (intentions, observable by the moral agent), acts of the professional character (character traits accredited by significant observable habits and behaviors) and acts of practice (process and results).

Ethical references have different contents and function formally as duty. Duty is based on the goods and values involved in the field of the medical practice reality. It could be formulated either as the assertion that all human reality, present and future, commits to the highest regard and respect (ontological premise); or as the duty to practice the profession making appropriation of possibilities that contribute effectively to positive promotion of human fulfillment (ethical premise). The references considered as most relevant are: challenges, goods involved, formal duties, models of excellence and moral conscience.

The proposed *outline* presents principles and skills. These principles are: the principle of patient priority, the principle of accountability and the principle of trust. The promotion of a search for the internal good of medicine (health) through a strengthening of the physician's effective moral power by developing certain ethical skills is also proposed. These skills are: compassion-oriented care, patient-oriented care, medical-knowledge-oriented care and trust-oriented care.

The principles refer to valuable realities (goods) which, in turn, create binding obligations. They serve primarily to guide and justify the skills, preventing arbitrariness and have been formulated as maxims, expressing assumed obligations related to goods and real values, which are glimpsed, sought and demand to be realized:

1) *Principle of Patient Priority*: The focus of medical practice is primarily the patient's vulnerability as patient, but also of all those affected by medical practice. The patient is defined here as all human reality that is ill or at risk of illness at any time in its life cycle. It is based on the binding nature of human reality. It can be formulated as follows: "Whether your medical practice is health-care-, teaching-, research- or management-oriented, always place the patient at the center of it."

2) *Principle of Accountability*: The physician takes on the task of ensuring the patient's health and managing any side effects their professional practice may have on all concerned. If the patient is in need of healthcare, the physician is pleased to provide it, and he does so in a specifically medical way: with the potential of scientific reason that medical tradition offers. Neither market forces, nor social pressures, nor administrative requirements should be stronger than this obligation. It is formulated as follows: "Perform your medical practice by ensuring above all the patient's health in a way that is non-maleficent, respectful of their autonomy, beneficent and fair, and avoiding harm to others affected."

3) *Principle of Trust*: Medical practice necessarily requires mutual reliability for achieving cooperation between the patient, the physician and society. It is formulated with the following maxim: "Perform your medical practice building a trusting relationship with your patient and their social environment, as well as with your team and with the health organizations you work with and, through corporate partnerships, with society."

Skills refer to general courses of action that describe effective performance of human acts, including intent, behavior and results of practice, which together constitute professional models. As a concept, they are possibilities or ideals for practical reason. As effective realization of these ideals, they are an actual experience of practical reason. They are associated with certain verification indicators. Professionalism is defined as the set of all scientific, technical, ethical and emotional skills needed to provide a good healthcare, teaching and research service to patients and society.

The ethics of virtue differ from the ethics of skills in the following aspects: in the former, happiness is the main good sought, in the latter, the internal good of the profession is sought; in the former, the main interest of the individual moral agent is to form a good character, the latter extends its scrutiny to the fruits of professional practice. They are similar: in that both are acquired through education and regular exercise; in that both require either righteousness or fitness for the good they pursue; in that both may contribute to the joy of the moral agent; in their relation to principles because, without effective application power, principles are helpless and, without principles, virtues and skills are blind.

Medical skills are all moral, in the sense that they are possibilities that can be appropriated, that are learned and that, at the time of their actual application, we know they have become part of the qualities of those who wish to practice medicine professionally. A list of essential skills from an ethical point of view is proposed below:

1) *Compassion-oriented care*. It relates to the effective power to understand the patient's current and potential harm and to take charge of him by welcoming him emotionally in a medically appropriate way. This skill consists of acquiescing, within certain limits, to the shock of seeing damage in others; it is to allow oneself to be moved in a functionally effective way. This is not to be confused with a sentimental character, which may indeed be a trouble for practice.

It is founded on the principle of patient priority and the possibility of the physician's intellectual openness to someone else's harm. It shows a power of emotional connection with the patient and an effective power of healing, because it tends to dispel the sense of isolation often caused by illness. That understanding of the human being enables a mode of affection, thanks to which the physician discovers the immense value of the human damaged by the disease. Its absence can

hide a dimension of illness, thus reducing the physician's healing chances. There are distant professional models which respond to clinical relationship styles based in contract, free-market or mechanistic approaches.

The intentional fact (attitude) required by this competency is an intellectual openness which consents to a certain emotional impact. The practice of this skill shapes a compassionate nature, which means a competence for intelligently grasping or updating the seriousness or damage that disease can cause in someone. Emotional responses are blunted under situations of stress. Therefore, compassion-oriented care requires a balance between work and rest, between action and contemplation. It results in an accessible practice, in proportion to the urgency and seriousness of the disease.

2) *Patient-oriented care*. It consists of placing the interest in the patient before any other professional interest in medical practice. This includes an interest in his rights, his feelings, his preferences, his clinical condition and welfare. It is an act where one places first one's interest *on* the patient but not necessarily favors the patient's interest: it would not be, therefore, a skill based on altruism (defined as the diligence in seeking the good of others even at the expense of one's own good).

It represents a power over other forces or powers which tend to cause a deterioration of medical practice by dispersing the physician's attention, such as bureaucratization, organizational administrative regulations, the partisan politicization, commercialization, scientific mechanization or hypocrite instrumentalization of medical practice.

This skill is fundamented and justified because the most valuable good any physician can encounter in their practice is the human reality, regardless of age, sex, political affiliation, religion, morals, type of disease, etc., and so it leads to placing the good the patient represents before any other goods involved in professional practice. This gives rise to a genuine interest in the patient, whose positive promotion is sought via medical care of their health. The physician's good is here identified in some way with the patient's good, and this allows to talk about a real preferential interest *on* and *for* the patient.

As far as intention is concerned, it requires satisfaction and a preferential choice for the other for what he is. It forms a character marked by *attentiveness* (i.e. being courteous, listening, deliberating, respectful with the patient's

preferences and privacy), a character marked by generosity (being available beyond contractual circumstances and without expecting an immediate reward), a character marked by *fairness* (with preference given to patients with more serious and prevalent health problems), a character marked by *patience* (with effective power to bear with fortitude the burden of medical practice). Finally, it results in a type of clinical practice, teaching and research, focused on the patient, seeking respect for the patient's rights, accessibility and equity in the allocation of time commitment.

3) *Medical-knowledge-oriented care*. It encompasses learning, management, transmission and expansion of medical knowledge, both general and patient-specific. It is care based on rational knowledge (updating knowledge), on know-how (being skill-trained) and prudential knowledge (being in an ethically valid state).

To found and explain this skill, it is necessary to resort to historical and epistemological data related to tradition and the very beginning of medical practice (the *tékhnē iatriké*). These data indicate that the specific trait of medical practice is healing by the rational knowledge about the fact of illness. The reference or *métron* is based on the sensitive perception of the human body (*aístesis toû sómatos*). There is an unavoidable purpose to start from the data and to maintain the reference to visible realities.

The classic thinkers focused their train of thought on conceptualization and logic. This led to a great development of speculative reasoning in medicine and a growing prestige of pathology, which represented science, to the detriment of clinic, which was but mere "*doxa*" or opinion. In the modern era, the speculative reasoning became subject to an empirical control, which contributed to a spectacular development of medicine.

In the twentieth Century, Zubiri discovered that the fundamental way of apprehending consists precisely in the apparently insignificant fact of updating things as real, in the shape of a reality. What *physis* was for the classics is what reality is for us now. We know that rational knowledge must be open from *physis* to a global human reality. Medical knowledge cannot be other than a certain in-depth understanding of the fact of illness and the different modes of medical help. This knowledge is not a cloud of data recorded somewhere, but something that pertains to every particular physician. It is built from the search of rigorous rational truths, i.e., truths proven by the various modes of experience, whether this experience is the result of research or clinical practice.

In the field of scientific and technical knowledge, as generally understood, the experimental fact is the way to approach the object, experimentation is the method, and verification is the way to access the truth—in this specific way, which is always temporary, to access and to update the reality. But not all knowledge is strictly scientific and technical knowledge. One can never insist too much that life sciences are only one among many modalities of knowledge.

This means that the physician is faced with a considerable effort of opening, where he needs to move from a mindset focused on the search for an understanding of the physical aspects of illness to a much broader rational understanding. This involves the elimination of the dualism "medicine and humanities." What we as physicians must ask from knowledge is for it to be rational, that it can be proven and to have evidence standards that are adequate to the object, apart from a clear applicability to clinical practice.

But only knowing is not everything in medical practice. One must know how to act. That practical knowledge is what the classics called *phrónesis* or practical wisdom. Practical wisdom aims to the human good, which is that of all those involved in medical practice. In medicine, it is a modality of wisdom that integrates sensitivity, knowledge, practical skills and experience, in order to achieve the patient's health and the good of all concerned, under conditions of uncertainty.

Prudence integrates the theoretical medical knowledge achieved by the different modes of inquiry. It integrates practical skills, guiding their use safely and effectively with the individual patient. And it integrates the rest of skills (compassion-oriented care, patient-oriented care and trust-oriented care) in order to effectively achieve the patient's health. Prudence is what incorporates any virtue and competency to the field of ethical validity. It is a way of being in reality that unites sensitivity, knowledge and a course of action oriented to unconditional positive promotion of human fulfillment.

In terms of intentionality, this skill requires a desire, preference and being pleased on knowing, which is part of the medical tradition *philotekhnía*. The weight of routine, excessive tiredness and dispersion factors may end up damaging it severely. Negative attitudes are intellectual pride, lazy reasoning and strategic reasoning. But in addition, it requires: an *open mind* (which recognizes the need to address the complex reality from different angles) and a *prudent nature*.

Furthermore, a medical practice in which medical knowledge is a rational (scientific and prudent) and updated practice.

4) *Trust-oriented care* implies promoting certainty based on reliability to the patient, to the medical profession, to social institutions and to oneself. Trust is a type of certainty. Trust is accepted, it is granted, and it is subject to scrutiny regarding its ethical validity.

When the physician accepts the trust of patients and society, he becomes liable to be reliable or trustworthy. The patient, in giving his confidence to the physician, entrusts him with the care of something dear to him (health), which requires a free and prudent exercise of professional power. From the patient's perspective, it implies opening to a good (certainty in uncertainty) that surrounds and protects other goods (health). In this exercise of trust there is space for right and wrong decisions.

We inevitably live in a climate of trust, which we realize only when it is missing or contaminated. Medical practice is done confidently when one relies on the plausibility of certain hypotheses that should subsequently be proven; when one accepts the testimony of investigators; when one considers that the patient is not deceiving the attending physician; or when one assumes that health organizations will provide an acceptable working environment.

In order to generate a "climate of trust", ways of verifying or monitoring trust are necessary. Trust is demonstrated by transparency, competency and bonding (feeling of being estimated). Trust is ethically valid if it does not perpetuate "brutality, tyranny and injustice" (Baier) and as long as the one who trusts can see that, although there are different motives, interests or reasons, the ones holding their confidence prevail over the ones subverting it; and when, with transparency, trust can prevail over suspicion. Making oneself trustworthy is ethically valid when it contributes effectively to positive promotion of human fulfillment.

This skill requires the will (desire-preference-pleasure) of becoming trustworthy. It's a terrible responsibility in medical practice. It requires certain traits: *serenity* (a calm, not necessarily slow, way of behaving), a *deliberative, truthful, kind, integral* (for this skill cannot rely solely on fulfilling the expectations of patients, colleagues or organizations) and *cautious* character (which presupposes insight and implies acting with wariness or reservation). Lastly, this skill configures a

transparent practice in which potential conflicts of interest are declared, privacy is not violated and a sufficient degree of information is shown to those affected by it.

There are some *performance indicators of ethical skills* in the present medical ethics model proposed. Their main function is as a tool for verifying the experience of one's own moral progress, thus testing the validity of one's professional practice. The indicators proposed are: intentionality indicators (visible only to the moral agent), significant behavior indicators (reflecting the physician's character) and data on own practice indicators (processes and outcomes).

Finally, the problems related to certain *key moments of the medical practice* are briefly discussed: wanting or not wanting to be a physician (vocation versus fascination to be a physician); requirements (conforming with a challenging conventional professional "*êthos*"); clinical setting (the problem of toxic routines); the search for the good of the patient (assuming serious problems, deliberation and responsibility); self-care (giving oneself without breaking); opening (medical practice within organizations); ambition and recognition (the question of excellence); limits (the [stubborn] reality versus desire); demoralization and distortions of professional life (the contradiction of living what should not be or is not desired, not preferred, or not enjoyed); integration (of competence and safety, efficiency, justice, sustainability and personal gratification).

CONCLUSIONS

From the intellectual standpoint, in the light of Zubiri's philosophy, clinical activity shows a status of full rationality, in which the task of diagnosing opens its intellectual horizon to the task of understanding. Medical practice is faced with the challenge of integrating different modes of experience to understand the patient and their health problems.

From the standpoint of will, the individual draws on, forms and fulfills himself with that he takes pleasure on. Losing the ability to "desire-prefer-being pleased" means a weakening of the moral human structure. This occurs in the burnout syndrome, which is an effective loss of that power. From the point of view of feelings, they are yet another way of being in reality.

Profession is defined as a specialized activity made by a community of professionals with a complex training, which is recognized as such by society and

aimed at providing an internal good to contribute to a positive promotion of human fulfillment.

Professional ethics is defined as a dynamic, methodical and deliberative inquiry of moral reasoning that seeks to understand in a systematic, reflective and critical way the moral life in the professional setting, in order to discover and propose professional possibilities that contribute effectively to a a positive promotion of human fulfillment.

A professional ethics model from medical practice has been proposed that is sustained by ethical skills oriented to the care of a physician's moral structure, i.e., his effective power to achieve the internal good of medical practice. Its purpose is medical practice as a whole, understood as a complex expression or way of being professional.

The *references* considered the most relevant are challenges, the goods involved, formal duties, models of excellence and moral conscience, as much as they formally function as duty.

This outline presents a formulation of principles and skills. The principles are: the principle of patient priority, the principle of accountability and the principle of trust. Skills are: compassion-oriented care, patient-oriented care, medical-knowledge-oriented care and trust-oriented care. They need performance indicators to test the validity of the professional practice.

INTRODUCCIÓN

**Aproximación a una ética
de la profesión médica**

1. ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN

La práctica de la medicina se ha transformado extraordinariamente en las últimas décadas, llegando a ser sumamente problemática. En este contexto, uno de los problemas principales a los que se enfrentan los médicos es el de cómo orientar moralmente su actividad profesional. Se trata de identificar y resolver problemas de orden práctico, uno de los cuales es el que plantea al profesional su vida laboral tomada en conjunto. Ésta se va desplegando temporalmente dando lugar a una narración viva, a una biografía efectiva de lo realizado en el ejercicio de la profesión. Denominamos, de momento vagamente, a esta narración, a esa biografía efectiva, *vida profesional*. Este término, cuyo contenido habrá que clarificar, de momento nos sirve para hacer una primera referencia a aquello de lo que ahora nos hacemos problema.

La vida profesional es problema, al menos, por los siguientes motivos: porque no es indiferente cómo esa biografía o forma de ser puedan configurarse; porque en las condiciones cambiantes y de gran incertidumbre que caracterizan el ejercicio profesional hoy no es obvia la salida a las situaciones que se van planteando; y porque, en definitiva, como es sabido, no hay más remedio que elegir, y se trata de elegir un curso de acción éticamente válido. Y ello sin olvidar, pues no nos interesa eludir la concreción, que el agente moral que protagoniza esta reflexión es el profesional, realidad humana, realidad compleja.

La cuestión que nos planteamos tiene una doble cara. Por un lado nos preguntamos *en qué consiste una vida profesional médica éticamente válida*. Por otro lado, no habrá más remedio que entrar al mismo tiempo a responder la cuestión de *qué se entiende por ser un buen médico*. Y el uso de este lenguaje, “vida profesional”, “ser médico” supone entrar en un terreno que reclama sin duda una aclaración terminológica y una fundamentación.

1.1. Disciplina desde la que se realiza esta investigación.

Para hacer este tipo de indagación es necesario recurrir a actitudes, conocimientos e instrumentos de carácter filosófico. Con Ortega asumimos la noción

de filosofía como *alétheia*¹, es decir, como un movimiento de la razón para descubrir la verdad. Una de las actitudes necesarias para ello será el deseo y la intención de acudir a las preguntas y a las respuestas radicales, que vayan al fondo del asunto que nos ocupa.

No nos valdrá llegar a encontrar un esbozo que aporte cierta claridad a lo que podría ser una ética desde la práctica médica. Éste será considerado bueno sólo en la medida de que pueda dar respuesta a preguntas radicales y en la medida de que sea un elemento que contribuya a construir una experiencia de verdad. En este caso de la verdad relativa a la práctica médica y al ser médico.

La medicina clínica, aquella que se desenvuelve directa o indirectamente en torno a la relación clínica, tiene un carácter netamente práctico. Busca y necesita del saber científico, del conocimiento teórico, pero, al mismo tiempo, no se conforma con la él (ya para los griegos la medicina era *téchne*, no *epistéme*). Este tipo de saber (saber qué), en el momento actual procede de la reflexión teórica y de la investigación, que busca fundamentarse generalmente en datos empíricos, pruebas en las que apoyar racionalmente las decisiones que requiere la atención médica a las personas.

Este conocimiento, procedente de distintas disciplinas, se propaga a través de publicaciones (trabajos de investigación, guías de práctica clínica, protocolos) o de actividades docentes diversas. Pero, paradójicamente, a menudo se hace imprescindible una renuncia en la búsqueda de conocimientos. Esto ocurre, por ejemplo, cuando se omiten pruebas diagnósticas que no aportan beneficio alguno a los pacientes y sí riesgos y gastos inútiles, o cuando determinados datos obtenidos por medio de la investigación no van a aportar información médicamente relevante. Se relega en este caso, por tanto, el conocimiento científico a un papel instrumental.

Por otro lado, se podría pensar que lo que realmente interesa de la medicina es su dimensión técnica: saber hacer. Y efectivamente, en determinados momentos lo que se busca es un buen técnico, que ejecute maravillosamente bien esa intervención diagnóstica o terapéutica de la que en último término va a depender mi salud o la de otros que me importan. Pero la práctica médica tampoco puede conformarse con la *tékhne* ya que ésta sólo forma parte de un aspecto limitado de

¹ ORTEGA Y GASSET, José. *Origen y epílogo de la filosofía y otros ensayos de filosofía*. 2ª ed.. Madrid: Alianza, 1989. p. 61-62. ISBN: 84-2064-112-X

aquella. Incluso aquellas especialidades en las que el saber hacer es muy importante, como las quirúrgicas, necesitan incorporar consideraciones de otro orden, como, por ejemplo, información relativa a la eficacia real de una determinada técnica. En este caso se requieren datos procedentes de la investigación clínica, en la que se verifica si un determinado procedimiento quirúrgico aporta a los pacientes más beneficios que riesgos (*epistème*).

Pero tampoco queda completo el panorama del ejercicio médico con la *epistème* y la *tékhnè*. Y es que habitualmente las decisiones diagnósticas o terapéuticas se realizan en situaciones concretas, con personas concretas, en las que es necesario valorar qué conocimientos teóricos o técnicos será necesario aplicar. Esto nos sitúa en un terreno de la *phrónesis*, en el que se hace necesario un saber práctico, un saber buscar y encontrar lo que puede ser correcto y bueno para el paciente concreto que está ahí delante. Es aquí donde se pone en juego la bondad de la práctica clínica, que va tras un buen diagnóstico y un buen tratamiento para tal o cual paciente. Es aquí donde se puede cuestionar la excelencia de un determinado proceder, de la actividad en cuestión. Excelencia que requiere conocimientos y habilidades, pero algo más: saber actuar, saber obrar. Y este es un asunto del que se ha ocupado tradicionalmente la filosofía, más concretamente la ética.

Y sin embargo, no se acaban aquí los problemas de orden práctico en el ejercicio médico. No es lo mismo ejercer en una especialidad que en otra. No es lo mismo ejercer en solitario que en el contexto de una organización. No es lo mismo ejercer a tiempo parcial o a tiempo completo. No es lo mismo orientar la práctica a una medicina extraordinariamente tecnificada a orientar la práctica a una medicina que apunta a las causas sociales de la enfermedad. No es lo mismo sentir que uno disfruta y se promociona con su trabajo, que sentir que uno sufre y se deteriora progresivamente con él. No es igual saber que lo que uno hace tiene un sentido que perder de vista el sentido de la tarea que se le reclama día a día.

Por tanto, además de problemas científicos, además de problemas técnicos, además de los problemas morales concretos que se plantean en la atención a pacientes, los médicos se encuentran con el problema de resolver su propia vida profesional, así como su forma de ser profesional. Puesto que el problema que nos ocupa, la vida profesional, el modo de ser profesional, es un asunto que requiere un abordaje desde la filosofía práctica, se ha partido del concepto de ética de las profesiones como una ética aplicada que busca conocer sistemática, reflexiva y

críticamente la vida moral en el ámbito profesional, con el objetivo de cuestionar, dar razón, y orientar sobre cómo debería y podría ser y actuar un buen profesional.

Como ya se ha apuntado más arriba, en los últimos decenios se ha realizado un enorme esfuerzo reflexivo en torno a múltiples situaciones éticamente problemáticas, nacidas de la práctica clínica. En este contexto y con objeto de dar respuestas racionales a estas realidades nace a comienzos de la década de los años setenta del siglo XX la bioética clínica. Muchos de los problemas abordados en estos años por la bioética se han circunscrito a casos muy concretos ligados a situaciones precisas.

Tales han sido los problemas asociados a determinada edad o patología (como los del comienzo y el fin de la vida, discapacidades, síndrome de inmunodeficiencia adquirida), a una concreta intervención diagnóstica o terapéutica (como el diagnóstico prenatal, los trasplantes, las técnicas de reproducción humana asistida), o a una determinada faceta de la actividad profesional (como la relación clínica, el consentimiento informado o la propia investigación).

Parecería, por tanto, ocioso preguntarse si es necesaria una reflexión ética desde el ejercicio médico. Sin embargo, por las razones que se han apuntado, no resulta extraño que uno de los principales problemas éticos a los que se enfrentan los médicos es el de cómo enfocar la vida profesional tomada en su conjunto. Diferenciamos, pues, este asunto de los problemas morales concretos que se les puedan plantear ante determinados pacientes.

Por otro lado, podría parecer exagerada la restricción de la tarea al ámbito de la profesión médica, pues bien podría ampliarse el tema a una perspectiva de las profesiones sanitarias, o a una más amplia, la de las profesiones en general. La razón de esta restricción, dadas las notorias diferencias entre las profesiones (incluso entre aquellas tan próximas como la enfermería y la medicina) se debe, por un lado, al deseo de ceñirse a lo que uno conoce mejor, y, por otro, a la intención de evitar caer en falsas generalizaciones (no exentas de ciertos riesgos, entre otros, el de ser interpretadas como paternalismo o afán de tutoría). Parece preferible que, si hay aspectos generalizables en la reflexión que sigue sean éstos tomados de forma autónoma y libre por aquellas personas interesadas.

Tampoco se trata, por otro lado, de encaminar la empresa hacia una “ética médica”, entendida ésta como una deontología o especie de subdisciplina de la

Medicina, o, menos aún, como parcela en la que se cultiva una moral especializada, en la que se cede a las pretensiones de privilegio o impunidad de una determinada profesión, por elevado y valioso que sea el bien que ésta ofrece a la sociedad. Se trataría más bien de adentrarse en una reflexión sobre las exigencias que conlleva la búsqueda de la excelencia.

A lo largo del presente estudio se muestra la solvencia del estatuto de la ética de las profesiones como ética aplicada. Así como la medicina se nutre de la biología, de la física o de la matemática para construir el cuerpo de conocimientos que le es propio, en este caso se nutre de la filosofía y, en particular, de la ética aplicada para profundizar en el terreno que atañe a la dimensión moral del ejercicio profesional. Podemos afirmar, pues, que una de las disciplinas en las que nos movemos principalmente es la ética de las profesiones.

Pero además nos podemos cuestionar si nos estamos moviendo en el terreno de la bioética clínica. Si admitimos la definición de Warren Thomas Reich en su *Encyclopedia of Bioethics* de la *Bioética* como “el estudio sistemático de las dimensiones morales -incluyendo la visión moral, las decisiones, las conductas y las políticas- de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario”², tendremos que admitir que existe una superposición lógica entre ética de las profesiones “de la vida y del cuidado de la salud” y la bioética clínica.

Por tanto, las reflexiones con las que trata de darse una respuesta a las cuestiones planteadas arriba, bien pueden ser consideradas coherentemente tanto como parte de una ética de las profesiones del cuidado de la salud o como parte de una reflexión de bioética clínica.

Pero esbozar una ética de las profesiones desde la práctica médica no puede realizarse únicamente desde la filosofía, ni siquiera desde la filosofía práctica. Por ello se ha recurrido a datos de orden empírico que pueden aportar claridad a esta tarea. Ya sean éstos procedentes de ciencias como la historia, la sociología, la psiquiatría, o de otras ciencias de orden empírico, como la neurociencia.

En ese sentido no se renuncia al círculo reflexivo que tantea la realidad moviéndose entre las elaboraciones teóricas y los hechos constatables, en este caso

² FERRER, Jorge J. ; Álvarez, Juan Carlos. *Para fundamentar la bioética*. Madrid: Desclée De Brouwer, 2003. p. 77. ISBN: 84-330-1814-0.

mediante una aproximación empírica. La articulación entre estos dos polos resulta extraordinariamente clara a la luz de la filosofía de Zubiri. Es en ella en la que se apoya y fundamenta esta indagación. Esto no significa que sea considerada un constructo teórico o un almacén conceptual infalible o no susceptible de revisión o modificación. Ni el propio Zubiri la consideraría así. Pero sí representa una elaboración filosófica de una solidez, coherencia, profundidad y honestidad intelectual que la hacen imprescindible para la tarea aquí propuesta.

1.2. Por qué la filosofía de Xavier Zubiri.

En la base de cualquier construcción ética se encuentra una teoría filosófica, o al menos unos presupuestos filosóficos, que aportan una perspectiva ontológica y epistemológica determinada³. Para lograr una reflexión ética del ejercicio profesional se ha buscado una fundamentación en la obra de Xavier Zubiri. Los motivos han sido varios.

En primer lugar, su trabajo, a pesar de las dificultades que se plantean al abordarlo, dada su densidad filosófica y su lenguaje de enorme rigor metodológico, constituye un logro filosófico de gran envergadura y consistencia. En él se incorpora y asimila sistemática y críticamente toda una historia de reflexión filosófica desde la Grecia clásica hasta finales del siglo XX. Zubiri se sitúa en una perspectiva que trata de reactualizar la mirada de los primeros pensadores griegos, basada en la experiencia concreta de las cosas, en su fugacidad y en la fascinación al descubrir aquello que permanece siempre. Este modo de hacer filosofía y esta radicalidad por atenerse a lo concreto es algo que encaja perfectamente con el pensamiento y las exigencias de la práctica médica desde sus comienzos en occidente.

En segundo lugar, se trata de un autor que construye una filosofía desde un contexto histórico próximo al de la medicina actual compartiendo con ella, entre otras cosas, la sorpresa que ha supuesto el enorme éxito de las ciencias de la naturaleza. Filosóficamente Zubiri recibe una fuerte influencia de Ortega y Gasset, Bolzano, Brentano, Husserl y Heidegger en la década de 1920. La fenomenología supone una ruptura con los prejuicios previos y un espacio de libertad de pensamiento. Desde la fenomenología se cuestionan posiciones filosóficas previas,

³ FERRER, Jorge J. ; Álvarez, Juan Carlos. *Para fundamentar la bioética*. Madrid: Desclée De Brouwer, 2003. p. 473. ISBN: 84-330-1814-0.

algunas de tanta raigambre aún en la tradición médica en nuestros días como el empirismo y el positivismo.

El empirismo ha aportado a la práctica médica aspectos tan relevantes como el valor dado a las observaciones clínicas, la nosotaxia y el desarrollo de la estadística médica, que busca demostrar la asociación entre los fenómenos encontrados⁴. Sin embargo, tanto empirismo como positivismo representan posiciones filosóficas insuficientes para la práctica clínica en nuestros días. Y esto es así porque proporcionan una perspectiva de la realidad clínica demasiado reduccionista. La filosofía de Zubiri aporta una visión que, sin perder rigor, supera y ensancha, no sólo la visión empirista y positivista (por no mencionar al realismo clásico), sino el propio planteamiento fenomenológico, ampliándolo desde el subjetivismo que lo caracteriza a la perspectiva de un realismo radical.

Por otro lado, en Zubiri, el gran conocimiento de la historia de la filosofía y de la historia de las ciencias de la naturaleza hace de él un pensador clave y puente (valga la expresión) entre la mentalidad filosófica y la mentalidad científica. Para él la inteligencia humana está constitutivamente inmersa en las cosas. Éstas se pueden aprehender como reales. Podemos sentir su realidad, que son reales, no sólo sus cualidades. Desde esta perspectiva la ciencia no es mera elaboración de teorías, sino algo más denso, es un ejercicio de profundización que “vislumbra” y “tantea” la realidad en la que estamos inmersos.

La imbricación del ser humano y el mundo se basa en una necesidad básica: la de saber cómo van ocurriendo las cosas, si no quiere verse perdido en ellas. Es una necesidad imperiosa de verdad, en la que podemos decir sin exageración que está en juego la propia supervivencia humana. Y en este proceso es la realidad la que aprueba o reprueba los esbozos construidos. Por tanto, para Zubiri la imbricación del ser humano en el mundo consiste en configurar la mente según la realidad: o dicho de otro modo, en dejar que la realidad configure, “verdadee” la mente. Éste sería el horizonte propio de Zubiri: cómo avanzar en esta tarea. Y en esta tarea, que es común a la filosofía y a las ciencias, cada disciplina aporta una perspectiva complementaria de la otra.

⁴ WULFF, Henrik R ; Pedersen, Stig A. ; Rosenberg, Raben. *Introducción a la filosofía de la medicina*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2002. p. 61-78. ISBN: 84-95840-01-4.

En cuarto lugar, en ese ejercicio dinámico de encuentro con la realidad⁵, que no es más que un ejercicio incansable de búsqueda de la verdad, Zubiri nos descubre que los humanos podemos sentir la realidad. No sólo lo talitativo, es decir, las cualidades físicas que se captan sensiblemente con los sentidos. Efectivamente, al captar una cosa, al mismo tiempo estamos sintiendo sus cualidades físicas y que es realidad, como algo diferente de mí. Realidad para Zubiri no es más que el modo de quedar las cosas al inteligirlas: la realidad queda en la aprehensión como alteridad, como algo previo incluso al propio inteligir⁶. Esta manera de descubrir las cosas nos sitúa en un realismo crítico. Nada tiene éste que ver con el realismo ingenuo de los griegos aún cuando toma de éstos un ejercicio filosófico centrado en lo concreto. Tampoco tiene que ver con un neorealismo nostálgico de aquél.

A este realismo radical y crítico zubiriano se accede con una mirada fenomenológica, con una mirada basada en hechos, en lo observable por cualquiera⁷. Ni hechos, ni realidad (incluso entendida al modo zubiriano, como formalidad en la que son aprehendidas las cosas) son elementos ajenos a la práctica médica. Ésta no sólo no puede dejar de contar con ellos, sino que está siempre vinculada a ellos y tiene su razón de ser en una respuesta a ellos, a los hechos, a la realidad. La precisión y la novedad con que se utiliza en la filosofía de Zubiri estos conceptos aporta una gran claridad al ejercicio clínico. Y toda claridad en este sentido supone un terreno sólido sobre el que poder construir una ética de las profesiones.

En quinto lugar, los descubrimientos de Zubiri sobre el inteligir humano y del principio de realidad nos permiten orientar una metodología de trabajo apoyada en ellos. Es el propio concepto de método el que se pone en cuestión. Para Zubiri el método es discurrir, pero no es necesariamente discurso lógico. La lógica es imprescindible, es órgano del conocimiento, pero no método en el sentido que él lo utiliza. El método debe respetar la lógica de los razonamientos, pero el método ante todo es vía de encuentro entre el inteligir y la realidad.

El método busca el fundamento de la realidad. Para ello la razón crea unos contenidos de diverso tipo (ya sean filosóficos, científicos, o de otro tipo) que buscan tantear lo que la realidad sea en profundidad. La validez de estas creaciones de la

⁵ PICORNELL GALLAR, Damián. *Estructura de la razón moral : Diálogo teológico con la noología de Xavier Zubiri* [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2005.

⁶ Zubiri utiliza a menudo el término “formalidad”. Para él este vocablo significa el modo en el que queda la cosa al ser aprehendida.

⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 180-185. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

razón es confirmada o descartada por la propia realidad. No es casual la proximidad de esta metodología y la metodología científica. Su estructura le resulta muy familiar a la mentalidad clínica, que discurre desde la elaboración de hipótesis a su continua comprobación. Y es una estructura que, al mismo tiempo, aporta elementos de gran valor para una metodología del discernimiento de lo que deba ser una vida profesional éticamente válida.

En sexto lugar, es en la filosofía de Zubiri en la que se basan algunas de las propuestas éticas más sólidas y fructíferas que han surgido en los últimos años en nuestro país, como las de José Luis Aranguren, Ignacio Ellacuría o Diego Gracia. En el caso de este último autor, si bien con una perspectiva orientada a la resolución de problemas morales concretos que plantean los pacientes en la práctica clínica, su aportación al esclarecimiento de la obra de Zubiri, a una fundamentación de la toma de decisiones morales en la práctica clínica y al desarrollo de una metodología para la bioética clínica constituyen elementos de gran interés para la tarea que nos proponemos.

1.3. Objeto de la investigación.

Una indagación sobre una ética de las profesiones desde la práctica médica se abre a un campo de investigación en el que se puede cuestionar de entrada su amplitud: ¿no es más lógico centrarse en los diversos problemas que surgen en el ejercicio profesional, más que en el ejercicio en su conjunto? Es cierto que, por ejemplo, la bioética ha comenzado su andadura ante la preocupación por la solución de determinados problemas muy concretos y específicos de la práctica clínica.

Algunos de estos problemas han surgido de un modo inquietante para la opinión pública (casos como el del Tuskegee Syphilis Study y otros), en torno a ellos se ha definido un objeto de estudio y se ha tratado de dar una respuesta, como el informe Belmont. Otros temas que han ido surgiendo en este movimiento social y académico que es la bioética también se han ido definiendo en torno a determinados objetos de estudio. En estos procesos se ha dado un salto: la situación concreta deja de ser un conjunto de hechos sin más y pasa a ser un conjunto *problemático* de hechos y, por tanto, objeto de interés que ponen en marcha una reflexión.

La cuestión que nos ocupa no parece ni más ni menos amplia que otras que han preocupado desde la bioética. Es diferente. Hemos planteado que se trata de saber en qué consiste una vida profesional éticamente válida y en qué consiste ser un

buen profesional. Si hay algo que pueda diferenciarla de las anteriores es su carácter más básico, previo a las otras cuestiones. Éstas, cuando surgen de la práctica clínica presuponen un determinado modo moral de enfocar el ejercicio profesional: ante todo presuponen un determinado carácter moral que se asume será vehículo de una respuesta concreta a un problema concreto. Por tanto, esas respuestas se van a ejecutar (no necesariamente a elaborar) desde un sistema de creencias, una voluntad y unas capacidades (virtudes) de las cuales no se ha hecho cuestión. Por otro lado, el área de trabajo en el que se ocupa esta indagación cae en un terreno diferente al de otras cuestiones muy específicas propias de la bioética.

Se ha identificado anteriormente la *vida profesional* como esa narración viviente, o esa biografía efectiva de un profesional en acción. Esto se refiere a aspectos tan concretos y diversos como su forma de vestir, su forma de hablar, su paralenguaje, sus conductas, sus decisiones, sus aciertos o sus errores, su metodología, o su posición social. Se trata de datos cualitativos y cuantitativos que podemos sentir físicamente en la medida que asistimos a ese ejercicio. Datos que se pueden describir narrativamente, o a partir de los cuales se pueden realizar construcciones teóricas que permitan, por ejemplo, cuantificarlos de forma estadística. Pero todo esto, que se refiere a lo talitativo, a lo dado a los sentidos no es todo, porque el inteligir no consiste sólo en aprehender lo empíricamente accesible.

La vida profesional, además de consistir en una serie de hechos que van configurando un aspecto de la existencia humana, se siente como algo real. La descripción y el análisis de esa realidad da lugar a una reflexión relativa a la trascendentalidad (entendida simplemente como esa dimensión de realidad) de esa vida profesional. Y esta es tarea propia de la filosofía.

La vida profesional está relacionada con la forma de *ser profesional*. Pero ¿qué se entiende aquí por el “ser profesional”? La respuesta es muy precisa si procede de la idea zubiriana de “ser”, que es diferente a la idea de “ser” en la historia de la filosofía. Para él ser y realidad no se identifican. Ser es un modo por el que se actualiza lo real (en nuestro caso el profesional) en el mundo. Este modo de actualizarse consiste en expresión, en un modo de manifestarse lo real en el mundo.

Cuando sentimos algo como una unidad respecto a todo lo real (el mundo), eso es el ser de las cosas. La realidad siendo. En cuanto al ejercicio profesional, consiste en las formas que adquiere lo humano cuando se conduce como tal

profesional. Lo primario es la realidad (el individuo humano concreto) y lo secundario es su expresión: el ser profesional. Así, el profesional tiene un modo de ser porque es realidad, no es realidad porque tiene ser.

Pero hay que insistir: “ser profesional” no se refiere, pues, al “ser” conceptivo clásico en la historia de la filosofía, sino al “ser” propio del análisis zubiriano del inteligir humano. No se refiere al aspecto, a la idea eterna de una especie estructura interna esencial de lo que sea un médico. Al emplear la expresión “ser profesional” a partir de aquí no se estará haciendo alusión a la “entidad” humana. Porque el ser desde la perspectiva zubiriana no es cosa, ni nota. Y sí un momento transcendental, real, sentido, de las cosas. Es “ser algo en el mundo”: es actualidad, es estar presente de modo efectivo en el mundo.

Es la formalidad que adquiere la vida al ser vivida. Utilizando una metáfora clásica: si la realidad (en este caso la realidad humana) es luminaria, el ser es la claridad que aquélla desprende. O dicho lo mismo de otro modo: si la realidad es el narrador, el ser es la narración, la biografía narrada. Desde esta perspectiva, el ser sustantivo de la filosofía clásica había sido confundido con la realidad misma, dando lugar a lo que Zubiri denomina entificación de la realidad. Desde su análisis el ser es de lo real, pero no es lo real mismo⁸.

Por otro lado, para Zubiri este “modo de ser” tiene una estructura tempórea: “ya es”, “aún es” en el mundo. Dicho de otro modo, el ser de las cosas, el ser del profesional, es un “ya-es-aún” en el mundo. Lo cual nos coloca ante un modo de actualidad de lo real en el mundo que, inexorablemente, “es siendo”. A pesar de que pueda resultar más fácil mentalmente representarse una idea del ser como algo estático y eterno.

Todo esto lleva a una conclusión fundamental a la hora de definir el objeto de esta investigación. Se ha apuntado anteriormente de un modo poco preciso que ésta tiene que ver con una indagación acerca de esa narración viva o biografía expresada al vivir, que tiene que ver con la vida profesional y con el modo de ser profesional. Pues bien, *desde la perspectiva que se asume en este trabajo, se puede afirmar que vida profesional y el ser profesional (el “ya-es-aún” del ejercicio médico) aluden a un mismo asunto, si bien éste se refiere sólo al momento transcendental de aquélla.*

⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 378. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

Al hablar de vida profesional nos estamos refiriendo tanto a los aspectos talitativos (conductas verificables empíricamente) como a los aspectos transcendentales (ser profesional).

Se asume el presupuesto de que un aspecto de la vida profesional son esas acciones y conductas (lo que hace y se dice) concretas que el médico despliega al ejercer su profesión. A estas acciones, a las que se podría acceder desde una perspectiva empírica, constituyen el aspecto externo del ejercicio profesional, que lo configura con tal o cual apariencia. Darían cuenta de este momento aquellas ciencias que incorporan en su metodología un acceso empírico a la realidad. Constituyen lo talitativo, aquellos datos que se refieren al contenido de esa narración viviente, biografía efectiva o vida profesional⁹.

Pero al presenciar o vivir esa vida profesional podemos sentir algo más que datos o hechos empíricamente constatables: podemos sentir que esa narración o biografía efectiva conforma un determinado modo de ejercer la medicina. Y esta forma que es expresión, constituye un determinado estilo de ser profesional. El modo de ser profesional puede sentirse de forma directa, puede analizarse mediante una descripción meticulosa de lo dado (dato), o mediante la elaboración de construcciones teóricas.

Al conjunto de hechos transcendentales referidos a la forma en la que se despliega y expresa la vida profesional, a esa formalidad, se le denominará a partir de ahora *ser profesional*.

Lo talitativo y lo transcendental son aceptados aquí como objeto de trabajo en la medida de que constituyen un conjunto unitario de datos. Lo que interesa en todo caso son los hechos entendidos, en su sentido amplio, como lo observable por cualquiera. Estos hechos no deberán confundirse con las construcciones teóricas y menos con lo especulativo o lo dogmático.

Desde esta perspectiva, aquí se equiparan los términos *narración viviente*, *biografía efectiva o vida profesional*. Insistimos, en la unidad que representan estos términos es conveniente discernir su contenido (lo talitativo, las conductas profesionales) y la forma de ser que supone en cada caso el ejercicio efectivo de la

⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 124. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

medicina (lo trascendental)¹⁰. La talidad (el sentido discernido de talidad) ya está determinado trascendentalmente y lo talitativo envuelve al momento de realidad talificándolo¹¹. No se puede eludir la complejidad y el enigma que entraña la relación entre estos dos momentos de las cosas.

1.4. Algunos aspectos metodológicos.

El “ser”, visto así, es algo dado, es dato entregado al inteligir sentiente de un modo muy concreto. Pero ¿cómo captamos, inteligimos o aprehendemos qué es ese “ser profesional”, “ser médico”? ¿Cómo podemos saber qué es verdaderamente “ser médico”? Más aún, ¿cómo podemos saber qué es “ser un buen médico”?

Hemos visto que este ser pertenece a la realidad porque, perteneciendo a la realidad, es algo basado, apoyado, originado en ella. Algo “es” porque es real, no es real porque tiene un ser. La luz (el ser) tiene su origen en la luminaria (la realidad), no es la luminaria. La narración, incluso esa narración viviente que se despliega al vivir la vida (el ser), tiene su origen en el narrador (la realidad), no es el narrador. Pues bien, desde esta perspectiva el ser es algo sentible, aprehensible.

Zubiri en su análisis noológico muestra que lo radical en el inteligir humano no es la comprensión del ser (entendido conceptivamente, según la tradición filosófica), sino el sentido de realidad (poder sentir lo real como real). De ahí que el ser no sea algo concebido, sino sentido como expresión de la realidad en el mundo. Para entender esto, al igual que buena parte de la noología zubiriana, no se requiere seguir un proceso más o menos complejo de razonamientos abstractos, sino seguir la descripción pormenorizada de hechos. Es más un ejercicio de observación que de lógica, por mucho que ésta sea imprescindible.

Cuando consideramos algo como una unidad respecto a todo lo real (una unidad respecto al resto del mundo) esta actualidad mundanal es precisamente el ser de las cosas, es realidad siendo. Esto es lo que ocurre cuando consideramos el “ser médico” como un elenco de propiedades (notas) específicas que conforman una

¹⁰ Se asume una diferencia entre lo trascendental y lo transcendente. Lo primero se refiere a la forma de quedar las cosas al ser aprehendidas, a la formalidad de realidad (alteridad sentida como real). Lo segundo se refiere a lo concebido más allá de lo aprehendido, que no deja de ser teoría. Lo trascendental, la realidad, “no es un concepto de la inteligencia concipiente; es un concepto de la inteligencia sentiente” ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 132. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

¹¹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 124-125. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

determinada realidad, que son aprehendidas como una unidad, y que, por tanto, constituyen un modo de ser discernible (disecable, en términos médicos) respecto del resto de la realidad.

Pero, siempre desde una perspectiva metafísica, esta forma de sentir la realidad tiene diferentes modos que es preciso diferenciar. No es lo mismo el “*ser de lo sustantivo*”, que el “*ser de lo afirmado*”, que el *ser de lo razonado*. Son distintos modos de sentir, de aprehensión del ser de las cosas. Nos adentramos en un terreno de mayor complejidad, pero imprescindible para desarrollar posteriormente una ética de las profesiones desde el ejercicio clínico.

Supongamos un médico determinado ejerciendo en el área de urgencias de un hospital. Al presenciar silenciosamente (supongamos sin palabras ni pensamientos) cómo actúa, el familiar de un paciente está captando de forma directa e inmediata esa realidad en acción, esa realidad siendo: el médico ejerciendo su trabajo¹². Lo real (el médico), al tiempo que es aprehendido impresivamente de forma directa e inmediata es, por así decirlo, el agente narrativo de algo.

¿De qué? De un modo propio de ser en el mundo. Lo real (el médico) queda así actualizado ante la inteligencia del observador de un modo directo; y simultáneamente su forma de ser queda actualizada de un modo oblicuo, como irradiación de aquél, queda como “realidad expresa”¹³. Y esa expresión, ese modo de ser, es el modo en que se actualiza la realidad al espectador. Se trata del “*ser de lo sustantivo*”.

¹² “Ser de lo sustantivo” lo denomina Zubiri, que es lo inteligido en la aprehensión primordial de la realidad, en su aprehensión directa e inmediata. Esto es así porque “la realidad impresivamente aprehendida tiene en su formalidad misma una dimensión mundanal. Que toda aprehensión primordial sea mundanal es claro porque esa aprehensión aprehende la formalidad en sus dos momentos individual y campal. Ahora bien, el campo de realidad no es sino la respectividad mundana en cuanto aprehendida en impresión. De ahí que percibir una cosa real en su momento campal sea percibirla de algún modo en su misma respectividad mundanal” ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. pp. 356-7. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II). Para comprender esto Zubiri añade: “Esta remisión no es, pues, una especie de movimiento lógico sino que es un momento físicamente aprehendido en la realidad en impresión: la realidad en impresión está físicamente aprehendida y es impresivamente remitente desde la formalidad de realidad a lo ulterior de ella, a su actualidad mundanal, porque la ulterioridad misma es un momento físico de la impresión de realidad. De esta suerte el ser mismo es formalmente algo “sentido””. ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 358. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II). Y posteriormente: “En la impresión misma se aprehende en ex lo que nos está presente, se aprehende lo impresivamente presente en su física ulterioridad. Es, si se quiere, una especie de empuje físico de la impresión desde ella misma hacia su ser”. Y: “Por tanto, al inteligir lo real co-inteligimos necesariamente su ser, su actualidad mundanal” ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 357. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II). Por esto “la “realidad expresa” en cuanto “expresa” es su ser.

¹³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 360. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

Cuando se transgrede con palabras el mutismo intelectual riguroso que acabamos de suponer, y se empieza a afirmar que ser médico es esto o aquello, entramos en el terreno del lenguaje. Se está verbalizando algo inteligido previamente: intelección que consiste en delimitación, en discernimiento, en diferenciación de unas cosas entre otras cosas. Cuando se afirma algo, por ejemplo, “él es médico”, se están diciendo dos cosas al tiempo: que tengo una idea de lo que es ser médico y que hay alguien que cumple con esa idea. En el terreno del lenguaje el ser es “*ser de lo afirmado*”.

Asumimos que el familiar sabe que es un médico el que le acaba de informar porque antes ya sabía lo que era un médico, tiene por tanto una idea de lo que sea éste, y ve actuar a alguien de una determinada forma. Por tanto, puede afirmar: él “es médico”, me ha informado un médico. El espectador ha captado y definido verbalmente una diferencia entre el médico y los otros profesionales. La narración viva que desarrolla ese personaje con ese modo de “ser médico”, tiene una especificidad respecto a otros modos de ser que, además, es verbalizable.

Al afirmar “es médico”, el familiar está reactualizando mediante el lenguaje la realidad que ha presenciado y la está diferenciando de otras. Esta reactualización no es exactamente la misma que la que aprehende otra persona (por ejemplo un familiar B) cuando, lejos del escenario clínico, en una sala de espera, el familiar A le dice: “*es el médico el me ha dicho que...*”.

La palabra médico aquí actualiza para el familiar B meramente lo que eso (médico) sea en el mundo intelectual¹⁴. Y esta forma de actualidad de lo real es ya en distancia. El familiar B de la sala de espera aprehende que quien ha informado al otro ha sido el médico, no la enfermera o un celador. Pero el modo de quedar esa realidad (la de médico) en su inteligencia es mucho más pobre y distante que el modo de quedar esa realidad cuando ha sido captada en la riqueza que proporciona el haberla aprehendido de forma directa e inmediata.

Lo afirmado pretende una unidad de los fueros de la inteligencia y de lo afirmado (lo real). Se refiere pues a lo que la cosa sea en la mente de los interlocutores, o del que discurre. Constituye la actualidad del mundo intelectual.

¹⁴ “Es mundo, por homología con el mundo real que es respectividad de lo real en cuanto real. Pero el mundo intelectual no es el mundo de lo real sino que es tan sólo el mundo del “en realidad”. ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 365. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

Propone lo que algo es “en realidad” (en esa realidad peculiar del mundo intelectual). El mundo intelectual no es para Zubiri el reino de las Ideas (de la realidad plenaria para Platón), ni el de lo abstracto (Aristóteles), sino el reino de lo que las cosas serían¹⁵ en realidad.

La filosofía clásica habría identificado el ser de lo afirmado con el ser de la predicación (con el “es” copulativo), dando lugar a una logificación de la intelección¹⁶. Ciertamente, en el lenguaje hay varios usos de la palabra ser. Por ejemplo el existencial: esta mesa es (está) en el mundo. Un uso copulativo o de pertenencia: esta mesa es verde. O un uso figurativo: ser médico. Es este último uso el que interesa al tema actual de la investigación.

El lenguaje jugará un papel imprescindible en el análisis procedente de la observación del ejercicio médico. En el lenguaje habrá afirmaciones que permitan describir y discernir, es decir, vincular o desvincular una determinada forma de actuar al ser o no ser en realidad médico. El lenguaje, como ejercicio de discernimiento al observar las conductas de los médicos, tendrá un papel esencial en el proceso de revisión y descubrimiento de lo que se entiende que sería ser médico y, más en concreto, ser buen médico. Las afirmaciones que se utilicen tendrán un determinado nivel de evidencia (de exigencia y exactitud) que habría que definir desde la realidad que estamos trabajando, en nuestro caso la realidad moral¹⁷.

Desde una búsqueda de la verdad de lo afirmado respecto a lo que sea “ser buen médico”, (desde la búsqueda de la verdad dual, la verdad propia del logos, la verdad lógica) no tendrá el mismo peso la perspectiva del paciente, que la del familiar, que la del propio médico, que la de un gestor.

Una perspectiva privilegiada para afirmar qué formas parecen pertenecer en realidad a un modo verdadero (y válido éticamente) de ser médico es la del paciente. Esto es así porque éste es quien recibe la acción del profesional de un modo directo e inmediato. Es quien puede decir si la posibilidad de bien que supone el ejercicio médico se hace efectiva o no con una determinada forma de ser. Sus

¹⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 375. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 378. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 225. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

afirmaciones respecto a una determinada práctica clínica conllevarán, por tanto, un fuerte nivel de evidencia.

Sin embargo el paciente cuenta con la limitación de desconocer muchas de las posibilidades de bien que conlleva el ejercicio profesional. Esto no le ocurre al médico. La perspectiva de éste aporta una visión que le permite lograr una concepción de posibilidades de bien que entraña la medicina que le resultan inaccesibles al paciente. Simplemente porque éste, al no ser médico, no sabe lo que puede dar de sí la medicina con un adecuado despliegue de conocimientos, habilidades y actitudes. Y sin embargo, el médico carece de la perspectiva directa del paciente que recibe la atención, disfrutándola o sufriendola.

Por eso, es lógico plantear que el nivel de evidencia más fuerte a la hora de describir los rasgos de un modo de ser buen médico pertenece al paciente-médico. El nivel de evidencia respecto a lo que sea una práctica éticamente válida será mucho mayor en la medida que haya una confluencia de perspectivas de diversos pacientes-médicos. Los relatos de médicos que pasan a ser pacientes están cargados de afirmaciones que permiten delimitar con un fuerte nivel de evidencia lo en verdad pueda resultar ser buen médico. Esto no quiere decir que las afirmaciones de otros observadores (familiares, estudiantes de medicina, gestores) carezcan de validez. Simplemente que su nivel de evidencia será menor, por ser perspectivas más limitadas. Éste disminuye conforme la observación se aleja de una aprehensión directa e inmediata de la práctica médica.

Pero esto no es suficiente. No es suficiente con averiguar qué es el ser médico de lo sustantivo o el ser médico de lo afirmado. No basta con observar la forma de ser profesional de este o aquél médico, con analizarla y con discernir cuáles son las notas médicas con una validez ética de una determinada forma de ejercer la profesión. No basta con una búsqueda de una verdad de lo afirmado, de lo que parece que es ser médico.

Lo que interesa en esta indagación ante todo es saber qué es ser buen médico *en el fondo*, en esa dimensión de lo real que queda oculta a lo dado en el campo de la realidad. Hasta ahora nos hemos movido en el dominio de lo aprehendido impresionantemente, lo captado de forma impresionativa. Pero más allá de lo aprehendido impresionantemente en el contacto con el ejercicio actual de la profesión, interesa adentrarse en la realidad y tantearla para comprenderla en profundidad. Se trata de buscar una respuesta a qué es realmente en el fondo eso de ser buen médico.

Desde un punto de vista metodológico aquí se corren riesgos significativos. Es muy fácil derivar en dogmatismos, en la elaboración de constructos teóricos que se quedan en el limbo intelectual de lo inverificable (idealismos especulativos), en reducciones cuantificadoras que identifican mi conducta médica con media docena de indicadores de calidad, en la aceptación acrítica de imperativos institucionales; es sencillo orientarse hacia ejercicios de exhibicionismo y narcisismo profesional que buscan alcanzar los premios otorgados por la organización empresarial, las organizaciones profesionales o la sociedad; o deslizarse hacia discursos cínicos o escépticos que desprecian la posibilidad de dar con una comprensión válida (aunque sea parcial y, por tanto, provisoria) de lo que sea una forma válida de ser médico.

Si se ha afirmado que lo que interesa es comprender a fondo qué es ser médico estamos diciendo que nos interesa vislumbrar qué pueda ser esto más allá de lo dado en la impresión directa, más allá de lo observado, de lo que se dice acerca de qué es ser médico (ser afirmado). Y esto es así porque asumimos que “ser médico” es algo que captamos sólo en parte. Porque “ser médico” pertenece a una realidad enigmática, la realidad humana, de la que no podemos saber a priori lo que puede dar de sí.

Por otro lado, no se trata de descubrir el concepto del “ser” para, falazmente, deducir luego un “deber ser”. Se trata de descubrir cómo conformar la propia realidad humana para llegar realmente a “ser médico” en el preciso sentido que se viene indicando. Llegar verdaderamente (realmente) a ser buen médico aquí no es entendido como conseguir una adecuación perfecta entre lo que yo entiendo que es ser médico y lo que ahora experimento que estoy siendo; o en cumplir con unos determinados principios estructurales que definen lo esencial de una determinada entidad que denomino el ser médico; tampoco consiste en adquirir unas determinadas cualidades que me permiten encajar correctamente en las cualidades que se atribuyen a los médicos (como éstas pertenecen al ser de los médicos, al adquirirlas llego a ser médico).

Todos estos planteamientos parten de una visión clásica en la que inteligir se identifica con concebir o con un ejercicio lógico intelectual. Esta forma de plantear el problema sitúa la cuestión en el terreno de un realismo ingenuo y de la falacia naturalista que asume que “ser” define el “deber ser”.

El planteamiento de esta investigación, así como sus presupuestos llevan a un enfoque inverso: el deber (entiéndase la moral) define, conforma la realidad humana

y ésta se expresa en el “ser”: ser médico. Por tanto el deber (la moral) configura el “ser” entendido al modo zubiriano. Es necesario recordar que esto es así porque el concepto de “ser” que utilizamos no es algo abstracto, o la estructura de una determinada entidad concebida que pertenece al mundo de las ideas, sino algo concreto, individual, que pertenece a cada uno y es expresión de sí mismo.

Por tanto, este “ser médico” no es estructura sino expresión de lo real, del profesional concreto individual ejerciendo su trabajo diario. Por esta razón tampoco nos situamos en la perspectiva de idealismo ingenuo que cree que el deber configura el ser. El principio de partida y llegada es la realidad: ésta da que pensar y aprueba o reprueba en la práctica lo pensado.

Cuando se plantea formalmente la cuestión de qué es ser médico en el fondo, en realidad se está planteando la cuestión de qué posibilidades se me abren: de qué puedo ser capaz en la vía de la práctica médica. Qué propiedades deseo, quiero incorporar o realizar en mí. Se trata, por tanto, de una cuestión que nos sitúa de lleno en el orden de lo moral, porque toca la estructura moral de la realidad humana. Frente al binomio “ser”-“deber ser”, aquí se plantea otra cosa. Si se quiere simplificar como un binomio alternativo, éste podría ser el de “posibilidades”-“discernimiento deliberativo”.

No se trata de ajustar un modo de ser a un modelo prefijado, sino de una búsqueda de un encuentro entre modelos (u otro tipo de esbozos) y realidad (la realidad humana). Todo ello asumiendo que la realidad humana es algo sustantivo¹⁸ y que una de sus notas principales es que se nos muestra como un enigma. Esto hace que no se pueda construir una ética heterónoma de ajustamiento a un determinado modelo sin faltar a esta sencilla verdad: lo humano se muestra a la inteligencia como un enigma irreducible en su complejidad y profundidad.

Esto no quiere decir que no se pueda investigar, en concreto, en qué pueda consistir realmente eso de ser médico. En esta tarea se parte de la idea del conocimiento como experiencia de la realidad. Más en concreto, en referencia a un conocimiento racional, habremos de precisar que este conocimiento es algo problemático, siempre inadecuado y provisional, de hechos experimentales (para el caso de las ciencias de base empírica) o de verdades comprobables (para el caso de

¹⁸ Realidad es para Zubiri todo lo que actúa sobre las demás cosas o sobre sí mismo en virtud formalmente de las notas que posee. ZUBIRI, Xavier. *Sobre la esencia*. 3ª ed. Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1963. p. 104.

las ciencias del espíritu). Sean unas u otras disciplinas, asumimos que tanto las ciencias empíricas como la metafísica son conocimiento teóricos, en distancia, que no acceden a la realidad de un modo directo, sino de un modo en que ésta solamente se vislumbra y se tantea.

Para ello será necesario tomar una vía muy concreta, consistente en hacer probación física de la realidad, en ir verificando. Y si el conocimiento es experiencia, Zubiri nos muestra al menos cuatro formas de experiencia dependiendo del objeto del estudio: constatación de hechos (experimentalmente se fuerza a la realidad a mostrar su índole profunda); comprobación de realidades postuladas (es el caso de la matemática o de la lógica); compenetración (experiencia de la vida humana para que ésta muestre su mundo interno); y conformación (conocimiento práctico de mí mismo que se produce cuando trato de realizarme).

Pues bien, el objeto de trabajo que esta indagación tiene por delante es de tal complejidad que serán necesarias todas estas formas de conocimiento, de experiencia, de probación física de la realidad, para poder hacer una aproximación mínimamente rigurosa. Todo ello para llegar a comprender mejor en qué pueda consistir realmente eso de ser médico.

1.5. Objetivos y estructura de la investigación.

El objetivo de la investigación no será elaborar listados de deberes y normas específicas, sino más bien desarrollar una reflexión en torno a las posibilidades morales y mostrar la fundamentación racional de las mismas. Busca, como se ha dicho, responder a la cuestión de qué es ser médico y en qué consiste una práctica de la medicina válida desde la perspectiva ética.

En una parte primera, se abordará el problema de la fundamentación y el método, es decir, desde dónde y cómo construir una ética de las profesiones; el marco teórico desde el que acometer una búsqueda, así como el papel de la filosofía de Zubiri y qué significa desde ella saber estar en la realidad. Se abordarán los temas de inteligencia y realidad, inteligencia y logos e inteligencia y razón desde una perspectiva clínica; la dimensión moral del ser humano.

En la segunda parte, se hará una reflexión en torno al estatuto de la ética de las profesiones. En él se abordará qué entendemos por profesión y qué entendemos por ética de las profesiones; la situación de la ética de las profesiones como saber y en la estructura formal de la ética. Se justificará una perspectiva ética desde un

nivel micro, quién y cómo se gestionan los contenidos materiales de una ética de las profesiones, cuál es el sujeto moral así como el problema de los mínimos y máximos, la universalidad y la excelencia. Y además se planteará el tema de la ética de las profesiones en relación con la ética personal, la deontología, la bioética y la ética civil. En un último capítulo se realizará la propuesta justificada de una ética para médicos.

Como anexo, se presenta una revisión de la historia de la ética desde categorías zubirianas, en la que se señalan elementos de la tradición médica que son de gran relevancia para la elaboración una ética de la profesión médica.

2. EL PROBLEMA DE LA FUNDAMENTACIÓN Y EL MÉTODO.

En la historia de la medicina se produce la llamada revolución científica cuando en el siglo XIX la medicina racionalista y especulativa, con un modelo mecanicista, se somete a control empírico¹⁹. Esto ha dado lugar a un desarrollo inimaginable de conocimientos y posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Y todo ello se ha basado en el esfuerzo de la razón y la experiencia humana. Y en la raíz de todo ello se encuentra presente la pregunta acerca de la verdad: un qué, un por qué, un cómo.

La cuestión de la fundamentación queda aquí planteada, ante todo, como una búsqueda de la verdad, verdad metafísica como moral. Y es que la fundamentación ética se sustenta normalmente en una metafísica. Ésta, al constituir un conocimiento de la realidad, proporciona los elementos que permiten orientarse en ella.

Se parte, por tanto, de la convicción y de la hipótesis, de que la verdad es algo accesible a la razón humana y no una quimera. Y si esto fuera así, entonces también se presupone que es viable el error científico y el moral, algo que puede cursar con unos costes humanos graves en la práctica médica. Esta búsqueda de la verdad moral no pretende incorporarse a ningún tipo de cruzada, sino a las búsquedas que ya han hecho otros. Y pretende hacerlo desde la deliberación,

¹⁹ WULFF, Henrik R ; Pedersen, Stig A. ; Rosenberg, Raben. *Introducción a la filosofía de la medicina*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2002. ISBN: 84-95840-01-4.

entendida ésta como “arte, basado en el respeto mutuo, en cierta dosis de humildad intelectual y en el deseo de enriquecer la propia comprensión de los hechos”²⁰.

Cuando se revisan las principales aportaciones a una fundamentación de las éticas aplicadas, se asiste a una larga historia en la que surge poco a poco una pluralidad de planteamientos, que ha crecido de un modo muy significativo a lo largo del siglo XX. Desde la perspectiva de una ética de las profesiones muchas de las opciones muestran aspectos positivos, pero también insuficiencias. Se echa de menos una perspectiva capaz de incorporar lo mejor de los distintos puntos de vista, de superar las insuficiencias más graves y de contener bastante flexibilidad como para estar abierta a una crítica y autocrítica desde la racionalidad.

Nos embarcamos, pues, en la búsqueda de una teoría, entendida ésta como un esbozo o modelo intelectual elaborado para dar razón de la realidad de manera coherente y razonable²¹. Aquí buscamos nada menos que una respuesta a las preguntas “qué es el mundo” y “qué es el hombre”. Pero además, como no puede ser de otro modo, una teoría sobre el hecho moral, sobre la enunciación y justificación de un criterio de moralidad, que además proporcione una metodología para resolver las situaciones problemáticas. Ésta debería responder a la cuestión “qué debo y debemos hacer”. La indagación se tiene que mover, pues, en tres niveles: en el metafísico, en el de la ética fundamental y en el de las éticas aplicadas.

A lo largo de los siguientes párrafos se revisarán, sin pretensión de exhaustividad, algunas de las principales propuestas con el objetivo de señalar la pertinencia de presentar la fundamentación como problema. Para ello se establecerá un contacto con aquellas perspectivas con una mayor incidencia en una ética de las profesiones, cuestionándolas y tanteando sus fortalezas y sus limitaciones. Esto se hace ya inevitablemente desde la altura que proporciona la filosofía de Zubiri, que parece proporcionar elementos filosóficos y antropológicos que permiten una integración conceptual de perspectivas aparentemente irreconciliables.

²⁰ GRACIA GUILLÉN, Diego. *The Foundation of Medical Ethics in the Democratic Evolution of Modern Society*. En: *CLINICAL Bioethics : A Search for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005]. p. 37. ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.

²¹ FERRER, Jorge J. ; Álvarez, Juan Carlos. *Para fundamentar la bioética*. Madrid: Desclée De Brouwer, 2003. p. 94. ISBN: 84-330-1814-0.

2.1. Entre la “naturaleza” de la medicina y la ética de la virtud.

A lo largo de la historia, la fundamentación ética ha transcurrido por una larga etapa objetivista. Ésta parte del presupuesto de que las cosas son como las pensamos y de que la verdad consiste en una adecuación perfecta entre lo pensado y la cosa. El orden moral viene determinado por lo natural, y se funda en la ley natural. El ser se muestra como horizonte que justifica y define el deber ser.

Pellegrino, por ejemplo, parte de una perspectiva antropológica y epistemológica, que asume la realidad de una naturaleza humana común. Desde ahí se realizan afirmaciones generales acerca del ser humano. Las cosas tienen entidad esencial propia, transparente al conocimiento humano. Los fines forman parte de la naturaleza de las cosas, configurando sus cualidades esenciales. Deseamos algunas cosas porque son buenas, no son buenas porque las deseamos. Pone como ejemplo la medicina: es una *tékhnē* cuyo fin es, por la su naturaleza, la salud.

Desde aquí se desarrolla una filosofía de la medicina y una ética de las virtudes²². En su aplicación práctica requiere una excelencia en la forma de actuar (las virtudes, que le permiten al ser humano hacerse bueno y ejercitar bien sus funciones) y, en situaciones problemáticas, una aplicación prudente de la ley natural en la situación particular. Virtud y bien se identifican. Lo que no es virtud, es vicio. La validez moral consiste en un ajustamiento del obrar del ser humano a la ley natural.

Pellegrino tiene el acierto de insistir en situar su perspectiva en el marco de la medicina clínica, aquella que usa el conocimiento y habilidades médicas para sanar a las personas enfermas, en el encuentro individual del médico y el paciente. Esto aporta un rigor a su reflexión que de otro modo se perdería. Define este encuentro como el lugar ético del médico, cuyo fin es la decisión, y la acción correcta y buena de la sanación. Un instrumento para las políticas públicas por el que pueden afectar a las vidas de las personas.

Para él, la enfermedad, experiencia humana universal, es la primaria razón de ser de la medicina y de los médicos; ve al paciente en la necesidad de fiarse del médico y el encuentro clínico como una situación que genera un vínculo peculiar en el que el enfermo está siempre en desventaja. Los conocimientos médicos no son

²² FERRER, Jorge J. ; Álvarez, Juan Carlos. *Para fundamentar la bioética*. Madrid: Desclée De Brouwer, 2003. p. 188. ISBN: 84-330-1814-0.

propiedad privada y deben estar orientados al bien de los enfermos, y el ejercicio profesional es ante todo la promesa pública de estar al servicio de los enfermos al entrar en la profesión médica. Considera el acto médico como algo con un horizonte bien definido: el bien del paciente.

Por otro lado, su limitación de la ética al acto clínico, que lo hace instrumento de políticas públicas, puede parecer un reconocimiento de los límites del ejercicio clínico, abriendo una vía de vulnerabilidad: la medicina como instrumento de posibles intereses espurios. Sin embargo, este reconocimiento de límites de ejercicio clínico, centrándose en su contexto específico permite descubrir, como se verá más adelante, una fortaleza ante manipulaciones ajenas al acto médico.

Su propuesta retoma el concepto aristotélico del bien, así como de las virtudes y su posición central en la filosofía moral. Si para Aristóteles el bien es lo que todo humano desea por naturaleza, así como el fin de la actividad humana y la razón por la que las cosas existen, para Pellegrino el concepto del bien es fundamental. Sin el bien como *telos*, la palabra “deber” no tiene dirección y la moralidad se disuelve en el ácido del escepticismo²³. El problema viene cuando se trata de justificar este planteamiento.

Para él, el bien del paciente constituye el fin de la medicina porque es a lo que la medicina por su naturaleza tiende y por el cual adquiere su definición. Esto, afirma, es así ya desde el Juramento Hipocrático. Y sin embargo, ¿es esta razón difícilmente sostenible en nuestros días? ¿No se basa en una construcción teórica más que discutible, la medicina como algo natural, con un dinamismo propio determinado por sus fines? ¿No es la medicina, en realidad, una colosal construcción cultural humana y, por tanto, algo muy artificial y poco natural, y con dinanismos internos que no tienen por qué asemejarse a los de la naturaleza, ni siquiera resignarse a ellos?

Pellegrino reconoce, no obstante, que este bien que busca la medicina ha venido a ser problemático, por lo que ha sido necesario redefinirlo. En medicina hay diversos bienes implicados: conocimiento (que buscan las ciencias básicas),

²³ PELLEGRINO, Edmund D. *The Telos of Medicina and the Good of the Patient*. En: *CLINICAL Bioethics : A Search for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005]. p. 21-32- ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.

promoción de la salud (que busca la medicina preventiva), la salud pública (que busca la medicina social). Éstos pueden confluír con la medicina clínica cuando se emplean con el fin de beneficiar al paciente: el bien del paciente es así un *primus inter pares*. Si esta diferenciación no se hace, se tiende a medicalizar casi cualquier aspecto de la vida. Y tiene razón.

Es muy valiosa su firmeza al insistir en que el criterio moral fundamental es el del bien del paciente. Se asume el difícil reto de tratar de mostrar una determinada comprensión del bien humano, por tanto, del *telos* de la vida humana. Esto, que resulta especialmente difícil en una sociedad plural, y que da lugar a la fragilidad de una fundamentación ética, sin embargo, en el ámbito de una ética de las profesiones sí parece una empresa alcanzable, pues sería viable un consenso teleológico, un acuerdo sobre el bien o la finalidad que persigue la profesión²⁴. ¿Pero esto es realmente así, en un mundo sanitario profundamente fragmentado en especialidades, sistemas sanitarios y distintos referentes morales?

Para Pellegrino el fin del acto de sanación es el bien del conjunto de la persona. Para tratar de definirlo construye un esbozo en el que el bien perseguido es cuádruple: físico, personal, humano y espiritual. El nivel más bajo es el bien médico; por encima está el bien personal que es tal como lo percibe el paciente; el siguiente es el bien del paciente como ser humano; y el bien más elevado es el bien espiritual. Se encuentran en una jerarquía en la que cada nivel se relaciona con los otros.

El bien médico del paciente depende del correcto empleo de los recursos científico técnicos, pero también de que esté adecuadamente relacionado con los otros niveles. Por tanto, el bien médico debe de estar bien encajado en el contexto del proyecto personal de este paciente, éste a su vez en el respeto a él como ser humano (fin no medio, con valor no precio) y éste a su vez en el contexto de la dimensión de sentido espiritual último de la vida humana, más allá del puramente material.

De este modo presenta unos fines médicos que tenderán a configurar de un modo determinado el ejercicio de la medicina. Su perspectiva articula unos objetivos que bien pueden representar toda una tradición en medicina. Objetivos que, por cierto, guardan un cierto paralelismo con valores compartidos por muchos, como

²⁴ FERRER, Jorge J. ; Álvarez, Juan Carlos. *Para fundamentar la bioética*. Madrid: Desclée De Brouwer, 2003. p. 190. ISBN: 84-330-1814-0.

beneficencia (el bien físico y médico del paciente), autonomía (el bien del paciente como persona) o justicia (el bien del paciente como ser humano).

Sin embargo, su propuesta se basa en un tipo de realismo que cree poder conocer *a priori* la naturaleza (y por tanto los fines) de eso que llamamos medicina. Este planteamiento ha sido desafiado a lo largo de la historia: por el nominalismo (s. XIII-XIV) que rechaza una esencia de las cosas, por Kant que sitúa el bien en la voluntad y en la razón, por Hume que ve una falacia en la conexión entre ser y deber, por Moore que cree que el bien no se puede definir y por un creciente escepticismo que piensa que no cree que sea posible alcanzar una verdad moral mediante la razón humana.

Esto lo sabe bien el propio Pellegrino que rechaza todo tipo de constructivismo social que tiende a cambiar el término “fines” por los términos “metas” o “propósitos”; que desplaza el criterio del bien por un énfasis en lo correcto y por las preferencias personales; que hace que las elecciones morales dependan de los sentimientos dominantes en cada momento social; o que generan una definición utilitarista, legalista o libertaria de los fines de la medicina.

Ante todo ello este autor afirma que el bien del paciente es un fundamento más fuerte que una construcción social sujeta a cambios impredecibles. Esto es así, afirma, porque el bien de la persona se vincula ontológicamente al fin de la actividad profesional.

Esto, que es válido en cuanto recurso contra lo arbitrario, contra lo culturalmente convencional, sin embargo, apela a la existencia de una ley natural como criterio objetivo de bien. Esta perspectiva parece designar algo ya dado, el bien humano y el ejercicio clínico naturalmente orientado a lograr ese bien, cuando el bien humano es algo por descubrir en cada persona concreta y la práctica médica es una tarea por desarrollar. Pero aún admitiendo unas leyes morales válidas y objetivas, ¿no se ha utilizado este lenguaje de la ley natural como escudo “para eludir las sorpresas y riesgo de la génesis de sentido que procede de la posición de libertad”²⁵?

Por desgracia el lenguaje de los naturalismos ha estado demasiadas veces a lo largo de la historia al servicio de una racionalidad puramente estratégica, orientada

²⁵ RICOEUR, Paul. *Amor y justicia*. 2ª ed.. Madrid: Caparrós, 2000. p. 81. ISBN: 978-84-8794-370-6.

al control o la dominación. Esto ha generado y aún genera, desde la modernidad, una profunda desconfianza, que le hace perder buena parte de su valor pedagógico. Pero aún cuando la ley natural sea considerada “un juicio acerca de bien y mal que no está impuesto con fuerza o coacción”²⁶, ¿no es una enorme imprecisión asociar lo natural (*physis*) a lo humano sin más?.

Por otro lado, Pellegrino asume la definición de virtud de Aristóteles: “la virtud del hombre será también el modo de ser por el cual el hombre se hace bueno y por el cual realiza bien su función propia”²⁷. Desde esta perspectiva se vinculan virtudes, fines de la vida humana y el bien. ¿Pero es correcto asociar virtud y bien? ¿No es cierto que un excelente cirujano, que en su virtud realiza una magnífica intervención, puede estar haciendo un mal a un paciente que no quería de ningún modo someterse a ninguna cirugía? ¿No es cierto que un corredor de bolsa puede ser un magnífico especulador y, en su virtud, estar haciendo un enorme daño al bien común?

Por otro lado, la ética aretética no incorpora desde una perspectiva lógica los conceptos de deber y de principio. ¿Es esta la causa del escaso énfasis dado al valor de la justicia distributiva, que queda en un segundo plano respecto a la beneficencia? Por otro lado, tampoco incluye en el lugar moral principal de las profesiones sanitarias (el encuentro entre el sanitario y el enfermo) otros elementos que hoy tienen una gran importancia: la familia del paciente, los otros profesionales o la organización sanitaria.

2.2. *Entre el empirismo de Hume y el escepticismo postmoderno.*

Hume cuestiona radicalmente la metafísica. Esto le lleva a un escepticismo que considera la mente humana incapaz de llegar a cualquier determinación cierta y segura, que le lleva a instalarse, por tanto, en la duda permanente²⁸. Y es verdad que la búsqueda de la verdad parte de un estado de duda. En ese sentido, una apertura intelectual a la verdad requiere un cierto estado de duda escéptica. Éste es un excelente antídoto contra la autocomplacencia o el dogmatismo.

²⁶ RECUERO, José Ramón. *La cuestión del bien y del mal*. Madrid: Biblioteca Nueva, [2009]. p. 132. ISBN: 978-84-9742-950-4.

²⁷ Aristóteles. EN 1106a 22-25. En: ARISTÓTELES. *Ética nicomáquea : Ética eudemia*. Pallí Bonet, Julio (trad.). España: Gredos, D.L. 1985. ISBN: 84-249-1007-9.

²⁸ HUME, David. *Investigación sobre el conocimiento humano*. Madrid: Alianza, 2005. ISBN: 84-206-3754-8.

Sin embargo, la radicalización de una actitud de duda ¿ no conduce inexorablemente a la convicción de que no hay verdad? Paradójicamente, esa radicalización (a veces dirigida a combatir o rebatir las especulaciones o los dogmatismos) puede conducir a un nuevo estado dogmático: aquel que asume la convicción inamovible de que no es posible acceder a una verdad, o que ésta no existe. Y esto, a su vez, ¿no será un buen motivo para una razón perezosa, desentendida de la indagación, cerrada en su propia “verdad”, la de que no hay verdad accesible al conocimiento humano?

Por tanto, la duda radical no se debería agotar en sí misma, sino que debería permanecer abierta a una posible verdad. Y una vez que ésta se vislumbra, se esboza o se descubre, no le queda más remedio que confiarse coherentemente a ella. Aún cuando esa verdad esté marcada por la provisionalidad, la insuficiencia o una incertidumbre. Parece ser que ésta fue la postura de Hume. Para él, el hombre sabio adecua su creencia a la evidencia. Ésta proviene únicamente de las impresiones. Y no tenemos impresiones, por ejemplo, de causalidad (para él pura especulación), y sí de la asociación probabilística de hechos, dado que no hay más seguridad que la que da la experiencia.

Hume ha mantenido la dualidad entre sentir e inteligir. Como no es fiable la metafísica, él opta por la verdad que proporcionan la experiencia y los sentidos. Para ello pasa por alto todo aquello que la filosofía desde los griegos pasó por alto y que sólo la filosofía del siglo XX ha descubierto: el carácter sentiente del inteligir humano. Hume tenía razón al desconfiar de la metafísica especulativa, pero redujo la capacidad de inteligir a los datos proporcionados empíricamente a los sentidos.

Los frutos dados por el empirismo han sido enormes en medicina, y aún lo siguen siendo. El control que el empirismo realiza sobre el racionalismo especulativo en la historia de la medicina hace que el siglo XIX sea considerado el siglo de la revolución científica en medicina²⁹. Sin embargo, la perspectiva empírica reduce la realidad a lo captado sensorialmente. Y esto, ¿no lo está pagando todavía la medicina actual, que asimila perspectivas de la realidad humana extraordinariamente limitadas y, por tanto, disfuncionales para la práctica clínica?

²⁹ WULFF, Henrik R ; Pedersen, Stig A. ; Rosenberg, Raben. *Introducción a la filosofía de la medicina*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2002. ISBN: 84-95840-01-4.

Efectivamente, la revolución científica de la medicina ha dado lugar a una extendida imagen del ser humano como realidad que sólo puede ser comprendida desde el análisis de sus estructuras anatómicas, de sus funciones fisiológicas, de sus anomalías patológicas, de sus complejidades bioquímicas o de sus estructuras o alteraciones genéticas. Esta imagen no es algo del pasado. Tiende a reaparecer cada vez que hay una noticia de un nuevo y prometedor avance científico. Y lleva a considerar al ser humano como un mecanismo complejo sólo comprensible a través de los datos empíricos que proporcionan las ciencias de la naturaleza. Y lleva a considerar la medicina como la ciencia que trata de recomponer los elementos disfuncionales de ese mecanismo³⁰.

Desde el punto de vista ético las consecuencias son muy importantes. Al eludir lo abstracto y lo racional de la ética, ésta pasa a ser una cuestión de hecho. Para Hume la moral se basa en los sentidos, no en la razón. No hay nada en sí mismo valioso o despreciable, bueno o malo, sino que estos atributos nacen de la constitución y estructura del sentimiento y afecto humanos. Lo que produce agrado en uno, produce desagrado en otro³¹. Por ello la moral es más propiamente sentida que juzgada. Por eso las impresiones distintivas del bien y del mal morales no consisten sino en un particular dolor o placer, que son el resorte capital y principio motor de todas las acciones. Lo bueno es, en definitiva, lo útil o lo agradable.

Pero, ¿al ser reducida la mirada empírica a lo sentido, no queda así reducido el concepto de bien? Sería absurdo afirmar que no es bueno lo útil o lo agradable. El problema es considerarlos como criterio fundamental de bien, o como lo único bueno. La miopía que se produce en el terreno intelectual, se arrastra al terreno ético. El concepto de felicidad se modifica. El concepto clásico de felicidad, que tenía el sentido de “realización personal” (*eudaimonía*) ha pasado a tener, a partir del siglo XIX, el sentido de “bienestar”.

Ya Descartes vincula la felicidad a un contento del espíritu y a una satisfacción interior, uniendo la idea de felicidad y un estado de ánimo determinado. El utilitarismo consagrará después la idea de felicidad como acumulación cuantitativa y cualitativa de estados de ánimo placenteros. Por felicidad se entiende el placer y la

³⁰ TEN HAVE, Henk. *A Communitarian Approach to Clinical Bioethics*. En: *CLINICAL Bioethics : A Search for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005]. p. 41-51. ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.

³¹ HUME, David. *Investigación sobre los principios de la moral*. López Sastre, Gerardo (trad.). Madrid; Espasa-Calpe, [1991]. ISBN: 84-239-7242-9.

ausencia del dolor; por la infelicidad el dolor y la privación de placer. Ésta es la raíz de la idea de felicidad como “bienestar”, con un sentido más psicológico y social que filosófico³².

Es Hume quien afirma, además, que el sentido de la justicia y la injusticia no se deriva de la naturaleza, sino que surge, de modo artificial aunque necesario, de la educación y las convenciones humanas³³. Y la utilidad pública es el único origen de la justicia. Y esta artificialidad de la justicia permite también los artificios de la moralidad y derecho. De tal modo que la moda, la costumbre y el derecho constituyen el principal fundamento de todas las determinaciones morales.

Así, dentro de cada grupo social, el interés y la utilidad comunes, aceptados por simpatía, engendran unas determinadas normas sobre lo correcto y lo erróneo entre las partes interesadas. Basta que la balanza del bien prepondere con mucho sobre la del mal³⁴. El empirismo de Hume da lugar al utilitarismo que busca maximizar las consecuencias positivas y minimizar las negativas. El criterio fundamental es el incremento o decremento de la felicidad de los individuos. La ética utilitarista llama así la atención sobre las consecuencias de las decisiones.

La aportación de esta perspectiva, que mira con detalle las consecuencias de las acciones humanas es indudable. Además, es lógico, desde una perspectiva empirista o positivista, ver la moral como un mero ejercicio de construcción humana. ¿Pero es convincente esto? ¿No se trata de una visión demasiado superficial? ¿No es demasiado ingenuo y empobrecedor identificar bien con bienestar?

En el terreno sanitario supone confundir la salud con lo realmente bueno. Paradójicamente, una visión reductora del bien produce una absolutización del valor salud. Ésta, siendo un bien para la felicidad humana, queda identificada plenamente con ella. Así, si la salud queda entendida como la definió la OMS en 1946 como un “perfecto estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad”.

³² POSE, Carlos. *Lo bueno y lo mejor : Introducción a la bioética médica*. Madrid: Triacastela, 2009. p. 16-17. ISBN: 978-84-95840-37-0.

³³ HUME, David. *Tratado de la Naturaleza Humana*. Madrid: Tecnos, 1988. p. 667. Citado en RECUERO, José Ramón. *La cuestión del bien y del mal*. Madrid: Biblioteca Nueva, [2009]. p. 111. ISBN: 978-84-9742-950-4.

³⁴ HUME, David. *Investigación sobre los principios de la moral*. López Sastre, Gerardo (trad.). Madrid; Espasa-Calpe, [1991]. ISBN: 84-239-7242-9.

A los médicos se les convierte en servidores directos de felicidad humana, algo que supone una carga de profundidad para la práctica médica. Desde un punto de vista ético todo esto supone que la felicidad ha pasado de ser considerada una realización moral a reducirse a un estado de bienestar. Ninguna de estas perspectivas es aceptable, pues de ellas se deriva una idea sumamente imprecisa de la práctica médica y claramente insuficiente de la moralidad humana.

El movimiento postmoderno es heredero del escepticismo que muestra la filosofía de Hume. Siguiendo el análisis que hace Thomasma del mismo³⁵, asumimos que comparte con Hume una contestación a la racionalidad y a las normas basadas en ella, a la autoridad de los sistemas, y a aquellos que se presentan en su nombre. Ciertamente el postmodernismo pone bajo sospecha todo sistema filosófico: no hay una moralidad objetiva basada en razones o fundamentación alguna, por lo que toda perspectiva moral y cultural debe ser aceptada y dada por buena igualmente. ¿No supone esto aceptar un relativismo necesariamente unido a una sensibilidad multicultural, pues no hay un punto de vista dominante o más válido que otros?

Desde una perspectiva antropológica, la postmodernidad estaría caracterizada por la no finalidad y la no estabilidad: no hay un estado final, ni un estado de perfección; la vida es sólo un logro local y transitorio; se evita el compromiso o las relaciones estables para mantener las posibilidades abiertas. Desde este ángulo, más que una imagen humana (una antropología), hay unos estilos y unas estrategias de vida. Por tanto, es coherente con todo ello una visión postmoderna del ser humano como turista y consumidor, libre e independiente³⁶.

Además, en los últimos años, se han propuesto múltiples teorías, algunas de ellas a veces contradictorias entre sí: principialismo, casuismo, ética del permiso, comunitarismo, feminismo, neoutilitarismo, pragmatismo clínico, el paradigma de la moralidad común, éticas discursivas, ética del cuidado, ética de la responsabilidad³⁷. Esto aviva la duda postmoderna de si hay respuestas correctas en bioética, o si hay o no hay una verdad moral. En la raíz del pensamiento postmoderno hay un antifundacionismo que no ve una verdad racional ética, sino, en el mejor de los

³⁵ THOMASMA, David C. *Clinical Bioethics in a Post Modern Age*. En: *CLINICAL Bioethics : A Search for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005]. pp. 3-20. ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.

³⁶ TEN HAVE, Henk. *A Communitarian Approach to Clinical Bioethics*. En: *CLINICAL Bioethics : A Search for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005]. pp. 41-51. ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.

³⁷ FERRER, Jorge J. ; Álvarez, Juan Carlos. *Para fundamentar la bioética*. Madrid: Desclée De Brouwer, 2003. p. 77. ISBN: 84-330-1814-0.

casos, actitudes por las que hacemos o debemos hacer las cosas basadas en unas preferencias básicas de valores.

Desde ahí, lo importante sería construir el propio proyecto personal de forma autónoma y honesta, sin tener en cuenta el fin o la meta (que no pueden definirse). La racionalidad reducida a la comprensión de los meros hechos libera de la idea de obligaciones morales universales, la libertad es entendida como la posibilidad de prescribirse uno así mismo su propio bien y su propio mal, con la deconstrucción y reconstrucción de un mundo nuevo en el que no haya leyes, en el que la verdad nace en el acuerdo y del acuerdo, en el que el los humanos se guían únicamente por su voluntad de poder y en el que el término de toda andadura moral es el propio hombre³⁸.

Es necesario subrayar el valor fundamental dado a la libertad humana. Valor, sin duda, de primer orden, fundamento esencial de la moralidad. También es necesario destacar el valor dado a la búsqueda compartida, no tutelada y libre de una verdad moral. Sin embargo, una cierta apertura intelectual ¿no permite vislumbrar la posibilidad de un bien mayor que el que pueda inventar o soñar nunca cualquier ser humano? Si la razón especulativa imponía un cierto absolutismo de la razón, ¿no impone la razón positivista un absolutismo del sentimiento?³⁹.

La profusión de teorías éticas inconexas, a menudo contradictorias y excluyentes unas con otras, incapaces de dar una explicación completa del hecho moral no ha hecho más que dar argumentos a un escepticismo que duda más que nunca de si es posible encontrar respuestas válidas a las preguntas morales⁴⁰. Todo ello nos coloca en la necesidad de ir hacia una fundamentación abierta y comprensible.

2.3. *Entre Kant y las éticas dialógicas.*

Una segunda etapa de la ética, la subjetivista, pone su confianza en las ideas, como lugar donde es posible descubrir la verdad. Descartes, como es sabido, abre paso al racionalismo. Y el empirismo analiza las ideas no como fruto de un ejercicio

³⁸ RECUERO, José Ramón. *La cuestión del bien y del mal*. Madrid: Biblioteca Nueva, [2009]. p. 401-409. ISBN: 978-84-9742-950-4.

³⁹ POSE, Carlos. *Lo bueno y lo mejor : Introducción a la bioética médica*. Madrid: Triacastela, 2009. p. 72. ISBN: 978-84-95840-37-0.

⁴⁰ THOMASMA, David C. *Clinical Bioethics in a Post Modern Age*. En: *CLINICAL Bioethics : A Search for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005]. pp. 3-20. ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.

deductivo de la razón, sino como fruto de la experiencia. Mientras para el racionalismo la verdad es evidencia lógica, para el empirismo tiene un origen psicológico. Ambos coinciden en que la filosofía consiste en el análisis de las ideas⁴¹. Kant, desde un idealismo transcendental defiende que el conocimiento es una combinación de ambas cosas, una síntesis *a priori* del entendimiento. Y cambia la ley natural por la ley racional.

Kant va a la búsqueda de un fundamento lógico formal *a priori* de la obligación, porque confía en la razón pura y porque “las propias costumbres quedan expuestas a toda suerte de perversidades, mientras falte aquel hilo conductor y norma suprema de su correcto enjuiciamiento”⁴². Por tanto, evita los criterios materiales y contingentes, que dependen de la subjetividad y, por tanto, no formales u objetivos, sin validez universal⁴³. Como es el caso de la naturaleza humana o las circunstancias en el mundo, que son objeto de un deseo.

Este planteamiento es coherente con la dualidad sentir-inteligir que desde la antigüedad considera que lo sentido se asocia a las tendencias, deseos, emociones o pasiones. Éstas se nos imponen, padecemos sus efectos y tienen un efecto perturbador en la capacidad de inteligir la realidad y, por tanto, en la vida moral⁴⁴. Esto es lo que le lleva a Kant a afirmar que “el supremo valor moral, a saber, que se haga el bien por deber y no por inclinación”⁴⁵, que es lo mismo que decir que se haga el bien por libre opción y no por otro motivo. O que “la virtud supone apatía moral”⁴⁶.

Un fundamento formal y a priori de la conducta no sólo puede cimentar la conducta en un lugar a salvo de la arbitrariedad subjetiva, sino que además puede ser un punto de apoyo en situaciones de máxima incertidumbre, por ejemplo, cuando las consecuencias de los actos son impredecibles. Sin embargo, la formalidad kantiana es una formalidad del inteligir concipiente y lógico. Si el inteligir fuera otra cosa, algo más que realizar juicios lógicos, esa formalidad del conocimiento y de la

⁴¹ POSE, Carlos. *Lo bueno y lo mejor : Introducción a la bioética médica*. Madrid: Triacastela, 2009. p. 96. ISBN: 978-84-95840-37-0.

⁴² KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 57. ISBN: 978-84-206-7295-3.

⁴³ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. pp. 57-57. ISBN: 978-84-206-7295-3.

⁴⁴ POSE, Carlos. *Lo bueno y lo mejor : Introducción a la bioética médica*. Madrid: Triacastela, 2009. p. 48-49. ISBN: 978-84-95840-37-0.

⁴⁵ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 71. ISBN: 978-84-206-7295-3.

⁴⁶ KANT, Immanuel. *La metafísica de las costumbres*. Madrid: Tecnos, 2008. p.265.

propia razón tendrán que revisarse. Aún cuando esta nueva situación coloque a la razón en el terreno de la incertidumbre, de la ausencia de decisiones absolutamente seguras, o de lo probable.

Kant confiesa su asombro ante dos “cosas”: “*el cielo estrellado sobre mí y la ley moral en mí*”⁴⁷. Él descubre la ley moral en sí como un imperativo que se expresa en forma de ley práctica formulada como juicio sintético a priori⁴⁸. Kant identifica esa representación de la ley, que sólo tiene lugar en los seres racionales (sin tener en cuenta consecuencia alguna), con el bien moral, presente ya en la persona misma coherente con ello. Lo bueno es la propia ley moral⁴⁹. Y el deber, que se forja a partir de ahí, sólo “significa que una acción es necesaria por respeto hacia la ley”⁵⁰ o “la necesidad objetiva de una acción por obligación”⁵¹.

Para él los “principios prácticos son proposiciones que encierran una determinación universal de la voluntad, a cuya determinación se subordinan diversas reglas prácticas. Son subjetivos o máximas cuando la condición es considerada por el sujeto como valedera sólo para su voluntad; son, en cambio, objetivos o leyes morales prácticas cuando la condición es conocida como objetiva, es decir, valedera para la voluntad de todo ser racional”⁵². El menosprecio de la ética kantiana hacia las máximas es el menosprecio por lo contingente, en el que no es posible tener seguridad de acierto moral. En cierto modo, ¿no supone un menosprecio de todas aquellas máximas subjetivas que surgen de una voluntad tendente a una realización personal, como aquellas derivadas de una vocación por esta o aquella actividad profesional?

De la búsqueda de una seguridad racional para el acierto moral surgen los imperativos categóricos kantianos, que son reglas que designan un deber ser que expresa “compulsión”, determinando una acción como necesaria por sí misma, sin referencia a otro fin:

⁴⁷ KANT, Immanuel. *Crítica de la Razón Práctica*. AK V, 162. Madrid: Alianza, 2000. p. 293. ISBN: 84-206-3543-X.

⁴⁸ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 420. ISBN: 978-84-206-7295-3.

⁴⁹ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 92. ISBN: 978-84-206-7295-3.

⁵⁰ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 74. ISBN: 978-84-206-7295-3.

⁵¹ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 131. ISBN: 978-84-206-7295-3.

⁵² KANT, Immanuel. *Crítica de la Razón Práctica*. AK V, 162. Madrid: Alianza, 2000. ISBN: 84-206-3543-X.

“Obra como si la máxima de tu acción pudiera convertirse por tu voluntad en una ley universal de la naturaleza”⁵³.

“Obra de tal modo que uses a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre al mismo tiempo como fin y nunca simplemente como medio”⁵⁴.

Esa ley moral es fundamento formal (respeta la forma del conocimiento y de la propia razón, en este caso la razón lógica), material (si bien sólo admite como objetivo de determinación los objetos de la acción bajo el nombre de bien y mal) y subjetivo de determinación (en la medida que es motor para la acción concreta al producir un sentimiento que fomenta el influjo de la ley sobre la voluntad)⁵⁵. Así, “el concepto de lo bueno y lo malo tiene que ser determinado no antes de la ley moral, sino después de la misma y por la misma”⁵⁶. Lo que es lo mismo que decir que la ley moral como imperativo categórico lleva inexorablemente al descubrimiento de lo bueno y lo malo. Y por tanto son los únicos objetos materiales posibles de ella. Objetos necesarios de la facultad de desear o aborrecer respectivamente.

Es, por tanto, lógico que Kant identifique ley moral y bien: “es fácil comprender que si en el concepto del bien supremo está ya incluida la ley moral, como condición suma, entonces el supremo bien es fundamento de la determinación de la voluntad pura, porque entonces la determina la ley moral, según el principio de autonomía”⁵⁷. De este modo el más elevado bien es la moralidad, siendo la felicidad su consecuencia necesaria⁵⁸. Y sin embargo no está nada claro que el hecho en sí de someter la voluntad a la ley moral conlleve necesariamente la felicidad; menos todavía que ésta sea la consecuencia necesaria.

Si el bien supremo es el sometimiento autónomo y libre a la ley moral, parece que el idealismo kantiano se muestra muy insuficiente en su capacidad de entender lo que pueda ser un bien supremo. Y eso es debido a su rechazo a considerar la

⁵³ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 104. ISBN: 978-84-206-7295-3.

⁵⁴ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 116. ISBN: 978-84-206-7295-3.

⁵⁵ KANT, Immanuel. *Crítica de la Razón Práctica*. AK V, 162. Madrid: Alianza, 2000. p. 160. ISBN: 84-206-3543-X.

⁵⁶ KANT, Immanuel. *Crítica de la Razón Práctica*. AK V, 162. Madrid: Alianza, 2000. p. 139. ISBN: 84-206-3543-X.

⁵⁷ KANT, Immanuel. *Crítica de la Razón Práctica*. AK V, 162. Madrid: Alianza, 2000. p. 219. ISBN: 84-206-3543-X.

⁵⁸ KANT, Immanuel. *Crítica de la Razón Práctica*. AK V, 162. Madrid: Alianza, 2000. p. 233. ISBN: 84-206-3543-X.

felicidad humana como ese bien. Rechazo que a su vez procede de la propia epistemología kantiana.

Kant afirma que para una voluntad divina o santa no hay imperativo, no hay mandato, se anula el deber, porque el querer coincide con la ley. El valor moral de la acción reside en que la persona, descubriendo la ley universal dentro de sí, se somete libremente a ella. Es en esa libertad donde se apoya todo el sistema lógico kantiano. Si ésta no existiera “no podría de ningún modo encontrarse la ley moral en nosotros” (sólo habría estímulos y respuestas) y, por otro lado, “si la ley moral no estuviese ahí, en nuestra razón, nunca descubriríamos lo que es la libertad”⁵⁹. El fin último de la razón, de la ley, del deber, sería producir una voluntad buena en sí misma⁶⁰, porque de otro modo el deseo enturbia la bondad de la voluntad. El resultado es una voluntad sometida a la ley moral. Lo que representa una visión de la moralidad humana como obediencia a la ley moral...

Paradójicamente esa obediencia es posible porque hay una autonomía, principio supremo de la moralidad: “no elegir sino de tal modo que las máximas de su elección estén simultáneamente comprendidas en el mismo querer como ley universal”⁶¹. Lo contrario es la heteronomía, o sea, la dependencia de la ley de seguir cualquier impulso o inclinación definida por el objeto material de un deseo⁶². En este caso no se daría la voluntad la ley a sí misma, sino que se la da el objeto por su relación a la voluntad. Kant llega a calificar la heteronomía como de “fuente de todos los principios espurios de moralidad”⁶³.

Desde la perspectiva de la libertad, base de la autonomía kantiana, la razón humana puede elegir darse, tanto la ley moral, como determinadas posibilidades de bien. Ciertamente, la autonomía tal como la entiende Kant sólo podría aplicarse a la ley moral. Pero también podría entenderse como autonomía de la voluntad un darse no sólo la ley moral (bien sumamente valioso para Kant), sino la posibilidad de cualquier otro bien universalizable, ya sea interno o circundante, material o

⁵⁹ KANT, Immanuel. *Crítica de la Razón Práctica*. AK V, 162. Madrid: Alianza, 2000. p. 53. ISBN: 84-206-3543-X.

⁶⁰ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 131. ISBN: 978-84-206-7295-3.

⁶¹ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 57. ISBN: 978-84-206-7295-3.

⁶² KANT, Immanuel. *Crítica de la Razón Práctica*. AK V, 162. Madrid: Alianza, 2000. p. 102. ISBN: 84-206-3543-X.

⁶³ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 132. ISBN: 978-84-206-7295-3.

inmaterial. Pero para esto hay que salirse de los límites de la razón pura. Éstos, por ser límites, representan una restricción paradójica de la libertad en una ética fundada metafísicamente.

El respeto y la admiración que despiertan esa ley en Kant pueden ser entendidos como un ejercicio estimativo que descubre en la ley moral un bien. Toda su filosofía podría entenderse como un movimiento de apropiación y justificación racional de ese bien mediante un ejercicio de idealismo transcendental que descubre una coherencia lógica interna entre razón y ley moral.

Por otro lado, a pesar de la complejidad, solidez, coherencia interna y belleza de la estructura lógica del pensamiento ético kantiano, deja fuera de su ámbito toda una dimensión de la realidad humana, lo que en cierto modo lo deshumaniza al limitar lo humano al orden de las ideas. En ese sentido resulta difícilmente aceptable esta afirmación: “Un ser racional tiene dos puntos de vista desde los cuales puede considerarse a sí mismo; por una parte, en cuanto que pertenece al mundo de los sentidos, bajo leyes naturales (heteronomía), y en segundo lugar como perteneciente al mundo inteligible, bajo leyes que, independientes de la naturaleza, no son empíricas sino que están fundadas en la razón. Vemos que si nos pensamos como libres, en el mundo del entendimiento, reconocemos la autonomía de la voluntad; pero si nos pensamos como obligados nos consideramos como pertenecientes al mundo de los sentidos”⁶⁴.

La admiración kantiana por la ley y el deber transmiten una visión de lo humano como sometido a la ley. Libremente sometido pero, al fin y al cabo sometido de hecho. Ciertamente, nos volvemos a salir del mundo de las ideas. Pero esto no hace más que poner de relieve de nuevo las limitaciones del idealismo transcendental. Y la raíz de ese problema está en el error de reducir la razón humana y, por tanto un aspecto esencial de la realidad humana, a un mero inteligir concipiente.

Y todo ello teniendo en cuenta que para Kant el fundamento de un posible imperativo categórico sólo residiría en caso de que hubiera algo cuya existencia en sí misma tuviese un valor absoluto, reconociendo que “el hombre, y en general todo ser racional, existe como fin en sí mismo, no meramente como medio. Éste fundamento

⁶⁴ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. pp. 148-149. ISBN: 978-84-206-7295-3.

racional es por tanto un principio objetivo, del cual, como de infundamento práctico supremo, tienen que poder ser derivadas todas las leyes de la voluntad”⁶⁵.

Ciertamente Kant nos descubre el valor de la libertad humana como prerrequisito para la vida moral. Ahora no se trata de un ajustamiento a la ley natural (ajena al individuo) que presuntamente nos lleva a un horizonte de bien y felicidad, sino de un libre ajustamiento a la ley universal que habita en la conciencia de cada uno y que uno autónomamente se da a sí mismo por puro respeto al deber se hace patente a esa conciencia.

La identificación formal entre ley moral y voluntad (voluntad pura), entre deber y libertad es otro de los aspectos más valiosos de la ética deontológica kantiana. La moral resulta ser, por tanto, el ajuste a lo que dicta la propia conciencia, expresado en forma de imperativo categórico, que es formal, a priori y, desde la perspectiva kantiana, absolutamente verdadero. Estamos en una ética de principios o de convicciones que, en situaciones de total incertidumbre es capaz de mostrar una senda para la libertad del individuo.

Sin embargo, los neokantianos de la segunda mitad del siglo XX tratan de abrir la perspectiva solipsista kantiana reformulándola desde la intersubjetividad. Así, el canon de la moralidad debe incluir a todos los seres humanos haciéndolos partícipes de cualquier proceso argumentativo para que puedan expresar el propio punto de vista. Se pasa de una deliberación monológica (cuyo resultado final es el imperativa categórico) y apodíctica a una deliberación dialógica en la que pueden participar todos los afectados.

En ese sentido, K.O. Apel y J. Habermas han propuesto como criterio de rectitud procedimental en esta forma de deliberación que las decisiones sean asumibles libre y razonablemente por todos los participantes. De ahí el principio U de universalización propuesto por Habermas: “Para que una norma sea válida, las consecuencias y efectos que su observación general puede esperarse que tenga para la satisfacción del interés particular de cada persona afectada, deben ser tales que todos los afectados puedan aceptarla libremente”.

Y esto sólo es posible si hay una participación real de todos los afectados por la norma y si la deliberación procede con argumentos razonables en un diálogo

⁶⁵ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 114. ISBN: 978-84-206-7295-3.

verdadero. Permaneciendo en un plano excesivamente idealista, pues las condiciones descritas difícilmente pueden cumplirse, las éticas dialógicas procedimentales hacen una importante aportación para la apertura de una tercera etapa de la moral. La etapa intersubjetiva, en la que la deliberación compartida adquiere un papel fundamental en la reflexión ética y la vida moral.

Algunos rechazan este terreno por considerarlo un terreno propicio al relativismo. La cuestión de fondo es si las leyes y normas morales que surgen de una deliberación intersubjetiva son construcción o descubrimiento humano: realidad creada o realidad descubierta. En el primer caso las leyes morales surgirían de la mente humana de una forma creativa; en el segundo caso sería un proceso de descubrimiento de una realidad determinada en el proceso de una deliberación sistemática compartida. Las éticas dialógicas adolecen de una falta de respuesta a esta cuestión y se limitan a proponer procedimientos limpios para la decisión moral.

2.4. Entre la crisis de la razón especulativa y las éticas del siglo XX.

Con el fallecimiento de Hegel en 1831 los sistemas idealistas pierden fuerza y entran en crisis y tienden a ser sustituidos por los sistemas positivistas. Éstos confían en la razón científica que tiende a basarse en hechos y a prever las consecuencias⁶⁶. Esta mentalidad predomina en el terreno médico durante los siglos XIX y XX. Pero en el terreno de la ética, en este contexto surge el utilitarismo, que predomina a lo largo del siglo XIX. En el siglo XX la filosofía evoluciona de un modo que no es asimilado por la medicina, muy ocupada en la investigación y aplicación de los avances que son fruto de un conocimiento empírico.

En la filosofía en el siglo XX prevalece la idea de que la razón pura, especulativa ha perdido la capacidad de penetrar la esencia de las cosas y, por tanto, de explicar o encontrar verdades absolutas sobre la realidad. La mentalidad científica muestra cómo es la propia realidad la que quita o da la razón sobre las cosas. En este clima intelectual, la filosofía cuestiona la idea clásica de esencia. El ser humano no puede definirse por su esencia (por un supuesto sustrato inmutable), sino por su existencia.

En el siglo XX la esencia comienza a ser interpretada no como *sub-jectum*, sino como *pro-jectum*, como algo que se va haciendo. Esto plantea en el plano ético

⁶⁶ POSE, Carlos. *Lo bueno y lo mejor : Introducción a la bioética médica*. Madrid: Triacastela, 2009. p. 88-89. ISBN: 978-84-95840-37-0.

que lo que debemos hacer no puede responderse sólo mirando a los principios (o deberes a priori), sino mirando a la situación particular y al futuro, a las consecuencias. Y además supone que esos principios ya no son sino constructos humanos, esbozos, que hay que someter continuamente a verificación contrastándolos con la realidad. De ahí surge toda una ética de la responsabilidad, que nace en el contexto del existencialismo a principios del siglo XX⁶⁷.

Al final del siglo XX, las ciencias de la salud se topan con multitud de problemas morales que aparecen vinculados al enorme desarrollo científico-técnico que experimentan. El mundo de los hechos necesita ser gestionado desde el mundo de los valores. La razón pura había sido sometida al control de la razón positivista con enormes frutos. Ahora la razón positivista necesita un control de la razón práctica para un uso responsable de esos frutos. En este sentido puede afirmarse que la bioética surge en un contexto filosófico de una ética de la responsabilidad⁶⁸. Sin embargo, desde un punto de vista histórico también podemos afirmar que la bioética surge en un contexto de desconcierto social ante los nuevos retos. Desconcierto motivado por situaciones completamente nuevas, pero también por un distanciamiento entre filosofía y ciencias de la salud.

Aquella ha cuestionado radicalmente sus puntos de apoyo para aceptar certezas (la fenomenología descubre que los hechos son algo más radical que lo dado a los sentidos) y éstas siguen utilizando esquemas positivistas. Aquella ha cuestionado radicalmente el concepto de esencia (llegando a la conclusión de que la existencia humana es, además, proyecto, tarea moral) y éstas siguen ancladas en una visión del ser humano como mecanismo susceptible de ser reajustado. En este horizonte la bioética surge como un movimiento con extraordinaria actividad. Profesionales de la salud y filósofos tienen que ponerse a trabajar codo con codo para tratar de dar respuestas racionales a los nuevos problemas surgidos en las ciencias de la salud.

Como es sabido, las teorías que surgen para fundamentar esta bioética son múltiples y con ellas surgen también diversos métodos para la resolución de los problemas morales. Pero hay un denominador común asumido por muchos de los protagonistas de este movimiento: que la bioética debe tener una función puente.

⁶⁷ POSE, Carlos. *Lo bueno y lo mejor : Introducción a la bioética médica*. Madrid: Triacastela, 2009. p. 103-104. ISBN: 978-84-95840-37-0.

⁶⁸ POSE, Carlos. *Lo bueno y lo mejor : Introducción a la bioética médica*. Madrid: Triacastela, 2009. p. 104-105. ISBN: 978-84-95840-37-0.

Puente entre los hechos y los valores, entre los principios y las consecuencias de los actos morales, entre distintas disciplinas y, cómo no, puente también entre distintas perspectivas morales. Éste podría ser un sustrato que propicie los relativismos o los escepticismos. Pero es el terreno en el que empiezan a recobrar una gran fuerza las nociones aristotélicas deliberación y prudencia.

Para Diego Gracia nos encontramos en una tercera etapa en la ética, la intersubjetiva en la que la deliberación juega un papel fundamental⁶⁹. En ella se descubre el carácter constitutivamente moral del ser humano, que proyecta y no puede dejar de hacerlo porque está ligado a la realidad. La experiencia moral va creando “un depósito que constituye un sistema de normas, usos y costumbres de los individuos y los grupos sociales”⁷⁰. Desde la intersubjetividad las normas morales las generan los seres humanos individual y colectivamente. Y para ello la deliberación no sólo es importante en la aplicación, sino también en la elaboración de las normas.

Si nos detuviéramos aquí, no quedaría muy claro cómo es ese proceso de generación de lo moral. Y sin embargo es evidente para este autor que la deliberación moral es una camino excelente para generar conocimiento. La cuestión que preocupa a muchos es si ese conocimiento surge como descubrimiento o como construcción. Podría pensarse que se trata de un inevitable constructivismo a instancias de cualquier realidad, referencia o criterio.

Pero para este autor, sin embargo hay una diferencia clave entre la ética y la mentalidad estratégica. Para él, la cuestión es si debe la ética considerarse de un modo aristocrático (al modo clásico, que valora ante todo una forma de ser excelente) o democrático (al modo moderno, que valora ante todo la dignidad de la condición humana). Y diferencia a ambas con contundencia de las éticas estratégicas, más frecuentes en la vida política, e interesadas por la gestión del poder y el interés particular. Parece, pues, claro su rechazo a instancias basadas en el interés particular.

Mantiene la tesis de que la bioética, también tarea social, no debería renunciar a ninguna de las dos perspectivas: ni a la maximalista (que sitúa en el terreno de lo privado), ni a la minimalista (que sitúa en el terreno de lo público). La

⁶⁹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *The Foundation of Medical Ethics in the Democratic Evolution of Modern Society*. En: *CLINICAL Bioethics : A Search for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005].]. pp. 33-39. ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.

⁷⁰ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. 2ª ed.. Bogotá : D.C.: El Búho, 2000. p. 120. ISBN: 978-95-894-8219-3.

distinción entre máximos-privados y mínimos-públicos dejaría fuera de su lógica a una ética de las profesiones, que tradicionalmente se ha postulado, al menos en el terreno de la medicina, como una opción de máximos morales públicos. Tampoco parece que haya una compatibilidad lógica de ambas. Y sin embargo, la historia está llena de ejemplos en los que los máximos morales son descubiertos, divulgados o expuestos públicamente. Ciertamente, hay una gran diferencia cuando este proceso ocurre desde un respeto del agente moral a la libertad de los otros, o desde un ejercicio social impositivo y coactivo.

En todo caso, se sitúa en la línea procedimentalista de las éticas neokantianas. Para ir hacia una ética democrática es necesario encontrar una ética en la que todos los seres humanos, por serlo, sean tomados en consideración, titulares de una dignidad y fines en sí mismos. Esto, que ya fue formulado por Kant, ha sido asumido por las éticas neokantianas de la segunda parte del s. XX, desde una perspectiva intersubjetiva. Habermas presenta así la deliberación como tarea democrática, en la que los argumentos son públicos, libres de coacciones y realizados entre ciudadanos iguales.

Esta perspectiva ideal sin duda es insuficiente para quien conoce la filosofía de Zubiri, basada en la realidad. De ahí que Diego Gracia vincula la lógica neokantiana con el concepto aristotélico de la deliberación, que propone la inclusión de diferentes perspectivas para enriquecer la discusión y la comprensión de una realidad “inconmensurable”. Por ello propone la deliberación como camino para alcanzar un conocimiento más rico de la realidad. Así, afirma: “la deliberación... requiere cierto conocimiento, pero especialmente ciertas habilidades y ante todo algunas actitudes y un carácter... no es una conducta natural, sino moral... un proceso de autoeducación”⁷¹.

Este autor pone el acento en la deliberación como método de la bioética: Las relaciones de los seres humanos deberían basarse en procesos deliberativos, para hacerlos más razonables y más morales. La bioética se enfrenta necesariamente con los valores involucrados en la salud y la enfermedad, en la vida y muerte de los seres humanos. Así, la bioética es un proceso de deliberación sobre los fines individuales y colectivos de la vida humana.

⁷¹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *The Foundation of Medical Ethics in the Democratic Evolution of Modern Society*. En: *CLINICAL Bioethics : A Search for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005]. p. 37. ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.

Por eso no puede constreñirse a los límites de los hospitales y las facultades de medicina. Los fines de la vida humana son primariamente sociales y políticos. Por eso la bioética no sólo es una ética de las profesiones, sino también y principalmente parte de la filosofía política. Así, la bioética puede ser entendida como una ética de la responsabilidad, entendida como lo hizo Max Weber, que evite los extremos de una ética de la convicción (que se apoya en principios universales y absolutos) o de una ética del interés (que sólo tiene en cuenta las consecuencias). Por tanto, el objetivo de una vida moral verdadera hoy sería democratizar la aristocracia y aristocratizar la democracia.

Con ello pone el acento en el camino a seguir, en el método, pasando por alto el objetivo propio que persigue la propia deliberación: la comprensión de una realidad inconmensurable. Inconmensurable y, probablemente con un dinamismo acrescente, en el que no es posible delimitar un horizonte preciso porque es aún desconocido. A lo sumo, es un horizonte de posibilidades vislumbradas cuya verosimilitud hay que tantear.

Si se abordara la cuestión de en qué consiste la comprensión de esa realidad, se tendría que contemplar en qué consiste la no comprensión, el acierto y el error de esa comprensión. Se pasa por alto, por tanto, la cuestión fundamental de la verdad moral, en qué consiste. Cómo sabemos que un determinado curso de acción es válido moralmente, aún cuando se hayan seguido los rigores deliberativos más estrictos. No se aborda, por tanto, desde esta perspectiva de un modo explícito el problema de la verdad moral como instancia y referencia.

La deliberación, en definitiva, es apta para la búsqueda de un conocimiento moral por personas prudentes y puede ser capaz de neutralizar en el terreno discursivo intereses espurios; pero presupone una capacidad para la expresión verbal y el diálogo, así como una sabiduría moral que, en caso de estar ausentes, no cabe deliberación provechosa. Imaginemos una deliberación entre psicópatas sin conciencia moral alguna.

2.5. Entre la racionalidad paradigmática y la racionalidad narrativa

Se ha postulado que las narraciones son una vía más de la filosofía; y que la inteligencia narrativa o razón narrativa es otra forma de comprender el mundo. El modo narrativo de pensamiento se opondría al paradigmático (o lógico-científico) y ambos descubren dos formas de verdad respectivamente: la verdad como verificación

y la verdad como verosimilitud⁷². Podríamos decir que ambas formas de pensar se corresponderían con hábitos culturalmente diferentes: el narrativo con una mentalidad oriental (que valora la paradoja, la contradicción, la perplejidad), el paradigmático con una mentalidad occidental (que valora la claridad, la evidencia, la certeza).

Quizá a la mentalidad médica occidental le vaya más la estructura paradigmática, pero lo cierto es que la práctica clínica está cargada de elementos narrativos que, hasta el momento, han estado principalmente al servicio del diagnóstico (anamnesis, “historia” clínica, lo “subjetivo”) entendido como proceso de elaboración de hipótesis nosológicas, es decir, como expresión de una racionalidad paradigmática. Habrá que ver en qué medida lo narrativo cuestiona esta forma de entender y valorar el diagnóstico nosológico, lo paradigmático. Pero también habrá que ver cómo puede contribuir a la reflexión ética sobre el propio ejercicio profesional.

La filosofía narrativa proporcionaría elementos para pensar un mundo complejo y lleno de incertidumbre, permite la producción verosímil de un mundo posible que, a su vez, permite pensar nuestra acción en él. Se basa, en definitiva, en la estructura esencialmente narrativa de la vida humana. El elemento clave de toda narración es la trama: con un principio, un desarrollo y un fin. Gracias a ella se obtiene orden del desorden. En el plano médico es indudable este papel, si bien a menudo las narraciones son escuchadas por los médicos con determinados filtros, para seleccionar aquello que ellos consideran “significativo”, es decir, útil para lograr un juicio nosológico. Desde la mentalidad clínica, no resultar fácil encontrar sentido a muchas de las narraciones o tramos narrativos expresados por los pacientes.

Desde un punto de vista ético, la narración permite afrontar lo contingente, y lo moralmente problemático. Pero la narración conlleva necesariamente un ejercicio de interpretación de lo narrado. La hermenéutica puede ser entendida como una teoría de la exégesis, como método filológico, como ciencia de la comprensión lingüística (Schleiermacher), como base metodológica para las ciencias del espíritu (Dilthey), como la forma propia de los seres humanos de estar en el mundo (Heidegger) o como una actividad racional que se desarrolla en la comprensión de

⁷² DOMINGO MORATALLA, Tomás. Vía narrativa de la filosofía. *Duererías : Revista de filosofía*. 2005, núm. 5, p. 167-189.

cualquier manifestación cultural⁷³. No cabe duda de que la hermenéutica en este último sentido, una hermenéutica orientada y, habitualmente, restringida al diagnóstico y al tratamiento, forma parte del ejercicio clínico.

Hans-Georg Gadamer en su obra *Verdad y método* (1960)⁷⁴ entiende la hermenéutica como experiencia de verdad, pretendiendo liberarse del reduccionismo cientificista. Para él, la experiencia hermenéutica se opone a la seguridad y al control de la experiencia científica: es esencialmente un acontecer en el que irrumpe la alteridad como algo que nos interpela, que convierte lo extraño en propio y abre nuevos horizontes. El lenguaje (modo de expresión de la razón misma, simbiosis de pensamiento y palabra) es el medio en el que se produce la experiencia hermenéutica. Al ser apertura al otro por medio del lenguaje la experiencia hermenéutica no puede ser sino conversación.

En este sentido gadameriano de la hermenéutica, la relación clínica es oportunidad para reconocer o descubrir una verdad. Lo que interesa desde el punto de vista clínico, ya no es sólo qué diagnóstico le asigno a este paciente, sino, en un sentido más amplio, saber “qué le pasa” o “por qué viene” a consulta. También la hermenéutica puede ser terapia: cuando se ayuda a reinterpretar los síntomas como algo no amenazante (problema orgánico grave), sino como mera expresión de un problema de la vida pendiente de resolver.

Pero el paradigma hermenéutico se muestra como una crítica al objetivismo cientifista: defiende la importancia de la comprensión como paso originario acompañante a la aprehensión de la realidad; defiende el carácter interpretativo de toda aprehensión de sentido, lo que supone un proceso siempre abierto e inconcluso; y cuenta con el carácter existencial e histórico de todo proceso de comprensión, lo que supone reconocer el inevitable carácter interesado y valorativo de la razón y reconocerle un estatuto de plena racionalidad a las cuestiones prácticas. Y con esto, el paradigma hermenéutico no hace más que abrir un nuevo dualismo, al menos metodológico, entre las ciencias del espíritu y las ciencias de la naturaleza. Dualismo difícil de encajar en una práctica clínica que es interpretativa y científica al mismo tiempo.

⁷³ RECAS BAYÓN, Javier. *Hacia una hermenéutica crítica*. Madrid: Biblioteca Nueva, [2006]. ISBN: 84-9742-520-0.

⁷⁴ GADAMER, Hans Georg. *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme, 1977. ISBN: 84-301-1270-7.

Jesús Conill propone distinguir entre dos tipos de hermenéutica: aquella que renuncia a la fundamentación (Nietzsche, Heidegger, Rorty) y aquella que sigue manteniendo una pretensión fundadora (Apel, Habermas, Ricoeur). Lo equipara a aquellas hermenéuticas que renuncian a todo criterio normativo y aquellas que creen haber encontrado una instancia de carácter normativo. Aquellas no cuentan con un momento incondicionado, éstas sí⁷⁵. Asimismo, dentro del paradigma hermenéutico cabría dos interpretaciones: una amplificadora, que pretende dar cuenta de la voluntad humana abriéndose al mundo de los símbolos, los textos (metáforas, narraciones) o de la acción en los que la vida se expresa, y otra reductora, crítica, de la sospecha.

En Paul Ricoeur ambas se complementan. El paradigma hermenéutico pone de manifiesto el carácter narrativo de la experiencia humana. Y la moral se ha transmitido narrativamente⁷⁶. Y esto no puede dejar de tener resonancias desde el punto de vista de una ética de las profesiones en la que el objeto de estudio es la vida profesional, algo por hacer y por hacer bien. Algo más que problemas morales puntuales.

Desde una filosofía narrativa se sostiene que puede haber una hermenéutica impura, reflexiva, vital, histórica y abierta al pensamiento científico, que por su nuevo vigor crítico contribuya a ampliar las nociones de experiencia y de razón, desde la facticidad de la experiencia y desde la facticidad de las ciencias. La razón sería un proceso abierto, experiencial e histórico en el que la aportación hermenéutica es decisiva. No vive determinada por la lógica ni por la metodología (p.e. científica), sino que está vivificada por la experiencia. Y está abierta a la vertiente práctica de la razón, es decir, el tratamiento del sentido vital, de los sentimientos y de los valores. Y sin embargo, parece que el problema clave está en cuáles son los criterios interpretativos, los criterios de verdad y, en definitiva, los criterios de validez moral. Da la impresión de que dentro del paradigma hermenéutico, al ser algo tan enraizado al inteligir humano, cabe toda interpretación ontológica y moral.

⁷⁵ CONILL, Jesús. *El carácter hermenéutico y deliberativo de las éticas aplicadas*. En: En: RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). Madrid: Tecnos, [2003]. pp. 137-141. ISBN: 84-309-3955-5.

⁷⁶ DOMINGO MORATALLA, Tomás. Bioética y hermenéutica : La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas*. 2007, vol.II, núm. 17, p. 281-311.

Y, sin embargo, la filosofía narrativa apela a una razón práctica prudencial deliberativa e íntegra. Hasta el punto de que desde un punto de vista pedagógico, la narración podría emplearse como ilustración de un pensamiento paradigmático, como mero ejercicio de recreación estética, o, de una forma más amplia, como oportunidad de ejercicio hermenéutico, en el que la obra de arte ayuda a descubrir la verdad filosófica⁷⁷. Si, como afirma Ricoeur, no hay relato éticamente neutro y la literatura, a su vez, representa un espacio donde se ensayan estimaciones, valoraciones, juicios de aprobación o condena, sirviendo de propedéutica a la ética⁷⁸, habremos de contar con que el espacio narrativo es un espacio para la reflexión sobre la validez moral de las acciones humanas.

Es cierto que apelar al paradigma hermenéutico es hacer justicia a la realidad en su complejidad, y que “la acción es aquel aspecto del hacer humano que reclama narración”⁷⁹. En este sentido, la ética hermenéutica de Ricoeur podría contribuir a una fundamentación narrativa de la ética y un modelo de aplicación que pretende superar principialismos, casuismos, situacionismos, etc. Para él la ética no sólo es la aplicación de ciertas reglas, es innovación, producción de sentido⁸⁰. Y la narrativa se sitúa según su perspectiva en un punto intermedio entre describir y prescribir. Nos detenemos en este autor, por la importancia que puede tener para una ética de las profesiones.

Para Ricoeur el sujeto ético es práctico y se expresa en la acción, lingüísticamente, narrativamente, así como en la experiencia moral. Su análisis arranca de las reflexiones desde la teoría del lenguaje y la teoría narrativa sobre la identidad, que él diferencia en identidad *idem* e identidad *ipse*⁸¹. La noción de carácter como el “conjunto de signos distintivos que permiten identificar de nuevo a un individuo humano como siendo el mismo”⁸², designa disposiciones (costumbres) duraderas en las que reconocemos a una persona. Estas disposiciones pueden ser adquiridas desde las tradiciones, de modo que “lo otro entra en la composición de lo

⁷⁷ DOMINGO MORATALLA, Tomás. Vía narrativa de la filosofía. *Duererías : Revista de filosofía*. 2005, núm. 5, p. 167-189.

⁷⁸ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 109. ISBN: 84-323-0923-0.

⁷⁹ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 40. ISBN: 84-323-0923-0.

⁸⁰ DOMINGO MORATALLA, Tomás. Bioética y hermenéutica : La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas*. 2007, vol.II, núm. 17, p. 281-311.

⁸¹ Lo *idem*, lo mismo, lo idéntico es empleado en el contexto de comparaciones y tiene como contrario el otro, distinto, diverso, desigual: es la mismidad. Lo *ipse* tiene que ver con la identidad que permanece en el tiempo (sin que implique ninguna afirmación sobre un núcleo no cambiante de la personalidad): es la identidad del sí. RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. pp. XII-XIV. ISBN: 84-323-0923-0.

⁸² RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 113. ISBN: 84-323-0923-0.

mismo”⁸³, constituyendo la identidad de una persona. Es alteridad asumida. En el carácter hay una identidad que es al tiempo mismidad e ipseidad: el “qué es” recubre al “quién es”. Es respuesta a qué soy, no a quién soy.

Pero, además, Ricoeur defiende otro modelo de permanencia en el tiempo aparte del carácter. Es el de “la palabra mantenida en la fidelidad a la palabra dada”⁸⁴, que es cumplimiento de una promesa, algo que parece constituir un desafío al tiempo, una negación del cambio. Aquí no se responde a la cuestión de “¿qué soy?”. La pregunta que antecede a la palabra mantenida es la de “¿quién?” Dicho de otro modo, si en el carácter está en juego “qué soy”, en la promesa dada está en juego “quién soy”. En la experiencia cotidiana, “*contar con alguien es a la vez contar con la estabilidad de un carácter y esperar que el otro cumpla con su palabra*”⁸⁵.

Desde la teoría narrativa describe además una jerarquía de unidades prácticas: las primeras son las prácticas (los oficios, las artes, los juegos) que se apoyan en una serie de reglas constitutivas (preceptos no morales cuya función es proporcionar significado a una determinada acción, por ejemplo que mover un peón cuenta como una jugada en ajedrez); los planes de vida, que son vastas unidades prácticas que son designadas como vida profesional, vida de familia, vida de tiempo libre, etc; y unidad narrativa de una vida (citando a MacIntyre), que se sitúa por encima de las prácticas y los planes de vida y que es el punto de apoyo del objetivo de una vida buena, una totalidad singular susceptible de ser lograda, realizada.

De aquí deduce Ricoeur las implicaciones éticas de la función narrativa, allí donde la teoría narrativa se dobla a la teoría ética. Desde la noción de identidad narrativa, analizada como un punto intermedio entre *mismidad* y *ipseidad*: carácter, por el que la persona se hace identificable y mantenimiento de sí, de la palabra dada. Él deduce que si alguien cuenta conmigo es porque soy responsable, porque me identifica con un determinado carácter y con una promesa. Desde aquí, desde el “sí” (sí mismo) ya se puede desprender una intencionalidad ética. Así es como la narrativa se constituye en transición entre descripción y prescripción.

La ética es para Ricoeur el deseo, la pretensión de una vida realizada; la moral, por el contrario, hace referencia a lo obligatorio, a lo procedente de una

⁸³ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 116. ISBN: 84-323-0923-0.

⁸⁴ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 118. ISBN: 84-323-0923-0.

⁸⁵ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 148. ISBN: 84-323-0923-0.

exigencia de universalidad⁸⁶. El autor de *Sí mismo como otro* realiza una articulación de las tradiciones teleológica y deontológica de la siguiente manera: la ética tiene primacía sobre la moral, la pretensión de una vida realizada tiene que pasar por la norma y, ante lo conflictivo, hay que recurrir a la intención ética mediante la sabiduría práctica entendida como la aplicación de la norma a la situación particular⁸⁷.

Para él la *intencionalidad ética consiste en deseo de vida buena, con y para los otros, en instituciones justas*⁸⁸. Deseo es afirmación de sí, es cuidado de sí, asociado con un sentimiento de estima de sí mismo. Es un primer momento reflexivo de la acción. El segundo momento consiste en diálogo con el otro, apertura en “solicitud” que se traduce en vida buena *con y para* los otros. El tercer momento se extiende más allá del otro, ampliándose a la vida en instituciones, estructuras y ámbito de convivencia irreductibles a las relaciones interpersonales. En ellas es posible la distribución de la intención ética, espacio en el que se articula ética y moral, teleología y deontología: momento del sentido/idea de justicia desde la que lo justo se equipara a lo bueno. La moral en Ricoeur también cuenta con un triple momento: exigencia de universalidad (réplica al deseo de vida buena); respeto al otro (réplica a la solicitud); y principio de justicia (réplica al “sentido de justicia”).

No cabe duda de que su ética representa un modelo que contiene una enorme fuerza, por su sencillez, su completitud y su potencial desarrollo práctico. Lo que es más difícil de aceptar es la justificación. Ésta se basa en una “primacía de la mediación reflexiva sobre la posición inmediata del sujeto: del “yo pienso” sobre el “yo soy”⁸⁹. Si con ello opta por primar lo reflexivo sobre lo sentiente, pensamiento y lógica sobre vivencia, su ética, sin embargo, parece estar cargada de elementos relativos a lo sentiente: vida buena... para y con otros... en instituciones justas. El salto de lo narrativo a lo práctico se antoja forzado: la densidad de lo práctico (de su reflexión práctica) supera la construcción lógica de la que parte (reflexión desde la teoría narrativa). Uno piensa que una ética de tal consistencia no puede sostenerse sobre una fundamentación tan liviana.

Cuesta ver el vínculo o relación entre lo real (sí mismo, otro, instituciones) y lo pensado desde las teorías del lenguaje o narrativas. Por ejemplo, no resulta

⁸⁶ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 174. ISBN: 84-323-0923-0.

⁸⁷ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 175. ISBN: 84-323-0923-0.

⁸⁸ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 176. ISBN: 84-323-0923-0.

⁸⁹ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. IX. ISBN: 84-323-0923-0.

convinciente cuando afirma, basado en las “*sugerencias de la simple gramática*”⁹⁰, que la identidad entendida como *ipseidad* del sí mismo (frente a la identidad entendida como *mismidad* que se configura ante lo otro como lo mismo pero diferente) implique una alteridad “en un grado tan íntimo que no se puede pensar en una sin la otra, que una pasa más bien a la otra”. Se entiende quizá mejor cuando sencillamente explica su sí mismo (ipseidad) “en cuanto... otro”⁹¹, no “como” otro diferente.

Quizá la vida pueda fundamentar lo narrado, pero no al revés. Por mucho que las narraciones no puedan ser éticamente neutras, no pueden por sí mismas constituirse en cimiento de una ética porque no son más que “expresión de”. Son fruto y expresión de la vida moral. En este sentido tienen un valor pedagógico innegable, de primer orden, sin duda desaprovechado en una formación ética formal en el ámbito de las profesiones. Paradójicamente, las narraciones pueden mostrar modelos excelentes y modelos corruptos, consiguiendo que cualquiera de los dos sea admirable o reprobable para el espectador.

La aportación de la hermenéutica, al ofrecer una nueva idea de la razón, una razón entera, vital, vivencial, narrativo-experiencial, cordial; que se sabe inacabada, abierta, contentándose con mostrar lo que está en juego⁹², no hace más que abrir un campo de incertidumbre, inquietud y cierto escepticismo desde una mentalidad médica muy marcada por el positivismo y, en definitiva, por una necesidad de verdades consistentes. Es muy necesario aclarar en qué consiste esa hermenéutica, ver qué relación tiene con la ciencia natural. A lo mejor ésta no es más que una hermenéutica de las realidades naturales. A lo mejor aquella puede contar con determinados criterios de validez, más allá de lo “verosímil”.

Ciertamente, se ha invocado una medicina narrativa en la que la práctica incluye habilidades narrativas para reconocer, absorber, interpretar y dejarse interpelar por las historias de los pacientes, tal como son relatadas por ellos mismos. Los conocimientos narrativos serían todos aquellos que permiten hacerse cargo de lo que le ocurre al otro. Y pueden proceder de la propia narración del otro, pero también de textos o películas que permiten adentrarse en la subjetividad de los otros. No son conocimientos sobre lo universal, sino sobre lo singular y particular.

⁹⁰ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. XIV. ISBN: 84-323-0923-0.

⁹¹ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. XIV. ISBN: 84-323-0923-0.

⁹² DOMINGO MORATALLA, Tomás. Bioética y hermenéutica : La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas*. 2007, vol.II, núm. 17, p. 281-311.

La medicina narrativa construye puentes entre el sano y el enfermo, reconociendo un trayecto compartido y contiene elementos que continuamente dan que pensar desde un punto de vista ético⁹³. Pero se encuentra con el mismo problema que la filosofía narrativa: es necesario aclarar el estatuto de lo narrativo dentro de una filosofía de la práctica médica, así como su contribución al método clínico.

Bruno Cadore⁹⁴ afirma que el análisis hermenéutico hay que situarlo después de que el evento moralmente significativo haya ocurrido y propone, partiendo de los trabajos de Paul Ricoeur, una aproximación metodológica al análisis de las situaciones éticas problemáticas en las profesiones sanitarias. Propone considerar la acción realizada como un texto al que se le pueden aplicar las principales reglas del método hermenéutico.

Propone cuatro criterios básicos para interpretar una acción: la acción moral pasa a ser objeto de ciencia e interpretación; la acción debe ser interpretada como representación de la enfermedad, la salud y la eficiencia médica; las decisiones y acciones morales pueden interpretarse en un contexto; y cada cual puede leer la acción como un mensaje y considerarse como un heredero de ese mensaje.

Para Cadore el método hermenéutico se utiliza como un método de investigación en el que se desarrolla un proceso de “investigación-acción”. En él se trata de elucidar el significado y los límites de las innovaciones biomédicas, en orden a lograr una creatividad ética en la relación del ser humano con su salud y la enfermedad. El método hermenéutico consistiría en: narrar la situación (primera forma de tomar distancia); estudiar la moralidad de la acción (es la segunda forma de tomar distancia) y, en tercer lugar, volver a pensar sobre la situaciones, como autoevaluación.

2.6. *Entre la preeminencia de la ontología y la de la ética.*

Se ha planteado que hay culturas cardio-céntricas y culturas cerebro-céntricas. Las semíticas son un ejemplo de las primeras y las indoeuropeas de las segundas. Las culturas cerebro-céntricas, preponderantemente visuales, con gran sensibilidad por la naturaleza (lo externo), entienden la verdad como *alétheia*, des-

⁹³ CHARON, Rita. *Narrative Medicine : Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press, 2008. ISBN: 978-0-1953-4022-8.

⁹⁴ CADORÉ, Bruno. *A Hermeneutical Approach*. En: *CLINICAL Bioethics : A Search for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005]. pp. 53-59. ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.

velar, des-cubrir. Las cardio-céntricas, preponderantemente auditivas, con gran sensibilidad por las personas y por los relatos transmitidos por ellas, entienden la verdad como lo fiable, como con-fianza (éste es un amigo verdadero). Las primeras darían un mayor valor a las virtudes dianoéticas y las segundas a las virtudes éticas⁹⁵.

En las culturas cardiocéntricas la sabiduría tiene su asiento en el corazón. No es tanto un órgano cuanto el interior humano. Es lo estable a diferencia de lo pasajero, sede de la vida afectiva y lugar donde se asienta lo profundo a diferencia de lo superficial. Los ojos están para ver, los oídos para oír, y “el corazón para entender” (Dt 29,3). Este entendimiento es teórico pero, ante todo, es eminentemente práctico; y por eso tiene más que ver con la *phrónesis* que con la *epistéme*. Es el centro de la vida religiosa y moral y, por tanto, lo máspreciado del ser humano.

Pues bien, Emmanuel Lévinas se alza en el siglo XX como una figura que se encuentra en la encrucijada de estas dos mentalidades. Desde una filosofía entendida como la búsqueda del “sentido de la vida”, reconoce que en él las tradiciones filosófica y bíblica han jugado un papel esencial en su pensamiento⁹⁶. Nos detenemos en este autor por la importancia que tiene su reflexión para una ética de las profesiones desde la práctica médica. Su obra representa una denuncia de la primacía de la ontología sobre la ética⁹⁷.

Tradicionalmente, la filosofía ha buscado la manera de comprender identificando, reduciendo metódicamente la realidad. Para ello la razón se ha hecho metafísica, dogmática, empírica, dialéctica, histórica, analítica, crítica, instrumental... Y todo ello orientado al Yo y su autonomía, hasta el punto de que una de las partes puede imponer razonablemente el sentido en detrimento de la otra. La respuesta de Lévinas no es otra que moralizar la filosofía⁹⁸.

Para él la ética es “filosofía primera” y la metafísica precede a la ontología. Aquélla, la metafísica, cuestiona el ejercicio intelectual que reduce lo exterior a la conceptualización ontológica. La “crítica no reduce al Otro al Mismo como la ontología, sino que cuestiona el ejercicio del Mismo... A este cuestionamiento de mi

⁹⁵ GRACIA GUILLÉN, D. Las razones del corazón. *Naturaleza y Gracia*. 2004, vol. 2, núm. 3, p. 345-392.

⁹⁶ LÉVINAS, Emmanuel. *Ética e infinito*. Guillot, Daniel E. (trad.) 3ª ed.. Madrid: Antonio Machado Libros, 2008. p. 26. ISBN: 978-84-7774-541-9.

⁹⁷ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. *Lévinas: Humaismo y ética*. Madrid: Ediciones Pedagógicas, [2002]. p. 37. ISBN: 84-411-0083-7.

⁹⁸ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. *Lévinas: Humaismo y ética*. Madrid: Ediciones Pedagógicas, [2002]. pp. 42-43. ISBN: 84-411-0083-7.

espontaneidad por la presencia del Otro, se llama ética”⁹⁹. Dicho de otro modo: “Sólo en la moral se cuestiona. La moral preside así la obra de la verdad”¹⁰⁰.

Para él ética nace en el encuentro con el otro, y es relación en la que uno tiene un peso o importa (es significativa) para el otro. Y esto es así porque el Otro, lo que no se puede neutralizar en un contenido conceptual, se muestra como absoluto, como trascendencia anterior a toda razón y a lo universal, fuente de toda racionalidad y de toda universalidad¹⁰¹. Por eso para él “justificar la libertad no es probarla, sino hacerla justa”¹⁰².

Lévinas parte de la noción cartesiana de infinito (en la que el “yo pienso” que no puede contener lo Infinito, sí puede concebir tal idea), en la cual no se piensa objeto alguno, sino lo trascendente, lo absolutamente extraño y, por tanto alteridad a un ser finito. Para Lévinas este infinito en lo finito, este más en el menos que se realiza por la idea de lo Infinito, se produce como Deseo. Deseo no apaciguable con lo Deseable, sino que siempre es suscitado y, como no puede ser de otro modo, viene a ser deseo perfectamente desinteresado: bondad.

Porque “mi orientación hacia el Otro no puede perder la avidez de la mirada más que mudándose en generosidad; incapaz de abordar al Otro con las manos vacías... El modo en el cual se presenta el Otro, que supera la idea de lo Otro en mí, lo llamamos, en efecto, rostro”¹⁰³. Así, “abordar al Otro en el discurso, es recibir su expresión en la que desborda en todo momento la idea que implicaría un pensamiento. Es pues, recibir del Otro más allá de la capacidad del Yo; lo que significa exactamente: tener la idea de lo infinito”¹⁰⁴.

Esta comprensión de lo humano como lo infinito (como lo incomprensible totalmente, lo irreductible) supone admitir un asombro y un vértigo ante lo humano, que se descubre como imperativo inmediato para la acción, antes que para la comprensión. El Bien es leído como acogida de la revelación del otro que se me

⁹⁹ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 67. ISBN: 84-301-0486-0.

¹⁰⁰ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 308. ISBN: 84-301-0486-0.

¹⁰¹ GUILLOT, Daniel E. *Introducción*. En: LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 25. ISBN: 84-301-0486-0.

¹⁰² LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 105. ISBN: 84-301-0486-0.

¹⁰³ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 74. ISBN: 84-301-0486-0.

¹⁰⁴ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 75. ISBN: 84-301-0486-0.

presenta en persona, en el cara-a-cara o bajo el término de uno-para-el-otro¹⁰⁵. De tal manera que la respuesta requerida no es la de la “comprensión”, sino la de la com-pasión, entendida como cuestión de “entrañas”, de calidad humana¹⁰⁶.

“Lo infinito que desborda la idea de lo infinito, acusa la libertad espontánea en nosotros. La dirige, la juzga y la trae a su verdad... Significa la anterioridad filosófica del ente sobre el ser, una exterioridad que no se reduce...”¹⁰⁷. Y todo ello desde la noción de lo inmediato entendido como interpelación, como un cara a cara que no se para en tematización alguna. El “espacio ético” de la relación Yo-Otro no admite negociaciones, ni acuerdos estratégicos¹⁰⁸.

Lévinas parece encarnar un formidable conflicto entre un cierto realismo e idealismo. Él se sitúa y admite el marco asfixiante del idealismo cuando reconoce que el “conocimiento o más exactamente en su pretensión, el cognoscente no participa ni se une al ser conocido”, o que “el conocimiento de objetos no aseguraría una relación en la que los términos se absolviesen de la relación” porque “el conocimiento objetivo, aunque siga siendo desinteresado, no por ello deja de estar menos marcado por el modo en que el ser cognoscente ha abordado lo Real”¹⁰⁹. O cuando afirma que el análisis está dirigido por “una estructura formal: la idea de lo Infinito en nosotros”¹¹⁰. Y parece que resuelve el conflicto y problema que representa una ética sometida a la ontología instrumentalizando lo ideal al servicio de lo humano, utilizando lo irreal al servicio de lo real.

Así, para él, la experiencia absoluta no es develamiento sino “revelación: coincidencia de lo expresado y de aquel que expresa, manifestación, por eso mismo privilegiada del Otro, manifestación de un rostro más allá de la forma... El rostro habla. La manifestación del rostro es ya discurso”. Y “el sentido no se produce como

¹⁰⁵ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. *Lévinas: Humaismo y ética*. Madrid: Ediciones Pedagógicas, [2002]. p. 102. ISBN: 84-411-0083-7.

¹⁰⁶ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. *Lévinas: Humaismo y ética*. Madrid: Ediciones Pedagógicas, [2002]. p. 127. ISBN: 84-411-0083-7.

¹⁰⁷ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 75. ISBN: 84-301-0486-0.

¹⁰⁸ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. *Lévinas: Humaismo y ética*. Madrid: Ediciones Pedagógicas, [2002]. p. 47. ISBN: 84-411-0083-7.

¹⁰⁹ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 87-88. ISBN: 84-301-0486-0.

¹¹⁰ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 103. ISBN: 84-301-0486-0.

una esencia ideal: es dicho y enseñado por la presencia... Dar un sentido a su presencia es un acontecimiento irreductible a la evidencia”¹¹¹.

En esta experiencia del cara-a-cara el interlocutor “se presenta como el ser absoluto (es decir, como el ser sustraído a las categorías)”¹¹². El sentido no se realiza, por tanto, integrando “lo Otro” en el Yo mediante la deducción, la comprensión o la identificación, sino en “el calor” de un encuentro ético¹¹³. Lo real, lo concreto, donde se pone en juego lo fundamental, es lo ético. Y si inteligir es concebir, entonces lo primero es la llamada de lo concreto, de lo real.

Pero eso real no puede confundirse con las cualidades sensibles del prójimo. El Otro, presencia absoluta (irreductible) nos solicita y nos llama en el rostro del extranjero, de la viuda y del huérfano. Y por eso, la “conciencia primera de mi inmoralidad, no es mi subordinación al hecho, sino al Otro, a lo Infinito”. Por eso “la idea de totalidad y la idea de lo Infinito difieren precisamente en esto: la primera es puramente teórica, la otra es moral. La libertad que puede tener vergüenza de sí misma funda la verdad (y así la verdad no se deduce de la *verdad*)”¹¹⁴. Así, “*la esencia de la razón no consiste en asegurar al hombre un fundamento y poderes, sino en cuestionarlo y en invitarlo a la justicia*”¹¹⁵.

Lévinas, desde su denuncia del idealismo, no cuenta con un inteligir sentiente capaz de asombrarse ante lo real (lo Otro, lo transcendental) sin reducirlo a palabras, conceptos o ideas. Por eso recurre a la idea de infinito y, sin pretender la categorización reduccionista, emplea la categoría de un “rostro más allá de la forma”.

El rostro del Otro al expresarse se presenta a sí mismo desplegando una llamada que me alcanza, que “me toca desde su miseria y desde su Grandeza”¹¹⁶, sin que pueda hacer oídos sordos a su llamada. De esta forma se me impone, no para limitar mi libertad, sino para promoverla al suscitar mi bondad, mi respuesta, mi

¹¹¹ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 89. ISBN: 84-301-0486-0.

¹¹² LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 94. ISBN: 84-301-0486-0.

¹¹³ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. *Lévinas: Humalismo y ética*. Madrid: Ediciones Pedagógicas, [2002]. p. 69. ISBN: 84-411-0083-7.

¹¹⁴ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 106. ISBN: 84-301-0486-0.

¹¹⁵ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 111. ISBN: 84-301-0486-0.

¹¹⁶ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 213. ISBN: 84-301-0486-0.

responsabilidad. Para Lévinas esta unión entre la expresión y la responsabilidad es la condición o esencia ética del lenguaje. El sentido es el rostro del otro, la significación es lo Infinito, que me obliga por su esencia infinita.

El discurso condiciona el pensamiento porque “el primer inteligible no es un concepto, sino una inteligencia cuyo rostro enuncia la exterioridad inviolable al proferir el “no matarás””¹¹⁷. Ciertamente, asumimos que el primer inteligible no tiene por qué ser un concepto. Pero ¿sería posible una apertura al “no matarás” sin un inteligir previo? La filosofía levinasiana ¿no está pidiendo a gritos una filosofía de la inteligencia abierta y, por tanto, supeditada, a la crítica ética?

La radicalidad de la propuesta de Lévinas no sólo se puede medir enfrentando ontología y metafísica. Dentro de la propia ética, el dinamismo instaurado desde la apertura al Otro, conlleva “asumir una responsabilidad sin límites; literalmente dicho, una responsabilidad in-finita” en la que “ser sujeto es “estar a expensas” del otro; o mejor, estar “sujeto” al otro. En esta radical “heteronomía” nace la verdad originaria del sentido de un ser que es para el otro, y que se perfila sobre un fondo de comunidad/solidaridad que es la unidad del género humano”¹¹⁸.

La radicalización lógica de esta filosofía podría conducir al terreno de lo inhumano, de lo imposible humanamente, de un sometimiento alienante... Afirma que no busca la “negación del Yo”, sino su acceso significativo en lo universal, porque de otro modo el Yo es como “el prisionero [que] no sabría liberarse él solo de su encierro”¹¹⁹. Sin embargo, no puede uno sustraerse a la idea del riesgo de un totalitarismo del Otro. Salvo que el Yo sea considerado como parte de ese rostro del Otro. Yo como Otro, como otro más a atender, a considerar.

Por si hubiera alguna duda, para Lévinas el lenguaje no invita a la complicidad con el ser preferido. La epifanía del rostro como rostro introduce a toda la humanidad. Un tercero me mira en los ojos del otro: el lenguaje es justicia. El pobre, el extranjero se presentan como iguales en su pobreza esencial. Y su igualdad consiste en referirse siempre a un tercero. La presencia del Otro, que es indigencia,

¹¹⁷ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 229. ISBN: 84-301-0486-0.

¹¹⁸ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. *Lévinas: Humanismo y ética*. Madrid: Ediciones Pedagógicas, [2002]. p. 190. ISBN: 84-411-0083-7.

¹¹⁹ AYUSO DÍEZ, Jesús María. *Presentación de la edición española*. En: LÉVINAS, Emmanuel. *Ética e infinito*. Madrid: Antonio Machado Libros, 2008. p. 15 ISBN: 978-84-7774-541-9.

es presencia del tercero (es decir, de toda la humanidad que nos mira) y mandato que manda mandar¹²⁰.

Para Lévinas “en el recibimiento del rostro la voluntad se abre a la razón”¹²¹. Y la verdad es ante todo respeto de aquello que es, no su apropiación. Así la verdad se funda en una libertad justificada, encuentro con el otro en la justicia. Y sí, hay una verdad moral. Pero también podemos afirmar que en el recibimiento del rostro una razón sentiente es condición de posibilidad de la voluntad; y que la voluntad, liberada de las estrecheces de los idealismos, despliega y rige las alas de una razón que se dispone a acoger lo infinito, lo indecible del otro.

Sea como fuere la filosofía levinasiana prima contundentemente lo ético, donde encuentro, conversión, responsabilidad y justicia aparecen como lo primero. Desde esta perspectiva podría integrarse en las filosofías del diálogo, ya sean las filosofías morales “liberales” de Rawls o las dialógicas de Apel y Habermas¹²². Se trata de una filosofía de apertura radical a la trascendencia, entendida como una alteridad con rostro; metafísica que entiende la subjetividad como algo realizado desde el otro, que subvierte la referencia a la autonomía¹²³ y que encuentra el sentido en un diálogo responsable con el rostro irreductible del vulnerable. Desde aquí se comprende la alienación como lo conducente al olvido del otro o su rendición¹²⁴.

¹²⁰ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 226. ISBN: 84-301-0486-0.

¹²¹ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 232. ISBN: 84-301-0486-0.

¹²² GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. *Lévinas: Humaismo y ética*. Madrid: Ediciones Pedagógicas, [2002]. p. 85. ISBN: 84-411-0083-7.

¹²³ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. *Lévinas: Humaismo y ética*. Madrid: Ediciones Pedagógicas, [2002]. p. 87. ISBN: 84-411-0083-7.

¹²⁴ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. *Lévinas: Humaismo y ética*. Madrid: Ediciones Pedagógicas, [2002]. p. 100. ISBN: 84-411-0083-7.

PARTE I

Filosofía de Zubiri y saber estar en la realidad

Como vemos, las éticas del siglo XX, más en concreto, las éticas aplicadas, se encuentran traspasadas por la pluralidad y los dualismos. Se trata de un puzzle en el cual no acaban de encajar muchas piezas. Es verdad que algunas piezas no pueden encajar de ninguna manera con otras. Pero también es verdad que algunas parecen complementarse y siguen cada una por su lado.

Hemos visto posiciones que parecen añorar los esquemas de los naturalismos clásicos, perspectivas que apuestan por lo inmediato a los sentidos cuestionando todo aquello que se parezca a una metafísica, construcciones lógicas impresionantes, los nuevos paradigmas de una racionalidad narrativa que se enfrenta a una racionalidad paradigmática y, en fin, la voz de quien antepone lo ético a lo ontológico ¿Puede la filosofía de Zubiri ayudarnos a encajar o, al menos, a aproximar algunas de estas piezas? Esto es lo que nos proponemos abordar a continuación.

En esta primera parte se hará una revisión sistemática de aquellos aspectos de la filosofía de Zubiri que pueden tener una mayor significación para una fundamentación de una ética de las profesiones desde la práctica médica.

Se desglosa en dos capítulos: en el primero se hará una lectura de la obra principal de este autor, su filosofía del inteligir, con el fin de indagar en qué medida permite abrir nuevas posibilidades al ejercicio médico.

En el segundo capítulo se revisarán conceptos relativos a la volición. En el mismo se hará una indagación en torno al acto volitivo, buscando asimismo aquellos elementos que puedan abrir posibilidades para una vida profesional valiosa.

CAPÍTULO 1

LA NOOLOGÍA DE ZUBIRI

DESDE LA PRÁCTICA CLÍNICA

1.1. FILOSOFÍA DE ZUBIRI Y PERSPECTIVA MÉDICA

La reflexión que desde ahí se realiza no puede ser otra que la que responde a una perspectiva de quien se mueve normalmente en el mundo sanitario. De ahí que el punto de partida sea la medicina clínica, entendida como el uso de conocimientos y habilidades médicos por parte de alguien que se ha formado específicamente para ayudar de forma efectiva, en el contexto del encuentro clínico, a otro u otros que padecen enfermedad o están amenazados por ella. Con esto no se hace sino referencia a hechos concretos vinculados al núcleo de la práctica médica, sin pretensión de presentar en este momento una definición de la misma.

Con esto se quiere decir que el interés de la práctica clínica se centra básicamente en averiguar cómo dar una respuesta a otro u otros, desde una tradición médica. Ésta presupone unos determinados conocimientos, habilidades y métodos de ayuda determinados. Sería insuficiente pensar que el punto de partida central y único es el otro enfermo o en riesgo de enfermar. Este punto de partida estaría compartido con cualquier otro que orientara su atención hacia el enfermo.

Pero sería absurdo pretender que la práctica médica reposa únicamente en sus tradiciones propias y específicas, por atractivas que puedan resultar para muchos. En buena lógica, estas tradiciones son revisadas y transformadas en función del que padece enfermedad. Así pues, nos encontramos partiendo de un presupuesto desde el que queda entendida la práctica clínica como un encuentro deliberado entre, al menos, dos personas en el que, desde la perspectiva del médico, el punto de arranque es el “otro”.

Lo que hace que ese encuentro sea deliberado es una dolencia o enfermedad. Partimos, pues, de un hecho concreto y universal: el sufrir humano. Cualquiera en riesgo de padecer la tortura (por un verdugo o por la enfermedad) podría suscribir la frase de Coetzee: “El dolor es la verdad, todo lo demás está sujeto a duda”¹²⁵. La práctica médica arranca y cobra sentido como un combate con el dolor, entendido aquí en un sentido amplio de sufrimiento. Es verdad que el médico puede deslizarse

¹²⁵ COETZEE, J.M.. *Esperando a los bárbaros*. 7ª ed.. Barcelona: Rnadam House Modadori, 2007. p. 15. ISBN: 978-84-9759-335-9.

desde “el otro” o el “dolor”, a una idea sobre el otro o a una teoría sobre el dolor. Hasta incluso buscar un refugio en lo teórico, o en ciertos atractivos culturales asociados a la práctica médica: la pretenciosa estética de lo tecnológico, la atracción del poder sobre la vida humana, las compensaciones económicas... para rehuir la mirada del que sufre.

Para Laín Entralgo cuatro han sido los modos por los que se puede ayudar “médicamente” al enfermo: El espontáneo, como el de la madre que proporciona cuidados a su hijo febril; el empírico, esto es, el que apela a los resultados obtenidos por la experiencia; el mágico, que parte de la convicción de que es posible gobernar las fuerzas invisibles mediante ritos o ceremonias; y el técnico, que actúa sabiendo racionalmente qué se hace y por qué se hace lo que se hace¹²⁶.

Pues bien, la tradición en la que nos situamos es aquella que surge como *tékhne iatriké* en la Grecia clásica. No se trata, evidentemente, de una tradición mágico-religiosa, como la de los sacerdotes del templo de Asclepio, que practicaban una medicina religiosa. Tampoco se trata de una tradición meramente artesanal basada en lo que parecía que más eficaz según la experiencia, en la que la atención a enfermos no pasaba de ser un oficio más al servicio de la polis. Se trata de la *tékhne iatriké* que surge en las escuelas de Cirene, Trotona, Cos o Cnido, como un encuentro entre medicina y filosofía.

Lo característico de esta tradición es que incorpora al quehacer médico conocimientos procedentes de la filosofía, dando lugar así a una medicina racional¹²⁷. Esto presupone, por parte de los médicos que atienden enfermos, una confianza en la razón humana para la tarea de sanar. De ahí que en el escrito hipocrático postaristotélico *Sobre la decencia* se asuma la integración entre estas dos actividades humana (filosofía y medicina) afirmando que “el médico que a la vez es filósofo es igual a los dioses” y que “es preciso trasplantar la filosofía a la medicina y la medicina a la filosofía”¹²⁸.

Por tanto, el abrir una vía de encuentro hacia la filosofía de Xavier Zubiri desde la práctica médica no supone ninguna novedad dentro de la tradición médica

¹²⁶ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1979. ISBN: 84-345-1418-4.

¹²⁷ SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel. *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson [etc], [2003]. ISBN: 84-458-0733-1.

¹²⁸ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada. Fernández Gual, Carlos (Introducción general)*. Madrid: Gredos, [2001]. ISBN: 84-249-0893-7.

en la que nos situamos. Esta tradición (médica racional o científico-técnica) cuenta con las siguientes características: se basa en la observación de los fenómenos cuestionándose su “que” y su “por qué”; elabora explicaciones racionales para responder a esas preguntas; y cuenta con las limitaciones del conocimiento pero también con la posibilidad de ampliarlo.

En el terreno del encuentro clínico esto supone una clara determinación de la práctica médica, que queda orientada hacia un razonamiento explicativo sobre lo que le ocurre, de tal modo que se pueda prescribir un tratamiento coherente. Para ello se hacía necesario emplear la conversación, la exploración del cuerpo del paciente, la observación del ambiente en el que vivía y un razonamiento explicativo. Lo que ahora nos interesa es destacar que ese hecho que hemos denominado encuentro clínico lo situamos en una tradición en la que tiene un papel fundamental el conocimiento racional de la enfermedad y, por tanto, una explicación de qué hago y por qué hago lo que hago... al otro. Y que ese “otro” es alguien vulnerable. La historia y el devenir de la medicina no tendrían lugar sin ese “otro”.

El ejercicio médico se mueve con una lógica en la que, en rigor, las consideraciones prácticas anteceden a las ontológicas. Éstas cobran sentido en medicina en la medida que permiten dar una respuesta a los problemas que plantea el enfermo. De alguna manera, desde la tradición médica en la que nos situamos, se ha llegado a la conclusión de que la comprensión racional del enfermar proporciona un poder para dar una respuesta beneficiosa para el otro enfermo. Un poder que eleva consigo la responsabilidad del médico para con el paciente.

Así, la práctica de la medicina asume un compromiso de racionalidad, que exige un conocimiento científico de la realidad y, por tanto, que obliga a una “voluntad de verdad”. Se mire por donde se mire, se trata de una tradición que en sus raíces históricas lo moral y lo intelectual son referencia fundamental. El “otro” enfermo y el valor atribuido a la verdad racional constituyen su punto de partida ya desde sus inicios en la Grecia clásica.

A partir de la práctica médica se trata, en definitiva, de comprender sus posibilidades y alcance con ayuda de la filosofía. El paradigma epistemológico desde el que nos movemos es, pues, un paradigma netamente práctico. Partimos de un deseo de, de una voluntad de... desarrollar un ejercicio profesional que se configure como una respuesta apropiada al rostro vulnerable del otro en el cara a cara del encuentro clínico.

La convergencia que se provoca aquí entre filosofía y medicina, está orientada ante todo a un enriquecimiento de la práctica médica, a la utilización de la filosofía para tratar de clarificar aspectos relativos a la índole de la práctica médica, a la epistemología de la medicina como conocimiento práctico y, ante todo, a recopilar, con ayuda de la filosofía de Zubiri, elementos que aporten luz a la hora de orientar la vida profesional.

Partimos de la convicción de que hay aportaciones muy valiosas para la práctica médica que proceden de las obras de carácter noológico, metafísico y antropológico de Xavier Zubiri. Obras que constituyen el grueso de su producción filosófica y que, como se ha afirmado, resultan ser un enorme esfuerzo de búsqueda y ese deseo de verdad racional tan estimada en la tradición médica¹²⁹. Esperamos de ellas un conocimiento del proceso de comprensión del otro enfermo, que a su vez posibilite una mayor y mejor atención médica.

Es muy relevante para la práctica médica responder a la preguntas clásicas de qué puedo saber, qué es la realidad y qué es el hombre.

Qué puedo saber: Si hemos visto que el conocimiento es una de las principales herramientas de la medicina, entendida como *tékhne iatriké*, resulta que es fundamental contar con una respuesta racional actualizada a esta cuestión. La respuesta positivista, que aún domina la práctica médica, ha sido revisada y superada hace tiempo por la filosofía. Zubiri elabora toda una investigación acerca de la inteligencia humana, que supone un fuerte cuestionamiento a la clásica concepción que distingue entre sentir e inteligir.

Qué es la realidad, qué son las cosas: Si hay un principio claro para quien practica la medicina, ese es el principio de realidad. La realidad a menudo obliga a revisar las hipótesis de diagnóstico y tratamiento inicialmente elaboradas. La realidad se impone en la práctica profesional a veces con un dramatismo extremo. El pensamiento de Zubiri desarrolla un metafísica que gira en torno a la realidad, cuestionando radicalmente las clásicas nociones de ser, sustancia y naturaleza.

Qué es el ser humano: La comprensión de lo humano viene a ser otro elemento de gran importancia para poder colocarse en una posición de ayuda. La visión mecanicista que impera en el mundo sanitario no hace más que estrechar el

¹²⁹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Voluntad de verdad: para leer a Zubiri*. Barcelona: Labor, 1986. ISBN: 84-335-1740-6.

campo visual del profesional y, por ello, no hace más que reducir sus posibilidades de ayuda. Para Zubiri el ser humano es ante todo animal de realidades, es realidad ligada a lo real, siendo este vínculo, la *reiligación*, un hecho constatable y radical, fundamento de toda obligación.

Pero como es sabido, Zubiri además aporta recursos filosóficos fundamentales para estructurar una reflexión ética. Podría anticiparse la posibilidad de que estas aportaciones generen una vez más un sesgo ontológico al ejercicio médico, siendo éste una actividad eminentemente práctica. Si bien este riesgo nunca puede ser descartado totalmente en una cultura “cerebrocéntrica” como en la que nos movemos, entendemos que la filosofía de Zubiri no hace otra cosa que proporcionar una visión muy abierta de lo humano y de la realidad. Su visión del saber no presupone una prioridad de lo intelectual sobre lo volitivo.

La obra de Zubiri proporciona la posibilidad de acceder a un conocimiento más profundo del hecho moral, que nos permita acudir a las clásicas nociones de la ética (deseo, deber, bien, principios, valor, virtud, etc.) y conectarlas con otros desarrollos prácticos. Partiendo desde una perspectiva práctica, parece que lo lógico hubiera sido acudir directamente a las reflexiones de orden práctico de Zubiri. Sin embargo en su obra apenas aparecen referencias a una ética aplicada.

Es sabido que la ética no ocupa un lugar preeminente en la obra de Zubiri y que, incluso, es una de las parcelas más incompletas de su filosofía. El texto más extenso, titulado "*El hombre, realidad moral*" (publicado en el libro *Sobre el hombre*) tiene la dificultad de ser relativamente antiguo, pues procede de un curso de los años cincuenta, y de no haber sido realizado expresamente para su publicación. Por eso, muchas de sus afirmaciones y contenido tendrían que ser reformulados desde su obra de madurez¹³⁰.

Ante esta situación caben varias opciones: repetir y comentar sus ideas principales; desarrollarlas hasta extraer conclusiones ajenas a la intención original del autor; o buscar desarrollos teórico-prácticos de autores que hayan seguido la línea de Zubiri. La primera se muestra claramente insuficiente y la segunda se encuentra fuera de la intención o el objeto de este trabajo. La tercera vía nos permitirá aprovechar los desarrollos prácticos de la obra de Zubiri realizados por

¹³⁰ PICORNELL GALLAR, Damián. *Estructura de la razón moral : Diálogo teológico con la noología de Xavier Zubiri* [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2005.

otros autores. La importancia y el rigor de alguno de estos desarrollos en el terreno de la bioética clínica nos obligará a su revisión exhaustiva. Esta vía nos llevará posteriormente a revisar la aportación de una ética formal de bienes¹³¹, tal como la desarrolla Diego Gracia, que realiza de una reinterpretación de los conceptos básicos de orden ético a la luz de las obras de la madurez, cuyo núcleo más representativo es la noología de *Inteligencia sentiente*.

A continuación se busca realizar una revisión de la filosofía de Zubiri, tal como queda expuesta en su trilogía *Inteligencia sentiente*. Para ello se llevará a cabo una lectura de la misma tratando de obtener aquellos elementos que pueden contribuir a proporcionar claridad a una ética de las profesiones desde la práctica médica. Estos elementos pueden confirmar o cuestionar el modo en el que se lleva o ha llevado a cabo esa práctica. Se trata en definitiva de abrir una vía para enriquecer la práctica médica con la filosofía, en este caso con la filosofía de Zubiri. Se busca así una mejor comprensión de la índole de la práctica clínica, tomando la filosofía de Zubiri como un estímulo.

En resumen, no se trata de hacer una lectura sistemática orientada a un análisis académico de la filosofía de Zubiri, tarea que ya ha sido realizada de forma excelente por otros autores. En los próximos capítulos se realiza una indagación en la filosofía de Zubiri orientada de encontrar elementos que permitan mejorar el ejercicio médico. No se busca hacer filosofía de la medicina, sino más bien hacer mejor medicina con ayuda de la filosofía. Para realizar esta tarea se hará en primer lugar una lectura de la trilogía *Inteligencia sentiente* de Zubiri y, posteriormente, una revisión de la ética formal de bienes, como desarrollo práctico de la filosofía de Zubiri realizado por Diego Gracia. De aquí se tomarán aquellos elementos que mejor van a contribuir a una ética de las profesiones desde la práctica médica.

¹³¹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. ISBN: 84-7754-045-4.

1.2. INTELIGENCIA Y REALIDAD.

Para Zubiri el sentir humano y la intelección no son dos actos numéricamente distintos, sino que constituyen dos momentos de un solo acto de aprehensión sentiente de lo real. La inteligencia es sentiente. Inteligir es un modo de sentir y sentir es un modo de inteligir. Y este inteligir es actualidad (una actualización, un hacerse actual) de lo real: un estar presente de lo real desde su propia realidad. Así, el inteligir humano es formalmente la simple actualización de lo real en la inteligencia sentiente.

Y a esta conclusión llega, no por una vía de razonamientos conceptuales, sino por análisis y descripción meticulosa de los hechos de la intelección. Lo que hace Zubiri no es sino dar cuenta de los actos del inteligir: describe hechos constatables que hay que tomar como tales. Evita la teorización. Esta perspectiva resulta estar en sintonía con una mentalidad como la de la medicina actual, que valora como nunca lo ha hecho anteriormente, los hechos constatables.

Pero hay distintos modos de inteligir, de actualizar lo real: uno “primario y radical”, en lo que lo real queda actualizado en y por sí mismo, que es la aprehensión primordial de lo real. Así, por ejemplo, hay un modo primario en el cual el hecho de enfermar queda actualizado como algo real: esto queda presupuesto y en cierto modo encubierto por el propio lenguaje en afirmaciones como “está *realmente* enfermo” o “me encuentro *realmente* enfermo”, en las que se alude a esa impresión primaria y radical de realidad.

Y hay otros modos según los cuales lo real queda reactualizado, también sentientemente, como algo entre otras cosas o como algo en el mundo: son el logos y la razón, culminación del conocimiento humano. Siguiendo el anterior ejemplo, la realidad de enfermar queda actualizada cuando se afirma acertadamente: “tiene cáncer”. Aquí, la realidad queda actualizada en la propia expresión verbal, que consiste en una construcción teórica, pero que actualiza también la realidad a su modo.

Para Zubiri, en un mundo inundado por los discursos, estamos instalados modesta e irremediabilmente en la realidad. Su obra es “el esfuerzo de sumergirnos

en lo real en que ya estamos, para arrancar con rigor a su realidad aunque no sean sino algunas pobres esquirlas de su intrínseca inteligibilidad”¹³². Esta perspectiva sigue siendo de interés para la medicina, en tanto en cuanto ésta opta por sumergirse en determinadas realidades, en concreto la realidad humana en su vulnerabilidad, ante eso que denominamos enfermedad.

Él rompe con el idealismo de forma radical cuando descubre el inteligir como un acto que consiste en “estar” dándose cuenta de algo que “está” presente. Ese “estar” indica un carácter físico, no meramente intencional o conceptual de la intelección. La intelección entendida como aprehensión no es, por tanto, una teoría, sino el hecho de que “me estoy dando cuenta de algo que me está presente”¹³³. Desde esta perspectiva, la idea de enfermedad es algo más que una idea: es, en la medida que responda a una realidad, un modo actualización, un modo de estar presente esa realidad. La realidad no queda actualizada de la misma forma al decir “salud” que al decir “enfermedad”, sea cual sea la concepción que tengamos de esos términos.

Pero también rompe con el realismo ingenuo. La realidad es entendida por él como el modo en que quedan las cosas al inteligirlas: quedan como algo independiente de quien las intelige. No como realidad “en sí”, independiente de mi percepción, sino como simple y mera formalidad, es decir, como el modo en que las cosas quedan, se actualizan, al inteligirlas: es formalidad de alteridad, independencia, como algo que es “de suyo”, que compete o pertenece a la cosa aprehendida¹³⁴. Esta formalidad no es, pues, realidad allende la aprehensión, como sería el caso de la realidad del realismo clásico¹³⁵. Es sencillamente eso, la forma en que quedan las cosas al inteligirlas, como algo otro-real. Por ejemplo, para el

¹³² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. pp. 12-15. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹³³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 23. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹³⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 58. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹³⁵ Para Zubiri formalidad no se refiere al modo de “informar” en sentido aristotélico-kantiano (la forma kantiana produce información), no es producción (elaboración), sino un mero “quedar” (independiente, como alteridad, como “de suyo”). Tampoco se refiere a la forma entendida desde la psicología de la Gestalt, como configuración total de lo percibido. Esta formalidad zubiriana puede deteriorarse si se deterioran las estructuras biológicas que la permiten (sistema nervioso fundamentalmente), pero tampoco se refiere a la estructura cerebral en sí. Tampoco es un concepto especulativo, sino un momento de la aprehensión descubierto en el análisis noológico de la misma. Cf. ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. pp. 43-46. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

paciente con alucinaciones, éstas son perfecta y formalmente reales. O para el paciente con dolor, éste es perfecta y formalmente real.

Para Zubiri la cosa es real en tanto en cuanto actúa sobre las demás cosas o sobre sí misma en virtud formalmente de las notas que posee “de suyo”, no en virtud del sentido que se le atribuyen a esas notas¹³⁶. El sentido es una elaboración intelectual de lo dado por las cosas reales. Zubiri hace hincapié en que, previo al sentido, hay una aprehensión de lo real en cuanto alteridad. Esa forma de actuar de las cosas reales instala al ser humano (al hombre, al humano) en la realidad. Así, el “otro enfermo” es, antes que nada, realidad ante los ojos del médico. Antes que ser problema, reto profesional, fuente de ingresos o de prestigio, antes que todo eso es nuda realidad, es “otro”.

Y se aprehenden los contenidos de las cosas, así como su formalidad de realidad. “No hay dos impresiones, una de contenido y otra de realidad, sino una única impresión, impresión de realidad sentida”. La palabra que mejor expresa la índole de este inteligir elemental y básico sería actualidad: “En la aprehensión se nos “actualiza” lo aprehendido”¹³⁷. En toda intelección tenemos realidad que es actual, y que en su actualidad nos está presente¹³⁸ de algún modo. La aprehensión primordial es impresión de realidad que instala en lo real.

Esta forma de inteligir sitúa al hombre, paradójicamente, en un distanciamiento de las cosas. Si éstas fueran solo meros estímulos habría una proximidad, un vínculo o una ligadura mayor a ellas. A ser sentidas como reales, el ser humano queda libre de una cadena de estímulos para quedar estando en la realidad. Porque no es animal meramente de estímulos, sino también de realidades. Dicho de otro modo, no tiene aseguradas (automatizadas, podríamos decir) sus respuestas, porque no responde solo a estímulos, sino que tiene necesariamente que elegirlos. Esto es así porque tiene que habérselas con algo más que con meros estímulos, tiene que habérselas con realidades.

La noología de Zubiri libera de las limitaciones de la lógica y, de las estrecheces inevitables (e imprescindibles) de toda conceptualización teórica, para

¹³⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad.* 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 60. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹³⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad.* 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 64. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹³⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad.* 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 146. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

situar el abordaje racional de lo moral desde una intelección de la realidad, desde un *estar* en la realidad. Esto supone un descubrimiento de lo intelectual como fundamento formal de lo ético. La intelección de la realidad proporciona físicamente a la moralidad el momento de libertad que le es propio. No se puede elegir libremente careciendo de sentido de realidad. Se podrá elegir estímúlicamente, pero no libremente. La intelección sentiente de lo real instala al humano en una distancia de las cosas y de sí mismo que le permite optar. De esa distancia carecen los seres vivos que responden de forma meramente estímúlica a su entorno.

Este aprehender realidad es, por tanto, un acto elemental de la inteligencia, es su acto radical¹³⁹. Es sentir la realidad: no es el sentir puro, sino un sentir contenidos e inteligirlos como realidad, todo ello en un único acto. Es, por tanto, impresión de realidad que, en su unidad estructural es el hecho clave que nos descubre Zubiri, y que supera el clásico dualismo entre sentir e inteligir. Este dualismo ha derivado en otros dualismos, que se han manifestado en la historia de la medicina con una permanente y fructífera tensión entre observación y especulación.

El hecho de la aprehensión sentiente de la realidad, al que se accede atendiendo al acto de la impresión de realidad, consiste en un único acto humano: en la propia impresión (sentir) está ya el momento de realidad. Y así, para Zubiri, la intelección sentiente es un hecho, pero el dualismo entre inteligir y sentir es una conceptualización metafísica que deforma los hechos¹⁴⁰. La filosofía de Zubiri retoma el sentir como algo positivo, no como algo patológico, como entendían los clásicos. Lo más elemental es la respuesta estímúlica, no el sentir propiamente. La intelección sentiente es una peculiaridad de lo humano.

1.2.1. Inteligir sentiente e inteligencia humana.

Clásicamente lo inteligente ha sido el concebir, juzgar, sobre lo dado por los sentidos. Lo inteligente era todo aquello que se movía en la esfera de lo pensado, lo conceptual, lo lógico. Es conocida la disputa en medicina, entre el realismo especulativo, basado en la lógica; y el empirismo, basado en lo dado a los sentidos. Ambas posturas surgen de dos ideas diferentes acerca de en qué se funda el

¹³⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad.* 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 77. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹⁴⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad.* 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. pp. 82-85. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

conocimiento y qué se puede conocer. Solo a partir del siglo XVII la observación cuidadosa de la realidad consigue poner límite a la lógica especulativa.

Pues bien, Zubiri nos dice que la raíz del inteligir, es decir, lo genuinamente inteligente es algo previo, anterior a lo conceptual o a lo sensible: es sentir la realidad, tener sentido de realidad. Esto desplaza el centro de atención de la intelección humana de lo meramente conceptivo, de lo meramente teórico, a lo real, a lo concreto. Lo conceptivo vuelve a estar en función de lo concreto, no al revés. Esto ya lo tenían claro los hipocráticos, cuando afirmaban que partir de postulados meramente teóricos era como carecer del “punto de referencia que tiene que haber para conocer la verdad”¹⁴¹ o que “la única medida válida para conocer qué es lo preciso es la percepción del cuerpo humano”¹⁴².

La filosofía de Zubiri cuestiona radicalmente la noción de inteligencia. Ésta, por otro lado, ha sido reevaluada en los últimos años desde la psicología, las neurociencias, o la neuropsicología¹⁴³. La teoría de Gardner, por ejemplo, supone un cambio en la concepción de la inteligencia humana. Representa el descubrimiento de otras facetas valiosas relacionadas con la mente, ampliando la idea de que la inteligencia es únicamente lo relacionado con los logros en el manejo del lenguaje oral o en el pensamiento lógico-matemático. Desde un punto de vista ético puede contribuir al reconocimiento social de valores poco considerados hasta ahora, que se corresponden con capacidades humanas de gran importancia, como las relacionadas con la inteligencia espacial, musical, corporal, interpersonal o intrapersonal.

La noología zubiriana sugiere que, si lo inteligente es sentir la realidad, puede ser razonable, más allá de su reconocimiento como formalidad y como acto propio e inamisible de una realidad hiperformalizada (la humana), plantearse cómo desplegar plenamente ese inteligir sentiente para ponerlo a disposición de la práctica médica. Sería lógico pensar que acrecentar la inteligencia sería, pues, acrecentar de alguna

¹⁴¹ SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada. Fernández Gual, Carlos (Introducción general).* Madrid: Gredos, [2001]. p. 138. ISBN: 84-249-0893-7.

¹⁴² SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada. Fernández Gual, Carlos (Introducción general).* Madrid: Gredos, [2001]. P. 136. ISBN: 84-249-0893-7.

¹⁴³ Cf. GARCÍA GARCÍA, Emilio. *Mente y cerebro.* Madrid: Síntesis, 2001. pp. 164-171 ISBN: 978-84-773-8832-6..

manera ese sentido de realidad. Lo cual no presupone un desprecio por la conceptualización, sino su utilización referida al principio de realidad.

Este descubrimiento del inteligir humano como algo radicalmente sentiente, de momento solo nos permite (y no es poco) redescubrir y, por tanto, *estimar lo inteligente* con una perspectiva completamente nueva. Lo inteligente a partir de ahora tendrá que ver con estar en, y sentir la realidad. De ahí la imprecisión de los términos “inteligencia artificial”. Si lo específicamente humano es la aprehensión de realidad, las investigaciones sobre "inteligencia artificial" pueden enfocarse en el desarrollo de una funcionalidad lógica en los ordenadores, pero éstos no podrán tener nunca “sentido de realidad”.

Al ordenador se le puede programar para que sea capaz de identificar determinadas cosas. Por ejemplo, se le puede programar para que pueda identificar al dueño del ordenador (por los caracteres faciales que se pueden recoger a través de una cámara situada en el propio aparato), para saludarle al inicio de la sesión o despedirse al final de la misma. Y no hacerlo, si quien se coloca es otra persona no reconocible. Un ordenador también puede ser programado para identificar determinados datos de un electrocardiograma y que el propio instrumento establezca un “juicio” diagnóstico con esos datos. Solo un humano sabrá lo que eso supone realmente para otro humano, pero el ordenador habrá desarrollado por sí mismo una actividad lógica afirmando que tal electrocardiograma corresponde a un determinado cuadro cardiológico.

Parece razonable afirmar que, quedarse de uno u otro modo fuera de la realidad, de lo real, sería perder inteligencia de las cosas. Por ejemplo, una pérdida de capacidad de intelección sentiente podría ser la consecuencia de un grave deterioro de las estructuras neurofisiológicas que le permiten al ser humano captar lo real como real. Esa pérdida tendría que ver con una pérdida de capacidad de distanciamiento, propio de ese modo de estar entre las cosas que es sentir la realidad. Sería un paso de un inteligir sentiente a un mero sentir. La forma de estar entre las cosas podría reducirse a responder automáticamente a los estímulos que éstas producen.

Contando con una integridad de las estructuras neurofisiológicas que permiten la formalidad de un inteligir sentiente, el ser humano puede sentirse perdido entre las cosas. El animal puede estar perdido, desorientado, entre respuestas, en medio de un desorden de estímulos-respuesta. El humano puede sentirse perdido, aún en

medio de una situación estimúlicamente ordenada, debido a su posibilidad de sentir la realidad.

Esto es así porque no puede limitarse a “seleccionar” biológicamente las respuestas, sino que tiene que “elegirlas” en función de la realidad. “Elige intelectivamente su respuesta”¹⁴⁴. Por tanto, depende de cómo se sitúe en la realidad para que su elección sea o no apropiada, por ejemplo, con vistas a su supervivencia o a la supervivencia de otro de su especie. Esto explica por qué lo moral puede estar condicionado, aunque no necesariamente supeditado, por lo intelectual.

Diversos análisis epistemológicos han considerado, según las épocas, cuál el modo cierto de inteligir. Aquellas perspectivas que estrechan el horizonte visual también reducen las posibilidades de actuación moral. La relevancia que esto tiene para la práctica médica es fundamental. La inteligencia concipiente, en la que se ha basado en buena parte la práctica médica, tiene como objeto primario lo sensible, pero en tanto en cuanto es dado por los sentidos “a” la inteligencia, que a su vez concibe y juzga lo dado a ella.

Es interesante, para empezar, anotar cómo Zubiri subraya que, puesto que hay diversos modos de sentir, también hay diversos modos de presentación de la realidad. La vista permite aprehender la cosa en su configuración, el sonido como noticia, el gusto como degustada (“fruible”), el tacto como tangible, la propiocepción como dirección (“presentación direccional”). Así, toda intelección sentiente es aprehensión (actualización) de lo real, aunque no sea visualizable.

De tal modo que, por ejemplo, la propiocepción me permite actualizar mi propia realidad, mi intimidad, “me aprehendo como estando en mí”¹⁴⁵. Me vuelvo hacia mí mismo y me siento a mí mismo como realidad que se vuelve hacia sí: estos tres momentos constituyen para Zubiri unitariamente la reflexión. En el momento actual, el estatuto de las pruebas de imagen (intelección visual) tiende a un predominio sobre el estatuto de lo narrado por el paciente (intelección notificante) o la reflexión (intelección propioceptiva) en la práctica médica. Y sin embargo todas

¹⁴⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. pp. 69-73. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹⁴⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 108. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

ellas son formas de presentación de la realidad. Y todas tienen una gran relevancia en la práctica médica.

Sea como fuere, este aprehender realidad es el acto elemental de la inteligencia, es su acto radical¹⁴⁶; ese sentir la realidad, como ya se ha dicho, no es el sentir puro, sino un sentir contenidos e inteligirlos como realidad, todo ello en un único acto. A partir de aquí, podemos considerar que la sensibilidad, entendida como “grado o medida de la eficacia”¹⁴⁷ de ese acto de sentir la realidad, es una cualidad o nota del inteligir sentiente. En su diversa gradación, la sensibilidad alude a la posibilidad y al acto de sentir con una mayor exactitud la realidad.

La mayor o menor sensibilidad humana representaría así la posibilidad de acceder de un modo más o menos exacto al conocimiento de la realidad. No aprehende sentientemente de igual modo el concierto un músico que alguien sin sensibilidad para la música. De igual modo, el acto de aprehensión de la realidad no es el mismo para un médico experimentado que orienta y afina su observación a detalles clave para la elaboración y verificación de hipótesis, que para un médico novato aún distraído por sus propias inseguridades y temores. Tampoco se aprehende del mismo modo la realidad de enfermar si se ha pasado una determinada enfermedad que si no se ha pasado: en aquél caso hay una mayor sensibilidad para detectar y apreciar los datos subjetivos del paciente.

En resumen, seguirán siendo necesarios los conceptos, pero éstos deberían ampliarse a conceptos propios de inteligencia sentiente, y no quedarse en conceptos de inteligencia concipiente¹⁴⁸. La noología de Zubiri descubre que en la unidad sentir-inteligir hay una forma de estar en la realidad que depende también de la sensibilidad. Ésta siempre ha sido considerada un inconveniente para el proceso diagnóstico, pero ahora es posible comprenderla como una posibilidad de lograr una mayor exactitud en la comprensión de lo que le ocurre al paciente.

¹⁴⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 77. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹⁴⁷ En el Diccionario de la Real Academia Española se aplica esta definición a “ciertos aparatos científicos, ópticos, etc.”, pero entendemos que también es aplicable al acto del inteligir sentiente humano. Cf. DICCIONARIO de la lengua española [en línea]. 22ª ed. Disponible en: http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=sensibilidad [Consultada: 28 octubre de 2011].

¹⁴⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 87. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

La sensibilidad en la intelección sentiente es algo que viene determinado de forma natural, según el temperamento de cada uno; pero también es algo que se puede aprender a modular y a dirigir para la práctica médica.

1.2.2. *Lo subjetivo y lo objetivo.*

La filosofía ha empleado “lo subjetivo” para designar lo que se halla en el sujeto como sujeto cognoscente. En este caso, lo subjetivo es lo representado y no lo real o substancial¹⁴⁹, que quedaría “allende” lo representado. En esta línea, en el Diccionario de la Real Academia Española se define lo subjetivo como lo “perteneciente o relativo al sujeto, considerado en oposición al mundo externo” y como lo “perteneciente o relativo a nuestro modo de pensar o de sentir, y no al objeto en sí mismo”. En ciencia, se considera lo subjetivo como lo que es relativo a un sujeto. Zubiri afirma que la ciencia moderna considera que las cualidades no son reales, sino simplemente nuestras impresiones subjetivas y que “la ciencia no se ha hecho problema de ese modo de realidad que ligeramente llama “subjetivo””¹⁵⁰.

Y esto ha tenido consecuencias en la práctica médica. En ella se califica como subjetivo todo aquello que es referido verbalmente por el paciente (el sujeto). Así, en la historia clínica orientada a problemas se clasifica la información procedente del paciente en: datos subjetivos (lo relatado por el paciente) y datos objetivos (los hallazgos exploratorios y de pruebas complementarias)¹⁵¹. La pregunta clave para obtener los “síntomas subjetivos” del paciente es: “¿pero usted qué siente?” Así, según todo lo anterior, el dolor pertenecería al terreno de lo “representado y lo no real” (ver arriba). Además pertenece a lo fugaz, lo variable (de un individuo a otro y dentro del mismo individuo), lo relativo, en definitiva, lo poco real.

Puede que ésta sea la razón por la que los médicos tienden a atribuir un escaso valor a lo subjetivo; y por lo que lo que más peso tiene para orientar un diagnóstico es lo “objetivo”. Para un aproximación diagnóstica se suele atribuir un mayor peso a lo objetivo que a lo subjetivo. Como si lo subjetivo perteneciera a un orden de datos de menor consistencia y lo objetivo a datos de mayor consistencia. Como si lo subjetivo no fuera de todo real y lo objetivo sí lo fuera.

¹⁴⁹ FERRATER MORA, José. *Diccionario de filosofía Tomo IV (Q-Z)*. Barcelona: Ariel, 2004. p. 3393. ISBN: 84-344-0504-0 (T.4) : 84-344-0500-8 (O.C)

¹⁵⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 180. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹⁵¹ McWHINNEY, Ian R.. *A Textbook of Family Medicine*. 2ª ed.. New York: Oxford University Press, 1989. pp. 324-332. ISBN: 978-0-19-505986-1.

Según la perspectiva de Zubiri, lo subjetivo no sería una mera representación de lo real, o sea, irrealidad. Lo subjetivo sería simplemente lo que es “mío”. Y lo que siento, que es “mío”, es algo real, pues “los estados fisiológicos de un organismo, por muy individuales que sean, no por eso dejan de ser estados reales”¹⁵². Hay formalidad de realidad en la percepción que tiene el paciente de lo que le ocurre. Y hay formalidad de realidad en la percepción que tiene el médico del paciente en la entrevista clínica. Son reales todas aquellas notas pertenecientes al paciente: tanto sus expresiones verbales y no verbales, como los hallazgos exploratorios descubiertos en su cuerpo o los resultados de pruebas complementarias que se ha realizado. Lo que ocurre es que se trata de una realidad que es “única” (individual, numéricamente una), pero no irreal, por muy subjetiva que sea.

Otra cuestión es la de la relevancia, el valor diagnóstico o el peso que pueden tener esos síntomas (esos relatos) en el contexto del método clínico orientado al diagnóstico y tratamiento de dolencias. ¿Qué importancia tienen esos síntomas en la vida del paciente? ¿Pueden atribuirse a un problema médico grave? En rigor, en la valoración diagnóstica, el peso de los datos no depende de que sean subjetivos u objetivos, en el sentido mencionado en medicina, sino del valor predictivo para orientar una valoración diagnóstica precisa. El error consiste en considerar que los síntomas sean algo irreal y, por tanto, inconsistente.

En resumen, lo subjetivo tiene hoy connotaciones peyorativas dentro de la tradición médica actual, basadas en la falsa idea de que lo subjetivo es menos real, lo que puede dar lugar a una pérdida de información (de contacto con la realidad, podríamos decir) por parte del médico, con resultados negativos para el paciente.

La otra cara del problema tiene que ver con lo objetivo. En el lenguaje común lo objetivo es lo independiente de lo pensado o sentido por uno mismo, lo no sesgado por los sentimientos o pasiones, lo perceptible, lo que existe realmente allende mí mismo, fuera del sujeto que lo conoce. Etimológicamente (participio del verbo *obicere*) significa lo expuesto, lo ofrecido, lo presentado ante los ojos. En filosofía “objeto” es un término complejo y polisémico, que, en general, puede entenderse como “lo contrapuesto” (*ob-jectum*). En el escolasticismo tiene un sentido general que es el de “término”: metafísicamente objeto es fin o causa final, epistemológicamente es término del acto de conocimiento, ya sea sensible o

¹⁵² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 181. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

inteligible, éticamente es el propósito o finalidad del acto. Es desde Kant cuando lo objetivo designa lo allende al sujeto, equiparándolo a la realidad objetiva cognoscible. Y es en la fenomenología que objeto es el término del contenido intencional de la conciencia, pudiendo ser real o irreal¹⁵³.

Se podría pensar que la intelección correcta de las cosas es ante todo una relación apropiada entre un sujeto y un objeto (por ejemplo, un médico y un paciente o su dolencia). Entre quien entiende y el objeto de conocimiento. La ciencia ha conceptualizado la realidad allende la percepción (por ejemplo, matemáticamente en el caso de la física). Zubiri reconoce que el haber conceptualizado la realidad desde el punto de vista de lo que son las cosas “allende” la percepción ha sido una gran conquista de la ciencia, pero es una conquista limitada, pues ha pasado por alto que también hay realidad “en” la percepción.

Tanto “en” lo percibido como “allende” lo percibido nos topamos con “auténtica y estricta realidad”¹⁵⁴. Desde la perspectiva del médico es tan real el síntoma escuchado al paciente o el dato exploratorio (que están “en” lo percibido por él), como la realidad “allende” (la alteración causante de esos síntomas o signos exploratorios). Ambas zonas son reales. Son “idénticas en cuanto realidad”. Ciertamente la realidad “en” la percepción se muestra claramente insuficiente¹⁵⁵, pero si el médico focaliza su atención hacia lo que es la realidad “allende” los síntomas, puede perder de vista datos imprescindibles para poder ayudar al paciente.

Lo científico-técnico requiere un gran esfuerzo cognitivo en ciertas especialidades altamente tecnificadas (por su objeto de estudio o por la complejidad científico-técnica). Tal es el caso de, por ejemplo, la medicina interna, anestesia, cuidados intensivos, o ciertas cirugías. En ellas lo científico-técnico puede tener un efecto invasor cognitivamente, acaparando completamente la atención del médico, que deja de ver un paciente y no ve más que un conjunto de síntomas, signos, posibilidades diagnósticas, etc. La causa no solo sería algo derivado de un dinamismo cognitivamente invasor de lo científico-técnico, sino de una distorsión ontológica y moral de la práctica médica.

¹⁵³ FERRATER MORA, José. *Diccionario de filosofía Tomo IV (Q-Z)*. Barcelona: Ariel, 2004. pp. 2603-2607. ISBN: 84-344-0504-0 (T.4) : 84-344-0500-8 (O.C).

¹⁵⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 182. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹⁵⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 183. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

Se trata de un proceso ya denunciado por Emmanuel Lévinas, de pre-dominio de lo ontológico sobre lo moral. Y lo que es peor, de una ontología siempre con insuficiencias sobre lo moral. Cuando la ontología o la ciencia preceden a lo moral en medicina, se están invirtiendo los términos de un proceso cuya raíz está en lo moral: una respuesta de ayuda al “otro” vulnerable en y por la enfermedad. El otro es una realidad extraordinariamente compleja. Cualquier reducción ontológica a esta o aquella faceta de esa realidad complicada y única, coloca al médico en una estrechez de miras que solo tendrá sentido si es provisional y orientada a dar una respuesta éticamente satisfactoria a ese otro vulnerable.

En los últimos años se han multiplicado las narraciones (libros, artículos) sobre experiencias personales de enfermar. A menudo se alude a la sensación de no ser suficientemente valorado o atendido por el médico. Ian R. McWhinney afirma que la enfermedad, entendida como entidad nosológica, como diagnóstico realizado por el médico, consiste en una forma de recodificación de la experiencia del paciente. Las abstracciones creadas para ello pueden representarse metafóricamente como un mapa del territorio del enfermar humano.

Estas abstracciones distancian a los médicos de la experiencia de enfermar y, si la abstracción no se equilibra con la experiencia del paciente, se produce una alienación del paciente, que ha sido descrita en multitud de narraciones. En su forma más extrema, los médicos pueden llegar a considerar que las abstracciones son el mundo real, confundiendo así el mapa con el territorio¹⁵⁶.

Ciertamente hay una formalidad de realidad en el mapa como en el territorio, pero el mapa es una forma distanciada de aprehender el territorio. Y el mapa le debe su configuración al propio territorio. Vemos que entre los modos diferentes de aprehender la realidad los hay que se producen con una mayor fuerza en su formalidad de realidad y con una menor fuerza, aún cuando el contenido pueda ser enormemente rico incluso en los modos distanciados de aprehensión de la realidad.

Por tanto, hay que repetir con contundencia, de acuerdo con Zubiri, que tanto “en” lo percibido, como “allende” lo percibido nos topamos con “auténtica y estricta realidad”. Si esto es así, todos los datos provenientes del paciente constituirían objeto de la máxima atención médica: los síntomas, los hallazgos

¹⁵⁶ McWHINNEY, Ian R. *The Evolution of Clinical Method*. En: TOOMBS, S. Kay. *Handbook of phenomenology and medicine*. Dordrecht;Boston: Kluwer Academic, 2001. p. 340-341. ISBN: 978-1-40-200151-2.

clínicos; y, por supuesto, lo que explica esos datos (allende). Habrá que ver qué estatuto tienen esos “mapas” y lo allende.

Retenemos que la intelección es pura y simplemente una actualidad del inteligir del médico y la realidad del paciente. El paciente se hace presente y actual, desde su propia realidad, al médico. Aquí la distinción entre lo subjetivo y lo objetivo pierden relevancia. Lo que interesa no es contraponer lo “real-objetivo” a lo “irreal-subjetivo”. Lo relevante, antes que eso, es saber que estoy tratando de realizar la intelección de una realidad única e irrepetible, que se actualiza desde sí misma de un modo privilegiado en la entrevista clínica.

Para Zubiri, los datos en la percepción son idéntica realidad a lo oculto (lo no aprehensible de impresivamente). Ambos son “de suyo”, alteridad. Lo diferente es el contenido. Lo captado en la percepción es una realidad insuficiente y en su insuficiencia lleva a iniciar una búsqueda, una marcha intelectual hacia lo allende. En el caso de la enfermedad, esta insuficiencia es sentida por el médico en primer lugar como incertidumbre. Incertidumbre que se impone con una fuerza que empuja para aclarar qué ocurre. El sentido de realidad activa esta búsqueda.

Lo real percibido, pues, es lo que nos lleva inexorablemente a lo real allende lo percibido, lo que significa que en la realidad aprehendida lo que es “de suyo” (alteridad) se nos convierte en problema. En medicina esto quiere decir que el otro, realidad compleja y única, es alguien de quien los médicos se hacen problema intelectual. ¿Inexorablemente?

En el terreno de las profesiones, el profesional siente una determinada realidad con la que quiere hacerse problema. En cuanto al médico, hay que decir que el médico no solo se hace problema del otro en cuanto tal otro, sino del otro en cuanto que se supone enfermo. Esto implica una opción o un deseo preferente por el otro supuestamente enfermo. Este supuesto constituye ya una hipótesis. Las nociones de enfermo y enfermedad son ya teoría. Por tanto, lo único real de lo que de momento se hace cargo el médico es del otro en cuanto *supuestamente* enfermo.

1.2.3. *La verdad real o verdad simple.*

“La intelección consiste formalmente en aprehender algo como real, y esta intelección tiene también su verdad”. Para Zubiri “por inteligir lo que la cosa

realmente es, diremos que la intelección es verdadera”¹⁵⁷. Desde esta perspectiva, la realidad fundamenta la verdad, la realidad “verdadera en intelección”¹⁵⁸. Esto cuestiona radicalmente la idea de que la verdad es conciencia objetiva (idea, concepto), así como la idea de que lo propio de la intelección no es tener verdad, sino ser pretensión de verdad (cualidad de la afirmación opuesta simplemente al error).

Zubiri afirma que “verdad es realidad presente en la intelección en cuanto está realmente presente en ella”¹⁵⁹. Así, según esto, la verdad primaria y radical de la intelección sentiente no se identifica con la realidad, pero no le añade nada distinto. Se trata de simple *ratificación* de la propia realidad actualizada. Esto es lo que Zubiri denomina verdad real o verdad simple. No es lo mismo verdad que realidad. Realidad es formalidad de la cosa, cómo queda como algo distinto e independiente del inteligir. La verdad es algo que pertenece a la intelección. Y en la intelección sentiente la verdad se halla en esa forma que es impresión de realidad.

Aquí no hay nada concebido ni afirmado todavía, sino simplemente lo real actualizado como real. Lo nuclear de esta forma de verdad es simplemente la ratificación. Frente a esta verdad simple hay una verdad dual, que es aquella en la que nos distanciamos de la cosa para ir hacia su concepto o a una afirmación acerca de ella. Desde su concepto la verdad es autenticidad, desde la afirmación es conformidad, desde la razón es cumplimiento. Pero esto vendrá más adelante.

La verdad real o verdad simple no se contrapone al error porque “la intelección primaria de lo real no admite la posibilidad de error”¹⁶⁰. Toda impresión de realidad es ratificante y, por tanto, verdad real. ¿Podríamos decir que el paciente, aquél que acude al médico buscando su ayuda en cuanto médico, es portador de una verdad real? ¿Es portador de alguna verdad irrefutable¹⁶¹? En primer

¹⁵⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 230. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹⁵⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 231. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹⁵⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 233. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹⁶⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 236. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹⁶¹ No nos referimos al que acude al médico, como puede ser el caso de quien acude para requerir un informe clínico resumen de su historia para justificar su ausencia al trabajo por una enfermedad; o en cuanto agente de un estado benefactor, como puede ser el caso de requerir una prescripción que le proporcione una prestación económica de bonificación sobre el coste del medicamento. Tampoco nos estamos refiriendo a la situación tan habitual de acudir al médico simplemente para confirmar la banalidad de un problema que el paciente sabe de antemano que es menor.

lugar habría que plantearse si hay impresión de realidad. Pero también interesa saber cómo se presenta esa realidad.

Al igual que Zubiri se instala en el hecho de inteligir para analizarlo, nosotros trataremos de instalarnos en la intelección del enfermar. Si asumimos que la simplicidad de la verdad real no consiste en su sencillez de contenidos, sino en que la realidad se presenta, es aprehendida de forma unitaria (una), directa e inmediata, podemos afirmar sin conflicto que hay un sentido de realidad en el hecho de enfermar, por diverso que éste sea. “Me siento mal”, dice el paciente. Más allá del contenido de lo sentido, aquí se da un sentir la propia realidad. El hecho de enfermar se muestra al paciente como una realidad que acontece en su propia realidad: “algo” ocurre y se hace presente como algo independiente de uno mismo, aunque ocurra en uno mismo, quedando instalado en una realidad determinada.

¿En qué consiste esa verdad simple? En ratificación simple de algo. Algo ocurre, acontece, se me hace actual, y es independiente de mí. Por tanto, la verdad simple de la que es portador el paciente que acude al médico en tanto que médico, es que lo que siente lo siente como real. Si aceptamos el concepto de realidad zubiriano (formalidad de realidad) tenemos que admitir que el paciente se topa con la realidad. ¿Podemos afirmar algo más acerca de eso que siente? ¿Cómo se presenta esta realidad?

Como hemos visto más arriba, Zubiri ha descrito algunos modos de presentación de la realidad, vinculados a las distintas formas de captarla sensorialmente. Y ello lo ha hecho para mostrar cómo “en cuanto aprehendemos la realidad sentida, la inteligencia no solo aprehende lo sentido, sino que está en el sentir mismo como momento estructural suyo”¹⁶². Los sentidos no dan a la inteligencia información que luego ésta procesa. Toda intelección es sensible y sentiente al mismo tiempo. Por eso “presencia eidética, noticia, rastro, gusto, nuda realidad, hacia, atemperamiento, afección, posición, intimidad, son en primera línea modos de presentación de lo real, son por tanto modos de impresión de realidad”¹⁶³. Así, si la vista me da la realidad “ante” mí, el tacto me da la “nuda” realidad, la realidad tanteada, el gusto la realidad degustada, etc.

¹⁶² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 104. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹⁶³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 103. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

Zubiri no pretende con esto más que realizar “someras indicaciones”¹⁶⁴. Pero siguiendo su línea de análisis, podríamos decir que igual que hay un modo de sensibilidad que es la sensibilidad dolorosa¹⁶⁵, hay un modo de presentarse la realidad según ella. En medicina, un término utilizado para denominar el tipo de sensibilidad recogido por las fibras nerviosas específicas que transmiten la sensibilidad dolorosa es el de sensibilidad nociceptiva. Este vocablo comparte raíz semántica con la palabra nocivo, que proviene del latín *nocivus* (perjudicial) y que a su vez deriva del término *nocere* (perjudicar)¹⁶⁶.

Podemos decir, pues, que un modo de presentación de la realidad y, por tanto, de impresión de lo real sería, en la línea de la nocicepción, como algo nocivo, perjudicial. Del mismo modo, en la línea de la propiocepción (sensación recogida por los propioceptores, situados en las articulaciones y músculos que permite conocer la posición de diferentes partes del cuerpo) me permite actualizar mi propia realidad, mi intimidad, “me aprehendo como estando en mí”¹, en un ir hacia mí mismo, como realidad que vuelve hacia sí.

No se trata de definir o delimitar qué tipo de realidad está aprehendiendo el paciente, pues esto nos traslada al terreno de lo predicativo, que afirmando define, delimita y especifica, como veremos más adelante. Solo pretendemos averiguar cómo se le puede presentar la realidad al paciente en su forma más radical y primaria, como intelección sentiente. Zubiri describe que la impresión de realidad es algo que “recubre” el contenido de lo sentido. Así, recubriendo aquellas notas sensibles que acompañan al enfermar (ya sea lesión estructural orgánica, disfunción orgánica o psicosocial, discapacidad, dolor, sufrimiento o amenaza) lo real se me da o presenta como nocivo.

¹⁶⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 101. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹⁶⁵ Transmitida por fibras nerviosas específicas y diferentes, por ejemplo de aquellas que conducen la sensibilidad táctil o de la que conducen la sensibilidad propioceptiva. Nocicepción: “Término que hace referencia al mecanismo de transducción (activación del receptor) y conversión de una forma de energía (térmica, mecánica o química) en una forma accesible (impulso nervioso) a las regiones superiores del sistema nervioso central, implicadas en la percepción de la sensación dolorosa. En la transducción y transmisión del impulso a la médula espinal están implicadas las fibras A-delta (mielínicas) y las fibras C (amielínicas) polimodales. La transmisión a los centros supraespinales se produce por los fascículos espinotalámico, espinoreticular, espinomesencefálico, espinosolitario, espinocervicotalámico y fibras postsinápticas de los cordones posteriores. En la modulación de la nocicepción están implicados más de 21 neurotransmisores (excitadores e inhibidores), que pueden actuar, tanto durante la ascensión del estímulo, como a nivel segmentario y descendente desde el córtex, el tálamo y el tronco cerebral.” DICCIONARIOS. Clínica Universitaria de Navarra [en línea]. Disponible en: <http://www.cun.es/nc/areadesalud/diccionario/>. [Consultada: 27 marzo de 2010].

¹⁶⁶ COROMINAS, Joan. *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. 3ª ed.. Madrid: Gredos, 2008. p. 390. ISBN: 978-84-2493-555-9.

Pero así como son parciales los contenidos de lo captado por los distintos sentidos y podemos decir que permiten actualizar la realidad de distintos modos, lo real en su formalidad radical se presenta como una unidad o plenitud de todos los modos. Por eso, podemos decir que el paciente siente la realidad como nociva, pero también podríamos decir como oscuridad, mala noticia (notificación en este caso no predicativa, sino algo real sentido como amenazante), disgusto, extrañeza de uno mismo, aislamiento...

Y siempre sería realidad, con formalidad de realidad y estructurada de un determinado modo. Podríamos describir ese modo en el que la realidad se presenta al paciente con el término de nocividad, de perjuicio. Según todo esto, alguien puede afirmar sin ambages “me siento mal” porque siente algo o a sí mismo, que le afecta formalmente como real. Y así como la variedad de formas de sentirlo (de malestar físico) es múltiple, la realidad de enfermar se le presenta como una unidad intelectual. ¿Qué modo de presentación predomina en este caso? Como acabamos de decir, según el modo de la nocicepción. *La verdad simple, por tanto, sin posibilidad de error, que trae consigo el paciente es que siente lo real (su propia realidad) nocivamente y, a menudo, como intimidad dañada.*

De ahí que podamos afirmar con rotundidad que cuando yo, como paciente, siento que algo me duele es porque me duele real y verdaderamente. No cabe error o falsedad. Sin embargo, cuando esto lo convierto en palabras o en cualquier otra forma de comunicación ya me sitúo en el terreno de lo afirmativo. Y entonces sí que cabe el error o la falsedad, como veremos más adelante. ¿Le debo pedir al médico que crea mis palabras? Sin duda la respuesta es afirmativa, porque ahí no cabe el error. Me puedo equivocar en si el dolor es debido a una caries o una otitis, pero lo que tengo por totalmente seguro es que me siento mal. ¿Tiene el médico obligación de creerme? La respuesta ya no es tan evidente. En ocasiones su obligación será la de desconfiar. Por ejemplo, aquellos que padecen adicción a sustancias a menudo simulan dolencias para conseguir la sustancia de la que dependen.

Por otro lado, la fuerza de imposición de esa impresión de realidad puede ser muy diferente entre unas personas y otras. Hay quien siente esa realidad simplemente como notificación, es decir, no como una comunicación de algo, sino como realidad nociva o perjudicial “por-venir”. Ya sea sin síntoma alguno (en alguien que se siente por lo demás sano) o por la aparición de algún síntoma. Quizá en este caso solo acuda al médico para “pre-venir”. Puede que la impresión de enfermar se

imponga con una fuerza inusitada, que tiende a instalar al paciente en la certeza de daño realmente grave. Esto puede ser así, tanto para el que tiene un dolor de cabeza fruto del estrés, como para el que tiene un tumor cerebral. En todo caso, lo que predomina es esa impresión de la realidad de enfermar, de daño.

¿Qué implicaciones prácticas puede tener todo esto? Para empezar, que *la tarea del médico se fundamenta en parte en esa verdad simple en la que no cabe error: que otro se siente realmente mal*. Esta verdad simple en la que está el paciente no es necesaria, ni suficiente para fundamentar el ejercicio médico, pero sí merece un respeto. No solo por el hecho de provenir de otra persona, sino por el hecho de ser verdad real.

Los médicos pueden minimizar esto, porque tienen mucho trabajo, o porque llegan a la conclusión de que el paciente en el fondo no está enfermo, o porque hay una discrepancia entre lo que el paciente dice y lo que el médico ve (discrepancia “entre los datos subjetivos y los datos objetivos”, según la jerga médica), o porque el problema que se le plantea es técnicamente poco complejo. Pero cuando un paciente acude a consulta porque se encuentra mal, lo es porque se encuentra *realmente* mal.

Obviar esto, es decir, desatender esta verdad simple que trae consigo el paciente hace que el médico pierda oportunidades de actuar como tal: puede dar lugar a una pérdida de claves para el diagnóstico, reduciendo la posibilidad de detección de enfermedades que no entran en su campo de formación especializada y que requieren atención por otro médico, o de problemas poco frecuentes o con formas de presentación poco frecuentes. Pero además, aísla al paciente en la nociva realidad en la que se encuentra instalado, elevando ante él un muro de desatención.

Por otro lado, suponer que todo el que viene a la consulta es portador de esa verdad real de sentirse mal, o exagerar la importancia de la impresión de estar enfermo que tiene el paciente, es una ingenuidad. Algunos pacientes vienen a consulta por otros motivos (necesitan que se les realice un trámite de carácter administrativo o acuden para lograr alguna ventaja económica). Pero aún cuando el motivo de consulta sea una impresión real de enfermedad, la intelección sentiente en su forma primaria tiene limitaciones que requieren todo el esfuerzo para aclarar qué le ocurre *realmente* al paciente. La inseguridad o la impericia del médico (ante la seguridad del paciente instalado en su verdad real) puede llevar a una

multiplicación innecesaria y peligrosa del número de pruebas complementarias o interconsultas.

Al analizar los hechos de la intelección, en un terreno aún antepredicativo, Zubiri nos muestra que la intelección es “aprehensión directa de lo real, no a través de representaciones ni imágenes; [es] inmediata..., no fundada en inferencias, razonamientos o cosa similar; [y es] unitaria”¹⁶⁷. Si esto es así, podemos admitir que también hay una aprehensión directa, inmediata y unitaria de la realidad al enfermar. Esta realidad se presenta en modo de algo nocivo, perjudicial, dañino que capta la atención del paciente, quedando éste retenido por lo real en su actualidad propia. Es un modo primario de intelección que motiva multitud de consultas médicas cada día.

El cómo lo interprete o exprese verbalmente el paciente, corresponde a modos de intelección ulteriores. El propio hecho de acudir al médico presupone una determinada interpretación de esa realidad sentida nocivamente. Pero esto no tiene por qué ser necesariamente así: muchas consultas se producen a partir de una impresión directa, inmediata y unitaria de malestar sin que la causa sea propiamente médica. Es tarea del médico esclarecer qué es “en realidad” y “realmente” ese algo sentido “como realidad”, que le instala al paciente en el malestar. La unidad de todos estos momentos es la intelección que Zubiri denomina “ulterior”¹⁶⁸.

En resumen, para Zubiri el sentir humano y la intelección no son dos actos numéricamente distintos, sino que constituyen dos momentos de un solo acto de aprehensión sentiente de lo real. En toda intelección tenemos realidad que es actual, y que en su actualidad nos está presente de uno u otro modo. Este aprehender realidad es un acto elemental de la inteligencia, es su acto radical. Es sentir la realidad: no es el sentir puro, sino un sentir contenidos e inteligirlos como realidad, todo ello en un único acto. Es, por tanto, impresión de realidad que, en su unidad estructural es el hecho clave que nos descubre Zubiri, y que supera el dualismo entre sentir e inteligir.

Si lo que caracteriza formalmente a la inteligencia humana es sentir la realidad, se puede plantear la cuestión de cómo desplegar plenamente ese inteligir

¹⁶⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 257. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

¹⁶⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 267. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

sentiente en la práctica médica. Sería lógico pensar que acrecentar la inteligencia sería, pues, acrecentar de alguna manera ese sentido de realidad. Este descubrimiento del inteligir humano como algo radicalmente sentiente, de momento nos permite redescubrir y *estimar lo inteligente* con una perspectiva completamente nueva.

Lo inteligente a partir de ahora tendrá que ver con un estar y sentir la realidad, en la que tanto la sensibilidad como la lógica son formas de acceder a lo real. La noología de Zubiri descubre que en la unidad sentir-inteligir hay una forma de estar en la realidad que depende también de la sensibilidad. Ésta siempre ha sido considerada un inconveniente para el proceso diagnóstico, pero ahora es posible comprenderla como una posibilidad de lograr una mayor exactitud en la comprensión de lo que le ocurre al paciente. La sensibilidad en la intelección sentiente es algo que viene determinado de forma natural, según el temperamento de cada uno; pero también es algo que se puede aprender a modular y a dirigir para la práctica médica.

Frente al dualismo subjetivo-objetivo, lo subjetivo no sería una mera representación de lo real, o sea, irrealidad, sino simplemente lo que es “mío”. Y lo que siento, que es “mío”, es algo real, pues los estados fisiológicos de un organismo, por muy individuales que sean no dejan de ser estados reales. La ciencia ha conceptualizado la realidad allende la percepción, por ejemplo, elaborando y reelaborando clasificaciones nosológicas. Zubiri reconoce que el haber conceptualizado la realidad desde el punto de vista de lo que son las cosas “allende” la percepción ha sido una gran conquista de la ciencia, pero es una conquista limitada, pues ha pasado por alto que también hay realidad “en” la percepción.

Por tanto, desde la perspectiva del médico, es tan real el síntoma o el dato exploratorio (que están “en” lo percibido por él), como la realidad “allende”, conceptualizada y sentida nosográficamente. Ambas zonas son reales. Son idénticas en cuanto su formalidad de realidad. Pero lo científico-técnico puede tener un efecto invasor cognitivamente, acaparando completamente la atención del médico, que deja de ver un paciente y no ve más que enfermedades. Esto se traduce en una distorsión de la práctica médica en la que el médico se sitúa inadecuadamente en la realidad, al dar preferencia a lo concebido frente a lo sentido.

El “otro enfermo” es una realidad extraordinariamente compleja. Cualquier reducción conceptual coloca al médico en una estrechez de miras que solo tendrá sentido si es provisional y orientada a dar una respuesta satisfactoria desde la

perspectiva médica. Por otro lado, si las abstracciones distancian a los médicos de la experiencia de enfermar y si no se equilibran con la experiencia del paciente, se produce una alienación del paciente, que ha sido descrita en multitud de narraciones. En su forma más extrema, los médicos pueden llegar a considerar que las abstracciones son el único mundo real, confundiendo así un mapa con su territorio.

Por tanto, hay que repetir con contundencia, de acuerdo con Zubiri, que tanto “en” lo percibido, como “allende” lo percibido nos topamos con “auténtica y estricta realidad”. Si esto es así, todos los datos provenientes del paciente constituirían objeto de la máxima atención médica: los síntomas, los hallazgos clínicos. Y, desde luego, lo que explica esos datos (allende).

Zubiri afirma que “verdad es realidad presente en la intelección en cuanto está realmente presente en ella”. Así, según esto, la verdad primaria y radical de la intelección sentiente es la simple *ratificación* de la propia realidad actualizada. Es verdad real o verdad simple, que no se contrapone al error porque “la intelección primaria de lo real no admite la posibilidad de error”. Si algo me parece real, es formalmente real. Toda impresión de realidad es ratificante y, por tanto, verdad real.

Si aceptamos esto, tenemos que admitir que el paciente, que se topa con una realidad que le hace acudir al médico, es a su vez portavoz (si su propio enfermar se lo permite) de una verdad simple: que se siente *realmente* mal. Aquí hay una aprehensión directa, inmediata y unitaria de la realidad de enfermar. Esta realidad se presenta en modo de algo nocivo, perjudicial, dañino, que capta la atención del paciente, quedando éste retenido por lo real en su actualidad propia. Obviar esto por el motivo que sea, es decir, desatender esta verdad simple que trae consigo el paciente, hace que el médico pierda oportunidades de actuar como tal: puede dar lugar a una pérdida de claves para el diagnóstico, aísla al paciente en la nociva realidad en la que se encuentra y le hace perder oportunidades de ayuda.

1.3. INTELIGENCIA Y LOGOS.

Como hemos visto, en su análisis del inteligir humano, Zubiri nos muestra que inteligir es, en su modo primario y radical, un aprehender sentientemente la realidad, entendida ésta como formalidad en la que las cosas quedan en su intelección: quedan como impresión de realidad¹⁶⁹. Ésta consiste en impresión (algo sentido) de algo diferente a mí (en propio) que queda como mera actualidad (lo aprehendido queda simplemente como algo presente). A la unidad de estos tres momentos Zubiri la denomina “de suyo”.

No es algo independiente del contenido de las cosas (color, sabor, tacto, etc.) sino algo añadido a estos contenidos, esto es, la impresión de realidad. En su modo primario y radical (la aprehensión primordial de la realidad), lo aprehendido está actualizado de forma directa, inmediata y unitaria (a pesar de la complejidad del contenido)¹⁷⁰. Y aquí no cabe error, precisamente porque no hay dos términos entre los que pueda darse una discrepancia. Todo queda simplemente actualizado directa, inmediata y unitariamente como real. Cabría, ciertamente, el error en la descripción ulterior de lo aprehendido.

Para Zubiri, la intelección admite modos ulteriores. Esto es lo que veremos a continuación. Simultáneamente se seguirán extrayendo aquellos aspectos de su análisis que puedan tener una mayor relevancia para una ética de las profesiones desde la práctica médica. Sabemos que el terreno en el que nos adentramos es el de los hechos de la intelección humana y en el del análisis de la realidad en cuanto formalidad. Con ello buscamos descubrir formas de situarnos que pueden tener una implicación para la práctica médica.

1.3.1. *El campo de la realidad.*

El campo de la realidad es algo derivado de la aprehensión inmediata y, por tanto, algo en cierto modo dado. Todo lo que se diga del campo se basa en el sentido de realidad en su forma más elemental. Cuando aprehendemos algo como real, lo hacemos en una determinada zona de lo que podemos abarcar impresivamente. Este

¹⁶⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. pp. 11-12. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁷⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 15. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

área de lo que se abarca impresionantemente, que es algo físico y dinámico es lo que Zubiri denomina campo de la realidad. Para describirlo se emplean vocablos visuales, pero incluye todo aquello que pueda sentirse.

Por ejemplo, en el encuentro clínico hay un campo de cosas reales en el que quedan incluidos el médico, el paciente, acompañantes, mobiliario, lo hablado entre ellos, el ruido ambiental, etc. Todo ello constituye el “campo perceptivo”¹⁷¹. Pero también hay un campo “no visible”, pero real, perteneciente al fuero de lo sentido o de lo inteligido: en el campo del médico una de las primeras cosas que aparecen son las hipótesis de diagnóstico; en el campo del paciente, por ejemplo, el deseo de ser atendido con amabilidad.

El campo de la realidad tiene un primer plano, ocupado por las cosas que destacan (si se reduce a una sola cosa, ésta cobra el carácter de centro del campo) y por cosas que constituyen el fondo. Por ejemplo, en la entrevista clínica, desde la perspectiva del médico, el centro del campo puede estar ocupado por el paciente concreto o, por el contrario, éste puede quedar diluido en un ambiente plagado de interferencias. En una entrevista en la que sea necesario comunicar malas noticias, no es igual el contexto recogido y tranquilo de un despacho, en el que el paciente se sitúa en primer plano, que el entorno ruidoso y con interrupciones del pasillo de un servicio de urgencias. Esas interferencias no solo son de orden físico: un ordenador, papeles, ruidos, interrupciones de la entrevista... También lo son de orden propiamente intelectual y emocional: preocupaciones, ansiedad, temores, rechazo...

Pero además de primer plano y centro, en el campo de la realidad hay una periferia, que es “la zona de lo indefinido, bien porque no esté determinada en sí misma, bien porque aún estando determinada puede pasar inadvertida”¹⁷². En la periferia pueden situarse multitud de cosas, como tumor maligno oculto, las emociones del paciente, o el contexto social y cultural del paciente. A menudo en el campo de realidad del médico destacan los datos considerados de carácter científico técnico, pudiendo quedar en la periferia datos relevantes para la promoción o restablecimiento de la salud del paciente. Otro tipo de datos que pueden quedar fuera son aquellos referidos al mundo interno del médico.

¹⁷¹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 25. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁷² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 23. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

La línea que determina lo que abarca el campo (que incluye primer plano, fondo y periferia) es el horizonte. Éste representa el límite a partir del cual se encuentra el puro “fuera”. Así, las nuevas cosas modifican el horizonte desplazándolo. Esto depende en parte de las cosas, cuando por uno u otro motivo entran en el campo. Un ejemplo de esto serían los hallazgos incidentales inesperados que se producen en ocasiones al solicitar pruebas complementarias, como un “incidentaloma suprarrenal” (tumoración observada en la zona suprarrenal, mediante pruebas de imagen), que requiere una valoración añadida.

Las cosas que constituyen el campo perceptivo tienen un contenido (color, consistencia, forma...), pero algo más. Ese algo más es la formalidad de realidad. Y eso hace que las cosas, por presentarse como reales, sean más que lo que son por ser sonoras, pesadas, o coloridas. Por ser reales, las cosas son más de lo que son por su simple contenido. En el momento campal de la intelección se pasa de un mero sentir la realidad o tener sentido de realidad (simple intelección sentiente), a una forma de entender la realidad que permite discernir, diferenciar y afirmar “la realidad es esta cosa”¹⁷³. El primer modo se refiere a un modo indiferenciado de sentir la realidad y el segundo a un modo diferenciado.

Las cosas son variables en el campo (pueden entrar o salir de él), pero además cada nota de las cosas, como su color, tamaño, tomados en sí mismos son algo que puede variar y varía. En este sentido, en la medida que uno siente la realidad, es decir, algo más que contenidos, se sitúa en un ámbito de apertura, apertura a lo real en general. Pero también apertura de unas cosas hacia otras. Esta apertura hace que unas cosas lleven a otras y todas compartan entre sí el ser reales, el ser de suyo.

Por ejemplo, en ese campo de realidad que se constituye con la entrevista clínica, supongamos que nos encontramos con médico y paciente. La cantidad de contenidos que surgen y desaparecen durante la entrevista clínica es asombrosa. Lo dicho, lo hecho, lo sentido y lo entendido por cada uno de ellos, todo ello es real, comparte el ser real. Y no es un conjunto de cosas que simplemente coexisten, sino que constituyen un ámbito de lo real integrado por realidades interdependientes funcionalmente. Este campo no es algo subjetivo, sino algo dado en la intelección sentiente, actualizado en ella. Ya sea desde la perspectiva del paciente o del médico.

¹⁷³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T. II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 31. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

Las cosas están, coexistiendo en el campo de la realidad, unas en función de otras, dependiendo unas de otras, de uno u otro modo. Esto es a lo que Zubiri denomina la *funcionalidad* de lo real en cuanto real. La causalidad no sería sino un tipo entre otros de funcionalidad¹⁷⁴. No se puede sentir la causalidad, pero sí la funcionalidad. La noción de causalidad es una cuestión que comparten la filosofía y la medicina¹⁷⁵. En el caso de la medicina, por razones netamente prácticas: se busca tratar causas (enfermedades) y consecuencias (síntomas) implicadas en el enfermar. Desde la tradición mecanicista se ha considerado que la causalidad es una característica del mundo real. Esto ha sido cuestionado desde la tradición empirista, que afirma que la causalidad es mera idea o fenómeno psicológico.

La tradición empirista en medicina lleva a buscar una verificación de las relaciones entre las cosas desde observaciones repetidas. Pero esto es problemático en tanto en cuanto la práctica clínica está orientada al paciente individual. Desde la postura realista sí es posible acceder al caso individual y “la causalidad no es una idea en la mente del observador, sino una característica del mundo real que observamos”¹⁷⁶. Zubiri resuelve la ingenuidad realista acerca de este asunto, afirmando que no se puede sentir la causalidad, pero sí la funcionalidad real de las cosas. Y esto no lo hace desde una lógica deductiva, sino desde la mera descripción de los hechos de la intelección.

En medicina es sumamente problemático establecer las causas del enfermar, incluso en situaciones en las que conocemos los mecanismos implicados, como en el caso de una infección. Pero además, la selección de la causa es, a menudo, el resultado de una elección que refleja los intereses de la persona que la escoge¹⁷⁷, en este caso el médico. Habitualmente, en la práctica clínicas solo es posible limitarse a un pequeño número de factores en función de los cuales puede estar el hecho de enfermar del paciente concreto. Para colmo, la complejidad de la realidad cuestiona continuamente los paradigmas utilizados en medicina, dando lugar a “anomalías”, como la de que a menudo no es posible asignar a los pacientes a una categoría

¹⁷⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 39. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁷⁵ PELLEGRINO, Edmund D. *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press, 1981. p. 31. ISBN: 978-0-19-502789-2.

¹⁷⁶ WULFF, Henrik R ; Pedersen, Stig A. ; Rosenberg, Raben. *Introducción a la filosofía de la medicina*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2002. p. 99. ISBN: 84-95840-01-4.

¹⁷⁷ WULFF, Henrik R ; Pedersen, Stig A. ; Rosenberg, Raben. *Introducción a la filosofía de la medicina*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2002. ISBN: 84-95840-01-4.

nosológica basada en alteraciones anatomofisiológicas, o la de que los factores implicados pueden ser dañinos o protectores¹⁷⁸.

1.3.2. *Intelección campal: el logos según la perspectiva de Zubiri.*

La intelección del campo de la realidad, que tiene distintos aspectos y momentos, queda englobada para Zubiri bajo el vocablo *logos*. En griego tiene muchos sentidos, pero es tomado por Zubiri para iniciar su reflexión solo en sentido de *decir declarativamente algo acerca de algo*. Aquí hay una dualidad de “algos”: la idea declarada y la cosa acerca de la que se declara esa idea. La primera viene de la segunda, ya que “las llamadas ideas vienen siempre solo de las cosas”¹⁷⁹. Zubiri no admite que lo que se dice pueda ser en sí mismo una idea sin más. Por tanto, la declaración de lo que algo es, no se puede llevar a cabo sino desde otra cosa del campo, porque no se entiende lo que una cosa es en realidad si no es refiriéndola a otra cosa campal.

Por tanto, “el logos antes que declaración es intelección de una cosa campal desde otra”¹⁸⁰. Esto significa que el logos es un modo de intelección, pero no es una estructura que repose sobre sí misma. Los griegos identificaron logos con intelección. En el logos vieron la forma suprema del *nous*, de la inteligencia, el *nous* expresado y expresable. Zubiri afirma que el logos es solo un modo humano de intelección. Que la intelección “no es inteligir el “es”, sino que consiste en aprehender realidad; el término formal del inteligir no es el ser sino la realidad”¹⁸¹.

Como inteligir (sentir la realidad) es anterior a todo logos, lo real está ya propuesto al logos para poder ser declarado. Así, el “es” del logos no es sino la expresión humana de la impresión de realidad. Por eso es logos sentiente. Y tanto en el caso de un color, como de un número, pues en este caso persiste la misma impresión de realidad que el color: es una intelección con la formalidad de realidad sentida¹⁸². En el logos hay una reactualización de lo real ya actualizado en la aprehensión primordial, pero ahora *siento diferencialmente lo que algo es en*

¹⁷⁸ McWHINNEY, Ian R.. *A Textbook of Family Medicine*. 2ª ed.. New York: Oxford University Press, 1989. pp. 47-48. ISBN: 978-0-19-505986-1.

¹⁷⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 48. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁸⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. ISBN: p. 48. 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁸¹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 50. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁸² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 52. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

realidad. Hay una delimitación de la cosa, en la que hay *atención* (como momento intelectual, no como fenómeno psíquico) que es llevada por y en lo real de un término a otro.

Por ejemplo, en la práctica clínica, el campo de la realidad que se abarca durante los procedimientos diagnósticos y terapéuticos es muy variable. Y el primer plano del campo de realidad puede variar de una especialidad a otra. La cardiología centra su atención en el aparato cardiovascular, la psiquiatría en el ámbito de lo psíquico; otras especialidades, como la medicina de familia, deben modificar ese primer plano según las necesidades, siendo éste habitualmente el paciente en su conjunto. Pero, a veces ocurre que debe dirigirse a algo tan minúsculo como una pequeña alteración de laboratorio o a algo tan amplio como la unidad familiar.

Lo que la atención del médico traiga al primer plano puede ser lo que preocupa al paciente, lo que preocupa al médico o lo que le preocupa a ambos. Por ejemplo, si un médico se centra en las manifestaciones psicológicas del enfermar obviando las biológicas, puede estar dejando pasar por alto la oportunidad de un diagnóstico precoz de un problema físico. Un médico que se centra en la indagación de un síntoma le preocupa, puede no darse cuenta de que el paciente en realidad acude y está mortificado por un dolor insoportable que nada tiene que ver con ese síntoma. Un médico preocupado por encontrar un tratamiento para su paciente, puede estar desatendiendo las preferencias del mismo.

Pero, probablemente, lo que actualmente se presenta como un problema de gran envergadura en la práctica médica es la delimitación del horizonte de la relación clínica. A menudo, la atención de los médicos se centran en las manifestaciones biológicas u orgánicas del enfermar. Esto no solo sitúa en un primer plano lo físico, sino que puede llegar a dejar totalmente fuera de su campo de atención los aspectos psicológicos, sociales, morales y espirituales del enfermar. Desde esta perspectiva podríamos entender la deshumanización de la práctica médica como una reducción del horizonte del campo de la realidad en la práctica médica.

En este mismo paradigma, la atención médica (que incluiría percepción, procesamiento y gestión de la información clínica a los problemas de índole biológica) requiere, en su propio dinamismo, un enorme esfuerzo de concentración. Al menos en ciertas especialidades con un cariz más tecnológico. Ese esfuerzo cognitivo, que pide poner en primer plano lo biológico, hace que los límites de ese

primer plano se superpongan con los límites del propio horizonte de la práctica médica.

Por ejemplo, es un hecho que, si hay que evaluar en urgencias a un paciente anciano tratado oncológicamente con ciclos de quimioterapia, con problemas afectando a diversos órganos y que acude con un cuadro de fiebre sin otros síntomas, la atención tenderá a estar completamente ocupada en los datos orientados a establecer un diagnóstico orgánico preciso, pues de ello depende la vida del enfermo. Pasar a considerar los aspectos y problemas psíquicos, sociales o morales de ese paciente complica la práctica médica de un modo difícil de integrar.

De acuerdo con lo anterior, podríamos afirmar que un manejo insuficiente o estrecho del horizonte de la realidad humana, una reducción de la realidad humana del paciente a una de sus facetas puede ser una forma intelectivamente adecuada o inadecuada de estar en la realidad. Tanto como si un cirujano contase o prescindiese de instrumentos necesarios a la hora de planificar su cirugía.

El campo de realidad se muestra, por tanto, como un elemento modificable y de gran relevancia en la práctica clínica. Este hecho abre posibilidades en la gestión intelectual del mismo durante el ejercicio médico. Por ejemplo, fuera del campo de atención del médico pueden quedar multitud de realidades que pueden contribuir a mejorar su práctica: puede quedar fuera lo relativo a los sentimientos, preferencias o creencias del paciente, lo relativo a la propia vida profesional, lo relativo a elementos organizacionales que afectan al trabajo diario, etc. Desde esta perspectiva, el reduccionismo biologicista como modo habitual de practicar la medicina, se muestra como una enorme *insuficiencia intelectual*. Por el contrario, un excesivo horizonte también puede apartar al médico de su tarea. El campo es algo susceptible de ser gestionado, y esa gestión o no se realiza, o se realiza volitivamente.

Resumiendo, para Zubiri, primer plano, fondo, periferia y horizonte consituyen el panorama del campo de la realidad. Y la amplitud de ese panorma es variable, dependiendo de las cosas, pero también de la forma de inteligir la realidad. El campo es algo más que una adición de las cosas sentidas. Es una unidad propia de las cosas reales que tiene además un carácter dinámico.

En el ámbito de la práctica médica el primer plano del campo intelectual en el encuentro clínico parece que debería ser el paciente, pero no siempre es así. A

menudo hay demasiadas preocupaciones que lo colocan en el fondo. Por otro lado, la reducción sistemática del campo de la realidad a lo orgánico representa una enorme inexactitud intelectual.

La práctica médica exige una apertura, flexibilidad y criterio en la modificación del campo de realidad con el que se las tienen que haber, pues no es indiferente el campo de la realidad que el médico abarque intelectivamente. Una mentalidad que reduce habitualmente el campo intelectual pierde posibilidades diagnósticas y terapéuticas, pero además, puede contribuir a una práctica médica deshumanizada, al prescindir de dimensiones humanas fundamentales, como las de las preferencias o las emociones del paciente.

1.3.3. Estructura del logos.

En el logos hay dualidad. Es aprehensión de lo real como “real-entre”: la cosa y aquello “entre” lo que la cosa está. Es un modo de actualización diferenciada, delimitada, de las cosas. Es inteligir lo que algo es en realidad entre otras cosas. Por ejemplo, es inteligir un color determinado entre otros colores. Es, diríamos, un ir de lo inespecífico (lo real sentido) a lo específico (lo real sentido entre) y, simultáneamente, de lo específico a lo inespecífico, retenidos al tiempo en aquél. Y en este proceso dinámico se produce un distanciamiento, porque supone un movimiento de enfoque, de focalización, de “expectación en el sentido más etimológico del vocablo, “mirar desde lejos””¹⁸³, dirá Zubiri.

Y este movimiento de delimitación de lo que algo real es entre lo otro, de lo que algo real es en realidad, para Zubiri es aquello en que consiste lo *dicho*, propio del logos. El logos *dice* “de una cosa desde otra lo que aquélla es en realidad”¹⁸⁴. Es un decir que puede adoptar formas muy diversas, pero que tiene un carácter muy preciso: es declarar. Declarar en un medio de intelección. Toda intelección del logos se mueve en un campo de realidad. Este campo actúa como medio por el cual es posible la intelección del logos. El logos puede ser inmediato (si “digo que este papel

¹⁸³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 71. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁸⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 72. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

que veo es en realidad blanco, mi logos es inmediato”¹⁸⁵), pero todo logos está mediado por el campo de realidad (en este ejemplo, por el resto de colores).

El campo como realidad es aquello “en” que el logos, “en” que la intelección diferencial, se mueve. Es un campo de movimiento. No se refiere tanto a un lugar o a una cosa, sino a un “campo de intelección”. Así, no es lo mismo inteligir algo en un medio social que en un medio religioso. Por ejemplo, no es lo mismo inteligir en un contexto clínico de conocimiento y confianza mutuos entre el médico y el paciente, que en un contexto meramente contractual, o en un contexto de desconocimiento o de sospecha. No es lo mismo inteligir en la consulta, que en el domicilio del paciente, que en la puerta de urgencias o en la institución sociosanitaria, donde las probabilidades y formas de presentación de los problemas de salud son diferentes. Tampoco es lo mismo inteligir en un contexto privado o público, en una práctica individual o cooperativa.

En resumen, cuando algo está aprehendido en la aprehensión primordial, lo real se intelige formalmente como tal, de forma compacta, indiferenciada. Y esto es algo inevitable (“inamisible”¹⁸⁶) para una mente humana desarrollada y sana. Pero cuando la cosa se aprehende “entre” otras, topamos con una dualidad, un desdoblamiento, una diferenciación. Éste, simplemente éste, es el hecho intelectual que Zubiri denomina logos.

En la descripción de este hecho de diferenciar lo que algo es entre lo demás, Zubiri afirma que se trata de un movimiento de distanciación, de retracción. La cosa ya no es simplemente realidad, sino lo que “sería” entre. “El “sería” es el modo propio y formal como la cosa está mantenida en retracción”¹⁸⁷. Aquí no se prescinde de la realidad, no se realiza un distanciamiento de la realidad (cosa por otro lado imposible, pues estamos en ella). Zubiri a este hecho lo denomina “simple aprehensión”: “el adjetivo “simple” denota que lo que la cosa es “en realidad” queda aprehendido como mero momento terminal de “la” realidad: “la” realidad es

¹⁸⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 74. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁸⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 82. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁸⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 86. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

aquí y ahora, esto o lo otro, “en realidad””¹⁸⁸. Así, la simple aprehensión es intelección distanciada de lo que la cosa sería en realidad.

Cuando en la exploración física de un paciente se descubre, por ejemplo, algo en su abdomen de consistencia dura, de forma redondeada, que provoca una reacción en él de dolor... En el mismo momento en que lo siento como real (y, por tanto, en su momento de aprehensión primordial) me veo impelido al campo de todo lo que rodea ese bulto: situación del mismo en el cuerpo del paciente, su forma y consistencia respecto a lo que lo rodea...

Pero además, en el momento en que pienso que sería un “tumor”, esa idea de “tumor”, me ha retrotraído al el orbe de lo irreal, a un modo distanciada de sentir la realidad. Si no tuviera nada que ver con lo real, la simple aprehensión sería algo arreal. Pero es una manera distanciada de inteligir la realidad en la cual no se pierde la formalidad de realidad. Por eso no sería lo mismo pensar que es un “tumor”, que pensar que es un “asa intestinal normal”.

El orbe de la irrealidad es el modo des-realizado (distanciada) de estar en “la” realidad (el “la” se refiere a la formalidad de realidad tal como es aprehendida en la aprehensión primordial). Zubiri afirma: “La aprehensión de lo real en retracción del contenido, esto es en simple aprehensión, tiene carácter formal de irrealidad. La irrealidad es la unidad intrínseca y formal de actualización de “la” realidad física y de realización libre de su contenido: es el “sería”. El “sería” es un modo irreal, no en sentido gramatical sino en el sentido de “la” realidad en modo de libre contenido”¹⁸⁹.

Por tanto, podríamos afirmar metafóricamente, que mediante el logos se despliega un mapa de simples aprehensiones. Este mapa tiene un carácter de irrealidad, porque es una forma de realidad diferente al paisaje o al terreno que pisamos, pero no es algo arreal. Conserva su carácter formal del “de suyo”: actualización intelectual de alteridad afectante. El mapa es una realidad diferente del paisaje, pero no deja de ser real.

En la práctica clínica la psicología nos ha descubierto que lo que pensamos no solo lo podemos sentir como algo “de suyo” en sentido zubiriano, sino que, además,

¹⁸⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 88 ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁸⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 95. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

de hecho nos puede afectar emocionalmente¹⁹⁰. Es un modo de realidad con sus propias notas y que ejerce un efecto sobre su entorno. Si pienso que tengo un “tumor”, esa simple aprehensión no me va a dejar indiferente. Acabo de aprender intelectivamente algo: lo que tengo en realidad. Y que ese algo sería un “tumor”. La idea de “tumor” no reposa en un éter meramente abstracto. Se impone con una fuerza determinada, la fuerza de lo real.

Estas simples aprehensiones actualizan la cosa real de formas diferentes según el tipo de simple aprehensión. Zubiri denomina “perceptos” aquellas simples aprehensiones que actualizan la realidad de la cosa concreta como ser “esto”. Sería, en el ejemplo del tumor que venimos utilizando, desde la perspectiva del médico que lo está palpando o viendo, el uso de un término descriptivo, como el de “masa” (abdominal). “Sería la forma primaria y la posibilidad misma de toda otra simple aprehensión”¹⁹¹.

Otros ejemplos pueden ser síntomas (apatía, tensión, dolor, tos, dificultad para respirar, etc.) o signos físicos (un soplo, el color de la piel, etc.). En ese sentido, el trabajo de diferenciación pormenorizada de signos y síntomas, tal como son percibidos por el médico y el propio paciente, se correspondería con lo que los hipocráticos han denominado “observación”, actividad muy ligada a la nueva *tékhnē* descubierta por los médicos de la Grecia clásica.

Pero también se puede realizar la simple aprehensión de lo que algo es en realidad como ficción. Ficción en “la” realidad, “cómo” la realidad sería. Es lo que Zubiri denomina “fictos”. El ficto es realidad en ficción. No se puede dar un ficto sin relación con algo aprehendido anteriormente como real. Y la intelección es intelección fantástica. Es intelección porque se aprehende como ficción, y es sentiente porque hay una imagen que produce una impresión. Por ejemplo, es muy frecuente que los pacientes utilicen el lenguaje con ficciones que le ayudan a expresar lo que sienten (“es como si tuviera un clavo en la cabeza”).

Finalmente, para Zubiri hay una tercera forma de aprehensión simple de la realidad: el *concepto*. El concepto no es un momento intencional sino físico, porque envuelve el momento de realidad. “No es “concepto de realidad” sino “realidad en

¹⁹⁰ COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY TECHNIQUES IN GENERAL PRACTICE [en línea]. Disponible en: <http://learning.bmj.com/learning/module-intro/cognitive-behavioural-therapy-techniques-in-general-practice.html?moduleId=5002107> [Consultada: 29 octubre de 2011]

¹⁹¹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 97. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

concepto””¹⁹². Son “qué” sería la realidad y son creaciones libres de la inteligencia humana. Esta creación puede dar lugar a abstracciones o construcciones de diversa índole. Por ejemplo, la masa abdominal puede ser conceptualizada por el médico como un simple quiste benigno nada más detectarlo, y por el paciente como un tumor peligroso.

En ambos casos ha habido un proceso creativo y, en cierto modo, libre. En ambos casos hay formalidad de realidad, hasta el punto de que el carácter amenazante de lo inteligido conceptualmente cambia según una u otra perspectiva. Desde un punto de vista más amplio, hemos visto en medicina cómo el concepto de enfermedad es libre creación, hasta el punto de que depende del interés del que lo utiliza. Así, por ejemplo, la enfermedad se puede conceptualizar desde una perspectiva de la filosofía de la medicina como “un proceso autodestructivo de un cuerpo”¹⁹³ o desde la perspectiva del mercado de la salud, como una grave amenaza. El denominado *disease mongering*, que se puede traducir como la mercantilización de la enfermedad, en realidad es la generación de un nuevo concepto de enfermedad con fines mercantilistas: creatividad conceptual puesta al servicio de intereses económicos. Se utilizan nombres de problemas de salud de poca relevancia para conceptualizarlos como graves enfermedades, que supuestamente conllevan riesgos y requieren, por tanto, tratamientos específicos, a menudo costosos, para los pacientes y el sistema sanitario¹⁹⁴.

Para recopilar lo dicho hasta ahora: ese modo de intelección de lo que una cosa es entre otras, de lo que algo es en el campo de lo real, tiene un carácter dual (su realidad primordial -en el ejemplo utilizado “lo” palpado-; y su realidad campal -en el mismo ejemplo, “lo” pensado). Su estructura consiste en un movimiento de retracción en el que tomamos distancia de lo que algo es en realidad, sin salirnos de la realidad, lo que la cosa sería. Es, por tanto, aprehensión de lo real en irrealidad, que tiene tres dimensiones, modos o formas de intelección en distancia: su “esto” (precepto), su “cómo” (ficto), su “qué” (concepto).

¹⁹² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 101. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁹³ PELLEGRINO, Edmund D. *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press, 1981. p. 111. ISBN: 978-0-19-502789-2.

¹⁹⁴ MOYNIHAN, R. ; Heath, I ; Henry, D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*. 2002 Abr., vol 324, núm. 7342, p. 886-891.

1.3.4. La afirmación.

Pero cuando se intelige diferencialmente algo (lo que “sería) en un movimiento de distanciamiento desrealizadora que da lugar a la simple aprehensión, también se produce otro movimiento reversivo de enfoque (“intentum”) que nos lleva a discernir lo que efectivamente es. Este movimiento es el juicio, entendido ahora como afirmación (intelección firme a diferencia de la intelección retraída de la simple aprehensión). Ésta es intelección distanciada de lo que la cosa “es” en realidad. El movimiento es retractivo en la simple aprehensión (“sería”) y reversivo en el juicio (“es”).

Para Zubiri, afirmación no es meramente creer que lo afirmado es así, o admitir que lo afirmado es así, o que es un acto psíquico de aseveración, formas que minimizan el aspecto intelectual de la afirmación. También puede entenderse como decir “A es B”, como predicar de A el “ser B”. Pero la afirmación según la entiende Zubiri no es necesariamente expresarse por el lenguaje. Él se refiere a la función de afirmar: intentum noérgico (no solo noético) hacia la cosa. “La intencionalidad es entonces el érgon físico de la intelección en distancia... es “afirmar llegando” o “llegar afirmando”¹⁹⁵. Y esto tiene un carácter dinámico.

El logos afirmativo incluye formal y constitutivamente impresión misma de realidad. No añade nada a la aprehensión primordial de la realidad. De hecho es un modo “deficitario (por ser “fundado”) de estar intelectivamente en lo que se ha inteligido ya como real”. En cierto modo la afirmación substra¹⁹⁶. Afirmar no es el modo primario y radical de estar intelectivamente en la realidad. El modo primario y radical es la aprehensión primordial de la realidad, en la que ésta se muestra en toda su *riqueza y radical formalidad de realidad*.

El logos afirmativo es un modo deficitario en cuanto a la riqueza de notas de lo aprehendido. Pero consiste en un “inteligir si esta realidad es “así” en realidad. Es estar en la realidad discernidamente en intelección sentiente”¹⁹⁷.

No es tanto lo que yo afirmo, como que “se afirma lo real” en mi intelección. Se trata de un tanteo de la realidad (del “sería” al “es”) consistente en un

¹⁹⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 115. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁹⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 119. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

¹⁹⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. pp. 120-121. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

discernimiento. Este discernimiento es “una manera de moverse en la realidad, en la que intelectivamente *se está ya*”. No es un acto mío, sino un modo de estar ya en lo real. La afirmación es aquello en lo que el discernimiento se da. Aquello en lo que se afirma o juzga algo de algo.

El “algo” puede ser algo perfectamente real (como el bulto que palpa aquí y ahora el médico), algo irreal (como el concepto de tumoración o una determinada enfermedad) o algo ficticio (como la fantasía descriptiva del paciente). En ninguno de los casos podemos afirmar que se trate de “alcos” estrictamente no reales. Así, la mera fantasía de un cáncer (“esto es *como* un cáncer”) es una realidad irreal con unas determinadas notas que pueden afectar a alguien hasta llevarle a interrumpir su trabajo, pedir cita en el médico y someterse a pruebas quizá desagradables.

Tanto los conceptos, como las ficciones, envuelven afirmaciones que son algo irreal realizado. “Lo irreal, sin dejar de serlo, cobra realidad postulada... Lo inteligido no “está” entonces ante la inteligencia sino que es algo “realizado” por ella ante ella”¹⁹⁸.

Por eso todo juicio o afirmación lo es de algo real, presupuesto como tal a la afirmación misma. Cuando las cosas son reales la presuposición es formalmente aprehensión primordial de realidad. Cuando las cosas son construidas, la presuposición es formalmente postulación. Ésta está formalmente fundada en la aprehensión primordial de la realidad. Así, realidad no es más que formalidad, y por eso no es sinónimo de existencia (aunque si no hay existencia no hay realidad). En la afirmación la misma cosa real es inteligida dos veces: una como aquello de que se juzga (en el ejemplo de la fantasía sobre el cáncer, juzgo acerca de mí mismo, de mi propia realidad, “yo”) y otra como aquello que de ella se afirma (la propia idea “tengo un cáncer”). Por eso no es afirmar la realidad, sino afirmar *en* la realidad.

Existe todo un espectro de modos de afirmación, que depende del modo en que las cosas reales se actualizan al ser aprehendidas. Según el modo en el que se produce esa actualización, así hay una menor o mayor firmeza en la afirmación.

Ignorancia. Cuando la actualización es indeterminada, inteligimos algo, se tiene intelección de lo real, pero no sabemos lo que es en realidad. Es algo más que no-intelección, que no-saber. Es un positivo carácter de la intelección afirmativa:

¹⁹⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 131. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

ignorancia. Por este motivo aprender a ignorar es un “duro movimiento intelectual”¹⁹⁹.

Este movimiento requiere, de hecho, una firme determinación por delimitar lo ignorado de lo que no se ignora. Desde los albores de la práctica médica, tal como la conocemos, ha habido un claro ejercicio de delimitación de su ámbito de conocimiento. El conocimiento de la *tékhne iatriké* funciona “teniendo como meta la verdad sobre lo que ha sido demostrado”²⁰⁰ y se trata de una empresa en la que es necesario una exactitud en el juicio, ya que “aplaudiría calurosamente al médico cuyos errores fueran los mínimos”, a pesar de lo difícil que es discernir dónde está la “certeza absoluta”²⁰¹.

Por ejemplo, imaginemos una sombra en una radiografía. El paso de la visualización de una imagen (algo aprehendido impresivamente en el campo de la realidad) a un juicio clínico, requiere un ejercicio de rigor que pasa por el reconocimiento de que no se sabe qué es lo que se está percibiendo en ese momento. Ese momento de incertidumbre puede tener una duración variable. Las presiones de diverso tipo pueden llevar al médico a realizar afirmaciones que nada tengan que ver con una realidad. Ésta (la sombra), a veces no permite sino su descripción pormenorizada.

Sospecha y duda. Si la cosa real ya no es pura y simplemente indeterminada, sino que constituye un indicio de algo, queda inteligida afirmativamente como vislumbre, confusión o sospecha, según su grado de firmeza. Cuando la cosa real actualiza sus rasgos de un modo ambiguo, la intención afirmativa se muestra como duda. Por ejemplo, esa sombra radiológica plantea la duda de si corresponde a una superposición de estructuras anatómicas normales o a una enfermedad.

Opinión. Cuando la cosa real se actualiza de forma preponderantemente como algo, la intención afirmativa es opinión. “Opinión es formalmente un modo de afirmación; es afirmar no vacuamente, ni barruntamente, ni dubitativamente, sino

¹⁹⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos.* Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 187. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²⁰⁰ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada.* Fernández Gual, Carlos (Introducción general). Madrid: Gredos, [2001]. P. 199. ISBN: 84-249-0893-7.

²⁰¹ SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada.* Fernández Gual, Carlos (Introducción general). Madrid: Gredos, [2001]. P. 147. ISBN: 84-249-0893-7.

afirma opinantemente”²⁰². Aquí también hay grados de afirmación: inclinación, probabilidad, convicción. Son tres modos de opinión²⁰³. P.e.: Esta sombra parece una superposición de imágenes radiológicas sin más. Estos modos de la afirmación pueden contener un grado de incertidumbre inadmisibles cuando lo que está en juego es un problema de salud importante.

Plausibilidad y certeza. Cuando la cosa real se actualiza de forma nítida, obviamente, la intención afirmativa es la plausibilidad. Plausibilidad es el modo de afirmar lo obvio. P.e.: Esta imagen obviamente corresponde a la superposición de estructuras anatómicas normales. La obviedad forma parte de muchas afirmaciones clínicas. Pero en otras ocasiones es necesario ir más allá, es necesario contar con una certeza máxima. Cuando la cosa real se actualiza en una riqueza de rasgos suficiente que muestran que la cosa es efectivamente ella, el modo de actualización es la certeza. En la certeza (que no es la máxima probabilidad) tenemos la firmeza por excelencia. P.e.: Los resultados una nueva proyección radiológica muestran que ciertamente se trataba de una superposición de sombras no patológica.

1.3.5. Evidencia y logos.

La cosa real no actúa sobre la inteligencia, sino que es actual en ella²⁰⁴. Para ello la cosa exige o pide al inteligir “ser en realidad”, se impone con cierta fuerza que empuja al inteligir a actuar como logos: éste selecciona simples aprehensiones que representan lo que la cosa “sería” y después afirma lo que “es”. Es B porque realiza la simple aprehensión B, no C. Todo este movimiento está exigido por la cosa. Esa exigencia es la base de la evidencia. Por eso, “la intelección diferencial es así intrínsecamente exigitiva, evidencial... La evidencia es pues visión exigencial de realización de simples aprehensiones en una cosa ya aprehendida primordialmente como real”²⁰⁵. *En su estructura el logos es evidencial.*

Desde la perspectiva del paciente hay una necesidad de verdad diferencial ante determinados síntomas. Por ejemplo, en un estudio realizado en Glasgow se demostró que la mayoría de las personas pueden dar cuenta de al menos un síntoma

²⁰² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos.* Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 195. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²⁰³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos.* Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 197. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²⁰⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos.* Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 215. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²⁰⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos.* Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 221. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

físico en un periodo de dos semanas²⁰⁶ y sin embargo, solo una minoría consulta al médico. Pero una parte de estos consultantes acudió para saber qué le ocurría (no por la búsqueda de solución a una limitación funcional). El paciente acudió al médico para que éste actuara como alguien al que se le pide dar respuesta a una cuestión que busca discernir si tiene algo grave o no. Y no se trata de una cuestión meramente psicológica, pues en contra de lo que podría creerse los que acudieron al médico fueron los que referían una menor ansiedad.

La cosa en la aprehensión primordial no es evidente, es *más* que evidente. Aquí hay actualización simple de la cosa porque no hay mediación alguna. En el logos, que es un modo de inteligir mediado, hay una determinación en la que la evidencia es un sucedáneo de la actualización de la aprehensión primordial. Todo juicio o afirmación tiene un mayor o menor grado de evidencia, según la fuerza impositiva con que la cosa real se actualice. Podríamos, pues, afirmar que el grado de evidencia es de mayor a menor en las afirmaciones con certeza, obviedad, opinión, duda y sospecha.

La línea evidencial puede ser de muy diversos tipos, según la índole de la cosa real sobre la que se juzga. No es lo mismo la realidad personal, que la moral, que la estética o la histórica. Confundir la evidencia de un orden con otro y considerar como inevidente algo que no entra en un orden canónicamente establecido es un error. Y esto en medicina tiene graves consecuencias. No es lo mismo la línea evidencial que se exige a una afirmación sobre algo físico (generalmente procedente de datos de la exploración física o de pruebas de imagen) , que la que se exige a un síntoma (procedente de la anamnesis y el diálogo establecido con el paciente), que la referida a una afirmación moral (como respecto, por ejemplo, a la amabilidad en la relación clínica).

En rigor no hay ninguna evidencia inmediata, la evidencia siempre es algo logrado, nunca algo dado, pues dado solo lo es lo real en la aprehensión primordial. En el momento que el paciente o el médico afirman algo, están reactualizando libremente la realidad a la que se refieren. Es algo dinámico, fundado en el dinamismo exigencial de la intelección sentiente de lo real. Muchas de las simples aprehensiones que se emplean en la consulta son perceptos, pero como hemos visto,

²⁰⁶ HAANAY, DR. *The symptom iceberg: A study in community health*. London: Routledge and Kegan Paul, 1979. Citado en: McWHINNEY, Ian R.. *A Textbook of Family Medicine*. 2ª ed.. New York: Oxford University Press, 1989. pp. 324-332. ISBN: 978-0-19-505986-1.

no es raro que el paciente emplee conceptos (como “depresión” o “tumor”) que pueden simplificar o, por el contrario, complicar la labor diagnóstica dependiendo del grado de exactitud a la hora de expresarse.

El carácter formal de la intelección evidente es la *exactitud*, entendida ésta como la cualidad de estar exigido. En esto se diferencia de la aprehensión primordial. Ésta no es exacta, solo la intelección diferencial lo es. Aunque la intelección en evidencia carece de la inmediatez de la intelección primordial de lo real, siendo así sucedáneo de ella, aquélla tiene la exactitud que no tiene ésta. Esta exactitud no proviene del rigor lógico, sino de una “constricción exigencial”²⁰⁷. La evidencia será y es más pobre que el contenido de lo actualizado en la aprehensión primordial de la realidad. La “aprehensión diferencial no solo está fundada en la aprehensión primordial sino que está formalmente exigida por ésta”²⁰⁸. La superioridad de la aprehensión primordial sobre la diferencial no depende del contenido, sino del modo de aprehender (actualizar) la realidad.

Es lógico pensar que un paciente sometido a la preocupación o el malestar de su dolencia sea poco exacto. Pero una cierta exactitud es necesaria para llegar a saber qué le ocurre, pues de otro modo estaría proporcionando falsas pistas diagnósticas. El médico, a través de la anamnesis, puede ayudarle al paciente a referir, por ejemplo, con la mayor exactitud posible cómo es ese dolor, dónde se localiza, hacia dónde se irradia, cómo se comporta a lo largo del día, etc. Y al médico se le requiere una exactitud también a la hora de recopilar la información que le llega (aspecto del paciente, forma de hablar, datos exploratorios, etc.).

Hay ilusiones y errores, y evidencias que se tienen por tales. Ello se debe a que la claridad no conduce a la realidad, ésta no determina exigencialmente a la claridad. Lo específico de la evidencia no es la “plena claridad”, sino la “fuerza de visión”; una evidencia es una “visión fuerte”, esto es una visión exigida²⁰⁹. Por otro lado, exactitud no es lo mismo que precisión. Ésta es más ejercicio de trazado de fronteras. Lo propio de la evidencia no es la precisión, sino la exactitud²¹⁰.

²⁰⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 232. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²⁰⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. pp. 246-247. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²⁰⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 238. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²¹⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 245. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

En la práctica clínica es esencial la exactitud en la descripción de las observaciones. Pero también la precisión en la delimitación de la tarea que le pertenece a la medicina. Dentro de esa tarea se encuentra la conceptualización precisa de lo que considera enfermedad y, dentro de ello, las distintas entidades nosológicas. La tarea de precisar lo que forma parte de su cuerpo de conocimientos es especialmente relevante en las generalistas. Por otro lado, aunque sea solo a modo de ejemplo, un médico puede hacer *exactamente* lo que se le pide, sin que sea *precisamente* lo que le corresponde hacer como médico.

Para Zubiri, intuición y concepto (intuicionismo y racionalismo) remiten a la aprehensión primordial y a la evidencia. No son dos fuentes de conocimiento, sino dos modos de actualización de lo real en la aprehensión noérgica de la misma. Para él concepto sería *intuición exacta*: la intuición sería exigencia de concepto, es decir de despliegue, de intelección en distancia. Según esto, en el plano clínico, el momento “intuicionista” de la entrevista es el momento de la escucha activa y de la exploración física meticulosa. Éste exige, pide una conceptualización de lo aprehendido primordialmente. El momento conceptual sería aquél en el que se escogen las afirmaciones apropiadas (exactas) para las cosas aprehendidas primordialmente y que, ahora, adquieren un contorno diferencial. Son dos modos de inteligir lo que le ocurre al paciente. Renunciar a cualquiera de ellos es, bien perder datos, o bien perder exactitud.

1.3.6. Verdad y logos.

Para Zubiri la mera actualización intelectual de lo real en cuanto intelectual es justo lo que él denomina verdad. Verdad es una cualidad de la actualización. La realidad no es correlato de la verdad, sino su *fundamento*, en sentido de que la realidad da verdad a la intelección, es lo que “verdadea” en ella²¹¹. Hay una verdad simple, ya se ha dicho, en la que se produce una actualización directa, inmediata y unitaria de lo real. Es ratificación en la que lo ratificado es simplemente lo real mismo. No hay error posible porque no hay representación, sino simple presentación. Por eso, por ejemplo, si un paciente con una enfermedad en fase terminal siente dolor, en esa experiencia no cabe falsedad. Cabría falsedad en su afirmación del mismo, pero no en la experiencia en sí, pues es mera actualización de la realidad.

²¹¹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 255. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

Como vimos, cuando algo se entiende entre otras cosas, se realiza una intelección en distancia. Se trata de una reactualización de lo entendido primordialmente. Aquí tienen que coincidir dos fueros: el de la inteligencia (que se mueve hacia el “sería” para seleccionar entre las simples aprehensiones) y el de lo entendido en la cosa (el fuero de la realidad). Así la intelección dual se orienta a una actualidad de lo real en *coincidencia* con lo entendido en “sería”. La verdad dual, la propia del logos, sería estructuralmente coincidencia. En ella la intelección afirmativa “colma” la distancia entre los dos fueros, los dos términos, coincidentes²¹². Por tanto, la verdad real se tiene o no se tiene, pero a la verdad dual se llega o no se llega en coincidencia. El dinamismo intelectual es ese llegar. Es “coincidencia de la afirmación y de la cosa “en” realidad”²¹³.

De ahí que un paciente con una enfermedad en fase terminal, en el que no cabe presuponer simulación o falsedad, cuando dice que siente dolor y, además, quizá lo expresa de forma paraverbal (quejidos) y no verbal (movimientos o expresiones), podemos asumir que hay coincidencia entre lo que experimenta y dice. Presuponer exageración o falsedad porque el dolor no es algo cuantificable mediante instrumentos supone cerrarse al campo de la realidad.

De hecho, la discrepancia en la valoración del dolor es la principal barrera para su tratamiento correcto. Supone obviar datos que muestran lo que verdaderamente le ocurre al paciente en realidad: falta de exactitud. Y supone, por tanto, perder oportunidades de ayuda en un terreno en el que el paciente quizá la necesita más que nunca. Para poder hacerse cargo de la realidad del paciente es necesario un proceso de apertura intelectual por parte del médico. Este proceso de apertura no solo se refiere a contar con un abanico más amplio de datos; también exige un mayor discernimiento para estar en la realidad.

En la aprehensión dual la misma cosa está aprehendida dos veces: una, en y por sí misma como real (en nuestro ejemplo, el paciente aprehende su dolor como algo real); otra, como afirmada de lo que la cosa es en realidad (en nuestro ejemplo, él aprehende que es dolor, no náusea, simple molestia o bienestar)²¹⁴. Por eso, el que mejor aprehende la enfermedad es el paciente. Él la aprehende en toda su

²¹² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 262. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²¹³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 267. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²¹⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 268. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

riqueza y radicalidad en su formalidad de realidad. El médico, salvo que haya pasado por lo que ha pasado el paciente, solo la ha aprehendido como afirmada, en retracción de su contenido. Esto es así porque no se trata de una repetición, sino de un nuevo modo de actualidad. En el segundo caso, el de la intelección afirmativa, se produce una reactualización de lo real solo como *parecer*. Un sucedáneo de lo aprehendido primordialmente.

¿Puede el médico hacerse cargo de la realidad que vive el paciente de un modo más rico? Todo aquello que acerque al médico a una percepción directa e inmediata de la realidad que vive el paciente le va a permitir hacerse cargo de un modo más completo, más real. Eso puede conseguirse dedicando tiempo a la escucha activa y atenta al propio paciente. La capacidad de entrar en resonancia con el paciente, de conseguir una empatía con él, tiene que ver con una sensibilidad para sentir su realidad. Por tanto, también requiere una sensibilidad.

Parece haber un correlato neurológico de esta actividad, que subrayaría su carácter físico. Múltiples pruebas empíricas procedentes de las neurociencias sostienen que somos capaces, de forma innata y específica de sentir estados emocionales de los demás como si fueran propios. Los datos sugieren que el sistema neuronal de espejo humano (“neuronas espejo”, situadas en el córtex frontal orbital, amígdala y surco temporal superior) es la base del aprendizaje por imitación²¹⁵.

Por otro lado, volviendo al logos, éste no es parecer realidad, sino realidad en parecer. Parecer es la actualidad de lo coincidente en cuanto coincidente. La aprehensión primordial de realidad, por el contrario, no es ni puede ser parecer: es pura y simplemente realidad²¹⁶. Tampoco es ser apariencia, sino un modo de actualidad. Tal es el carácter sumamente modesto de la intelección afirmativa. No es lo opuesto a lo real, sino un modo de actualidad de lo real.

Lo cual no resta certeza a las afirmaciones basadas en una fuerte línea evidencial. Si el paciente dice que le “duele todo” y, además, veo que aún en un estado de máxima postración y agotamiento, mantiene el rostro contraído y no para de manipular el borde de la sábana con sus manos, no me cabe la menor duda de que

²¹⁵ GAZZANIGA, Michael S.. *El cerebro ético*. Barcelona [etc.]: Paidós Ibérica, [2006]. ISBN: 84-493-1885-8.

²¹⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 280. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

está sufriendo un dolor total, que probablemente incluya sentimientos somáticos, psíquicos y existenciales, envueltos de una extrema nocividad.

Por tanto, juzgar, afirmar, es “inteligir lo real en su parecer”²¹⁷. De ahí que puede que no sea suficiente con saber ponerle nombre a las dolencias de los pacientes para poder situarse en una posición de ayuda. ¿Es suficiente saber lo que es una demencia tipo Alzheimer -padecimiento con tratamientos poco eficaces- si no sé lo que supone para el paciente y su familia ese tipo de realidad? ¿Es suficiente con saber lo que es un cáncer de mama, sin percatarse de la premura que atosiga a la paciente para completar el estudio e iniciar un tratamiento?

Hay muchas formas de logos (realidad en parecer) que nos permiten acceder en distancia a lo que ocurre a los pacientes. Ya hemos visto algunas. Unas son más ricas que otras. Las conceptualizaciones biologicistas, a pesar de los excelentes resultados que han proporcionado en términos de salud, aún se siguen mostrando excesivamente limitadas. Otras formas de acceder a una aprehensión más rica de lo que puede suceder en un paciente es a través de narraciones en distintos formatos (literatura, cine, representaciones) de lo que ocurre al enfermar. El valor docente de estas narraciones no puede dejar de subrayarse, ya que proporcionan una actualización más completa de lo que supone sufrir una determinada dolencia. Cuando el concepto de Alzheimer se asocia no solo a una desestructuración neurológico, sino además a un cambio dramático en la vida de las personas, aquél ganará exactitud en su “parecer”.

La afirmación es para Zubiri un movimiento intelectual en el que una simple aprehensión mía (lo que -“esto”, “cómo”, “qué”- sería en realidad) libremente forjada se enfrenta con la realidad de algo ya aprehendido como real. Por tanto, es necesario que la afirmación tenga rectitud y conduzca a lo real. Insistiendo en lo ya dicho, por ejemplo, si lo que yo sé acerca de un cáncer de mama es que se trata de una proliferación celular no controlada en un lugar de la mama, que puede tener una mayor o menor extensión y que, según esto, el tratamiento con fármacos, radiación o cirugía varía, yo ya sé muchas cosas acerca de esta realidad. Pero desconozco lo que esta realidad representa para la paciente en el ámbito de lo psíquico, de su vida diaria, de su biografía, de su plan existencial. De ahí que un concepto estrictamente biologicista de un problema de salud carezca de suficiente rectitud.

²¹⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 281. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

Por tanto, la simple aprehensión de una determinada dolencia debería estar fundada en todos aquellos aspectos relevantes de la realidad de esa dolencia tal como la experimenta el paciente, que es quien la aprehende en su mayor radicalidad. De ahí la importancia de una enseñanza de la medicina que sea capaz de recoger el impacto que una determinada enfermedad tiene, no solo en el cuerpo del paciente, sino en el conjunto de su persona, y conceptualizarla desde sus perspectivas más significativas.

La rectitud exige de las afirmaciones paridad (entre lo afirmado y la realidad), pero también viabilidad de verdad. En la viabilidad de verdad la realidad verdadera, en la viabilidad de error el parecer fundamenta la realidad, con lo que la realidad sería lo que nos parece. En el caso anterior la realidad para el médico se reduce a una proliferación celular, cuando verdaderamente es algo mucho más complejo. “Primariamente la verdad es un carácter dinámico direccional de la afirmación: es la dirección según la cual el “parecer” está determinado por el ser “real””²¹⁸. Según esto todo error es *desviación* de la vía de la verdad. En el error también hay actualidad de lo real pero es actualidad falsificada. Y esa falsificación consiste “en tomar mi parecer (por ser parecer) como realidad”²¹⁹. Verdad es coincidencia entre el parecer y el ser. Por ejemplo, si yo solo soy capaz de ver los aspectos biológicos del enfermar reduciendo la realidad del enfermar a lo orgánico, estoy tomando mi parecer por el ser, estoy falsificando la realidad al reducirla de ese modo.

Pero dentro del logos hay distintas formas de coincidencia. Cuando la coincidencia es entre el objeto real y mi simple aprehensión (en el movimiento del sería), constituye *autenticidad*. Así, cuando lo que oigo es un soplo y yo no lo actualizo con la idea de extratono cardiaco, sino con la idea de soplo, esa coincidencia es autenticidad. Si lo que es un soplo yo lo actualizo con la idea de extratono, esa actualización intelectual carece de autenticidad, porque no coincide el ruido que oigo con la simple aprehensión que yo elijo y que representa lo que ese ruido sería en realidad. Aquí *verdad es autenticidad y error es falsedad*. Aquí es la cosa (el soplo) lo que se valora respecto a la idea de soplo.

²¹⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 289. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²¹⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 290. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

En la afirmación, lo que se entiende es la conformidad de la intelección afirmativa con la cosa real. En la afirmación es lo afirmado lo que se compara y valora respecto a la cosa formalmente real (no la cosa como entidad que está ahí en el cosmos). Se trata de una coincidencia o conformidad formal. “A lo real le es indiferente la actualidad intelectual, pero la actualidad intelectual incluye formalmente lo real”²²⁰. Por eso Zubiri afirma que “la verdad y el error no son formas de objetividad sino formas de realidad”²²¹.

En ese sentido ciertamente hay un momento de prioridad (“*momento de prius*”) de la formalidad de realidad respecto a la intelección: “constitutivo formal de toda intelección en cuanto tal desde su primer y radical acto intelectual que es la impresión de realidad. Este momento es el que “en la intelección” sumerge a ésta en la realidad”²²². Desde esta perspectiva la *verdad evidente* no es para Zubiri la coincidencia entre dos representaciones objetivas, sino “la conformidad intencional de mi afirmación con la realización de lo real” porque el “el prius constitutivo de la exigencia evidencial es el prius de lo real respecto de su actualidad coincidental como real”. Y, por tanto, en la actualidad intelectual de lo real como afirmación o juicio, es lo real mismo lo que “da verdad”, lo que “verdadea”. En la intelección del logos lo real verdadea como autenticación cuando lo real da autenticidad a lo afirmado en la afirmación (se aproximan lo real y su simple aprehensión en el parecer), pero, en el momento de la realización del juicio (veredicto) lo real verdadea el juicio de forma “veridictante”. El juicio verdadero (conforme a lo real) es “*veridictancia*”.

Admitir todo esto es admitir que hay una vía de la verdad fundada en lo real. De ahí que no estuvieran en absoluto descaminados los hipocráticos cuando afirmaban que “la única medida, número o peso válido al que uno podría referirse para conocer qué es lo preciso [en medicina] es la percepción del cuerpo humano”²²³. Así, el paciente es realidad objeto de estudio (cuerpo), pero también portadora de una verdad simple y una verdad dual (realidad inteligente). En su verdad simple

²²⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 306. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²²¹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 308. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²²² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 309. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²²³ SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada*. Fernández Gual, Carlos (Introducción general). Madrid: Gredos, [2001]. P. 16. ISBN: 84-249-0893-7.

siente la realidad, su propia realidad; y lo hace de un modo en el que ésta se aprehende como algo nocivo, dañino en su radical formalidad de realidad. Y también será portador de una verdad dual, lógica, en la que afirma de uno u otro modo (con mayor o menor exactitud o precisión) lo que siente.

El médico puede ayudar a realizar esa expresión con la mayor exactitud posible o, por el contrario, generar un contexto clínico tal, que el paciente se sienta incapaz de expresar lo que le ocurre. El médico puede actuar como facilitador o entorpecedor de esa verdad dual del paciente. Es verdad que el paciente también puede ser portador de una falsedad de lo afirmado. Es el caso poco frecuente de la simulación, en la que no hay autenticidad ni veridictancia: no hay una actualización de lo que realmente le ocurre en sus afirmaciones. P.e.: dice que le duele intensamente la zona lumbar, cuando en realidad el dolor es muy leve o inexistente.

Por su parte, el médico puede acceder a la realidad del paciente de un modo directo e inmediato por la percepción de todas aquellas notas referidas al cuerpo del paciente: lo que en clínica se denominan los signos exploratorios. Pero durante la anamnesis, solo tiene acceso a la realidad de enfermar como “*realidad en parecer*”, a través de las afirmaciones del paciente. Esto plantea las dificultades de la existencia de tener que contar con un intermediario para tener acceso a los hechos referidos al mundo interno del individuo.

El método clínico ha evolucionado desde los tiempos de la Grecia hasta nuestros días envuelto en dualismos, dependiendo de cómo fuera conceptualizada la enfermedad. La escuela hipocrática valoró más la observación; la escuela de Cnido la conceptualización nosológica. Galeno inclinó la medicina hacia el lado racionalista y especulativo, persistiendo esta línea durante siglos. En el siglo XVII Sindenham da importancia a la observación para conceptualizar las enfermedades. A partir de aquí se produce un enorme desarrollo de la medicina, que incorpora metodológicamente los síntomas y signos del paciente, conceptualizando la enfermedad ante todo como una alteración orgánica. El método se hizo analítico e impersonal.

A partir de mediados del siglo XX este paradigma es cuestionado desde la psiquiatría y la medicina general. Se empieza a considerar que las emociones del paciente y del propio médico tienen importancia. Además, las narraciones procedentes de pacientes muestran que la medicina moderna desatiende aspectos subjetivos del enfermar que son considerados de gran importancia. Autores como

McWhinney señalan que los niveles de abstracción están inversamente relacionados con una comprensión de la experiencia original de enfermar.

Este autor establece cuatro niveles de abstracción²²⁴: en el nivel uno (“preverbal”) se encuentran las sensaciones y emociones del paciente; en el dos (primer orden de abstracción) las quejas, sentimientos e interpretaciones del paciente; en el tres (segundo orden de abstracción) el análisis realizado por el médico; y en el nivel cuatro (tercer orden de abstracción), el diagnóstico definitivo de la enfermedad (p.e.: Alzheimer). Según lo visto hasta ahora, el primer nivel correspondería con el de la intelección sentiente de lo real; el segundo, así como el tercero, con el de intelección diferencial descriptiva por parte de paciente y médico respectivamente, más basada en perceptos; y el cuarto con el de una intelección diferencial más abstracta, basada en conceptos.

En la medida de que lo actualizado es real topamos con la realidad y en la medida de que lo real está intelectivamente actualizado constituye la verdad. De modo que la verdad es siempre verdad de lo real. Hemos visto que en la aprehensión primordial de realidad hay una verdad simple o verdad real y en el logos hay una verdad dual (conformidad en el parecer entre lo real y lo afirmado). Son dos modos de actualizar lo real. De todos modos, *“es necesario subrayar la presencia formal de la verdad real o simple en toda verdad dual”*. La verdad no lo es ni del ser, ni de lo real en cuanto que es, sino que es verdad de lo real como real. Esto plantea el problema de la relación entre verdad y ser.

1.3.7. Verdad y ser.

En el caso del juicio predicativo (A es B) el “es” es algo más que objetividad (es más que decir “A es objetivamente B”). No consiste en afirmar la unidad de A y B, sino la conexión entre dos realidades, la realización de la simple aprehensión B en la realidad A, primordialmente aprehendida. Al afirmar se actualiza una conexión coincidental entre los fueros de lo real y los fueros de la inteligencia. El “es” expresa lo real en cuanto afirmado. Está apoyado en la realidad, no al revés. El “ser” predicativo es la expresión de una primaria impresión de realidad²²⁵. Así, cuando el

²²⁴ McWHINNEY, Ian R. *The Evolution of Clinical Method*. En: TOOMBS, S. Kay. *Handbook of phenomenology and medicine*. Dordrecht;Boston: Kluwer Academic, 2001. p. 342. ISBN: 978-1-40-200151-2.

²²⁵ Cf. ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. pp. 339-343. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

paciente dice “soy un enfermo de SIDA”, o cuando médico afirma “él es un enfermo”, está reconociendo el carácter real del enfermar en esa persona.

El ser de lo aprehendido sentientemente.

Para Zubiri realidad no es lo mismo que ser. La creencia de que esto es así constituiría un error de “entificación de la realidad” a lo largo de la historia de la filosofía (y también de la medicina). Para él es el verbo *estar* el que mejor expresa la diferencia entre realidad y ser. Ese verbo (“estar”) se ha empleado para indicar algo circunstancial y el “ser” para indicar algo permanente. Por ejemplo, se dice: está con una gripe (no “es un griposo”), en cambio sí se dice (“es un enfermo crónico”). Esto ocurre cuando se diferencia entre estar enfermo y ser un enfermo.

Sin embargo Zubiri defiende que *la significación radical del verbo estar consiste en designar el carácter físico de aquello en que se está efectivamente. Y el ser el estado habitual, sin alusión al carácter físico de realidad.* Por ejemplo: El paciente con cáncer es un enfermo, estado habitual. El mismo paciente está tosiendo: estado físico actual y efectivo. Pero ahora, la contraposición entre ser y estar no sería tanto entre lo permanente y lo circunstancial como entre “un modo de ser” y el carácter formalmente físico de realidad. En la aprehensión primordial la cosa “está” física y realmente aprehendida en mi aprehensión. ¿Qué es entonces el ser?

Ya lo hemos visto: No se nos actualiza de la misma manera al afirmar: “ser un enfermo” que “estar enfermo”; no es lo mismo decir “soy un enfermo” que decir “estoy enfermo”. En el primer caso se trata de una forma de ser y el segundo una forma de estar. Pues bien, para Zubiri *el enfermo solo puede ser enfermo en la medida que se está enfermo.* El “es” sería expresión del “estar” y no al revés. Quien no está enfermo no podría ser enfermo. No se puede ser enfermo sin estar enfermo. Así “realidad no es el modo supremo de ser sino que al contrario el ser es un modo de realidad”²²⁶. Realidad no es ente, no es entidad.

De ahí la importancia de conceptualizar de un modo exacto la noción de enfermedad. Esa conceptualización tendrá que aludir al modo de *estar* la realidad del paciente. Podemos especular con nociones de enfermedad basadas en alteraciones orgánicas, sin que eso se correlacione con un estar verdaderamente

²²⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos.* Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 353. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

enfermo. Por ejemplo, la osteoporosis. Forma parte de la evolución natural del sistema óseo. Puede asociarse, en una minoría de personas, a fracturas. Para el paciente, el problema son las fracturas, no la osteoporosis como tal. Tenemos un *estar* enfermo (y, por tanto, enfermedad, realidad) cuando tenemos una fractura osteoporótica. Tenemos ente, un *ser* enfermo, cuando se diagnostica a alguien de osteoporosis conceptualizándolo como enfermo, cuando en realidad *está* tan tranquilo haciendo su vida.

La entificación de las enfermedades conlleva un riesgo de construir una medicina ficticia, especulativa, alejada de la realidad. Al igual que la lógica financiera puede llevar a una especulación económica, desviando los recursos necesarios para una economía real a una economía financiera especulativa y meramente ideal, en medicina siempre se ha corrido el riesgo de situarse en una lógica especulativa. En el primer caso podemos afirmar que hay detrás un interés económico y en el segundo un interés intelectual. Pero en ambos casos hay un alejamiento de la realidad.

En el ámbito filosófico esto tiene un correlato en la confusión entre *realidad* y *ente* de la filosofía griega y europea. En la crítica a esta confusión, podríamos decir que Zubiri converge con Lévinas, aunque por una vía distinta a él. Este autor critica la filosofía que busca comprender mediante la reducción metódica de la realidad. Cuestiona el ejercicio intelectual que reduce lo exterior a su conceptualización ontológica. Está señalando las insuficiencias filosóficas que critica Zubiri. Ciertamente por otros motivos y por otra vía: Lévinas antepone metafísica a ontología, ética a ontología. Su ejercicio de moralización de la filosofía se basa en una cuestión previa: “A este cuestionamiento de mi espontaneidad por la presencia del Otro, se llama ética”²²⁷. Podríamos afirmar, utilizando libremente elementos de la filosofía de Zubiri, que Lévinas da prioridad a lo real (el Otro) sobre lo conceptual (ontología).

Las razones que Lévinas aduce para realizar ese movimiento intelectual, de la ontología a la metafísica, son razones que parten de la noción de infinito. El más en el menos (lo inabarcable en lo limitado) se presenta como alteridad y como un rostro: como enigma nunca reducible a categorías ontológicas. Y ese rostro suscita un deseo, un anhelo que solo se apacigua (y paradójicamente se reaviva) desde la

²²⁷ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 67. ISBN: 84-301-0486-0.7

generosidad, desde la bondad. Este descubrimiento de la realidad humana como infinito supone admitir la entrada en un dinamismo que obliga a la acción, antes que a la comprensión.

Volviendo a Zubiri, para él el “ser” es un modo en el que las cosas están en el mundo: lo real “está siendo” en el mundo. El ser no sería primariamente algo entendido, sino algo “sentido al aprehender sentientemente la cosa real... no en modo recto, es decir no es el término formal de aquella aprehensión, sino que el ser está co-sentido, sentido en un modo oblicuo como actualidad ulterior... Lo aprehendido en modo recto es el “estar”; el “siendo” no se aprehende sino en modo oblicuo... Al inteligir en y por sí mismo lo real inteligimos que lo real está siendo por ser real... El ser está en la aprehensión primordial pero no como constitutivo formal de ella, sino como momento ulterior de ella, bien que en ella misma”²²⁸.

Zubiri trata de aclarar lo anterior explicando que lo impresionantemente aprehendido tiene en su formalidad una dimensión mundanal: se aprehende “oblicuamente” como siendo en el mundo. Ese momento intelectual es algo aprehendido sentientemente, no entendido lógicamente. Y en ese preciso sentido es físico, aunque no físico en el sentido de las cosas. El “siendo” del “estar siendo” es algo que se fundamenta en el “estar” y tiene un carácter de algo “ex-preso”: lo expreso en la impresión de realidad²²⁹. Esta expresión es actualidad ulterior expresa. Además, es simple, en sentido de ser una dimensión inmediata de la aprehensión primordial de realidad (no es afirmación larvada).

Para Lévinas, la experiencia absoluta no es desvelamiento sino “revelación: coincidencia de lo expresado y de aquel que expresa, manifestación, por eso mismo privilegiada del Otro, manifestación de un rostro más allá de la forma”. Para Lévinas el Otro es en la experiencia del cara-a-cara con el interlocutor donde “se presenta como el ser absoluto (es decir, como el ser sustraído a las categorías)”²³⁰. Se ve una convergencia entre la conceptualización del “ser absoluto” de Lévinas y el ser de lo sustantivo de Zubiri. Reinterpretando esto en lenguaje de Zubiri podemos afirmar que para Lévinas en el rostro del Otro se daría la expresión directa e inmediata (experiencia del cara-a-cara) de ese estar siendo en el mundo del Otro. Para Zubiri el

²²⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. pp. 354-355. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²²⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 358. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²³⁰ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 94. ISBN: 84-301-0486-0.

ser de lo sustantivo no es significación ni sentido sino lo expreso de la realidad: en rigor no es tanto expresión como “carácter expreso”. Pero aquí (“ser absoluto”) todavía no hay significación, hay asombro ante una alteridad irreductible.

Volviendo al terreno clínico, se ha propuesto un método clínico centrado en el paciente, cuya clave consiste por parte del clínico en “permitir en la medida de lo posible un fluir desde el paciente” (“*to allow as much as possible to flow from the patient*”), situando en el centro del campo de la realidad al propio paciente. Frente a la estrechez intelectual de un método biologicista centrado en lo orgánico, este método requiere “apertura, empatía, escucha activa y respuesta a aquellas claves verbales y no verbales por las que los pacientes se expresan a sí mismos”²³¹. Éste es un modo más radical de situarse en la realidad porque busca centrarse en ella: el “otro” enfermo, antes que noción, concepto o hipótesis, es realidad que puede actualizarse en un momento intelectual antepredicativo de apertura y escucha activa, en el que se muestra con toda su radical formalidad de realidad.

El ser de lo afirmado (lo aprehendido campalmente).

El ser de lo afirmado *expresa* en modo oblicuo lo que la cosa es en realidad. Aquí, lo real *está siendo ex-preso en la afirmación misma*. La afirmación es algo constituyente del mundo intelectual, el mundo del “en realidad”. Así es lo “expreso” en el mundo intelectual de lo que la cosa es en realidad como actualidad en el mundo intelectual²³². Éste no está por encima del mundo sensible como un a priori suyo, o es algo a parte de él. La formalidad de realidad impone que haya un solo mundo, el mundo real. En este sentido “el mundo intelectual pertenece a lo real tan solo en cuanto realmente inteligido; pero además pertenece tan solo a lo real inteligido en cuanto realmente inteligido en distancia”²³³. En definitiva, la actualidad de lo real en el mundo intelectual es el ser de lo afirmado.

La unidad del ser de lo sustantivo (de lo aprehendido primordialmente) y del ser de lo afirmado (de lo aprehendido dualmente en distancia) consiste en ser actualidad ulterior y oblicua de lo real en el mundo, que se reactualiza en el intelecto sentiente y aprehende el mundo como campo. El ser de lo afirmado, por

²³¹ McWHINNEY, Ian R. *The Evolution of Clinical Method*. En: TOOMBS, S. Kay. *Handbook of phenomenology and medicine*. Dordrecht;Boston: Kluwer Academic, 2001. p. 343. ISBN: 978-1-40-200151-2.

²³² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 365. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

²³³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. pp. 366-367. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

otro lado, se funda en el ser de lo sustantivo, que es la forma radical de ser: estar siendo de suyo.

Aquí podemos retomar el discurso de Lévinas: para él “el rostro habla. La manifestación del rostro es ya discurso”. Y, ciertamente, va más allá de la constatación de esa realidad del Otro, de su rostro. El sentido no se realiza integrando “lo Otro” en el Yo mediante la deducción, la comprensión o la identificación, sino en “el calor” de un encuentro ético²³⁴. Lévinas en su filosofía busca el sentido. Zubiri busca la verdad. Ambas son metafísicas que se retrotraen de la ontología conceptualista para plantar los pies firmemente en la realidad. Ambos escuchan una llamada de la realidad, de lo real. Y sus respuestas filosóficas son diferentes. Pero no se excluyen mutuamente.

Y la unidad de “verdad” de lo real (en su realidad y en su ser) con el “ser verdad” de la intelección misma, es la estructura formal de la verdad real en cuanto tal. La intelección no solo entiende la cosa real, sino que co-entiende que esta intelección es verdad. El “ser” verdad es el ex mismo y esta fundado en la verdad de la impresión. Así, “la intelección actualiza “verdaderamente” lo real, y actualiza que esta actualización intelectual “es” verdad”²³⁵.

Dicho de otro modo, según esto, la verdad pertenecería al ámbito de la intelección (ésta está en la verdad o no, es verdadera o no), pero es algo dado en la intelección de lo real en su formalidad. Por eso es verdad que en la intelección dual, en el ser de lo afirmado, se puede decir ser enfermo sin estar enfermo. Esto también ayuda a entender la diferencia entre la aprehensión primordial de la realidad y el ser. La primera, como vimos, no admite error: estar enfermo es estar enfermo, es estar siendo enfermo. Pero en los fueros de la afirmación ser enfermo se puede serlo verdaderamente o falsamente. Volviendo al ejemplo anterior, alguien puede tener osteoporosis y no ser (estar) enfermo, porque se encuentra perfectamente bien y no ha tenido una fractura osteoporótica en toda su vida.

Hay una diferencia notable que merece la pena señalar, entre los planteamientos de Zubiri y Lévinas. Para éste “la libertad que puede tener vergüenza

²³⁴ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. *Lévinas: Humaismo y ética*. Madrid: Ediciones Pedagógicas, [2002]. p. 69. ISBN: 84-411-0083-7.

²³⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 391. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

de sí misma funda la verdad (y así la verdad no se deduce de la verdad)”²³⁶. Para Zubiri la verdad tiene su fundamento en lo real, es lo real lo que verdadea la intelección. En ese sentido, podríamos decir, asumiendo los criterios zubirianos, que la libertad funda la búsqueda de la verdad, aunque no es suficiente para fundamentarla. Es un elemento necesario, pero no suficiente en la fundamentación de la verdad.

Estas reflexiones dejan abiertas preguntas importantes relativas a las nociones de salud y enfermedad, que tienen tanto que ver con la práctica médica. En un trabajo realizado por expertos de trece países entre los que se encontraban personas provenientes de la medicina, la biología, el derecho, la ética, la administración, la política y la salud pública se abordó este problema²³⁷. En él se puso en primer plano la realidad respecto al concepto. Es la realidad la que configura la metas de la medicina, no el concepto. En este documento se afirma: “Sugerimos que los profesionales de la salud deberán buscar... ser simplemente un ser humano frente a otro ser humano” ya que “los pacientes presentan la integridad de su persona ante los médicos y tal integridad debería ser el punto de partida del cuidado y la curación”. Por tanto, podemos afirmar, que el término de la práctica de la medicina es el ser humano en su total integridad. Y esto es así porque “un modelo puramente biomédico conduce con excesiva frecuencia a un enfoque reduccionista sobre los pacientes, alentando a los clínicos a tratarlos no como una totalidad ontológica, sino como una colección de órganos y sistemas”, porque “un modelo reduccionista fracasa al no satisfacer las necesidades de los pacientes como personas completas y complejas”.

Aquí se define el término de la práctica médica como la realidad humana en su integridad, entendiendo así el término “totalidad ontológica”. Esto coloca al médico en una actitud intelectual conceptual de apertura ante un Otro que “está siendo en el mundo”. Al tratar al otro como “totalidad ontológica”, se puede entender que cualquier reducción de la realidad a categorías ontológicas parciales supone una traición a la verdad, una tremenda inexactitud.

Por tanto, desde el “cara-a-cara”, desde el contacto directo e inmediato con la realidad, se reclama una apertura intelectual a lo real del ser humano. La libertad

²³⁶ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 106. ISBN: 84-301-0486-0.

²³⁷ The GOALS OF MEDICINE : Setting New Priorities Q2. Callahan, Daniel (dir.). *The Hastings Center Report*. 1996, vol. 26, núm. 6, p. S1-S27.

habría de avergonzarse aquí de reducir la realidad a determinadas categorías. Porque en el “cara-a-cara” es donde la realidad humana se muestra como algo insondable, enigmático, inabarcable. Y esta es, probablemente, la mayor riqueza del otro. Alguien limitado, en el que paradójicamente se realiza el enigma de lo inabarcable, de lo ilimitado. Realidad con un modo de estar en el mundo que conmociona mi propia realidad de tal modo que suscita en mí una respuesta. La libertad exige, pues, en su búsqueda de verdad, ampliar el campo de la realidad a lo anterior a cualquier predicado, a la formalidad de realidad que me muestra lo real sentientemente, a la muda formalidad que me abre a una conmoción originada por la fuerza de lo real, lo real sentido en su abundancia desbordante.

Para Lévinas el Otro nos solicita y nos llama en el rostro del extranjero, de la viuda y del huérfano. Pero ¿cuál es el rostro ante el que se sitúan los médicos? La respuesta es que el médico configura una respuesta ante el rostro del enfermo. Es verdad que el médico también atiende personas sanas. Pero esto lo realiza en tanto en cuanto seres vulnerables a la enfermedad, para promover su salud y evitar el daño de la enfermedad. Pero ¿cómo se les muestra a los médicos ese rostro del enfermo? ¿Quién es el enfermo para el médico?

En el documento con el que estamos trabajando se muestra al enfermo como quien está siendo en el mundo pero no puede perseguir sus metas vitales o funcionar en su contexto social y laboral habitual, debido al dolor, el sufrimiento, o una muerte prematura relacionados con el fallo de su cuerpo o de su mente. Pues bien, este sería el rostro sobre el que el médico pone su mirada: realidad humana, discapacitada para realizar su vida a causa del dolor, del sufrimiento o de una muerte prematura asociados a un daño en su cuerpo o en su mente.

“El dolor y el sufrimiento son reconocidos en todas partes”, ya que “antes o después todos enfermamos”, pues forma parte de “nuestra naturaleza humana común”. El médico acoge, pues, dentro de su campo intelectual a todo ser humano y lo gestiona (el campo) colocando en un primer plano al enfermo. La medicina es una respuesta a la universal experiencia humana de enfermar. Experiencia que configura un rostro: el de estar siendo enfermo. De esta respuesta surgen otras realidades: la relación médico-paciente, las organizaciones en las que se produce esa relación, las políticas sanitarias, etc.

El dolor es entendido como “sensación física extremadamente aflictiva” con diferentes formas: punzante, lacerante, quemante. El sufrimiento como “estado de

opresión psicológica, típicamente marcado por el miedo, la angustia o la ansiedad”. En el documento se denuncia el fracaso de la medicina actual para tratar adecuadamente el dolor y el sufrimiento. Fracaso no debido siempre a la falta de recursos sanitarios; a menudo, “porque no son reconocidos ni tratados apropiadamente”. Y se subraya que “el fracaso de algunos médicos en tomar como punto de partida al paciente considerado como una integridad personal, y no meramente como una colección de órganos, implica que el sufrimiento psicológico puede perderse totalmente de vista o bien, si se lo detecta, ser considerado irrelevante.” Sin contar con que “el solo temor a la mala salud y a la enfermedad pueden por lo común causar tanto sufrimiento como su auténtico padecimiento. La amenaza que representan para uno mismo el posible dolor, la enfermedad o las lesiones puede ser profunda.”

La filosofía de Zubiri nos enseña que aquí hay un problema intelectual, una reducción inapropiada del campo de la realidad, con la que el médico ha considerado conveniente gestionar su trabajo. También nos enseña que el paciente es el que de una manera más rica puede sentir la realidad de enfermar y que, en ese sentido tiene algo que enseñarle al médico. Y que el médico tiene mucho que aprehender (en sentido de captar) y que aprender (en sentido de formarse) del paciente. Lévinas, por su parte, nos muestra que la libertad (en este caso para inteligir la realidad del enfermo) tiene de qué avergonzarse. Porque el enfermo es una realidad demasiado amplia como para ser contenida en meras conceptualizaciones. Lévinas nos coloca en el camino de un uso éticamente adecuado del inteligir. Zubiri nos descubre las posibilidades de una intelección sentiente, más amplias que las de una intelección meramente concipiente.

1.4. INTELIGENCIA Y RAZÓN.

Zubiri muestra que inteligir es, en su raíz, simplemente actualización de lo real. Y que realidad es la formalidad en la que se aprehende. Cuando se aprehende algo real únicamente en tanto en cuanto es realidad, esta aprehensión es aprehensión primordial de la realidad. Pero, además, cada cosa es inteligida respecto otras cosas reales. Este es el momento del logos, que es intelección sentiente de lo real de forma diferencial, delimitante. Pero la impresión de realidad está abierta a cualquier realidad, sea o no sentible. De aquí surge un tercer modo de intelección,

que es más que intelección diferencial de lo sensible. Esta intelección es razón, que se apoya en la aprehensión primordial y en todas las intelecciones afirmativas que el logos ha inteligido sentientemente. Si en la aprehensión primordial se siente realidad, en el logos se discierne lo real, y en la razón se busca realidad. Se trata de un modo más de actualizar lo real. Veamos en qué consiste, así como la vinculación entre este modo de entender la razón y la práctica médica.

1.4.1. El movimiento intelectual de la razón.

La impresión de realidad de cada cosa, no consiste solo en la impresión de “estar ahí”, la cosa restringida a sus límites, sino que, en tanto en cuanto realidad está abierta a lo que no es la cosa misma, está abierta al resto de la realidad. Para Zubiri el mundo no es el conjunto de todas las cosas reales (eso sería el cosmos), y tampoco eso en lo que cada uno vivimos cuando decimos que vivimos en nuestro mundo. En su filosofía “mundo es la unidad de todas las cosas reales en su carácter de pura y simple realidad”²³⁸. Éste no sería un concepto, sino un momento real y físico. De algún modo (diferente al modo campal) el mundo se puede sentir también, pero distancialmente, es decir, desde una fundamentación racional. Por ejemplo, un psiquiatra no puede adentrarse en la mente de un enfermo, pero sí podría inteligir sentientemente en distancia, con una explicación racional válida, lo que acontece más allá de lo estrictamente perceptible por los sentidos.

Se puede decir que en el campo inteligimos el mundo sentido. El campo es dinámico, según las cosas que entren y salgan en él. Pero el mundo es abierto porque no sabemos las cosas que hay en él y porque ninguna cosa aisladamente tomada es toda “la” realidad en cuanto tal. Así, inteligir la cosa real es aprehenderla abiertamente. Abiertamente hacia lo que no podemos inteligir campalmente. Es marcha hacia lo desconocido.

Esta impresión de realidad de las cosas como parte del mundo, de la totalidad de lo real es clave en la práctica médica: ¿Qué le ocurre a este paciente que refiere cansancio extremo y pérdida de peso? Pero la perspectiva del paciente también entra en juego: ¿Qué me ocurre, que me encuentro tan cansado y estoy perdiendo peso? A menudo, esa marcha hacia lo desconocido la inicia el propio paciente, movido por el malestar, el temor o la prudencia. En ambas perspectivas lo real sensible es

²³⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 19. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

inteligido como algo abierto a todo lo real, a lo que no se puede captar a simple vista.

En el curso de la relación clínica se abre dinámicamente el campo de realidad para el médico y el paciente. En este campo de realidad está todo aquello que el médico aprehende impresivamente del paciente (lo que hace, dice...), aquellas ideas y sentimientos que despierta el paciente en él, como todas aquellas consideraciones éticas que surgen de esa situación. En el campo del paciente están sus propias sensaciones. Ambos se topan con que hay una parte de lo real que se está escapando a sus impresiones. La tarea es ir al fondo de esa realidad campal (de aprehensiones impresivas), para averiguar qué hay “detrás” de todo ello. De este modo (en un movimiento “hacia” dirá Zubiri) ya están sintiendo el mundo (lo oculto) de la realidad. Ese modo hace que médico y paciente se pongan en marcha para averiguar qué es lo que en el fondo le está ocurriendo.

Esa marcha se realiza desde algo real (desde la gran riqueza intelectual de la aprehensión primordial y la aprehensión campal, desde ese sentir que algo es real y que lo es diferencialmente en el campo de la realidad) y se dirige a buscar lo que la cosa pueda ser en la realidad, en el mundo. Esa marcha lleva del campo al mundo: hacia otras cosas campales (ampliando el campo de realidad), así como hacia otras formas y modos de realidad. Para el clínico, cuyo centro de atención es el paciente, ya hemos visto que restringir la mirada a lo estrictamente biológico supone un ejercicio de estrechez intelectual que puede limitarle para poder realizar su tarea sanadora.

Esta marcha no es, pues, algo especulativo, o ir de los datos “blandos” a los datos “duros”, o un mero ejercicio de sensibilidad humana. Es, más que nada, búsqueda de realidad, es “abrirse a la insondable riqueza y problematismo de la realidad, no solo en sus notas propias sino también en sus formas y modos de realidad”²³⁹. Así, en el plano clínico, si el médico quiere centrarse en el paciente para ayudarlo, no le queda más remedio que partir de una posición de apertura a esa extraordinaria complejidad que le plantea la realidad del paciente.

El problematismo al que se refiere Zubiri, sería homologable en el terreno clínico al problema diagnóstico. Entendido éste en sentido muy amplio, tanto de

²³⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 24. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

problemas biológicos, como psicosociales, como morales. Existen otros tipos de problemas, como los problemas puramente técnicos, que requerirían ante todo un despliegue de habilidades. No es este el tipo de problemas al que nos estamos refiriendo ahora, evidentemente. Aunque la mayoría de ellos también requieren un conocimiento de la realidad profunda para poder ser resueltos adecuadamente.

Este momento de ir hacia la realidad no aprehensible impresivamente, es el de una actividad (para ser precisos, un estar en una acción que logra efectivamente su acto) que consiste en inteligir en *búsqueda* la realidad del mundo. Y esto es lo que Zubiri afirma que “es razón”. La búsqueda es la actividad del inteligir, es actividad pensante. Y todo inteligir pensante abre una vía de búsqueda. Hay vías que en su inicio parecen diferir entre sí solo muy sutilmente. Sin embargo, prolongadas en su propia línea, pueden conducir a intelecciones muy dispares. Esto ocurre en filosofía, pero también en la práctica clínica. Así, dos médicos (con la misma formación y ante el mismo paciente) pueden concluir en enfoques completamente diferentes, solo por una pequeña diferencia inicial en la valoración.

En definitiva, en su apertura a la realidad, por tanto, cada cosa concreta no solo da su realidad, sino que abre al resto de realidad. Por eso “el lenguaje usual expresa esta intrínseca unidad del ser dato con una expresión que no solo es feliz sino que, tomada en estricto rigor formal, manifiesta la estructura unitaria de las dos formas de dato: las cosas dan que pensar. Lo real no solamente se da en la intelección, sino que da que pensar”²⁴⁰. Y esto es muy evidente en el ejercicio médico. Precisamente la medicina ha inscrito esta tarea ya en los comienzos de su tradición. Asume ese “dar que pensar” que suscita la realidad del que enferma. Desde la perspectiva de Zubiri ese dar que pensar no solo es un dar que pensar conceptivo sobre un determinado modo de realidad, sino un dar que pensar sentiente (que incluye lo conceptivo, sin duda) abierto a diversos modos de realidad.

Desde esta perspectiva no hay realidades “duras” y realidades “blandas”, siendo las primeras las biológicas, las cuantificables, las “objetivables” y las segundas las relacionadas con lo psicosocial, lo cualitativo, lo de difícil “objetivación”. Por el contrario, la realidad se nos da de modos y formas muy diversos. Cuando esa realidad es la realidad humana, la complejidad es evidente. Cerrarse a una sola perspectiva supondrá, en buena lógica, cerrarse a una sola forma

²⁴⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 34. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

de comprender y de ayudar al paciente. Una apertura radical a la realidad del paciente en su compleja diversidad, requeriría por tanto una disposición a que esa realidad cuestione (dé que pensar) los propios fundamentos de la valoración clínica.

En ese sentido, Zubiri radicaliza su línea de su pensamiento filosófico y afirma que el pensar no es espontaneidad (algo sostenido por Leibniz y Kant), no es actividad que brote espontáneamente de sí misma. Para Zubiri, son las cosas las que dan que pensar, la inteligencia queda constituida en actividad a consecuencia del dato de realidad abierta. Lévinas diría respecto de la espontaneidad: “a este cuestionamiento de mi espontaneidad por la presencia del Otro, se llama ética”²⁴¹. Zubiri ve que, previo al cuestionamiento ético, hay un acto intelectual, en este caso, aprehender la realidad del Otro. Algo por otra parte necesario para que el cuestionamiento se produzca.

Lévinas apoya su ética en la “presencia del Otro”, que cuestiona, que da que pensar... en su caso éticamente. En Zubiri el inicio de la marcha intelectual conduce a una determinada actividad: búsqueda pensante de la verdad racional. Cabe preguntarse si no hay en la posición de Zubiri algo más que la constatación de que la realidad da que pensar. No todo el mundo responde a la realidad, incluso en situaciones de apremio, pensando. En el análisis de la intelección que realiza Zubiri se incluye el análisis de una intelección que busca verdades. Y ¿no es la propia búsqueda de verdad un ejercicio intelectual éticamente determinado?

La práctica médica también puede contar con una “espontaneidad” del pensamiento. El razonamiento lógico y conceptual predomina en ella. Su expresión más actual sería el dinamismo intelectual de lo científico-técnico. Este dinamismo cuenta con un modo de espontaneidad que imprime una determinada inercia al razonamiento clínico. Como hemos comentado, esta inercia parece tener un dinamismo invasor desde un punto de vista cognitivo. Dicho de otro modo: la complejidad de las consideraciones científico-técnicas tiene un tendencia a invadir y acaparar la atención del médico. La enorme productividad bibliográfica de las ciencias biomédicas hace que este dinamismo invasor se deba tanto a la complejidad, como a la cantidad de información científico-técnica que hay que gestionar en la práctica médica.

²⁴¹ LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. p. 67. ISBN: 84-301-0486-0.

Si la razón (siguiendo a Zubiri y a Lévinas) es más que espontaneidad, entonces los clínicos pueden elegir el curso que quieren darle a esa marcha inquiriente de la razón. Más adelante veremos cómo razón en Zubiri es un movimiento intelectual sumamente abierto. Abierto en sus vías (métodos de acceso), a la verdad y abierto en sus objetos de conocimiento: realidades de muy diversa índole. Si esto es así, instalarse exclusivamente en el dinamismo de una razón restringida a lo científico-técnico podría ser una forma de razón perezosa (anclada en las rutinas aprendidas), de razón temerosa (refugiada en un conservadurismo que rehúye abrirse a otras realidades) o a una razón sometida (a una única forma de acceso a la realidad, la científico-técnica).

Pero volvamos a Zubiri. “Como la intelección es actualización de realidad, resulta que el pensar es un modo de actualización de la realidad”²⁴². No se piensa sobre la realidad, sino estando ya en ella. La formalidad de realidad envuelve inevitablemente la actividad intelectual. Es marcha desde la realidad y en la propia realidad. Y eso es la razón: un modo pensante de actualización de lo real. Por tanto, todo constructo de la razón, en tanto en cuanto es algo que efectivamente sucede, tiene su momento de realidad.

A lo largo de la historia de la medicina ha habido una tensión entre la clínica (la actividad médica realizada a la cabecera del enfermo) y la patología (o estudio teórico de las especies morbosas). La especie es universal, en tanto que el enfermo es particular. La medicina occidental “hizo la apuesta por entender la enfermedad como un hecho natural, intentando interpretarla con las categorías propias de las cosas de la naturaleza, especialmente de la naturaleza viva”²⁴³. Esta diferenciación que se basa en los conceptos de sustancia (el paciente individual, concreto) y esencia (especie morbosa).

El prestigio de la patología partía de la creencia en la capacidad humana del inteligir para captar la esencia de las cosas de una forma cierta, demostrativa, sin error. La verdad acerca de lo real estaba allí. Los clínicos, por su lado, han sentido la falta de operatividad para comprender la realidad concreta y dar una respuesta adecuada a ella. La patología representaba la ciencia, la certeza; la clínica la mera

²⁴² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 37. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

²⁴³ GRACIA GUILLÉN, Diego. *La deliberación moral: El método de la ética clínica*. En: *ÉTICA en la práctica clínica*. Gracia, Diego (ed.) ; Júdez, Javier (ed.). Madrid: Triacastela, 2004. p. 23. ISBN: 84-95840-15-4.

“doxa”, la incertidumbre. Ambas se movían en lógicas diferentes: la primera en la lógica de la demostración apodíctica, la segunda en la lógica de la deliberación prudente.

Durante siglos, el razonamiento especulativo (patología) prevaleció sobre el razonamiento práctico (clínica). Esto empieza a cambiar en el siglo XVII a partir de las reflexiones empiristas, que muestran que la lógica del razonamiento práctico, deliberativo es más consistente que la del razonamiento especulativo. A partir de ahí, el razonamiento especulativo empieza a ser controlado empíricamente. La ciencia, desde la perspectiva empírica, se hace más humilde y menos ingenua. Los juicios analíticos quedan para las ciencias no experimentales, como la lógica y la matemática. La patología deja de ser un saber teórico y pasa a ser un saber experimental. De lo nosológico (esencialista, especulativo), se pasa a lo nosográfico (experimental, descriptivo). Pero no deja de haber una dualidad entre el conocimiento de lo universal y el conocimiento de lo particular, desde la que lo primero puede considerarse como algo no real y lo segundo como algo incierto.

Zubiri cuestiona radicalmente esta la dualidad entre lo teórico (entendido como actividad de teorizar, no como el producto de esa actividad) y lo práctico (también entendido como actividad). Para él, la formalidad de realidad no se pierde durante la construcción de modelos teóricos. Pero tampoco es posible elaborar reflexiones sobre la realidad sin estar en ella. Pensar es una forma de sentir la realidad en búsqueda. Aún el ejercicio deductivo teórico más abstracto, como una demostración matemática, está envuelto en la formalidad de realidad. Se trata, de hecho de una marcha desde la realidad (dada por los elementos propios del pensamiento abstracto, en este ejemplo), que se da en la propia realidad (en este caso, realidad humana actuando intelectivamente). Desde aquí se entiende que todo constructo de la razón, en tanto en cuanto es algo que efectivamente sucede, tiene su momento de realidad. Para Zubiri la razón es algo actual, dinámico y, por tanto, perteneciente a necesariamente alguien.

1.4.2. La razón como algo “mío”.

La razón es tan solo un modo de intelección, por lo cual es ante todo una intelección “mía”. Como hemos visto, se trata de un modo de intelección que se siente impelida a ampliar e ir más allá de la actualidad de la realidad tal como se produce en el campo (el mundo sentido): en palabras de Zubiri a ir “allende”. Este “allende” se refiere específicamente a una mejor intelección de lo que hay en el

campo, inteligir en allende “es inteligir lo que en el fondo es el aquende” del campo. Puede ser el interior oculto de cada cosa u otras cosas externas al campo.

Por ejemplo, tiene que ver en el terreno clínico con aclarar la índole de un determinado síntoma o signo: ir al interior del paciente, bien orgánico, bien psíquico; o con determinar factores que se encuentran externos al campo que delimita la relación clínica a dos, como el contexto social en el que se encuentra el paciente o el contexto organizativo en el que se da la relación clínica. Así, razón es intelección de lo real en profundidad. Ya lo hemos dicho: en medicina clínica se trata de inteligir la realidad oculta tras los síntomas (lo que dice) y signos (lo que muestra) del paciente.

“El allende no es sólo un concepto teórico, como lo son la sonda o el fotón... Que lo inteligido así sea una realidad teóricamente conceptuada o sea realidad en ficción, o sea realidad poética, no cambia la esencia de la intelección como razón. Una metáfora es un tipo entre otros de mi razón de las cosas”²⁴⁴. Esto quiere decir, como veremos más adelante, que en la práctica médica la razón puede elaborar diversos caminos para conocer la realidad profunda del paciente. También quiere decir que el paciente, desde su inteligir sentiente de su propio malestar, buscará diversos modos de expresar sus propia forma de acceder a lo enigmático: pueden ser conceptualizaciones (“creo que tengo *osteoporosis*”) o, a menudo, narraciones cargadas de metáforas (“esto seguramente es una *tontería*, pero me quedo más tranquilo si se lo cuento”).

El médico se enfrenta así a la complicada tarea de integrar en lo posible esos desarrollos y, si fuera necesario, reconducirlos para que una falsa intelección de lo real en profundidad por parte del paciente no juegue un papel negativo en la propia salud del paciente. Puede ser tan negativo que el paciente viva en la convicción de que está próximo a morir de una enfermedad grave. En un contexto multicultural, con formas diversas de narrar, esta tarea no será nada fácil.

1.4.3. *La razón es principal, canónica e inquiriente.*

Zubiri afirma que el punto de partida, el ámbito de lo inteligido campalmente, es la referencia fundamental para una intelección racional. En ese sentido es principio. Es la realidad como fundamento y principio de la razón. La

²⁴⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 43-44. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

realidad en la razón se actualiza no como lo están otras realidades, es decir como realidad-objeto (en la afirmación, en el logos, por ejemplo), sino como realidad-fundamento. Lo inteligido real no solo es “dato de” sino “dato para”.

Zubiri no se refiere a la realidad como principio lógico a partir del cual se deduce esto o aquello, sino a la realidad como principio en cuanto intelección previa de la realidad misma. Su intelección (la intelección de realidad) “es lo que constituye el principio de la razón en cuanto tal”²⁴⁵. Realidad aquí, hay que repetirlo, no es un concepto objetivo (y en ese sentido principio lógico), sino que es la actualidad intelectual de un momento físico de lo real. La razón no está lanzada a las cosas reales por el concepto de realidad, sino que el sentido de realidad permite inteligir físicamente la realidad en la razón. La realidad en cuanto realidad campal es, para Zubiri, la razón de la razón misma. De ahí el carácter canónico (mensurante) de la intelección principal. Y todo ello a pesar de que “la realidad que hemos inteligido campalmente es ella misma aparentemente pobre y provisional”²⁴⁶.

Por ejemplo, de ahí la importancia, como hemos visto arriba, de un método clínico centrado en el paciente, no en el concepto de enfermedad. El primer caso parte de una apertura máxima a la realidad del paciente con todas sus notas, tal como se van mostrando en la entrevista clínica. Esas notas no solo van a ser un “dato de” esa realidad, sino un “dato para” iniciar la marcha intelectual que permita inteligir esa realidad en profundidad. En un contexto de confianza, con una fácil comunicación y en un contexto en el que es posible recabar una gran cantidad de datos clínicos, una de las tareas más difíciles será la de seleccionar, de esa ingente cantidad de notas, aquellas que servirán realmente para iniciar la marcha de la razón clínica.

Principio y canon no son premisas o reglas de razonamiento, simplemente: “son la realidad campal como resonadora de lo que es la realidad en profundidad”²⁴⁷. La realidad campal es “resonadora” de la realidad en profundidad y también principal y canónica. Supongamos un paciente con dificultad para respirar, ruidos pulmonares que sugieren la presencia de líquido en ellos, edemas en los miembros inferiores que sugieren líquido en esa zona, pulso rápido, presión arterial baja...

²⁴⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 52. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

²⁴⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 55. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

²⁴⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 101. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

Además tiene pruebas que sugieren un daño estructural del corazón. Todos estos datos sugieren una dificultad de una víscera para mantener su actividad. No solo son datos de este paciente, sino datos para conocer mejor su realidad, su realidad profunda.

Por tanto, es ilusorio adentrarse en un diagnóstico de lo que pueda acontecer en un enfermo determinado sin contar con la realidad de ese paciente, tal como se muestra en el campo de la relación clínica. Cualquier clínico experimentado se da cuenta de lo que puede cambiar un enfoque diagnóstico cuando el cuadro es relatado por un residente, a cuando uno se encuentra cara a cara con el paciente. Ese encuentro cara a cara con la realidad de paciente orienta la marcha diagnóstica de un modo único, generando o descartando hipótesis de trabajo de un modo completamente diferente a si uno solo cuenta con los datos referidos por el compañero.

Hay muchos modos distintos de ser canon y modos distintos de mensurar. Pero el canon siempre es algo concreto. Esto es importante tenerlo en cuenta cuando nos adentramos en realidades complejas, como la humana. La búsqueda puede topar con nuevas formas y modos de realidad que piden un abordaje diferente al conceptualista. Así, la comprensión de la realidad psíquica, social o moral del ser humano puede conseguirse con referencias (medidas, cánones) campales diferentes que los requeridos para realidades biológicas.

A los médicos a menudo les desconcierta la forma en la que tienen de contar sus pacientes lo que les ocurre. Normalmente no están preparados para leer las formas con las que el paciente expresa su forma de entender su realidad profunda. En este sentido, la medicina narrativa aporta a la práctica clínica aquellas habilidades necesarias para reconocer, captar adecuadamente e interpretar los relatos de los pacientes, así como para darles respuestas²⁴⁸.

En todo caso, “la mensura de lo real en la intelección de razón tiene un carácter abierto principial y canónico. Principial: se trata de la realidad como principio. Canónico: se trata de la realidad como canon”²⁴⁹. Desde la perspectiva de Zubiri toda realidad es asequible a una indagación racional. No es más racional la

²⁴⁸ CHARON, Rita. *Narrative Medicine : Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press, 2008. p. 4. ISBN: 978-0-1953-4022-8.

²⁴⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 60. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

indagación sobre lo biológico, que sobre lo psíquico, que sobre lo social, sobre lo moral o sobre lo espiritual. Cada modo de realidad se muestra principal y canónicamente, cada una en su esfera, como realidad enigmática, con un “allende” por indagar y con un “aquende” que es principio y medida. Para la medicina esto tiene consecuencias contundentes: si el paciente es realidad con aspectos biológicos, psíquicos, sociales, morales y espirituales cada uno de estos ámbitos es una posible área de indagación con aproximaciones muy diferentes.

Además de los momento principal y canónico, la intelección en razón tiene el momento de búsqueda. Búsqueda dinámica, porque la realidad no está total y completamente aprehendida en la intelección primordial y dual. Si la realidad estuviera totalmente aprehendida ahí, no cabría hablar de razón. Por otro lado, la demostración escrita de un teorema o un tratado de medicina son el resultado, el producto, de la marcha de la razón, pero no es lo que constituye la razón, que sería la actividad misma de pensar. Además de dinámica, la búsqueda de la razón es direccional y provisional. Esta provisionalidad no quiere decir que no sea verdad, sino que “aún siendo verdad, es una verdad que por su propia índole está llamada no a ser forzosamente derogada, pero sí a ser superada”²⁵⁰.

Quien trabaja en el ámbito clínico conoce bien esta provisionalidad. Cuando Zubiri habla de verdad en relación a la razón está hablando de algo comprobado, por ejemplo, de hipótesis contrastadas. Puedo haber comprobado que este paciente tiene una insuficiencia cardiaca, pero esta verdad clínica no descarta que uno se tope con otras realidades que hacen de ella algo provisional, algo que no da cuenta de la realidad en su totalidad. Quizá la marcha en búsqueda acerca de lo que le ocurre al paciente me hace descubrir que esa insuficiencia cardiaca es debida a una tuberculosis pericárdica. Y quizá la marcha en búsqueda me lleva a descubrir que el problema fundamental es un alcoholismo en un paciente inmigrante que carece de recursos sociales para llevar a cabo adecuadamente un tratamiento contra la tuberculosis.

En resumen, razón para Zubiri es un modo de intelección que tiene tres momentos: es *intelección* en profundidad, es *mensurante* (actividad en la que la realidad se muestra como principal y canónica) y es *inquiriente*. La unidad de estos momentos constituye la razón como modo de intelección. Reducido a una fórmula:

²⁵⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 63. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

“la razón es intelección en la que la realidad profunda está actualizada en modo problemático, y que por tanto nos lanza a inquirir principal y canónicamente, lo real en profundidad”²⁵¹.

Para el clínico el objeto de intelección en profundidad es la realidad humana. Su mirada se ha dirigido a lo largo de la historia a distintos aspectos de esta realidad, cuya cara oculta ha tratado de indagar con distintas aproximaciones. Aproximaciones que han supuesto el desarrollo histórico de distintas disciplinas que integran la formación médica. El abordaje que se haga, sea cual sea, no ha estado sujeto a una espontaneidad del pensamiento, sino a algún tipo de criterio práctico, pues práctico es el ejercicio médico. De otro modo, la investigación puede dar lugar a conocimientos sin relevancia alguna para los pacientes.

La realidad le da que pensar al médico clínico. Y en la realidad del encuentro clínico se mueve su búsqueda. Pero no es una búsqueda movida por el mero deseo de conocimiento. Esa búsqueda cobra su sentido clínico cuando es actividad inquiriente que desea la comprensión de la realidad del otro, de la realidad del paciente *para* poder diagnosticarle y *para* poder ayudarle. Y esto es así desde la convicción (por otra parte acumulada a lo largo de una tradición y experiencia compartida de siglos) de que esa comprensión le coloca en una posición idónea para facilitar al otro el inicio de un proceso de liberación de esa carga que denominamos enfermedad. Por tanto, la razón clínica se mueve de tal modo que incluye la razón teórica y la razón práctica, ciencia y ética.

Pero para comprender en nuestros días el alcance de esa tarea, Zubiri nos muestra que razón es más que rigor lógico (algo absoluto, eterno), es más que especulación (despliegue dialécticamente estructurado de conceptos), es más que un conjunto de ideas que organizan la experiencia. Para él la razón es ante todo un modo provisional de actualizar intelectivamente la realidad (mundo), una búsqueda en la realidad de aquello real que aún no ha sido inteligido, sino como enigma.

Este proceso es, desde la perspectiva zubiriana, ante todo impresión de realidad en una marcha inquiriente. Por ser de realidad es intelectual y por ser impresión es sentida. El contenido del sentir es realidad sentida. Por ejemplo, una abstracción no es una cualidad sentida respecto de una realidad, pero es inteligida

²⁵¹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 65. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

en su formalidad de realidad. Por tanto, esa abstracción es algo real. Esto ya se ha dicho. La razón no solo se mueve “en” la realidad, sino que “siente” racionalmente la realidad en que se mueve y siente que está moviéndose en ella. Según esto, la insuficiencia cardiaca, la tuberculosis, el adenocarcinoma de pulmón, en cuanto posibilidades (hipótesis) en modo de concepto, no son sino realidades “irreales” en las que se mueve la marcha de la razón. Ciertamente, no debe confundirse el plano de las posibilidades (abanico de posibilidades diagnósticas), que es real, con el paisaje, que también es real, en este caso el propio paciente postrado ahí delante en su cama.

1.4.4. *La fuerza coercitiva de la realidad.*

La realidad constitutiva de la razón es justo la realidad en impresión. Por esto la razón no es primariamente algo meramente lógico, sino que la razón entiende la realidad con esa *fuerza coercitiva* propia de la realidad en la que está, esto es, con la fuerza de *sentir la realidad*. En su inquirir, la razón *siente inquirientemente* la realidad”²⁵².

De ahí que, ante un niño con fiebre, dolor de cabeza y vómitos, sus padres y el propio médico sienten la realidad como enigma, como problema que hay que desentrañar. Y de ahí que la forma de reaccionar del médico y no digamos la de los padres del niño, no sea la misma ante la mera posibilidad de una enfermedad grave que ante una enfermedad leve. Yo no estoy viendo la enfermedad, por ejemplo, en caso de una meningitis en un niño. Solo veo al niño. Pero ante la posibilidad racional de una meningitis, mi forma de sentir la realidad profunda (la inaccesible a lo aprehendido campalmente) no es la misma que ante la posibilidad de una faringitis no complicada. Ante la aprehensión de la realidad profunda como “meningitis”, la realidad de ese niño se me actualiza de un modo peculiar y con una gravedad que no aprehendo en el caso de una faringitis no complicada. Y aquí hay algo más que emociones, hay fundamento de realidad sentido. En el primer caso la realidad obliga con una fuerza tal que el médico debe incluso gestionar su propio psiquismo (modulando emociones) de forma que la respuesta a esa realidad sea razonable y resolutive.

²⁵² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 87-88. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

La razón no es algo que ha de alcanzar la realidad, sino que está constituida como tal razón dentro ya de la realidad. La realidad no solo está actualizada en la intelección, sino que por estarlo nos tiene poseídos en cierta forma. De ahí que haya médicos que orienten sus preguntas hacia determinados aspectos del enfermo que consideran prioritarios. Incluso, yendo un poco más allá, por eso hay clínicos que confunden el plano (lo teórico) con el paisaje (el paciente), moviéndose en los fueros de lo teórico sin ser capaces de probar sus consideraciones en la realidad del paciente. Puesto que la intelección es sentiente, es ante todo impresión. Por ser impresión, es afección del sentiente, por algo otro (momento de alteridad), que se impone con una determinada fuerza (momento de fuerza de imposición). En este sentido, la realidad posee a la intelección.

Lo “otro”, presente en la afección tiene ante todo un contenido propio (color, sonido, etc), pero también una formalidad (de realidad). Por eso “la realidad primordialmente sentida no se nos impone por una especie de evidencia irrecusable, sino que se nos impone por algo más que evidencia: por la fuerza irrefragable de ser realidad”²⁵³. Cuando lo real adopta forma de afirmación, es sentido distanciadamente y lo real se impone con la *fuerza exigencial de lo real*. Cuando lo real adopta la forma de razón, es sentido como realidad en profundidad y se impone con la *fuerza coercitiva de la realidad en profundidad*.

La fuerza coercitiva de la realidad en profundidad puede estar referida a realidades biológicas, psíquicas, como la meningitis o la depresión. Pero puede referirse también a realidades morales. Así, lo propio de la razón no son las evidencias, ni su rigor empírico o lógico (por mucho que se necesiten), sino que es ante todo, en su raíz, la fuerza de la impresión de realidad según la cual la realidad profunda se impone coercitivamente en la intelección sentiente.

1.4.5. La tarea de la razón.

Por otro lado, la tarea de la razón es en principio indefinida, nunca agotará lo que se propone inteligir, puesto que lo real en cuanto real es formal y constitutivamente abierto. Se trata de una búsqueda en un mundo formalmente abierto. No digamos cuando el objeto de intelección es una realidad de la complejidad de lo humano.

²⁵³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 94. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

El momento de realidad es consustancial a la razón, por lo que ésta no puede proponerse llegar a la realidad, puesto que ya está en ella. “La realidad en la que la razón se mueve no está apoyada en la realidad de lo campal, sino que es ella, es la realidad campal misma, en su física identidad numérica en lo que la razón se mueve... Lo inteligido en la razón, tiene así un contenido propio que se inscribe formal e idénticamente en el carácter de realidad de lo campal”²⁵⁴. Efectivamente, así ocurre en el preciso instante en el que la marcha intelectual da contenido a lo que pueda ser la realidad en profundidad. Ese contenido que, como veremos, se configura como un esbozo de lo que podría ser la realidad en profundidad, ya pasa a formar parte del campo de la realidad en el que la inteligencia se está moviendo.

Desde una perspectiva clínica, lo campal es todo aquello inteligido durante la entrevista. Esto incluye lo aprehendido de forma directa e inmediata del paciente, pero también forman parte de lo campal las hipótesis (esos contenidos de lo que podría ser la realidad en profundidad a los que alude Zubiri) que desde fases muy iniciales empieza a barajar el médico. Durante años se ha pensado que el proceso diagnóstico consistía en recolectar rutinariamente datos a través de la historia y examen físico para hacer posteriormente deducciones lógicas con esos datos.

Pero los estudios recientes sobre el pensamiento médico en el proceso diagnóstico muestran que los médicos se comportan como cualquiera lo hace a la hora de resolver un problema, ya sea científico, ya sea en la vida diaria. Muy precozmente en la entrevista, los clínicos construyen hipótesis apoyados en los datos disponibles. Después proceden a comprobar sus hipótesis mediante una recolección selectiva de datos. Esto se ha denominado aproximación hipotético-deductiva de resolución de problemas²⁵⁵.

La realidad, al dar que pensar, se impone con la fuerza de tener que darle un contenido. Por eso, los clínicos elaboran hipótesis que le ayudan a comprender lo que le ocurre al paciente desde los primeros comienzos de la entrevista. Lo que nos muestra Zubiri es que el contenido de esas primeras hipótesis pasará a formar parte del campo de realidad. La formalidad de realidad de esas hipótesis es tal que puede afectar al médico, hasta el punto de bloquear su marcha, dirigirla por caminos erróneos o, por el contrario, hacerla muy directa y eficiente.

²⁵⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 104-105. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

²⁵⁵ McWHINNEY, Ian R.. *A Textbook of Family Medicine*. 2ª ed.. New York: Oxford University Press, 1989. p. 124. ISBN: 978-0-19-505986-1.

La realidad, en el caso de los médicos, la realidad del paciente, “nos fuerza a ser libres, a ser ajustadamente libres” para construir esos contenidos que tendrán la tarea de fundamentar lo que pueda ser la realidad en profundidad, para alcanzar a comprender lo que en el fondo le ocurre a ese paciente. En ese sentido, lo racional es creación. Creación que, en el caso clínico, suele construirse barajando habitualmente no más de seis posibilidades diagnósticas. No es arbitraria intelección, pues es el paciente el que, con los datos que aporta, determina esa creación. Es creación dentro de límites estrictos: con un principio y un canon. Por eso la razón, afirma Zubiri, “es intelección principalmente y canónicamente creadora”. Lo que no significa que no tenga verdad y error.

1.4.6. *Los modos de creación de la razón.*

El contenido de la razón no es forzoso que sea conceptual, puede ser metafórico, matemático, o metafísico. Por ejemplo, es esencia cuando adquiere una unidad coherencial intelectual. ¿Unidad de qué? Unidad de notas, entendidas éstas como participio que designa lo noto (*gnoto*), por oposición a lo que está ignoto²⁵⁶. Se refiere de un modo laxo a cualquier característica, propiedad o elemento de algo. Las notas lo son, efectivamente, de algo: de todas las demás notas que conforman un sistema coherente de notas. Para Zubiri este no es un momento conceptivo, sino real, algo físicamente dado. Las cosas son sistemas de notas coherenciales. Es el momento del “de”. Hay notas constitutivas de las cosas, que proporcionan al sistema una suficiencia constitucional, un carácter autónomo que Zubiri denomina sustantividad. En esta unidad constituida por diversas notas, cada nota no tiene realidad propia más que siendo intrínseca y formalmente “de” las demás.

Pues bien, en su búsqueda, la razón ha creado libremente la esencia. Para Zubiri no se trata de esencia de la realidad, sino la realidad en esencia. Las notas esenciales son las que no están fundadas en otras del mismo sistema, son las notas constitutivas (no constituyentes). Por ejemplo, el modo de ser persona es distinto del modo de ser cualquier realidad no personal²⁵⁷. La razón puede crear libremente aquello que supone que podría ser lo esencial de la realidad personal.

²⁵⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón.* Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 33. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

²⁵⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón.* Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 114-115. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

Pero, independientemente de la forma que adopte esa creación, los modos de libre creación racional son para Zubiri especialmente tres. Cada uno se apoya en tres aspectos de lo campal: la experiencia de nota, la estructura, la constructividad. En el primer caso se dota a la realidad profunda de un contenido modélico, en el segundo de estructura básica y en el tercero de un contenido completamente creado.

Los tres modos son los siguientes: 1) “Modelizar”: dotando a la realidad profunda de un contenido consistente en modificar notas campales, por ejemplo, el diagnóstico de “cefalea tensional”, basado en los datos recopilados en pacientes con este problema. 2) “Homologar”: dotando al contenido de lo creado de una serie de notas que representan una estructura básica apoyada en lo campal, como por ejemplo, el diagnóstico de “insuficiencia cardiaca”, que alude a elementos estructurales del organismo humano. 3) “Postular”: que consiste en dotar a la realidad profunda de un contenido completamente nuevo, por ejemplo, el diagnóstico de “trastorno bipolar”, que consiste en una abstracción creada para aludir a un problema relacionado con los estados de ánimo. Son tres modos de la creación de la razón²⁵⁸.

1.4.7. Despliegue de posibilidades y mentalidad.

Zubiri plantea la cuestión de cuál es el carácter formal del objeto de la razón. Se trata del carácter formal del término de ese “hacia”, ese movimiento o marcha de la razón allende lo aprehendido impresivamente en el campo de la realidad. Por ser modo de realidad, ese término resulta ser alguna cosa real. Es término en la realidad y, por tanto, pertenece a ella. Paradójicamente “este término es término de la realidad, pero no es un contenido determinado suyo. Ser en la realidad sin ser formalmente contenido real es en lo que consiste justamente el ser algo posible. El término del “hacia” es algo formalmente posible. He aquí el carácter formal del objeto de la razón: la posibilidad”²⁵⁹.

Lo posible es aquello a lo que le falta algo para ser plenamente real, aunque este no ser real se inscribe dentro de la realidad: son el aspecto negativo y positivo respectivamente de lo posible. En ese sentido “lo posible” comparte con la simple aprehensión el carácter irreal, que no significa no tener nada que ver con la realidad,

²⁵⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 132-133. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

²⁵⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 140. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

sino tener que ver con ella liberando su contenido. En el caso de la simple aprehensión se trata de un “sería”, como nota de lo real. Pero también puedo realizar en la realidad lo irreal no como nota, sino como fundamento. Entonces no es lo que “sería”, sino lo que “podría ser”. Esta es la posibilidad de lo real. “El “sería” es realidad en retracción. El “podría ser” es realidad en fundamentación”²⁶⁰. Así, el pensar piensa siempre en lo real, pero piensa solo en las posibilidades de lo real.

Esto, en el terreno ontológico supone el inicio de una marcha intelectual orientada al conocimiento de la realidad dada. Pero en el terreno práctico, este “podría ser” abre paso a una marcha diferente, a una marcha moral. Zubiri se plantea el “podría ser” desde un punto de vista de lo ya creado, de lo real estando ya ahí. Por tanto, aunque el conocer tal como él lo muestra es un curso de acción, el “podría ser” se refiere aquí a las cosas *ya* reales, pero que están por conocer. Y esas posibilidades está sometidas a un ajustamiento obligado por la realidad, que es principio y canon de la intelección de posibilidades. No se trata de posibilidades como realizaciones absolutamente libres. Zubiri ve la intelección humana como algo que está constitutivamente en deuda con la realidad. En ese sentido concede a la realidad un papel principal determinante del conocimiento. De tal modo que, obviar ese papel, supondría un ejercicio vacío. La intelección de lo real, tal como la descubre Zubiri, no se trata de “huera” posibilidad, sino de posibilidad realmente cualificada: porque pertenece a la realidad y porque la realidad misma la posibilita. Otro tanto podría decirse de la apropiación moral de posibilidades.

Volviendo al discurso de Zubiri, la intelección campal no lanza hacia una sola posibilidad, sino hacia múltiples posibilidades. De ese modo la razón “colige” (etimológicamente próximo a “colecciona”) diversas posibilidades sugeridas en el campo, de modo que esas posibilidades se configuran como explicación de la realidad profunda. Esto es lo que muestran los estudios acerca del razonamiento clínico en la práctica médica. El razonamiento hipotético deductivo el médico abre un abanico de posibilidades diagnósticas que luego se van investigando.

1.4.8. Razón y mentalidad.

Lo campal sugiere posibilidades. Y efectivamente, por ejemplo en el terreno clínico las posibilidades diagnósticas no surgen arbitrariamente. Aunque es cierto que

²⁶⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 141. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

entre las sugerencias está la de no atenerse a ninguna sugerencia. “Principio canónico y sistema de sugerencias: he aquí la figura concreta estructural de esa búsqueda en cuanto búsqueda que es la intelección racional”²⁶¹.

Y esta concreción estructural constituye para Zubiri la *forma mentis*. Etimológicamente *men-*, de raíz indoeuropea, significaba ímpetu, ardor, en definitiva, movimiento anímico. Pero para Zubiri no solo es esto: ese movimiento es *mens* en cuanto tiene un momento intelectual. Así, *mens* (mente), sería inteligencia en lanzamiento.

Y la forma en que se realiza ese lanzamiento depende de la forma de ser, por ejemplo, no es lo mismo la forma de lanzarse a explorar posibilidades del griego o del semita, pero tampoco del poeta o del científico. Esos modos de ser de la intelección configuran la *forma mentis*. Pues bien, para Zubiri este concepto tiene un nombre muy preciso: es “*mentalidad*”²⁶², la mentalidad de quien se lanza a elaborar posibilidades.

Según el tipo de realidades que se estén fundamentando resultará más fácil hacerlo desde una mentalidad que desde otra. Así, la vida vivida de las personas se explora mejor desde una mentalidad narrativa que desde una mentalidad conceptual; y lo biológico desde una mentalidad científica que desde una mentalidad poética; y los sentimientos desde una mentalidad poética que desde una mentalidad científica.

El médico se aproxima a la realidad humana, que es sumamente compleja. Esto le exige una mentalidad sumamente abierta. Como ya hemos visto, si el médico se cierra a la comprensión de su paciente en clave, por ejemplo, únicamente científica, manteniéndose en el ámbito de una mentalidad científico-técnica, puede perder aspectos de la realidad de enfermar que tienen gran importancia a la hora de poder ayudar al paciente. Una mentalidad así puede ser ciega al fenómeno del sufrimiento y del dolor. Y puede ser inútil a la hora de conseguir persuasivamente involucrar al paciente (encerrado a su vez en su mentalidad) en el tratamiento propuesto.

No en vano Zubiri insiste en que la sugerencia (lo que la realidad sugiere como posibilidad de lo que la realidad ahora inaccesible sea en el fondo) puede suscitar la

²⁶¹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 148. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

²⁶² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 152. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

creación de conceptos, pero puede sugerir también la “profundidad metafórica”, poética o de cualquier otra índole. “No es la misma la mentalidad del científico, que la del poeta, que la del político, que la del teólogo, que la del filósofo, etc... No solo por el “contenido” de su razón sino también y sobre todo por la “línea”, por la habitud en la cual la razón marcha lanzada en búsqueda”²⁶³. Esto, desde la perspectiva de la práctica médica, no hace sino poner de manifiesto su enorme dificultad, pues el médico debe saber adentrarse en problemas de orden biológico, psicológico, social, etc.

En la tradición médica el concepto de médico humanista siempre ha reflejado una mentalidad abierta a todo lo humano. Desde esta perspectiva el humanismo médico, entendido como cultivo que hacen algunos médicos de actividades o disciplinas tradicionalmente consideradas humanísticas (literatura, filosofía, lenguas e historia u otras), dejaría de ser mero ámbito de esparcimiento o erudición, para formar parte de una capacitación profesional. Ésta se orientaría a formar una mentalidad sumamente abierta para poder lograr una comprensión mejor de la realidad humana y, por tanto, para dar una respuesta satisfactoria a las necesidades planteadas por los pacientes. No es casual que en numerosos países las humanidades médicas incluyan al menos bioética, historia de la medicina, antropología, derecho, literatura, sociología y filosofía²⁶⁴.

1.4.9. Razón y conocimiento.

La razón en cuanto intelección inquiriente actualiza lo real a modo de conocimiento. No toda intelección es conocimiento, ni es obvio que la forma suprema de inteligir sea el conocimiento. Una idea, falsa desde la perspectiva de Zubiri, es que el conocimiento sería sustituir representaciones sensibles por conceptos de la realidad. Las impresiones sensibles son algo vacuo y lo importante reside en los conceptos. Para Zubiri, sin embargo, el conocimiento es representación en cuanto re-actualización racional de lo real. Así, “conocer lo que una cosa es, es inteligir su realidad profunda, es inteligir cómo está actualizada en su fundamento propio”²⁶⁵.

Según esto, la cuestión no es “casar” este paciente concreto que tiene estos síntomas y signos exploratorios con un determinado concepto nosológico o

²⁶³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 155. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

²⁶⁴ En internet: <http://medhum.med.nyu.edu/directory.html> [Consultado: 20 de mayo de 2010].

²⁶⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 161. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

nosográfico. El conocimiento no consiste solamente en que yo me sepa qué es la insuficiencia cardíaca, sino, ante este paciente concreto, consiste en saber si esa realidad irreal que es la hipótesis de insuficiencia cardíaca caracterizada por una serie de criterios, me actualiza lo que en el fondo le ocurre al paciente para poder tratarle de acuerdo con ello. El conocimiento aporta así, en medicina, la posibilidad de una comprensión profunda del paciente, que, desde la razón moral, como veremos más adelante, adquiere el estatuto de posibilidad apropiada.

Por ejemplo, no es lo mismo inteligir que esta persona que respira con dificultad tiene una “insuficiencia cardíaca” que inteligir que tiene una “crisis de ansiedad”. La cosa no cambia porque cambien los conceptos, sino porque la realidad del paciente se me actualiza de forma diferente. Quizá tenga que considerar las dos posibilidades y medir la oxigenación y profundizar en cada una de ellas para ver cuál es la verdadera. La explicación formalizada con este o aquél término nosológico de la dificultad respiratoria será su *fundamento real*. Obviamente la forma de actuar será distinta. Pero la actualización de lo real, es decir, la intelección de la realidad del paciente en mí también es completamente distinta. Por ejemplo, en un caso (insuficiencia cardíaca) ahora sé que está en juego su vida y en el otro caso (crisis de ansiedad) ahora sé que no está en juego su vida.

Por otro lado, inteligir no es lo mismo que conocer. Podría pensarse que la intelección (que se inicia en este ejemplo en el que el paciente se aprehende a sí mismo como realidad actualizada nocivamente y se sigue en el médico que ve al paciente respirar con dificultad) sería un modo de conocimiento rudimentario. Pues bien, para Zubiri la verdad es lo contrario: el conocimiento se inscribe dentro de la intelección. El conocimiento recibe toda su riqueza y valor de ser un modo de intelección. La intelección no es conocimiento rudimentario, sino que el conocimiento es solo un bosquejo de intelección ulterior, de intelección sucedánea. La actualización intelectual de la realidad aprehendida sentientemente en toda su radical formalidad de realidad es la forma principal y canónica de conocimiento. Lo demás se basa en ella.

Según esto, quien tendría una intelección más real (aunque insuficiente) de lo que es una insuficiencia cardíaca es el propio paciente. Mi conceptualización como médico será solo una tenue sombra respecto a la formalidad de realidad con la que el paciente nota que se ahoga. En ese sentido (solo en ése) el paciente es quien está en mejor posición para inteligir su enfermedad. El médico la intelige tenuemente, eso

sí, con un conocimiento racional y, por tanto, en profundidad cuando la asume como diagnóstico.

Por eso, si la intelección fuera plenaria no haría falta conocimiento (el paciente vendría sabiendo perfectamente lo que le pasa); por el contrario, no habría conocimiento si no hubiera intelección pues, en ese caso, el conocimiento sería un mero juego; pero la intelección exige el conocimiento para colmar su insuficiencia sentiente. Lo inteligido en el conocer es más que lo inteligido en la mera intelección, tiene un contenido más rico, pero solo es conocimiento en la medida de que actualiza lo real. “Solo a ese precio tenemos conocimiento”²⁶⁶.

1.4.10. La estructura del conocer.

¿Cómo se conoce? (¿cuál es la estructura formal del conocer?). Para Zubiri el conocer tiene tres momentos: objeto, método y verdad racional. Veamos en qué consisten y cómo se corresponderían con la práctica médica. En el ámbito del conocimiento científico, el *hecho* experimental es su modo de determinar el objeto, la *experimentación* es su método, y la *comprobación* es su la forma de acceso a la verdad. Pero no todo conocimiento es científico. No se puede dejar de insistir en que la ciencia no sería sino un modo más de conocimiento entre otros. Esto tiene una gran importancia a la hora de abrir la mirada a otras formas rigurosas de conocimiento diferentes a la científica.

No todo lo real es objeto de conocimiento, solo algunas cosas son escogidas como objeto de conocimiento. *La cosa real, en cuanto queda resaltada como algo por conocer, es lo que Zubiri llama objeto.* Aquí no se discierne meramente como una cosa entre otras del campo, sino que se aprehende esa cosa como objeto de conocimiento en profundidad. Por ejemplo, en el método clínico centrado en el paciente es el propio paciente el objeto de conocimiento en profundidad. A lo largo de la historia de la medicina se ido desplazando el objeto del conocimiento de unas realidades a otras del paciente. Pero esas realidades siempre han girado en torno a una única realidad: el propio paciente.

Pues bien, para Zubiri, al actualizar la realidad como objeto se lleva a cabo un modo de actualización específico. No solo es término de la intelección (esto también le ocurre a lo afirmado), sino que es término de la intelección que nos

²⁶⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón.* Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 164. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

remite a la realidad profunda, a conocer lo que esa cosa sea en el fondo. Ya no solo se trata de diferenciar este ruido entre soplo o tercer tono, sino de saber a qué es debido.

Por otro lado, tampoco se refiere Zubiri solamente a lo que ahí yace (*objectum*), los objetos de la naturaleza. “Hay muchas realidades que están actualizadas en forma de ob y que no son yacentes, que no son un jectum. Por ejemplo, las personas en cuanto tales, la vida, la sociedad, la historia, que no son algo jectum. Su modo de realidad es distinto de ser realidad yacente”²⁶⁷. En definitiva objeto de conocimiento es un modo de estar presente algo en cuanto acusado en la intelección, y un modo de estar presente como real y por conocer. Para algunos especialistas el objeto principal de estudio es un órgano (cardiólogos, ginecólogos) o un tipo de padecimiento (especialistas en SIDA, psiquiatras). Para otros el objeto principal de estudio es el paciente en su conjunto (médicos de familia, pediatras).

Por otro lado, un hecho puede ser objeto de conocimiento, pero no todo objeto de conocimiento es necesariamente un hecho. Objeto sería todo aquello observable por cualquiera. Lo cual no quiere decir que sea algo observable por dos observadores al mismo tiempo (un hecho histórico puede ser observado solo por un testigo). Hay objetos que solo son observables por un observador. Así, yo puedo observar mi abatimiento en toda su magnitud y extrañarme ante él (no sé por qué estoy así y querría saberlo). Mi abatimiento está ahí y lo siento como real. Pero este abatimiento mío no puede ser observado por nadie más que por mí, ya que es un momento de mi intimidad, que no es transparente a otros. Mi abatimiento es objeto de mi razón cuando afirmo “me siento abatido, querría saber por qué”. Y traslado esta preocupación a mi médico, para que, si escucha mis palabras, considere este dato objeto de conocimiento para averiguar qué me pasa en el fondo.

Podría pensarse que es solo el médico el que se hace objeto de lo mostrado por el paciente. Pero a menudo ocurre que es el paciente el que ya ha identificado un objeto de preocupación, el que ya trae algunas hipótesis explicativas (“¿a qué atribuye esto?” se pregunta clásicamente en la anamnesis) y el que traslada su agenda de objetos de su razón inquiriente al médico. Éste, a la vista de lo relatado por el paciente, puede hacer suyos estas preocupaciones, ignorarlas (demasiado a menudo ocurre esto) o asumirlas, e incluir aquellas otras que hayan ido surgiendo.

²⁶⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 178. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

Así se configuran dos listas de tareas o dos agendas de trabajo: la del paciente y la del médico.

Afirma Zubiri que el objeto está determinado por lo real mismo en su presentarse. Para él, se muestra como objeto de conocimiento porque empuja a saber lo que ese objeto es en el fondo. En la práctica clínica esto es cierto: el médico asume como objeto de conocimiento los padecimientos que le presenta el paciente. Por otro lado, el objeto no es interpretación o algo semejante, sino realidad y término de aprehensión. La cosa real se presenta como enigma, como algo con una realidad profunda por conocer. La cosa, actualizada en la aprehensión primordial, reactualizada campalmente en logos, “está proyectada sobre el fondo de la realidad profunda”²⁶⁸. El campo de la cosa real se abre a un mundo en el que está fundamentado. Solo entonces la cosa real campal cobra el carácter de objeto real.

“El “ob” no es sino la actualización de la cosa campal como cosa mundanal”²⁶⁹. Es apertura del campo al mundo, que lleva hacia el mundo, hacia la realidad fundamental. Es una transformación no en el modo de representar lo real, sino en su modo de presentarse, es en la línea del “hacia” (hacia lo profundo) y está determina por lo real, porque es modo de realidad. Por ejemplo: esta mancha que tengo en la piel, que actualiza algo perfectamente real, que reactualizo campalmente como una zona distinta de la piel normal y que parece un lunar (aprehensión dual o logos), de pronto un día sin que haya cambiado de aspecto, tras leer un artículo sobre melanoma, se convierte para mí en objeto de mi interés para saber si es realmente un lunar o algo distinto, quizá algo peligroso o amenazante (objeto de razón).

Esta transformación de la realidad en objeto de conocimiento en profundidad, concierne a la intelección determinando su actitud (el objeto es término de actitud intelectual) y concierne a lo real, pues es un modo de actualidad de lo real, quedando como sobre el fondo profundo del mundo, como ámbito de fundamentalidad. Pero ¿cómo es posible acceder a la intelección de ese fondo?

²⁶⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 199. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

²⁶⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 199. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

1.4.11. La vía de acceso al conocimiento: el método.

No se busca el mundo, sino el *fundamento* de lo real en el mundo. En términos metafóricos, no se busca bucear en realidades a las que no se puede acceder (el mundo inaccesible impresivamente) sino una *fundamentación* que nos permita entender, actualizar vislumbradamente, podríamos decir, ese fondo mundanal (inaccesible impresivamente) de lo real. Por ejemplo, no se busca penetrar en los sentimientos del paciente psiquiátrico experimentando de forma directa e inmediata lo que él experimenta, sino contar con una fundamentación que permita comprender su situación.

Pero para ello hay que abrirse paso en el mundo. El método para Zubiri es ante todo vía del conocer en cuanto tal, algo en definitiva más radical y universal que el método científico. Ni el mundo ni el objeto real son problema. Problema es la vía del objeto real a su fundamento. Porque no está determinada. Se busca una nueva actualización de la cosa real campal. Se busca una vía desde una actualización de lo real campal a otra actualización de lo real, la mundanal. Y eso ocurre así también en la práctica clínica: se busca una vía de los datos recogidos en la entrevista (actualización campal) a conocer qué es lo que le pasa en el fondo al paciente (actualización mundanal).

Esta vía no consiste en razonamiento, yendo de un juicio a otro, sino de una actualización a otra. Método “es vía, y a fuer de tal es una vía que ha de ser recorrida; es un discurrir. Pero es un discurrir en sentido etimológico, es un “discurrir”, no es un discurso lógico. El discurso lógico, el discurso del razonamiento, es tan solo un tipo de “discurrir”. Más aún, el razonamiento en cuanto tal no es método. El razonamiento tiene sus leyes propias... El método ha de conformarse con las leyes estructurales de la intelección lógica... Las leyes lógicas, la lógica entera, es órgano del conocimiento, pero no es método”²⁷⁰.

Esto es clave para comprender lo que puede significar una intelección racional de la realidad del paciente, de la realidad de enfermar. Para lograr esa intelección es necesario establecer un método, una vía de conocimiento. Zubiri nos está diciendo que el método científico, la lógica conceptual o la lógica matemática no es la única vía de conocimiento racional posible. El propio Zubiri afirma que, paradójicamente,

²⁷⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 207. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

en la inducción, no se puede estructurar un razonamiento inductivo. Pero la inducción existe como método estricto y riguroso: se parte de lo real actualizado en hechos y se va por repetición (conforme a la ley de los grandes números) desde los resultados experimentales a un enunciado general, que enuncia la actualización del fundamento. El método inductivo es método, pero no razonamiento. De ahí que, incluso dentro del método científico, unas vías pueden ser mejores que otras, por eso el método es problema.

Por ejemplo, a menudo, la lógica proporcionada por los datos fisiopatológicos y farmacodinámicos ha apoyado el uso de ciertos fármacos que, en la práctica real, han mostrado más perjuicios que beneficios. Así, el conocimiento de la farmacología de ciertos antiarrítmicos, ha hecho que se consideraran muy eficaces para tratar las arritmias producidas tras un infarto cardiaco. Sin embargo, cuando se realizaron ensayos clínicos comparando los pacientes tratados con ese fármaco frente a los tratados con placebo (ensayo que encontró dificultades éticas para su realización por los datos conocidos hasta el momento favorables al fármaco antiarrítmico), se observó que la mortalidad era mayor en los pacientes tratados que en los no tratados. Aquí se vio cómo determinada lógica (la farmacodinámica) no era suficiente para conocer la eficacia de ese fármaco. Hubo que encontrar una vía mejor (método mejor) para conocer la eficacia real de ese medicamento²⁷¹.

Pero Zubiri, además, puntualiza que la deducción matemática, por ejemplo, es algo que tiene que ver con la estructura lógica del pensar matemático, pero no concierne a la actualización de lo real matemático. Un ordenador puede realizar deducciones matemáticas, pero nunca actualizar la realidad. No basta con deducciones rigurosas, sino que es menester “hacer” la deducción operando “en la realidad matemática”. Solo esto es método matemático. Deducción es estructura. Pensar con lógica matemática es método. Por eso, el método como tal pertenece a la actividad de pensar-sentir, de inteligir sentientemente lo real. Es actualización de la realidad.

Si se admite esta perspectiva, hay que atribuir a la actividad clínica orientada a la comprensión de la realidad inaccesible impresivamente del paciente, un estatuto de plena racionalidad. Más o menos acertada, según cada caso, pero de plena racionalidad. Por eso, la actividad asistencial efectiva nunca puede dejar de ser

²⁷¹ SACKETT, David L.. *Evidence-based Medicine : How to Practice and Teach EBM*. 2ª ed. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone, 2000. ISBN: 978-0-44-306240-7

suficientemente valorada: es acción racional efectiva en continuo dinamismo. Por otro lado, esto que afirma Zubiri, además, en la práctica clínica supone una apertura del abanico de posibilidades que permiten lograr una comprensión de la realidad de enfermar.

En la intelección racional hay juicios y hay razonamientos. El razonamiento es una estructura lógica que el método ha de respetar. Pero esto es cuestión de lógica. “La lógica por sí misma nunca es, ni pretende ser, fuente de verdad. En cambio el método es esencialmente, cuando menos pretende serlo, fuente de verdad puesto que se mueve en la realidad”²⁷². El momento metódico está constituido por tres pasos de gran importancia: sistema de referencia, esbozo y experiencia. El conocer comienza con un sistema de referencia desde el cual se esboza un sistema de posibilidades que permite experimentar lo que la cosa es como realidad mundanal²⁷³. Veamos cómo sucede todo esto.

Método y sistema de referencia.

El objeto de conocimiento se entiende siempre en función de otras cosas reales previamente aprehendidas en el campo de lo real. Aquí no se entiende lo que algo “es en realidad” sino aquello “por lo que algo es realmente en la realidad, en el mundo” (no se entiende como un qué, sino como un por qué). El sistema de referencia constituye el principio canónico de la intelección racional. Y *la realidad campal es sistema de referencia para la realidad mundanal en cuanto esa realidad campal es realidad*. El campo, lo sentido del mundo, es sistema de referencia para la activa intelección del mundo.

En el campo dado por el escenario clínico esto es muy claro. Elucubrar diagnósticos sin contar con los datos ofrecidos por el paciente es dar rienda suelta a la imaginación, por muy lógica y coherente que ésta sea. Es hacer un juego intelectual ajeno al paciente. La cosa cambia al elaborar diagnósticos centrando la atención en datos del escenario clínico. En ese sentido, el campo de la realidad que se le presenta al médico ante un paciente cualquiera es mucho más complejo que los elementos teóricos (hipótesis en general, pero también conceptos que delimitan este

²⁷² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III). p. 209.

²⁷³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 222. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

o aquel aspecto del campo) que el propio médico pueda ir elaborando y por tanto, añadiendo al propio campo.

Zubiri califica de ingenuidad la reducción del conocimiento a lo que se capta impresivamente (lo talitativo de las cosas físicas) o a lo que se capta mentalmente (ideas): “Por esto todas las “ingenuidades” de la razón se reducen siempre a una misma cosa: a pensar que el mundo es formalmente idéntico a lo sentido en él, al campo”²⁷⁴. Las ingenuidades a las que se refiere son, al menos, el realismo ingenuo y el empirismo. Ciertamente el realismo ingenuo parece superado en el ámbito clínico. Pero el positivismo todavía tiene gran predicamento. Este tiende a ver únicamente hechos, conductas, estrategias, habilidades, siendo ciego a todo aquello que no es aprehensible sensorialmente. La consecuencia no puede ser otra que perder de vista los denominados aspectos subjetivos de enfermar.

También hay ingenuidades en la práctica clínica. Ésta actualmente tiene un enorme poder para traer el mundo (lo oculto) al campo (lo perceptible) en el ámbito de lo orgánico, como identificando lesiones intracraneales con técnicas de imagen. Se puede confundir lo aprehendido campalmente con lo que concierne al paciente como mundo (su realidad). Es una simplicidad afirmar, una vez que se han hecho las pruebas pertinentes para ver si hay algún problema orgánico, “usted no tiene nada”. Esta afirmación cae en la ingenuidad de confundir lo que el médico es capaz de aprehender campalmente (lo biológico) con la realidad mundanal del paciente (que incluiría sus dimensiones psíquicas, sociales, etc.).

Del mismo modo, otro ejemplo de ingenuidad de la razón clínica es el de considerar que se ha comprendido suficientemente a un paciente cuando se le ha diagnosticado de tal o cual enfermedad. En este caso, el propio diagnóstico pasa a formar parte del campo intelectual. Entender el enfermar de este paciente concreto en los términos de un diagnóstico como “cáncer de pulmón” puede obviar que lo que le ocurre al paciente es mucho más que el crecimiento incontrolado de células en un lugar de su organismo.

El campo, efectivamente, no es la estructura formal del mundo, sino nada más (y nada menos) que sistema de referencia. El campo de referencia es más que re-presentación (aunque la incluye). El sistema de referencia suministra

²⁷⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 212. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

representaciones, pero su función es direccional, para orientar la dirección de la marcha intelectual de la razón, para orientar la dirección del pensar. Por ejemplo, múltiples términos clínicos se utilizan para aludir a notas del campo (taquipnea - respiración con una frecuencia mayor de la normal-) y, etimológicamente, tienen un carácter representativo. Pero además, una vez que son identificados esos elementos del escenario clínico, tienen un carácter direccional, que orienta la marcha de la investigación clínica. A alguien con taquipnea probablemente se le hará una auscultación o una medición de la saturación de oxígeno, pero no se le preguntará de entrada si tuvo una gastroenteritis la semana pasada, pues probablemente este dato no va a aportar nada significativo a la investigación.

El positivismo lógico sostiene que un enunciado es significativo cognitivamente solo si es analítico (enunciados de la matemática o de la lógica) o si posee un método de verificación empírica (enunciados de las ciencias empíricas). Pues bien, para Zubiri el positivismo solo es una concepción -y no completa- de la intelección campal. Siendo ciego para la intelección mundanal, desconoce el carácter dinámico de la intelección racional y es ciego al carácter creador de esa marcha. Esto no supone un desprecio hacia la precisión conceptual y el rigor formal, sino muy al contrario. Pero *el mundo no tiene una estructura lógica, sino una formalidad de realidad*. Esta precisión tiene una gran importancia para la práctica médica, pues abre el campo de la comprensión racional del paciente mucho más allá de lo que permite la perspectiva positivista. Pacientes y médicos han sufrido las estrecheces del positivismo aplicado a la práctica clínica.

El campo, como hemos ido viendo, es no solo un ámbito para cualidades, sino para realidades de toda índole. No es lo mismo la realidad física, que la personal, que la biográfica, que la de la convivencia entre personas. El carácter de lo presente como objeto de intelección es tan variado como las realidades con las que nos topamos. El campo de la realidad es multiforme, plural. Cada tipo de realidad constituye un posible modo de sistema referencial. No es lo mismo tener de referencia cosas que personas. Esto, en la práctica clínica supone que el médico se enfrenta hoy día a realidades nuevas, cambiantes, ante las que tendrá que dar una respuesta.

Por ejemplo, si el médico trabaja en un contexto organizacional o social complejo, tendrá que incluir esa realidad en su campo intelectual. Cerrarse a un aspecto del campo en el que únicamente se incluye el escenario clínico dado por el

encuentro médico-paciente, le coloca en una posición en la que su respuesta a la realidad puede ser insuficiente o inadecuada. La filosofía de Zubiri invita y permite una apertura intelectual sin límites, dado que la realidad no tiene límites. La cuestión, desde un punto de vista de la razón práctica propia de la medicina, es cómo modular esa apertura intelectual de una forma adecuada.

Por tanto, el sistema de referencia es el principio canónico de intelección²⁷⁵. Es principio por ser realidad. Es el propio campo (lo sentido del mundo) en cuanto activador de la intelección del mundo. En este sentido el principal sistema de referencia para el médico es el propio paciente (en un primer plano) y la propia realidad personal del médico (si bien en una periferia). Pero también el entorno físico en el que se produce y desarrolla la relación clínica, el contexto social y existencial del paciente, y el contexto de recursos, organizativo, social e, incluso, global en el que se desarrolla la relación clínica. La doble función del sistema de referencia es representativa y direccional. Es “apoyo”-“hacia”.

Método y esbozo.

Hemos visto que el sistema de referencia es el terreno concreto sobre el que se marcha hacia la elaboración de lo real como posibilidad (lo real sin contenido, lo irreal). Las posibilidades se constituyen actualizadamente como realidades que materializan el fundamento de la realidad. La actividad pensante se apropia de esas posibilidades como posibilidades de lo que la cosa podría ser realmente, aceptando provisionalmente un trazado, un esbozo concreto de la marcha racional. Se entiende “lo posible” y también se entienden “las posibilidades”.

Así, volviendo al terreno clínico, se puede entender la posibilidad de sufrimiento (“lo posible”) en un paciente, con diferentes “posibilidades”: ya sea mediante una escala de valoración analógica en la que el paciente cuantifica su malestar (por ejemplo, con un 8, de 0 a 10, siendo 0 ausencia de malestar y 10 máximo malestar) o bien mediante una metáfora narrada por el propio paciente (“me duele todo, me duele el alma”²⁷⁶). Son dos posibilidades de intelección de cuál podría ser realmente el sufrimiento de este paciente concreto. Ambas representan

²⁷⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 211. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

²⁷⁶ Son las palabras literales de una paciente tal como las expresó al autor de este trabajo (ante la pregunta “¿le duele algo?”) con fallo multiorgánico en un estadio terminal de su enfermedad.

un esbozo de lo que podría ser la realidad en su fondo, en ese ámbito mundanal que se escapa al campo.

Esto es posible en “ese momento estructural de la actividad intelectual que es el esbozo”. El esbozo se basa en la *sugerencia* y ésta sugiere el esbozo, que es la forma concreta de la creación de posibilidades. Siguiendo con el ejemplo de la taquipnea, ésta sugiere inmeditamente varias posibilidades que surgen en la mente del clínico. Ese esbozo de posibilidades generalmente consta de tres a seis entidades nosológicas, aunque puede variar según los datos obtenidos en el campo del escenario clínico²⁷⁷

¿Cómo se esboza? Enfrentándose con lo campal como objeto de la actividad intelectual. La posibilidad siempre es algo construido, es construcción, no es algo simplemente dado. Y es construcción libre. Y la capacidad para conducir al fundamento buscado es la fecundidad. El esbozo es de fecundidad limitada . De ahí que siempre sea algo abierto a su reelaboración o a su diversidad. Pero el método no es nada si no conduce a un acceso real y efectivo al fundamento. De ahí la necesidad de experiencia.

Sin embargo hay diferentes modos clínicos de realizar esbozos. Un modo sería el del modelo biomédico, que centra su tarea en la enfermedad, en diagnosticar y tratar enfermedades previamente definidas. En él se supone que cualquier enfermo puede asignarse en una categoría nosológica, que hay una causa específica en cada entidad y que lo orgánico y lo psíquico son áreas separadas. Este modelo encaja bien con ciertos problemas de salud, especialmente los más prevalentes en la práctica médica del siglo XIX. Y todavía es adecuado hoy en muchos casos.

Sin embargo, en ámbitos como el de la Atención Primaria, donde el campo de la realidad se presenta con ciertas características, este modelo no encaja bien. Muchos pacientes vistos en Atención Primaria no pueden ser etiquetados con un diagnóstico nosológico específico (un apartado de la Clasificación Internacional de Atención Primaria es el de “Síntomas y signos mal definidos”); a menudo no puede definirse una causa específica del padecimiento; los datos empíricos indican que factores como el aislamiento social y los eventos estresantes de la vida se asocian a una mayor morbilidad orgánica y mortalidad por cualquier causa; y hay un “efecto

²⁷⁷ McWHINNEY, Ian R.. *A Textbook of Family Medicine*. 2ª ed.. New York: Oxford University Press, 1989. ISBN: 978-0-19-505986-1.

placebo” que es más probable si el paciente recibe una explicación comprensible sobre su enfermedad, si la atención se realiza por un grupo de individuos con roles asignados socialmente para el cuidado de salud (profesionales), y cuando la intervención proporciona al paciente un sentido de control sobre su enfermedad²⁷⁸.

De ahí que el modelo biomédico haya sido revisado a lo largo del siglo XX, con aportaciones como las de la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. Esto también ha llevado a una reevaluación de la epistemología médica. La distinción entre datos “duros” (procedentes del mundo natural) y “blandos” (procedentes de lo referido por el paciente) presupone un valor mayor o menor atribuido a los mismos. Sin embargo no son datos comparables. Se refieren a realidades distintas. Y por tanto, requieren esbozos diferentes y métodos de verificación diferentes. Ambos tratan de actualizar lo real inaccesible del campo.

Método y experiencia.

El acceso es formalmente experiencia. La experiencia no solo es sentir, ya sea percibir el contenido de las cosas (color, forma, peso), como que son algo real. El sentir es algo dado y la experiencia es algo logrado. Logrado sintiendo, pero logrado. Así, cuando se habla de tener o no experiencia no se está refiriendo a la mayor variedad de actos perceptivos, sino a un modo de aprehender la realidad inteliéndola en profundidad. El logro de la experiencia es profundización en la que la realidad queda actualizada como fundamento. Ya no se trata de que algo sea real, o de que sea en realidad esto o aquello, sino de lo que realmente coincida con lo esbozado.

Se trata de insertar lo irreal en lo real. Si se tratara de inteligir lo que la cosa es diferencialmente en realidad (inteligir la realidad del “sería” de la simple aprehensión), eso consiste en constatación. Cuando dudo de si esto que palpo es una masa abdominal o parte de un abdomen normal (¿”sería” esto una masa abdominal?), puedo constatarlo mediante una segunda exploración o una segunda opinión. Pero esto no es experiencia en sentido que indica Zubiri. Si se trata de inteligir lo que la cosa es realmente en su fundamente (inteligir la realidad del “podría” del esbozo de posibilidades), ya no es mera constatación, sino *probación* física de realidad. Si lo

²⁷⁸ McWHINNEY, Ian R.. *A Textbook of Family Medicine*. 2ª ed.. New York: Oxford University Press, 1989. pp. 43-58. ISBN: 978-0-19-505986-1.

que considero es que esa masa podría ser un tumor maligno, entonces lo que tengo que hacer es probarlo.

Es un ejercicio de discernimiento. Y ejercicio de discernimiento sentiente. Y esto es así porque lo que hemos logrado ha sido sentir el mundo como fundamento (actualidad realizada de la realidad profunda, inaccesible de otro modo). Consiste en “tratar de hacer del mundo algo formalmente sentido, esto es, en inteligir el mundo como sentido”²⁷⁹. En el caso anterior, tras una biopsia que me indica que se trata efectivamente de un tumor maligno llamado “adenocarcinoma de colon”, yo no veo literalmente el mismo, pero la masa palpada ahora la puedo inteligir sentientemente como “adenocarcinoma de colon”. Ahora tengo experiencia de que la posibilidad esbozada de tumor maligno ha sido comprobada en este paciente. Para Zubiri la ciencia no es un sistema de juicios, sino la actualización del la realidad profunda como fundamento y sentida como objeto, como esbozo y como experiencia.

Otro ejemplo clínico de experiencia tiene que ver con la comprobación de la estimación de la probabilidad de una determinada enfermedad ante una serie de síntomas y signos. El médico con experiencia va dándose cuenta con el paso de los años de práctica que en su contexto habitual de trabajo la probabilidad de determinados problemas de salud asociados a ciertos síntomas y signos es más o menos alta. Pero para ello se ha requerido la probación física y efectiva repetida de hipótesis. El médico que no elabora hipótesis y que no las confirma o descarta, por ejemplo, porque se dedica a proporcionar tratamientos meramente sintomáticos, nunca adquirirá una verdadera experiencia. Se afirma irónicamente que en medicina no es lo mismo tener una experiencia de veinte años de práctica que la experiencia de un año repetida veinte veces.

Formas de experiencia: obviedad.

Pero para Zubiri hay, además, diversos modos de experiencia, no solo la experiencia científica. Y esos modos configuran diversas modalizaciones del método. Una forma de experiencia es la obviedad, en la que algo nos sale al encuentro. No es lo mismo la obviedad (en el modo intelectual de la razón) que la certeza (en el modo de intelección del logos). En el primer caso se actualiza racionalmente, como fundamento, la realidad, en el segundo diferencialmente, como afirmación o juicio.

²⁷⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 235. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

Por ejemplo, cuando en la entrevista con un paciente al médico le parece obvio que el enfermo padece una depresión, es que asume que la probación de este esbozo va a confirmar el diagnóstico.

La obviedad no es lo más frecuente, pero en la práctica clínica no es tan rara. Así como la certeza se produce en el terreno de la anamnesis y la exploración física, a menudo la obviedad se produce a la hora de establecer un diagnóstico. Salvo los diagnósticos meramente descriptivos (como el de piel seca o alopecia), la mayoría se mueven en el terreno de la razón. En el caso de la obviedad, el diagnóstico se correspondería con el reconocimiento de ciertos patrones de presentación de síntomas y signos. Por ejemplo, cuando se diagnostica una infección respiratoria de vías altas no se está describiendo o diferenciando algo del campo, sino aventurando una posibilidad, por obvia que me parezca. El término infección respiratoria no deja de ser un esbozo con el que se intelige la realidad “allende”.

Formas de experiencia: experimento.

Pero también es muy frecuente en la práctica clínica que el objeto de intelección no lleve directamente a la experiencia del esbozo de posibilidades. En este caso la forma de experiencia es viabilidad (no obviedad). En este caso una forma de experiencia, el *experimento*, recaería sobre todo lo real campal (cosas, seres vivos, personas). Experimentar es, para Zubiri, “forzar a todo lo campal a mostrarme su realidad”²⁸⁰. Es provocación desde un esbozo de posibilidades. Y como modo de intelección. No es solo manipular o manejar la realidad, sino “inteligir manipuladamente, manejadamente lo real”. Así, toda observación (que nunca es registro pasivo de sucesos) es experimento. Y lo experimentado es cualquier hecho inteligible. El experimento es, pues, experiencia de la realidad.

En este preciso sentido puede considerarse experimento buena parte de lo que sucede en el ámbito de la relación clínica, aún cuando no tenga por objeto dar lugar a un conocimiento generalizable. La propia relación clínica pretende generar un conocimiento sobre el paciente. El método clínico hipotético deductivo, que se basa en la elaboración de hipótesis (esbozo de posibilidades) sugeridas por los datos que proporciona el paciente (campo de la realidad aprehendido como sistema de

²⁸⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 248. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

referencia a partir del cual inicia la intelección racional su búsqueda) es precisamente experimento en sentido zubiriano.

Como este vocablo es polisémico, puede dar lugar a confusión en la práctica médica. Se correspondería con lo que en clínica se denomina el estudio de un paciente. Éste consiste en “forzar a todo lo campal a mostrarme su realidad” y, por tanto, en intelección operativa (manipulativa) de la realidad. Esto es lo que ocurre cuando, ante la sospecha de una neumonía, se decide realizar una radiografía de tórax, o, ante la sospecha de una septicemia, realizar un cultivo microbiológico de una muestra de sangre del paciente. O cuando, ante una sospecha firme de depresión, se decide iniciar un tratamiento con antidepresivos. Todos estos son ejemplos de intelección operativa en profundidad de la realidad, del paciente.

Formas de experiencia: compenetración.

Otro modo de experiencia consiste en el “intento de asistir, por así decirlo, a la visión de lo real lograda desde su propia interioridad”. Esto no es posible para una realidad material, pero sí para una realidad humana viva. Esta experiencia “se funda en una instalación del experienciador en lo experiencial”: es lo que Zubiri denomina *compenetración*²⁸¹. Esto es lo que se expresa al decir que una persona ve por los ojos de otra. Para Zubiri “la compenetración es un riguroso modo de experiencia”, porque actualiza mundanalmente lo real en la intelección del experienciador.

Si esto es así (un “riguroso modo de experiencia”), Zubiri plantea una forma de conocimiento extraordinariamente difícil desde el punto de vista clínico. En esta forma de acceso al conocimiento en profundidad podríamos encontrarnos diversos niveles de fuerza en las formas de probación física de la realidad por parte del médico. Es claro que todo está apoyado principal y canónicamente en el campo de la realidad del encuentro clínico. En ese encuentro debería darse una escucha activa: en sentido amplio, con suficiente apertura intelectual a todo lo primordialmente aprehensible del paciente y con suficiente exactitud y precisión para discernir diferencialmente lo dado en el campo del escenario clínico.

Esta escucha activa es requisito imprescindible para que el médico pueda captar en su máxima riqueza la realidad del paciente. Pero a partir de ahí el ejercicio de compenetración solo contará con diversos niveles de encuentro entre lo

²⁸¹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 250. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

inteligido como esbozo y la realidad del paciente, en la medida de que el médico haya tenido vivencias similares a las del paciente. En este sentido, la compenetración será mucho más difícil, por ejemplo, cuando el paciente es un anciano, es decir, alguien que ha vivido cosas que el médico aún no ha podido vivir.

La obviedad será mayor en la medida de que el médico ya haya vivido lo que vive el paciente. En rigor, la mejor manera de compenetración entre el médico y el enfermo se produce en el caso de que el médico haya pasado por lo que está pasando el paciente. Esta forma de acceso se superpone a la obviedad. Si el médico acaba de sufrir una determinada enfermedad, le resultará obvio lo que puede estar pasando el paciente con ese problema. Y el nivel de compenetración con él a la hora de conocer lo que le ocurre será grande.

Pero esto no es tan frecuente. De hecho, no ha ocurrido la mayoría de las veces (afortunadamente). Entonces nos encontramos ante el reto de lograr un modo de experiencia y, por tanto, de conocimiento que puede ser muy importante para colocarse en una posición de ayuda médica al paciente. ¿Cómo entender lo que le sucede a alguien con una depresión si no se ha atravesado un problema así? ¿Cómo entender lo que le sucede a alguien que ha sido diagnosticado de cáncer, si no se ha vivido algo así? ¿Cómo entender las limitaciones funcionales progresivas e inexorables de la edad, si aún no se ha llegado a la vejez?

En este caso, el objeto de la razón sería la interioridad de la realidad del paciente ante la enfermedad. Qué siente, como ve afectada su percepción del espacio, del tiempo, de su propia realidad, de su propio cuerpo, cómo influye en su proyecto vital, en las relaciones sociales, etc. Los esbozos que tratan de aproximar esta interioridad del enfermo han sido de orden filosófico (fenomenológico principalmente)^{282,283} y de orden narrativo²⁸⁴. Su transcendencia en la capacitación clínica no puede dejar de subrayarse. El clínico, equipado con herramientas que le ayuden a comprender vivencias de la gente con los problemas de salud más frecuentes y graves (cáncer, diabetes, etc.), se situará en una posición de ayuda mejor que el que no cuente con esas herramientas.

²⁸² TOOMBS, S. Kay. *Handbook of phenomenology and medicine*. Dordrecht;Boston: Kluwer Academic, 2001. ISBN: 978-1-40-200151-2.

²⁸³ CASSELL, Eric J. *The nature of suffering : and the goals of medicine*. New York: Oxford University Press, 1991. ISBN: 978-0-1951-5616-4.

²⁸⁴ CHARON, Rita. *Narrative Medicine : Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press, 2008. ISBN: 978-0-1953-4022-8.

Estos esbozos pueden ayudar al clínico a comprender un poco mejor lo que puede suceder en la interioridad del paciente. Pero la forma de comprobar si esos esbozos se encuentran con la realidad del paciente concreto no puede ser otra que la escucha activa y el diálogo, donde se contrastan impresiones y donde se realiza un ejercicio de interpretación y verificación de la misma con los datos ofrecidos por el paciente. Es un ejercicio hermenéutico orientado a una comprensión en profundidad de cómo el paciente experimenta su propia vulnerabilidad, cómo afecta a su vida y cuáles son sus preferencias. Este ejercicio requerirá ser modulado en orden a la promoción o restablecimiento de la salud, pues tampoco se trata de compenetración por compenetración, sino de compenetración orientada a un ejercicio médicamente efectivo.

Formas de experiencia: la postulación.

Otro tipo de probación física es el de probación de realidades postuladas, como las de la lógica o la matemática. Para Zubiri el postulado no es un postulado de verdad sino de contenido de realidad en postulación. El modo de experiencia en este caso es la *comprobación*. Hay realidades postuladas que no son de este tipo. Por ejemplo la realidad de ficción. Los dos momentos que exigen coherencia interna en este caso son lo fingido y la aprehensión de su realidad en ficción.

En la práctica clínica no es frecuente la experiencia de realidades postuladas. Salvo que se refiera a ciertas operaciones matemáticas sencillas, empleadas para calcular ciertos datos. A menudo, ni siquiera hay este tipo de experiencia pues las herramientas informáticas evitan ese tipo de tareas. Este tipo de actividad es frecuente, sin embargo, en actividades relacionadas con la investigación o con la valoración crítica de la literatura biomédica. Tampoco es frecuente en la práctica clínica tener experiencias de ficción. Pero sí es frecuente en actividades formativas que reproducen situaciones clínicas, ya sea en formatos docentes tipo taller que buscan actualizar ciertos conocimientos o, más frecuentemente, en el ámbito de las habilidades (talleres de comunicación, de reanimación cardiopulmonar, de cirugía).

Formas de experiencia: la conformación.

Pero hay aún otro modo de experiencia para Zubiri: la experiencia de mi propia realidad profunda (no accesible a lo campalmente inteligido). No solo se trata de un tipo de introspección en la que me siento como algo real, ni en la que me siento como que soy en realidad esto o aquello. En ese sentido el objeto de

intelección soy yo mismo. Soy yo mismo como algo a averiguar, por ejemplo, qué puedo desear o ser realmente. Para ello necesito un método que me permita dar discernidamente una respuesta. Y esto se logra “en la probación física de mi propia realidad, en una experiencia de mí mismo”. Y para ello tengo que insertar un esbozo (algo irreal, como hemos visto) de posibilidades de lo que soy en mi propia realidad. Y la experiencia de mí mismo es conocimiento de mí mismo.

Zubiri pone como ejemplo el esbozo de una determinada vocación: ¿tengo o no tengo tal vocación? Para dar una respuesta no cabe otro remedio que probar el esbozo (esta vocación) en mi propia realidad y conducirme íntimamente conforme a lo esbozado. Para él esta experiencia es una experiencia de *conformación*. Así, conocerse a uno mismo es probarse en conformación. Por tanto, no hay un abstracto concóctete a ti mismo. No cabe duda de que el tipo de esbozo que mejor se ajusta a este modo de experiencia es el surgido de lo narrativo, ya sea en formato de narración escrita, filmada o narración desplegada con la vida real de las personas. De estas narraciones surgen modelos humanos, formas de ser, caracteres, que se comportan como esbozos y pueden sugerir diversos cursos de acción a explorar. Estos esbozos conforman la propia realidad y, por tanto, la propia identidad en la medida que son incorporados.

Como ya se ha visto anteriormente, el análisis que Ricoeur realiza sobre la identidad, basado en la teoría del lenguaje y la teoría narrativa, diferencia identidad *idem* e identidad *ipse*²⁸⁵. La noción de carácter como el “conjunto de signos distintivos que permiten identificar de nuevo a un individuo humano como siendo el mismo”²⁸⁶, harían referencia a elementos accesibles a una aprehensión impresiva del sujeto narrativo, es decir, sería aprehensión diferencial que quedaría en el momento del logos. Para él, en el carácter hay una identidad que es al tiempo mismidad e ipseidad: el “qué es” recubre al “quién es”. Es respuesta a qué soy, no a quién soy.

Pero además, Ricoeur defiende otro modelo narrativo de permanencia en el tiempo, aparte del carácter. Es el de “la palabra mantenida en la fidelidad a la palabra dada”²⁸⁷, que es cumplimiento de una promesa, algo que parece constituir un

²⁸⁵ Lo *idem*, lo mismo, lo idéntico es empleado en el contexto de comparaciones y tiene como contrario el otro, distinto, diverso, desigual: es la mismidad. Lo *ipse* tiene que ver con la identidad que permanece en el tiempo (sin que implique ninguna afirmación sobre un núcleo no cambiante de la personalidad): es la identidad del sí. RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. XII-XIV. ISBN: 84-323-0923-0.

²⁸⁶ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 113. ISBN: 84-323-0923-0.

²⁸⁷ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 118. ISBN: 84-323-0923-0.

desafío al tiempo, una negación del cambio. Aquí no es respuesta a qué soy. La pregunta que antecede a la palabra mantenida es la de “¿quién?” Dicho de otro modo, si en el carácter está en juego “qué soy”, en la promesa dada está en juego “quién soy”. En la experiencia cotidiana, “contar con alguien es a la vez contar con la estabilidad de un carácter y esperar que el otro cumpla con su palabra”²⁸⁸. Pues bien, en los modelos de lo que es un auténtico y un buen médico estarían implicados ambos niveles. La experiencia de conformación consistiría en un proceso de identificación con los mismos, que tantea la propia realidad con ellos.

En resumen, Zubiri nos muestra cuatro modos de experiencia: experimentación, compenetración, comprobación y conformación. No son los métodos al modo de los de las diversas disciplinas (física, psicología, historia, etc.), sino modos de intelección metódica. Todo método disciplinar, por otro lado, puede implicar varios de estos modos intelectivos.

1.4.12. *La verdad racional.*

Desde la experiencia la intelección descubre si la realidad coincide o no con el esbozo de posibilidades. Así, en el proceso de resolución de problemas clínicos, por ejemplo, la generación de hipótesis supondría la generación de un abanico de posibilidades. Diversas investigaciones al respecto, como ya se ha señalado anteriormente, indican que los clínicos generan su primera hipótesis tan pronto como el paciente presenta el primer problema, y hasta entre dos y cinco hipótesis en un momento dado, ya que manejar más de seis resulta difícil para la mente humana²⁸⁹. Posteriormente estas hipótesis se van probando de una u otra manera y viendo si coinciden o no con la realidad del paciente.

¿Pero de dónde surgen esas hipótesis en la práctica clínica? Se trata de hipótesis diagnósticas o terapéuticas. Esos esbozos han sido probados previamente en otros pacientes, bien a o largo de la vida profesional del médico, bien mediante investigación sobre grupos humanos similares al paciente. Lo que busca el clínico es saber si esos esbozos coinciden o no con el paciente individual que tiene delante. Normalmente los esbozos diagnósticos orientan los esbozos terapéuticos. Pero ocasionalmente son los esbozos terapéuticos los que permiten probar una coincidencia entre un esbozo diagnóstico y la realidad (diagnóstico “*ex juvantibus*”).

²⁸⁸ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 148. ISBN: 84-323-0923-0.

²⁸⁹ McWHINNEY, Ian R.. *A Textbook of Family Medicine*. 2ª ed.. New York: Oxford University Press, 1989. p. 135. ISBN: 978-0-19-505986-1.

El encuentro entre el esbozo y la realidad es lo que Zubiri considera verdad racional. Siguiendo con el anterior ejemplo, el encuentro entre aquellas hipótesis que coinciden con la realidad del paciente sería verdad racional. La verdad es actualización de lo real en la intelección. Por tanto la hipótesis no es la verdad, sino solo en cuanto modo específico de actualización de la realidad en la intelección de este paciente aquí y ahora. Es lo real lo que confiere su verdad a la intelección. “Verdadera” según su propia alteridad de realidad. Es por ello que podemos afirmar que es el propio paciente el que de una manera u otra (por una u otra forma de experiencia de su realidad) le confirma al médico si está o no en la verdad racional.

Para Zubiri, la forma radical, primaria y esencial de la verdad es un mero estar presente de lo real en la intelección, y esto ocurre de forma plena en la verdad real o simple. De ahí que la forma plena de verdad es aquella en la que el médico se encuentra en un cara a cara con el paciente, con plena (y simple) impresión de realidad. En la verdad dual (así como en la verdad racional), por el contrario, hay dos momentos de la intelección de lo real que deben coincidir: Es verdad coincidencial. La coincidencia puede ser entre lo real y una simple aprehensión (*autenticación*), por ejemplo entre este soplo cardiaco sistólico y la simple aprehensión de soplo cardiaco sistólico; puede ser entre lo real campal (la cosa-su simple aprehensión) y la afirmación, con lo que lo real dicta su verdad, es *veridictancia*.

En la anamnesis es necesario muy a menudo comprobar que las afirmaciones del paciente coinciden con las simples aprehensiones del médico. Cuando un paciente afirma “siento fatiga”, el médico tiene que aclarar a qué simple aprehensión se refiere: puede tratarse “astenia” (cansancio), “disnea” (falta de aire) o “náusea”, en términos médicos. Si en el paciente hay veridictancia, pero las simples aprehensiones del médico no coinciden con las del paciente, el médico no logrará una aprehensión lógica de lo que le ocurre a su paciente.

Pero hay una forma más de verdad, también coincidental, que es aquella en la que lo real campal no está actualizado en un acto (ni aprehensivo, ni afirmativo) sino en una *actividad de búsqueda* mundanal. Aquí la coincidencia es entre lo real campal y su fundamento. Se trata de *encuentro*, algo que abarca autenticidad y veridictancia (igual que ésta necesariamente abarca autenticidad). Y esta verdad es *verificación*, verdad de la intelección racional en búsqueda. Esto es lo que se hace al probar las hipótesis en el proceso de resolución de problemas clínicos: se verifica.

El cumplimiento de la verificación es el modo en cómo lo real verdadera en la intelección, cumpliendo lo esbozado. Es cumplimiento de lo que “podría ser” (hipótesis) en lo que “realmente” es (paciente). La verificación no concierne solo a lo inteligido, sino también a la intelección, pues es un “co-transcurrir” en actualidad. Y es coincidencia determinada por lo real mismo. El conocimiento sería así intelección de las cosas en cuanto que nos dan la razón.

Este conocimiento, en medicina, proviene normalmente de la comprobación de ciertas hipótesis diagnósticas o terapéuticas en ciertas poblaciones humanas (investigación), por tanto, con un cierto poder de generalización. Sería el conocimiento en general sobre los diagnósticos y tratamientos. Pero también es conocimiento la verdad coincidental surgida de la comprobación de hipótesis en el paciente concreto. Este sería conocimiento del paciente. Ambas formas de conocimiento son necesarias para el ejercicio clínico.

El conocimiento procedente de la investigación es generalizable porque su realización cumple con unos requisitos metodológicos válidos. Es decir, porque ha probado suficientemente su verdad en esa población estudiada. Además, para su aplicación en la práctica clínica, debe haber una cierta similitud entre la población estudiada en condiciones experimentales y aquella a la que pertenecería el paciente individual. De algún modo, el método clínico se va cuestionando si este paciente podría pertenecer a esta realidad mundanal, de carácter poblacional, que ha cumplido ciertas hipótesis en condiciones experimentales.

No deja de ser inquietante cuando el médico observa que el paciente no está de acuerdo con su impresión diagnóstica. Si, después de un proceso diagnóstico complejo (en el que puede ser necesario discernir varios problemas, tanto psíquicos como orgánicos), el paciente no acaba de sentirse identificado con la valoración médica (no se siente en coincidencia con ella), el clínico prudente probablemente tendrá que revisar tanto las hipótesis, como su forma de informar al paciente. La coincidencia entre el diagnóstico médico y la impresión del paciente de que ese diagnóstico es verdadero (después de la explicación dada por el médico) sería un dato más a la hora de fundamentar la verificación clínica de esa hipótesis. Especialmente en los diagnósticos de tipo psiquiátrico, que aluden a la realidad psíquica interna del paciente. En caso de que el paciente no le pueda dar la razón al médico, recae en el médico el peso de probar fehacientemente la verificación de su hipótesis.

En la experiencia del conocer, lo real nos está dando (o quitando, que es lo mismo), la razón, como vemos. La experiencia es, por tanto, verificante. Ian McWhinney, médico de familia canadiense, afirma que “cuanto mayor es la experiencia del clínicos en su campo, mayor será el poder [la fecundidad, en términos zubirianos] de su hipótesis. Eso depende, sin embargo, del uso que el médico ha hecho de su experiencia. Hay una conocida comparación entre el médico con veinte años de experiencia y el que tiene un año de experiencia repetido veinte veces”²⁹⁰.

Lo real verifica la razón a partir de la necesidad de la intelección campal de fundamentar algo; lo hace cuando algo es posible y esa posibilidad puede realizarse en el campo; es decir, una forma de verificar es traer el mundo al campo. Y esto es algo dinámico (es un ir verificando) que tiene que tener consecuencias confirmables en lo campal (si no se verifican estas consecuencias el esbozo no sería verdad). Para que haya verificación tiene que haber una concordancia del esbozo con la realidad campal, pero también puede haber una convergencia de verificaciones desde distintos esbozos. Por ejemplo, si yo sospecho que el cansancio de este paciente es debido a una depresión y no a un problema orgánico, puedo ver si concuerda una valoración psíquica positiva para depresión y una valoración biológica negativa para cualquier problema orgánico. En ese caso hay una convergencia en la verificación de dos diferentes esbozos.

Afirma Zubiri que carácter estrictamente formal de la verificación no consiste en oponerse al error, sino en adecuación. La provisionalidad no consiste sino en parcial inadecuación. He ahí la limitación de la razón. La intelección dinámica cobra en la marcha que inicia la razón, un carácter propio: es verificación en *tanteo*²⁹¹. Sea como fuere, la razón humana siente que su marcha transcurre en la realidad. De ahí la firmeza de esta marcha intelectual. Y siente los diferentes estadios de esta marcha como tanteos. Por ejemplo, cuando el médico va verificando si se haya ante una enfermedad grave, su forma de actualizar la realidad cobra una densidad grave. Y esto tiene sin duda consecuencias en las emociones del médico. Es realidad que le afecta. Pero, ante todo, es realidad que puede exigirle modular (incluso apartar) sus emociones y dar una respuesta racional al problema.

²⁹⁰ McWHINNEY, Ian R.. *A Textbook of Family Medicine*. 2ª ed.. New York: Oxford University Press, 1989. p. 136. ISBN: 978-0-19-505986-1.

²⁹¹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 271. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

La inmensa mayoría de las intelecciones racionales, por otro lado, no son absolutamente verificables. La verificación, por ser progresiva admite grados. La verificación adecuada es una verificación total, en la que la intelección inquierente de lo real encuentra lo real como cumplimiento pleno de lo esbozado. Lo real es entonces algo estrictamente racional. La vía que nos ha hecho llegar a lo real es justamente la vía de lo racional. Pero cuando la verificación es inadecuada, el esbozo no está totalmente cumplido. La experiencia es solo cumplimiento de algunos aspectos o momentos de lo esbozado. Es verificación parcial.

Por ejemplo, la realidad que nos presenta un paciente es una realidad sumamente compleja y, en cierto modo, inabarcable racionalmente. De ahí el riesgo de creer que la verificación de un problema de los que se vienen llamando orgánicos es adecuada cuando se localiza e identifica ese problema orgánico. La perspectiva biológica o, dicho de otro modo, el esbozo biológico, nunca está totalmente cumplido en la realidad del paciente.

Un diagnóstico de cáncer de pulmón, perfectamente identificado en la anatomía patológica y estadiado con los estudios de extensión preceptivos, no está cumplido en la realidad del paciente, que lo siente como amenaza vital, quizá dolor y, casi siempre, como un sufrimiento que invade su existencia, no solo su pulmón o su cuerpo. El esbozo biopsicosocial propuesto por Engel para superar los reduccionismos biologicistas mejora la perspectiva anterior, pero aún no cuenta con la dimensión del paciente como realidad moral. Estos ejemplos no son más que ilustraciones de la permanente limitación del conocimiento racional que nos muestra Zubiri.

Este modo de verificación parcial es, por tanto, propia de lo razonable. Cuanto más razonablemente se va verificando algo, más se tiende constitutivamente a lo racional estricto. “En el límite de esta constitución coincidirían la razón de la verdad y la verdad de la razón. Cuando no hay sino aproximación a este límite quedan solo razonablemente coincidentes la razón de la verdad y la verdad de la razón”²⁹². Si el esbozo no es verificable, esto puede ser por varios motivos. Si se trata de una experiencia negativa de un esbozo, aquí lo inteligido es algo refutable. La hipótesis de trabajo, por tanto, se descarta. La otra posibilidad es que la verificación sea experiencia de no-verdad. Entonces es verificación de falsedad. Así, cuando la

²⁹² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 275. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

exploración física de un paciente que está fingiendo, no se corresponde con el problema que pretende simular, nos encontramos en esta situación.

También es posible que no sea verificable la verificación, tras experiencia de no verificabilidad. Es el caso, en el terreno clínico, de pacientes en los que someterles a determinadas pruebas diagnósticas supondría un riesgo excesivo de daño, o en el que el paciente prefiere no seguir investigando pues siente que le acarrea más perjuicios que beneficios. Entonces quizá la intelección se tiene que abrir a otros posibles tipos de verificación, a una marcha de un nuevo tipo. O, simplemente, asumir la incertidumbre de la no verificación incluyendo todas las posibilidades y actuando en consecuencia.

Esto es lo que Zubiri denomina dialéctica de la razón. La verificación es dialéctica por su momento de progresiva adecuación, pero también porque es una marcha de lo verificable y de lo inverificable hacia nuevos esbozos. Es la *dialéctica de la razón sentiente*²⁹³, es inteligir en marcha dialéctica de “sugerencia-esbozo”. En este sentido, el método clínico es progresiva adecuación, marcha hacia esbozos cada vez más coincidentes con la realidad del paciente: es por tanto un buen ejemplo de la dialéctica de la razón sentiente. Dialéctica que convive necesariamente con la incertidumbre.

Lo propio de la verdad racional es, en cualquier caso, ser actualidad de encuentro y cumplimiento en la intelección de lo real y su fundamento. Como encuentro, lo real verdadea el esbozo. La actividad esbozante es apropiación de posibilidades en una opción libre, aunque sugerida por el campo de la realidad. Como cumplimiento, lo real verifica el esbozo, que queda cumplido en la probación física de la realidad. En ese sentido “el cumplimiento es realización física de posibilidades”²⁹⁴. Así, hay cumplimiento cuando se confirma una hipótesis en una investigación clínica, pero también cuando se confirman las preferencias del paciente en un ejercicio de compenetración con el mismo, o cuando se tiene una experiencia de conformación con la que uno se siente realmente identificado.

Cuando el inteligir ha hecho que suceda algo, esto es para Zubiri suceso. El clínico y el paciente, ambos, hacen que ocurran, que sucedan cosas al someter a

²⁹³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 277. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

²⁹⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 301. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

prueba las distintas hipótesis. La intelección racional, por ser cumplimiento, es formalmente histórica, puesto que cumplimiento es realización de posibilidad. Y realización es suceso. Para Zubiri “la historicidad es un carácter intrínseco de la intelección racional, de la verdad racional”²⁹⁵. No es cuestión de que la verdad racional tenga historia, sea verdad de algo histórico, ni de que esté históricamente condicionada, sino de que es formalmente histórica en sí misma en tanto que verdad. Por otro lado, no consiste esa historicidad en decurso tempóreo del proceso de pensar, sino en un modo de constituirse esa actualidad de lo real: actualidad cumplida. En este sentido, el ejercicio clínico en el que se ven envueltos médicos y pacientes encaja también con un ejercicio de la razón histórica, tal como la entiende Zubiri.

La verdad racional tiene por un lado un carácter de encuentro, es verdad lógica (autenticidad y veridictancia) y, por otro lado, un carácter de cumplimiento, es verdad cumplida, es verdad histórica. Estos aspectos encuentran su unidad en la actualidad del verdadar de lo real en la actividad pensante. Actualidad que es impresión de realidad, realidad sentida, realidad aprehendida sentientemente como problema (“pro-blema”). Es una modulación de la impresión de realidad que nos da la realidad como medida, como fundamento mensurante.

La razón se mueve ya en la realidad y queda determinada por ésta en parte por la exigencia evidencial (propia del logos) y, además, por la *fuerza coercitiva* de lo real²⁹⁶. Y el conocimiento es inteligir lo que algo es en realidad como momento del mundo. El conocimiento es verdad en esbozo y es por tanto intrínseca y formalmente lógico-histórico precisamente por ser intelección cumplida en encuentro. Y como intelección en profundidad, el conocimiento es intelección fundamental. Es intelección en razón. Para Zubiri el conocimiento no es solo juicio o sistema de juicios, sino un modo de actualidad de lo real e la intelección.

La aprehensión primordial no es conocimiento rudimentario, sino que el conocimiento es intelección sucedánea de la aprehensión primordial. El conocimiento nace de una intelección insuficiente y termina en intelección ulterior²⁹⁷. Desde el punto de vista del contenido puede que el conocimiento sea a veces más rico que lo

²⁹⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 302. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

²⁹⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 310. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

²⁹⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 315. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

aprehendido primordialmente, pero lo que posibilita el conocimiento es precisamente el momento de realidad de lo conocido. Una aprehensión primordial completa de la realidad jamás daría lugar a conocimiento, ni lo necesitaría. “Lejos de ser la forma suprema de intelección, el conocimiento es, (por ser actualidad racional de lo real de índole lógico-histórica), una intelección inferior a la mera intelección de la aprehensión primordial”²⁹⁸.

Todo esto sugiere que aquellas formas de atención clínica en las que el encuentro clínico no se produce, por ejemplo a través de consultas en Internet, corren el riesgo de iniciar la construcción de un conocimiento, como tal, muy problemático. El encuentro cara a cara con el paciente proporciona una cantidad de datos mucho mayor que el encuentro virtual en la red. Pero además, la formalidad de realidad de la red no es más que una tenue sombra de lo que es la formalidad de realidad de un paciente cara a cara. Es posible que las tecnologías de la comunicación permitan ciertos tipos de consulta médica muy específicos, pero a penas podrán sustituir la densidad formalmente real del encuentro cara a cara. Las técnicas audiovisuales proporcionarán una mayor riqueza de contenidos, pero aún así serán limitadas respecto a una entrevista clínica realizada de forma directa e inmediata al paciente.

1.5 LA UNIDAD DE LA INTELECCIÓN.

A lo largo de su principal trilogía, Zubiri examina lo que es la inteligencia sentiente en sus tres modos: aprehensión primordial de la cosa real, intelección de una cosa real entre otras de un campo (intelección campal, logos), y la intelección de cada cosa real ya aprehendida en el campo pero actualizada ahora como momento de la realidad del mundo (razón). Cada uno de estos momentos está apoyado en el anterior. Y lo que tenemos es una unidad intelectual.

Esta unidad no hay que verla como una unidad estratificada, con estratos independientes y apoyados unos en otros. En realidad cada uno de esos “estratos” está presente e incluido en el anterior. Así, la aprehensión primordial está presente e

²⁹⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 316. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

incluida en el logos y ambas lo están en la razón. Más que planos son modos de intelección. Tampoco son modalidades de intelección sucesivas, sino más bien comienzo y despliegue de unas respecto a otras. Zubiri prefiere ver esta unidad como una unidad de maduración. Logos y razón no hacen sino colmar la insuficiencia de la aprehensión primordial. Pero sin la aprehensión primordial no habría intelección alguna. Es un enriquecimiento paradójico, pues lo es, pero no en tanto en cuanto realidad.

Para referirse a la unidad de la intelección él se refiere a inteligir la cosa “*realmente*”. Este realmente abarca tanto el “en realidad” (campo) como “en la realidad” (razón). Inteligir es reactualizar la realidad, siempre es presentarse, tener presente lo inteligido. La aprehensión del verde queda *comprendida* por el fotón. *Comprender* no significa aprehender, sino abarcar algo. Este abarcar es “comprensión”: hemos comprendido y no solamente aprehendido el verde real. El sentido que le da Zubiri a la palabra comprensión es el de entender algo. “El acto unitario de esta intelección es pues comprensión”²⁹⁹.

Podríamos ver la relación clínica como un momento en el que hay al menos dos intelecciones (paciente y médico) tratando de resolver algo. Ese algo es problema. Es realidad problemática que se muestra de un determinado modo a la aprehensión primordial: en primer lugar como aprehendido formalmente como algo real. Pero también como algo real cuya índole empuja a una intelección enriquecida por el logos y la razón. Si esto es así, la clásica tarea del médico de diagnosticar esta o aquella enfermedad y la clásica tarea del paciente de dejarse diagnosticar y tratar, puede abrir su horizonte intelectual a la tarea de comprender. Ya no se trata de diagnosticar esta o aquella enfermedad, sino de comprender el médico al paciente y el propio paciente a sí mismo.

Zubiri propone que la actividad intelectual plenaria de la razón es la comprensión: experiencia comprobada de la realidad. Esto, en el ejercicio clínico, es mucho más que elaborar un diagnóstico. Éste, al fin y al cabo, no es más que un esbozo en el cual difícilmente cabe la complejidad de la realidad humana, especialmente de la realidad humana sufriente a causa de eso que denominamos enfermedad. Para la comprensión hemos visto que ni siquiera son suficientes los esbozos de orden psicológico que buscan una explicación de las disfunciones

²⁹⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 330. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

psíquicas. Para lograr ese modo de experiencia que Zubiri denomina compenetración son necesarias otras vías diferentes a las experimentales. Vías ligadas a los métodos hermenéuticos, de interpretación de las manifestaciones de la interioridad humana, que buscarían una experiencia de compenetración orientada a un mejor conocimiento del interior del paciente enfermo.

Pero para Zubiri la tarea de comprensión no es solo una tarea de interpretación de sentido, o vivencia (del paciente) interpretada. Interpretar sería tan solo un modo de comprender. El paciente puede interpretar sus síntomas (vivencia) como amenaza vital (sentido). Es una forma de comprenderlos. Cuando acude al médico y éste le muestra que no es así, que son algo relacionado con el estrés (sentido muy distinto), se modifica la interpretación y surge una comprensión diferente de lo que le pasa.

En el plano de las vivencias, la vivencia es un tipo de realidad (que en la clínica se suele describir en forma de síntomas), es realidad sentida por el paciente de forma directa e inmediata. Por eso, lo que se comprende no es el sentido de esa realidad, sino la realidad de lo sentido. Lo que se comprende es la realidad de esa vivencia, es aprender lo real desde lo que realmente es. Así, interpretar es solo un modo de comprender. Y comprender no es sinónimo de inteligir, es solo un modo de inteligir.

Por otro lado, el término formal de comprender, nos dice Zubiri, no es la cosa, sino el *fundamento* de la cosa, la estructuración misma de lo real. Es verdad que se busca comprender al paciente. Pero el término en el que acaba su comprensión no es el propio paciente. Esto sería una ingenuidad. El término formal de esa comprensión no es otro que el esbozo probado y verificado. Por ejemplo: inteligir que esta imagen radiológica *parece* un cáncer de pulmón. Aprehendo esta imagen con todas sus notas, incluida sus características (forma, tamaño, etc.). Al afirmar que esta imagen parece un cáncer de pulmón no solo he inteligido la imagen radiológica con sus notas, además he inteligido su *posible* histopatología. Es intelección de lo que la imagen podría ser histológicamente en realidad. Pero si además soy capaz de decir que la imagen se corresponde realmente con un cáncer de pulmón (porque lo he verificado histológicamente, viendo la muestra al microscopio), entonces he *comprendido* lo que es esa imagen. Esto es la comprensión. Comprensión de una imagen (algo real), cuyo término es un esbozo verificado (cáncer de pulmón).

El término que utiliza Zubiri es *estructuración*, es inteligir la estructuración de lo real como real. Es “ver” cómo lo que algo es realmente va determinando o ha determinado la estructura de esa misma cosa real³⁰⁰. Así, comprender es recuperar desde lo que una cosa realmente es, sus notas y su estructuración. En el ejemplo anterior, es inteligir cómo “cáncer” determina las características de la imagen. Es inteligir, en otro ejemplo, cómo la depresión determina el cansancio, la falta de concentración, etc., de este paciente aquí y ahora. Con ello no se intelige más, sino mejor. A la aprehensión primordial de la realidad le faltaba comprensión.

El diagnóstico correcto de esta o aquella enfermedad es un paso en la comprensión de lo real en profundidad. Pero es un paso siempre insuficiente. Conformarse con diagnosticar es conformarse con una forma estrecha e insuficiente de comprensión racional del paciente. Esto queda muy patente en el abordaje clínico del dolor. Por eso, en la comprensión de este problema es necesario contar, no solo con la perspectiva biomédica (que propone identificar los mecanismos nosológicos del dolor), sino con la perspectiva del propio paciente. Desde esta perspectiva, que ha indagado sobre los aspectos psíquicos y vivenciales vinculados al dolor, se descubren aspectos que mejoran la comprensión de esa realidad denominada dolor. Esta perspectiva pone de relieve, por ejemplo, que los pacientes experimentan el “reto existencial” del cáncer como un tipo de dolor que puede ser mayor que el dolor físico³⁰¹, algo a lo que la aproximación experimental es ciega. Son formas de acceder a una comprensión del dolor, que a menudo han quedado fuera del horizonte de la atención del médico.

Zubiri afirma que, si aceptáramos que la aprehensión primordial fuera intuición, ésta sin más no es comprensión. La riqueza de la intuición deja en pie su pobreza de comprensión. Por eso la intelección plenaria es “aprehensión comprensiva”³⁰²: comprender. Ciertamente esta intelección es a pesar de todo limitada en su dirección y tiene grados. Se puede comprender más o menos, mejor o peor. También la limitación procede del nivel (bioquímico, biológico, psíquico, social, etc.) de comprensión que se busque. Ya hemos visto la limitación de los enfoques reduccionistas, pero también hay limitaciones desde otros puntos de vista.

³⁰⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 335. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

³⁰¹ SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. *Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline* [en línea]. Edinburgh: SIGN, 2008. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign106.pdf> [Consultada: diciembre 2009]

³⁰² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 337. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

Pero además hay diversos tipos de comprensión. Uno de ellos es la explicación causal, según leyes. La explicación es, así, un modo de comprensión. Otro es la interpretación, que no se limita al sentido, sino a la realidad misma de lo vivencial. Para Zubiri causalidad es una teoría que quiere explicar un modo de funcionalidad de lo real. Lo que podemos sentir es la funcionalidad (unas cosas están en función de otras respectivamente) pero no la causalidad. En la práctica clínica rara vez se puede hablar de causalidad. Sería más apropiado hablar de funcionalidad, sobre todo desde un paradigma biopsicosocial.

Zubiri denomina entendimiento a la inteligencia comprendiendo. La inteligencia entiende algo cuando comprende lo aprehendido cómo es realmente. El entendimiento sería facultad de comprender. Y la intelección de las cosas nos deja en un determinado “estado intelectual”. Estado es un modo de quedar las cosas determinado por algo. Zubiri aquí no se refiere al estado psicológico, que haría referencia al sujeto en su conjunto. Él se refiere al estado intelectual, más restringido que el estado psicológico. En este sentido, en la medida de que lo inteligido es realidad, el estado intelectual queda determinado por ella.

Es un quedar al tiempo lo real y la intelección. Un “con-quedar”. “Lo real queda en la intelección y la intelección misma queda prendida en lo real”³⁰³. Se trata de quedar retenidos por lo real en lo real en cuanto real. Y esto es lo que él llama rigurosa y formalmente *saber*. Saber no es un acto, sino un estado. Este estado es tan peculiar, que no puede extrañar que su etimología pertenezca al sentido del gusto, *sapere*. Literalmente, podríamos decir que el saber médico acerca de un paciente concreto, supondría un saborearlo de algún modo. Lo cual, con frecuencia, no es plato de gusto y esto puede explicar por qué la dificultad de la medicina para asumir comprehensivamente la dura realidad que se le muestra en muchos pacientes.

Así, habría tres formas de saber, de saborear. En la aprehensión primordial de la realidad, en la intelección sentiente, el estado en que la realidad nos deja puede ser más o menos rico en cuanto a su contenido, pero contiene la máxima riqueza en lo que concierne a la formalidad de realidad: es el momento clínico de la entrevista cara a cara con el enfermo. Es impresión de realidad en todo su realismo: es retención en la realidad misma por la realidad en cuanto tal. Todas las demás intelecciones se deben a que estamos en la realidad. En el logos y la razón el saber

³⁰³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 345. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

no es un quedar en la realidad, sino un quedar en lo que realmente es lo real. Pero hay un tercer tipo de saber, dice Zubiri: cuando quedamos comprensivamente en la realidad. Es volver a la cosa real desde lo que sabemos que realmente es: forma plenaria (aunque siempre inacabada) de intelección.

Así, para él queda claro que el objeto del saber es la realidad, no la objetividad, ni el ser. Y esto, hay que insistir en ello, abre el horizonte intelectual del médico a todo lo concerniente al paciente. El objeto del saber no es lo “objetivable”, lo diagnosticable, podríamos decir, sino el propio paciente. Inteligir y sentir no solo no se oponen, sino que constituyen una sola estructura que Zubiri denomina inteligencia sentiente. “Gracias a ello, el hombre queda inamisiblemente retenido en y por la realidad: queda en ella sabiendo de ella. Sabiendo ¿qué? Algo, muy poco, de lo que es real. Pero, sin embargo, retenido constitutivamente en la realidad. ¿Cómo? Es el gran problema humano: saber estar en la realidad”³⁰⁴.

Así, Zubiri nos enseña que la máxima riqueza en lo concerniente a la formalidad de realidad se produce en el encuentro clínico, en el cara a cara de la entrevista clínica entre el médico y el paciente. Cuanto más tiempo y variedad en el entorno de este encuentro, mayor sentido de la realidad, mayor realismo, con respecto a la realidad con que nos estamos encontrando. Ese momento va a determinar la vía o vías de investigación del clínico. Éste, cuanto más firmemente asentado esté en la realidad del paciente, probablemente mejor orientará su marcha intelectual para lograr una comprensión de lo que le ocurre. Todas las demás intelecciones que hagamos sobre este paciente aquí y ahora dependen necesariamente de esta forma directa e inmediata de estar en la realidad.

Pero también nos enseña que la forma plenaria de intelección es quedar comprensivamente en la realidad. Volver y volver a ella, a la “cosa” (al paciente, en nuestro caso) una vez inteligida como logos y razón. Así, nuestro objeto de saber como médicos va más allá de “lo objetivo”, o el “ser” del paciente (su enfermedad, la entidad nosológica concreta). El objeto del saber del médico es un aspecto concreto de la realidad del paciente. Su conocimiento consistiría en comprensión racional de la realidad del paciente en tanto en cuanto tal. Saber acerca del enfermo no solo es saber qué enfermedad puede tener. También es encuentro verdadero (en

³⁰⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 352. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

autenticidad y veridictancia) y coincidencia entre las hipótesis (lo esbozado) médicas y su realidad.

Pero la cuestión fundamental a la que nos remite Zubiri al final de su trilogía es la de saber estar en la realidad. Queda abierta, por tanto: ¿cuál podría ser la forma de saber estar en la realidad del médico? Para ello hay que profundizar en la índole de la práctica médica como tal, pues es ésta la que configurará la manera de estar del médico en la realidad.

CAPÍTULO 2

La dimensión moral humana

Zubiri no trató de forma amplia el problema de la ética. Su texto más extenso es el titulado *El hombre realidad moral* (publicado en el libro *Sobre el hombre*). Este texto procede de un curso impartido en la década de los cincuenta. Sus contenidos probablemente hubieran sido reformulados por el propio Zubiri, desde la perspectiva de su filosofía posterior. Afortunadamente su obra ha inspirado distintas reflexiones éticas. Por la dirección que asume la reflexión de Diego Gracia, muy próxima a los problemas éticos propios del mundo sanitario, en su momento nos apoyaremos en ella para ver de qué manera contribuiría a fundamentar una ética de las profesiones desde la práctica médica.

Pero de momento, se realizará una reflexión basada en algunos contenidos del curso impartido en los años cincuenta y en un breve texto de Zubiri sobre ética tomado de *Sobre la esencia* (1962). Éste forma parte de la filosofía madura de Zubiri y es referencia frecuente de los distintos autores que apoyan su propia reflexión ética en aquél. Asimismo, nos apoyaremos en textos procedentes de dos cursos impartidos en la década de los sesenta: *Acerca de la voluntad* (1961) y *El problema del mal* (1964), publicados en el libro *Sobre el sentimiento y la volición*, editado por vez primera en 1993.

En el siguiente capítulo se realiza una aproximación a la dimensión moral de la realidad humana. Una revisión de la dimensión intelectual ha ayudado a descubrir y explicar posibilidades para la práctica médica. Del mismo modo, en esta sección se hace una indagación de posibilidades para una ética aplicada desde el análisis de los hechos de la volición. En ellos no solo se busca abrir el abanico de posibilidades para la razón práctica; además, se trata de identificar en estos hechos elementos que puedan formar parte del propio sistema de referencia, en cuanto sistema de apoyo direccional en la marcha de la razón moral.

En los actos volitivos Zubiri nos descubre una estructura de poder efectivo. Poder que no solo es apoyo, sino condición necesaria para el inicio de la marcha moral. Pero también nos descubre elementos del mismo que, como parte del sistema de referencia, son estrictamente apoyo direccional (como la libertad, la cuestión del bien y del mal, y la dimensión fuente de la volición) para iniciar dicha marcha. Hasta el punto de que no es posible obviarlos sin un riesgo grave de errores, por ejemplo, en el caso de los paternalismos o cursos de acción autodestructivos del propio profesional, como el *burn-out*. Por otro lado, también a modo de ejemplo, un esbozo de competencias profesionales (intelectivas, morales, técnicas) encuentra

una excelente fundamentación en el análisis pormenorizado de los hechos volitivos. Éstos, como parte del sistema de referencia, podrán también formar parte de los elementos de justificación de las posibilidades abiertas a la razón práctica.

Los capítulos se han ordenado desde el análisis descriptivo de hechos vinculados a lo moral. Por eso no se trata de una lectura lineal de la obra de Zubiri, sino de una lectura selectiva de textos que aluden a los diversos momentos de la volición. De ese modo se ha buscado una descripción de la moral como estructura formal de la condición humana. En primer lugar se aborda la noción de la volición para ver cómo identifica Zubiri sus dimensiones y momentos. Cada una de las tres dimensiones volitivas, tendente, preferencial y fuente, plantea un problema concreto. Respectivamente, el problema de la libertad, el problema del bien y el problema de la felicidad.

La interpretación de los textos de Zubiri se hará de acuerdo con el criterio hermenéutico propuesto por Diego Gracia, de realizarla desde la trilogía sobre la inteligencia, recreando el contenido desde las categorías de esta obra³⁰⁵; pero además, se buscará ampliar, aunque solo sea de un modo muy breve, las vías abiertas por Zubiri. Se buscará ilustrar el propio análisis de Zubiri mediante ejemplos obtenidos de la práctica médica, pero también se hará un esfuerzo de ampliación del análisis de algunos de estos hechos instalándonos en el propio acto, allí donde se ha considerado que puede tener un interés para la práctica médica. Se busca, por tanto, una perspectiva meramente descriptiva, huyendo en lo posible de construcciones teóricas. De este modo, se sigue un método en el que las lecciones de Zubiri constituyen una guía.

³⁰⁵ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Presentación*. En: ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1993. p. 12. ISBN: 84-206-9046-5.

2.1. EL ACTO VOLITIVO.

La voluntad ha sido un concepto tratado desde el punto de vista antropológico (como facultad), moral (en relación con la cuestión de la intencionalidad), metafísico (como principio de realidades y motor de cambio) y teológico. Hasta el siglo XVIII la mayoría de autores la ha considerado como una facultad humana, sin embargo esto constituye una entificación de la realidad que hace de este término teoría. Los hechos que tenemos delante son simplemente los actos voluntarios o voliciones. Estos son los que ahora nos interesan.

El concepto clásico de voluntad es el de una facultad de carácter racional, que no se mueve como el deseo (Aristóteles). Tomás de Aquino toma de Aristóteles la noción de voluntad como apetito racional: la voluntad no querría nada que no se conociera antes, pero, por otro lado, la voluntad no deja de ser libre albedrío que se mueve a sí mismo en razón del fin propuesto. Frente a esta perspectiva relativamente intelectualista, Duns Escoto plantea un punto de vista voluntarista, según el cual la voluntad es un verdadero motor, que impulsa y dirige el movimiento en todo el reino de las facultades³⁰⁶.

Para Zubiri, como veremos, estas perspectivas aluden únicamente a aspectos parciales de la actividad volitiva que no consiguen caracterizarla de forma radical. Para él, la volición tampoco es espontaneidad, sino un peculiar modo de actividad intencional paradójicamente quiescente, como “estar en un acto en cierto modo activo”.

Zubiri asume que en la actividad voluntaria hay una intencionalidad, hay un in-tender a algo³⁰⁷. Así, la voluntad se referiría a un modo de actividad quiescente en la que hay intento y determinación. En ella hay deseo (tendencia, apetito), hay determinación y hay un modo de actividad quiescente (no tiene por qué conllevar acción o movimiento alguno); se distingue de un quimérico estado de indeterminación o indiferencia. Un ejemplo de ese tipo de actividad quiescente sería complacerse en la posibilidad de restablecer la salud de un enfermo.

³⁰⁶ FERRATER MORA, José. *Diccionario de filosofía Tomo IV (Q-Z)*. Barcelona: Ariel, 2004. p. 3723. ISBN: 84-344-0504-0 (T.4) : 84-344-0500-8 (O.C).

³⁰⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 32. ISBN: 84-206-9046-5.

Para él, el hombre, antepuesto a su situación (gracias a su sentido de realidad que le permite sentir algo más que estímulos), y por encima de sí mismo y de las cosas que crean la situación (es decir, en supervisión de sus propios deseos y de lo deseable), desciende precisamente a una de esas cosas prefiriéndola, y depone en ella su propio y plenario bien. La esencia formal del acto de volición es para Zubiri el *querer*, que significaría aquí un tender, preferir y, al mismo tiempo, deponer efectivamente el propio bien en una determinada realidad³⁰⁸. Así, en el ejemplo anterior, habría un deseo de restablecer la salud, una preferencia por ello ante otras posibilidades del querer y una complacencia en la mera posibilidad de restablecer la salud, en cuanto algo formalmente real. Aún cuando todavía no se haya realizado acto sanador alguno.

Hay, por tanto, actos que denominamos voluntarios en los que hay una dimensión de deseo (tendencia, anhelo), otra de preferencia de unas realidades sobre otras, y una dimensión de efectiva complacencia. Todo esto quedaría incluido en el verbo español “querer” (en sentido de haber querido y estar queriendo efectivamente esto o aquello). Por este motivo Zubiri afirma que “*la esencia de la volición consiste en querer*”³⁰⁹. En el despliegue dinámico temporal del querer habría, pues, tendencia, preferencia y complacencia. Siendo esto es así, el querer restablecer la salud de otro es la esencia de un acto volitivo que, en ese momento, descansa en una mera posibilidad. Es punto de partida para cualquier práctica sanadora. En él se depone el bien de otro, pero también el propio bien.

Al utilizar este término (querer) no se refiere Zubiri únicamente al desear o preferir, sino que incluye además ese despliegue dinámico de querer queriendo. “La voluntad es el acto de querer. Y un acto de querer que tiene tres dimensiones o tres componentes: Una tendencia en virtud de la cual apetece, en una u otra forma, aquello que se quiere; en segundo lugar, un acto determinante de aquello que se quiere, en forma de preferencia; en tercer lugar, un acto activo”³¹⁰.

³⁰⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 42. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁰⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 52. ISBN: 84-206-9046-5.

³¹⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 53. ISBN: 84-206-9046-5.

2.1.1. Los momentos del acto volitivo.

Para Zubiri la estructura de la voluntad consiste en la capacidad (entendida esta no como mera facultad, sino en un poder efectivo) de querer. Y esta estructura de poder se muestra en sus diferentes momentos según el momento del querer que se vaya analizando. La voluntad en cuanto capacidad es constructo teórico, idea. Pero el poder efectivo es algo accesible a la aprehensión impresiva de la realidad, es algo constatable para un observador.

Los momentos que se van describiendo a continuación son momentos específicamente definidos como tales por el propio Zubiri, aunque pasa por ellos en sus escritos de forma muy somera. Sin embargo, los diversos momentos de la volición tienen importancia en la medida de que forman parte del análisis pormenorizado del hecho volitivo. De ahí que aquí y ahora se haga un breve y libre desarrollo de cada uno de ellos. Esta ampliación es libre, pero no arbitraria, pues se trata de describir con la mayor precisión posible el momento específico al que alude Zubiri desde la perspectiva de la práctica profesional. Para ello se busca instalarse en cada uno de esos momentos y describirlo, utilizando el lenguaje con la mayor precisión y exactitud posibles.

Para Zubiri los momentos en los que se articularía el proceso de la volición serían ocho³¹¹:

1. El que podríamos denominar (aunque Zubiri no alude a él con un término concreto) *momento tendente o pático*, que tiene que ver con la distinta capacidad de movilizarse a querer. Se correspondería con una estructura más o menos apática o hiperpática.

En el terreno profesional, por ejemplo, este es el momento de sentir las propias tendencias, tanto a la hora de la elección de una u otra profesión, como en el momento efectivo practicar esa profesión en unas u otras condiciones. Pueden ser apetencias por trabajar intensamente, por descansar, por trabajar aquí o allá, de esta o de aquella forma, por rehuir la dificultad o por luchar, etc.

En la medicina occidental son los autores anglosajones como Gregory y Percival, que en el siglo XVIII llaman la atención sobre el poder de la sensibilidad

³¹¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 61-64. ISBN: 84-206-9046-5.

interior como factor impulsor de la acción sanadora. La tendencia a sanar estaría en buena parte inspirada por la com-pasión. Percival ve en ella un poderoso estímulo a la tendencia sanadora del médico: “La genuina compasión despierta la atención del alma; da energía a todas sus potencias; sugiere lo conveniente en el peligro; suscita la acción enérgica en la dificultad; y fortalece la mano para ejecutar con prontitud los propósitos de la cabeza”³¹².

Por el contrario, Maslach y Jackson caracterizaron el problema del desgaste profesional definiendo tres dimensiones, una de las cuales es la despersonalización. Ésta la definieron como el desarrollo de actitudes de *insensibilidad* y cinismo hacia los receptores del servicio prestado³¹³. Según esto, el profesional quemado podría haberse configurado en una estructura con tendencia apática, con una pérdida de sensibilidad, que le incapacita (en sentido de restar poder) para movilizarse a querer.

Por el contrario, una estructura hiperpática se caracterizaría por un excesivo poder de movilización a querer. Situaría al profesional en una permanente y excesiva tensión generada por la confluencia de tendencias (pre-tensiones) que la práctica profesional suscita en él.

Según todo esto, la realidad en la que se mueve el médico incluye un momento tendente, que puede estar afectado por el propio temperamento, el paciente y las circunstancias en las que se trabaja. Se trata de un momento que puede ser objeto de atención para su cuidado, el cuidado de las tendencias.

2. El “*momento de alerta*”. Aquí el individuo “pasa su mirada y recorre con su vista el panorama de aquello que tiene que querer”. Zubiri pone como ejemplo, por un lado, al que es “vigilante y cauto”, y en el otro el que “se deja llevar”. Y afirma que “interviene la unidad integral de las estructuras somáticas y de todas las estructuras psíquicas”.

Aquí Zubiri está aludiendo a un momento netamente intelectual, en el que la intelección sentiente posibilita esa “mirada” que “recorre con su vista” un determinado “panorama”. Sin embargo parece que al aludir a lo que “tiene que

³¹² PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. pp.125-126.

³¹³ MASLACH, C ; Jackson, SE ; Leiter, MP. *Maslach Burnout Inventory Manual* 3ª Ed. Nueva York. Consulting Psychologist Press, 1996. Citado en: MINGOTE ADÁN, José Carlos ; Moreno Jiménez, Bernardo ; Gálvez Herrer, Macarena. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 2004 Sep., vol. 123, núm. 7, p. 265-270.

querer”, se desliza hacia otro momento volitivo, el de preferencia, ya que el *tener que* presupone un orden preferencial. Para evitarlo bastaría con afirmar que el individuo pasa su mirada y recorre el panorama de aquello que *puede* querer.

Si esto es así, el momento de alerta es el momento del descubrimiento de las posibilidades del querer, de la volición. Y ese descubrimiento es un proceso personal, más o menos compartido, en el que el otro (u otros) ayudan a descubrir el abanico de todas aquellas posibilidades reales disponibles para el querer. En este proceso habría un momento de realidad en el que las posibilidades se muestran como algo real, “de suyo” y afectante. Pero también habría un momento de discernimiento y diferenciación entre unas y otras. En este caso la deliberación compartida puede dar lugar a una apertura de posibilidades que conocen bien quienes han tenido el privilegio de participar en ella.

En la relación clínica, durante el proceso del consentimiento informado, el profesional sanitario, como conocedor de las posibilidades de salud, de pruebas diagnósticas y de opciones terapéuticas que tiene un determinado paciente desde su situación particular, puede tener un papel fundamental como elemento iluminador en este momento volitivo del enfermo. Es el médico el que mejor conoce las posibilidades diagnósticas y terapéuticas y puede abrir delante del paciente un abanico de cursos de acción.

Desde la perspectiva de la propia práctica profesional el momento de alerta se correspondería con un momento de apertura a posibilidades reales y concretas de realización personal del profesional, de posibilidades de innovación, etc.; pero también es un momento de apertura y alerta ante posibilidades de daño o deterioro personal o de la propia práctica. Una de las mayores aportaciones que hace un comité de ética asistencial es precisamente la ampliación de posibles cursos de acción para resolver problemas éticos de la práctica clínica.

En el caso del profesional quemado podría haberse producido un fracaso de la capacidad de alerta para descubrir ciertas posibilidades de deterioro personal. El agotamiento y la falta de realización personal pueden tener que ver con ciertas condiciones laborales, pero también con una incapacidad estructural de estar alerta a la hora de descubrir posibilidades reales, especialmente si se asocia a trastornos emocionales que tienden a provocar un sesgo cognitivo que oculta posibilidades.

3. El “*momento de preferencia*”. Desde un “estado de alerta, contemplado panorámicamente aquello sobre lo cual tiene que querer, el hombre va a deponer su preferencia en unas cosas o en otras”. Aquí Zubiri alude a una mayor o menor facilidad del preferir vinculado, no solo a consideraciones morales, sino a la forma de ser. Es obvio que este momento de preferencia es esencial. No solo depende del carácter de cada uno, sino de la situación en la que uno se encuentra. En ocasiones, una posibilidad se muestra, se actualiza, de forma evidente como preferible ante a otras. Pero a menudo esto no es así. A veces uno desconoce simplemente lo que prefiere; o el querer se encuentra dividido entre preferencias que parecen competir entre sí.

En la práctica clínica se encuentran dos momentos de preferencias: el del sanitario y el del paciente. Es un hecho que la tendencia es a que el sanitario imponga su preferencia sin contar con la del paciente. En un estudio, entre el 30 y el 50% de los pacientes hubiera querido participar más en las decisiones médicas tomadas sobre su salud³¹⁴. La conclusión de estos datos sugiere, más allá de un diagnóstico de paternalismo, que los profesionales se comportan como agentes morales que no toman suficientemente en consideración el momento de preferencia de las personas a las que atienden.

En el profesional quemado pudiera parecer que hay una anulación del momento preferencial. Sin embargo no tiene por qué ser así. El profesional quemado puede preferir no haber elegido su profesión actual. El momento preferencial se mueve aún en el terreno de lo posible. Se prefiere una determinada posibilidad, sea esta viable o no.

4. “*Momento de expectancia*”. El momento de expectación “de lo accesible o de lo inaccesible”, responde “al tema de la accesibilidad o inaccesibilidad de aquello que uno preferiría”. También aquí hay un componente relacionado con la manera de ser (desde el sosegado que ve el panorama de expectativas tranquilamente, al que es víctima de la ansiedad). Desde el punto de vista del individuo, el momento de expectación añade una tensión al acto volitivo. Si se renunciara a cualquier expectación no habría posibilidad de progreso. Lo que ahora me es inaccesible, nunca llegará a ser accesible si renuncio a cualquier

³¹⁴ PICKER INSTITUTE EUROPE. *Is the NHS getting better or worse?* [en línea]. Oxford: PIE, 2005. Disponible en: http://www.pickereurope.org/assets/content/pdf/Survey_data_analyses/million_patients_for_web.pdf [Consultada: septiembre 2011]

expectativa al respecto. La expectación lo es de algo preferible y, a su vez, se enlaza con lo anhelado, con lo deseado, es decir, con las tendencias.

Por ejemplo, en el proceso normal de capacitación profesional hay unas expectativas respecto a lo que el individuo espera lograr y, por tanto, un momento de expectación que, efectivamente, puede ser vivido desde muchas claves temperamentales y emotivas. En el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes médicas hay momento de expectación; en la tarea asistencial hay expectación; en la actividad investigadora también.

El momento de expectación, comprendido como parte del acto volitivo efectivo, se mueve en un estado de mayor o menor confianza. Este estado está caracterizado por sentimientos de certeza o seguridad en relación a la viabilidad de lo que todavía no se puede aprehender aquí y ahora como realidad efectiva. Confianza es un estado en el que se puede aceptar que una determinada posibilidad es más o menos viable. En el que una determinada posibilidad no solo se aprehende como real (tiene aquí y ahora su momento de realidad), sino que es realizable. La pre-visión de viabilidad de aquello que es objeto de expectación genera confianza.

García-Marzá dedica su atención a la dimensión ética de la confianza. Él la caracteriza como un recurso imprescindible y premisa básica en las relaciones humanas, como algo intangible, un valor relacional, un hecho social básico, una actitud del individuo, como algo con capacidad de predicción. Se trata, en definitiva, de algo referido a “las expectativas razonables de que algo va a tener lugar”³¹⁵. De tal modo que actuar confiadamente es actuar como si supiéramos del otro más de lo que sabemos. Así se hace posible lo que, de otro modo, sería imposible.

Este autor cita a Gambetta para señalar que considera que tenemos confianza cuando la probabilidad de que otro va a actuar de forma beneficiosa o al menos no perjudicial es alta³¹⁶. Esto ocurre en situaciones de incertidumbre y, por tanto, de vulnerabilidad para quien tiene que confiar. La confianza no es ciega cuando se conocen buenas razones para depositar la confianza en alguien.

³¹⁵ GARCÍA-MARZÁ, Domingo. *Ética empresarial : del diálogo a la confianza*. Madrid: Trotta, 2004. p. 63. ISBN: 84-8164-694-6.

³¹⁶ GAMBETT, D. *Making and Breaking Cooperative Relations*. New York: Basil Blackwell, 1988. p. 217. Citado en GARCÍA-MARZÁ, Domingo. *Ética empresarial : del diálogo a la confianza*. Madrid: Trotta, 2004. p. 64. ISBN: 84-8164-694-6.

Por ejemplo, el paciente es alguien que alberga expectativas acerca del médico. Puede que esas expectativas sean adecuadas o inadecuadas a la propia labor del médico y a sus propias posibilidades. En la medida en que el médico sea capaz de explorar, identificar y ser consciente de esas expectativas (insisto, sean o no adecuadas), entonces podrá tratar de responder positivamente a ellas, ayudar a reelaborar las falsas expectativas del paciente o reconducir aquellas que no son adecuadas. Todo ello puede contribuir a generar un estado de confianza (seguridad) que fortalece la relación clínica. La confianza se nota, es un modo de estar en la relación clínica. Y es algo buscado por los profesionales de la salud desde tiempos inmemoriales.

Desde el punto de vista de las posibilidades preferidas, hay quien depone su preferencia en cosas inviables, inaccesibles o quiméricas. Entonces la expectativa se queda en mera expectativa, interrumpiéndose el decurso del acto volitivo. Puede que esta sea la situación de muchos profesionales quemados. Objetivos inalcanzables, ideales frustrados, posibilidades de ejercicio profesional valiosos perdidos. Se interrumpe el acto volitivo, que llevaría a la realización de esas preferencias, en el punto de las expectativas.

5. “*Momento de la urgencia*”. “En definitiva, hay que elegir alguna vez”. También aquí, afirma Zubiri, hay diferencias: “Hay hombres que sienten la importancia antes que la urgencia -éstos generalmente alargan sus voliciones indefinidamente-. Hay otros hombres que sienten más bien la urgencia antes que la importancia”.

Parece que este sería el momento de elegir, pues presupone al mismo tiempo la dimensión temporal y la dimensión propiamente de elección: “hay que elegir alguna vez”. En el momento siguiente, el de *arrojo*, Zubiri presupone la cosa “ya elegida”. Por eso, si el momento de preferencia parecía presuponer un momento de elección entre una o más posibilidades, no es así. Se puede preferir sin decidirse a elegir entre esta o aquella preferencia.

Desde la perspectiva de su dimensión temporal, este sería el *kayrós*, el momento oportuno para la elección. Desde la perspectiva de la dimensión propiamente electiva, este momento presupondría un momento de determinación, de especificación de aquello en lo que uno depone su preferir. Este momento cobra importancia en aquellos actos volitivos que admiten un margen de maniobra en el tiempo, que permiten ser precipitados o pospuestos.

6. *“Momento de arrojó”*. Es el momento de “ponerse a ello”. Hay individuos con una estructura explosiva, frente a otros con una estructura indecisa según la cual les cuesta ponerse. Sería el momento de inicio de la realización efectiva del acto volitivo. He apetecido esto, he aprehendido que tengo estas posibilidades, he preferido esto, lo he anhelado, lo he elegido aquí y ahora, y me pongo a ello. Por ejemplo, en la práctica médica es habitual la necesidad de actuar de forma decidida. Es posible que la decisión sea acertada o equivocada, razonable o no razonable, pero hay que actuar. Se trata de un momento inexorable. Por otro lado, el desarrollo de cualquier competencia precisa en su inicio un momento de arrojó.

7. *“Momento de firmeza”*. Porque las acciones humanas “no son instantáneas, duran algo”. Se corresponde con una forma de ser más o menos voluble, más o menos constante o inconstante. La inconstancia en un acto volitivo que requiere duración equivale a la claudicación del propio acto, a una claudicación de la volición. La constancia tiene que ver con la identidad: qué soy (constancia en la forma de ser) y quién soy (constancia en la palabra dada). La constancia está a la base del desarrollo de cualquier competencia fundada en la estructura moral humana, ya sea competencia intelectual, técnica o ética. Pero además, también es una condición necesaria para mantener un estado de confianza en la relación clínica.

8. *“Momento de fruición”*. “¡Cuántos descontentadizos hay que tienen poca capacidad de fruición!”, afirma Zubiri, identificando fruición y disfrute, fruición y complacencia. Se abordará con amplitud más adelante.

Zubiri ve, en la unidad formal de este proceso que va desde la movilización del hombre en sus tendencias hasta la fruición final el transcurso del acto concreto de la volición, “el acto de la capacidad de querer”. Se trata de un acto en el que tendencias, posibilidades, preferencias, expectativas y elección convergen en un acto efectivo de fruición, que le da unidad a todo ello.

Como hemos visto, describe tres dimensiones o componentes del acto volitivo: “Una tendencia en virtud de la cual apetece, en una u otra forma, aquello que se quiere; en segundo lugar, un acto determinante de aquello que se quiere, en forma de preferencia; en tercer lugar, un acto activo”³¹⁷. Además, afirma que “la unidad

³¹⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 53. ISBN: 84-206-9046-5.

intrínseca de esas tres dimensiones constituye la estructura formal de la fruición humana” y que “es imposible disociar esas tres dimensiones por completo”³¹⁸. Desde aquí podríamos tratar de diferenciar a qué dimensiones corresponden los distintos momentos del acto volitivo.

Así, a la dimensión tendente, correspondería sin duda el momento que hemos denominado tendente o pático. A la dimensión determinante correspondería obviamente el momento de preferencia. Y a la dimensión de acto activo, el momento fuente.

Pero la dimensión determinante no sería posible sin el momento de alerta en el que uno recorre sus posibilidades más o menos preferibles. Y tampoco sería posible sin un momento de expectación, en el cual se supone que una determinada posibilidad es realizable. Tampoco lo sería como tal dimensión de un acto volitivo si no culmina en una elección (momento de “urgencia”). Por eso, entiendo que pueden considerarse como momentos vinculados a la dimensión determinante de la volición el momento atender (“alerta”), de preferir, de esperar (“expectación”) y de elegir (de “urgencia”).

Por otro lado, la dimensión de la volición como acto activo culmina e incluye (además de todo lo anterior) el momento de “ponerse a ello” (de arrojarse), en el momento de fruición propiamente (de estar en ello) y en el momento de firmeza (de mantenerse en ello). De ahí que podamos considerar estos tres momentos como parte específica y esencial de esta dimensión de la volición como acto activo.

2.2. DIMENSIÓN TENDENTE DE LA VOLICIÓN.

Desde la Grecia clásica el término *ὄρεξις* puede ser traducido por deseo o apetito, tal como en este caso hicieron posteriormente los escolásticos (*appetitus*). Tanto algunos griegos como escolásticos lo entendieron como algo que afecta a toda realidad. Por eso Zubiri asume esta noción en un sentido lato de tendencia de una realidad a algo. Puede ser tendencia física (como el caer de una piedra al suelo), una tendencia del sujeto a algo que le es ofrecido (como apetito ante un plato de

³¹⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 53. ISBN: 84-206-9046-5.

comida), o una tendencia a algo en virtud de su presencia a la razón (como deseo de verdad o de justicia). La voluntad sería la facultad de apetito racional.

Clásicamente los sentimientos son modalidades o modos del apetito, en sentido de tender a algo, una tendencia ordenada al término de esa tendencia, lo que apetece. Los escolásticos le llamaban pasiones. Estas serían afecciones que se tienen en las tendencias, o respecto a las cosas o por las cosas a las que se tiende. Los escolásticos también defendieron que el objeto de la tendencia es algo real y efectivo (como contrapuesto a imaginario), que se tiende a lo bueno y se huye de lo malo, que las tendencias o apetitos tienen distintas modalidades (los apetitos concupiscibles y los apetitos irascibles), y que tienen dos estratos distintos e incomunicados: el de los apetitos sensibles (tendencias animales) y el de los apetitos racionales (regidos por la voluntad).

Zubiri cuestiona todo esto de forma radical: no está claro que lo imaginario carezca de realidad, no está claro que haya apetitos superiores e inferiores según sean sensibles o racionales, sino apetitos humanos y, para él, las tendencias no son lo mismo que los sentimientos; son causa de sentimientos, pero no necesariamente al revés³¹⁹.

Como es sabido, para él “la volición incluye como ingrediente esencial lo deseable”³²⁰. Y ha querido distinguir el acto de la volición en su conjunto, del apetito o la tendencia propiamente. Si la filosofía clásica distingue entre el apetito sensitivo y el apetito intelectual, cuando habla de tendencias, Zubiri elimina de raíz esa distinción. Y esto es así no solo porque descubre la intelección como un acto unitario de inteligir y sentir, sino además, porque la tendencia (“tendencialidad”) humana tiene una estructura unitaria según la cual, formalmente la volición es tendente.

Para poder seguir su discurso es necesario instalarse en los hechos a los que alude. Por tanto, si a continuación se habla de sentimientos, hay que atender a lo que acontece cuando siento. Si se habla de volición, hay que atender a lo que acontece cuando yo actúo voluntariamente. Desde esta perspectiva pueden apreciarse las diferencias entre sentimientos y tendencias.

³¹⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 330. ISBN: 84-206-9046-5.

³²⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 38. ISBN: 84-206-9046-5.

2.2.1. Acerca de los sentimientos.

Zubiri sostiene que los sentimientos no son formalmente tendencias, sino *estados*. En este sentido discrepa del escolasticismo que entiende los sentimientos como modos tendenciales. Para él son la forma en que uno “está”³²¹: “Sentimiento es un modo de estar, un modo de sentirse... Un modo de estar realmente en la realidad, o si se quiere, es sentirse realmente en la realidad... No consiste meramente en la modificación del tono vital, sino en que esa modificación concierne al modo de sentirme en la realidad”³²².

Por eso “sentimiento no es lo mismo que afección”. La afección es lo que acontecería en el mundo viviente carente de inteligir sentiente, carente de sentido de realidad. En este caso lo que acontece es simplemente una respuesta tónica a un estímulo. Por el contrario, el sentimiento es algo diferente, “sentimiento es estar atemperado a la realidad... no son meros estado subjetivos de sentir... envuelven una referencia a la realidad... Es atemperamiento a la realidad... La realidad no solamente es de la inteligencia como aprehendida en ella, ni solo es realidad como apetecida por la voluntad, sino que es también realidad del sentimiento... atemperamiento a la realidad”³²³.

Siendo esto así, vemos que los sentimientos son un modo de estar en la realidad. Hay que señalar que la realidad puede ser la realidad que podríamos denominar “externa” (circunstancias) y la realidad “interna” (la propia sustantividad) al individuo. Si los sentimientos son un atemperamiento a la realidad, quiere decir que los sentimientos son un modo en el que el sentiente entra en resonancia con ella.

Y quiere decir que, efectivamente, no son algo meramente subjetivo, sino que se trata de que, en los sentimientos, la realidad se nos muestra físicamente. Ese modo, el de la realidad resonando sentientemente, adquiere diversos contenidos que describimos a veces muy dificultosamente con palabras. Así, podemos hablar de tristeza, de gozo, de amargura, de placer, de hambre, de tranquilidad, de inquietud. Son diversas formas o contenidos con los que nos topamos con lo real (la realidad

³²¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 330-1. ISBN: 84-206-9046-5.

³²² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 331-3. ISBN: 84-206-9046-5.

³²³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 336-7. ISBN: 84-206-9046-5.

propia y la circundante). Aunque con diversos contenidos, todos los sentimientos, aún los más elementales “envuelven un momento de realidad en cuanto tal”³²⁴. El que está triste está realmente triste. Esto es lo que hace que los sentimientos sean algo peculiar humano. Pero esto no es todo.

Efectivamente, el que está realmente triste se da cuenta de que su tristeza es algo real, pues la formalidad de realidad de ese sentimiento es ineludible. Pero, además, a veces se da cuenta de que esa realidad (el sentimiento de tristeza) es atemperamiento a una circunstancia real determinada, como el fallecimiento de un familiar. Hay un inteligir sentiente de la tristeza como tal sentimiento y, a su vez, hay un atemperamiento a una realidad que determina el sentimiento.

Pero los sentimientos pueden mostrarse de un modo poco diferenciado (“me siento extraño”, “me siento fatal”, etc.) en el que no sé expresar con precisión lo que estoy sintiendo. Por tanto, los sentimientos también pueden ser objeto de una intelección diferencial, que busca delimitar qué tipo de sentimiento me embarga aquí y ahora. Yendo más lejos: a veces, aún cuando sepa qué siento, por ejemplo tristeza, me encuentro con que resulta ser motivo de extrañeza: ¿por qué? Entonces, ese sentimiento de tristeza puede ser objeto de un inteligir en búsqueda, puede ser objeto de indagación de la razón.

La práctica clínica, especialmente la relativa a la psicoterapia, se orienta a menudo a hacer aflorar sentimientos al paciente, a ayudarlo a describirlos y delimitarlos, así como a aclarar sus motivos. Pero esta actividad estrictamente intelectual puede ser aplicada a uno mismo. No solo hay caracteres más o menos sensibles. También hay caracteres más o menos intelectivamente abiertos a la detección, diferenciación e interpretación de los propios sentimientos.

Pero ¿cuál es la índole de los sentimientos, cómo es esa forma en la que la realidad sentiente humana resuena con la realidad en general? En primer lugar, hay que insistir en que Zubiri afirma que “el sentimiento es en sí mismo un modo de versión a la realidad... Sentimiento es afecto sentiente de lo real... Así como la intelección es formalmente intelección sentiente, así también el sentimiento es sentimiento afectante y la voluntad es voluntad tendente.”³²⁵ Por tanto, la forma en

³²⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 67. ISBN: 84-206-9046-5.

³²⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 283. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

la que la realidad se atempera con respecto al sentiente no es intelectivamente, ni volitivamente, sino, simplemente, afectivamente.

Los sentimientos son meras afecciones, que dan lugar a afecciones. “La esencia del sentimiento es ser afección, ser “estado afectivo”, más concretamente, afección tendencial”³²⁶. ¿Por qué Zubiri alude aquí a lo tendencial, siendo que establece una diferencia clara entre las tendencias de la volición y los sentimientos? Él mismo reconoce que “el parentesco de los sentimientos con la volición es muy grande”³²⁷. De hecho, en algún momento alude a “tendencias de orden sensitivo”³²⁸. Y llega a afirmar que “en todo caso, la unidad entre la volición habitual y los sentimientos en que el hombre queda afectado, hace que estas diferencias, muy claras desde el punto de vista conceptual, se encuentren entreveradas en la vida real y efectiva”³²⁹.

Parece que los sentimientos son tendenciales (ver arriba) en el preciso sentido de que tienden a inspirar tendencias volitivas. Esto no quiere decir que todas las afecciones inspiren voliciones, ni siquiera en función de su intensidad o cualidad. Un médico puede estar intensamente triste sin que esto modifique su deseo de instaurar el tratamiento a un paciente que acaba de diagnosticar de una neumonía. Pero sí es verdad lo inverso, que toda volición propicia unos u otros sentimientos. De ahí que Zubiri afirme: “Aquello por lo que el hombre queda afectado en lo que llamamos sentimientos, es por la dimensión tendencial, la cual dimensión tendencial va disparada a su objeto”³³⁰.

Vemos, por tanto, que el sentimiento no es lo mismo que el momento tendente de la volición. Algunos sentimientos pueden inspirar tendencias volitivas, pero éstas son algo diferente. Y estas tendencias sí propician siempre estados afectivos de uno u otro carácter. De ahí que el deseo de sanar (volición) pueda directa o indirectamente modular los estados afectivos del propio profesional, independiente del impacto afectivo (sentimientos) que la situación pueda tener. Los

³²⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 66. ISBN: 84-206-9046-5.

³²⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 67. ISBN: 84-206-9046-5.

³²⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 71. ISBN: 84-206-9046-5.

³²⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 67-8. ISBN: 84-206-9046-5.

³³⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 67-8. ISBN: 84-206-9046-5.

profesionales sanitarios dirigen su atención a los pacientes y pueden dejar fuera de su campo de atención los sentimientos propios. Sin embargo, si los sentimientos son un modo de estar de versión a la realidad, de atemperamiento a la misma, entonces son una fuente de información a tener en cuenta.

Por ejemplo, es posible que una entrevista clínica concluya con la sensación por parte del médico de que las cosas han transcurrido de una forma fluida y funcionalmente resolutive. Pero puede que, al final de la entrevista, tenga sensaciones difíciles de describir y mucho más difíciles de interpretar. Solo un análisis detallado y compartido de la misma permite identificar claves que pueden ayudar a comprender qué ha pasado en ella. Este análisis lo inició de forma sistemática Balint y todavía hoy hay grupos de clínicos que en torno a *The American Balint Society* exploran cómo los sentimientos afectan a la relación clínica y cómo desarrollar competencias para afrontar entrevistas difíciles³³¹.

Siendo esto así, los sentimientos del propio médico no solo no son un estorbo, sino que pueden formar parte del sistema de referencia para el inicio de una marcha de la razón moral.

2.2.2. *La dimensión tendente del acto volitivo.*

Si los sentimientos inspiran tendencias volitivas es porque constituyen estados afectivos que ponen al individuo en una determinada forma de estar en la realidad que puede incluir el momento volitivo. Por ejemplo, cuando alguien está muy triste es habitual que no tenga ganas de hacer nada. La tristeza produce un estado tal que, si invade el momento volitivo, lo envuelve para promover una tendencia a la apatía. Por eso Zubiri afirma: “Hay que distinguir dos momentos: uno es el momento propiamente impelente, que es propio de la tendencia impulsiva, y que nos lleva a una cosa. Pero precisamente la hiperformalización obliga a hacerse cargo de la cosa como realidad. Y la forma más elemental de hacerse cargo de la cosa como realidad hace que el impulso no solamente impela, sino que además ponga ante los ojos aquello hacia lo cual lleva, y hacia lo cual tiende”³³².

De ahí que, si me siento triste (“momento impelente” o de “tendencia impulsiva”) , puedo ver mi realidad tendiendo hacia una forma de ser apática

³³¹ THE AMERICAN BALINT SOCIETY [Internet]. Disponible en: <http://americanbalintsociety.org/> [Consultado: 14 de noviembre 2011]

³³² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 140. ISBN: 978-84-206-9035-3.

(momento de “hiperformalización” en el que me hago cargo de mi propia realidad). Entonces el impulso no solamente impele (tristeza, es decir, puro sentimiento o estado afectivo), sino que me notifica aquello hacia lo cual lleva (forma de ser apática, es decir, tendencia propuesta a la volición).

Y así, “la unidad del impulso y de este momento distinto, del hacia hacia lo cual el impulso va, y hacia lo cual el impulso tiende, es lo que constituye la transformación de la tensión en pretensión. Los impulsos pretenden llevar al viviente humano a algo. Y el viviente humano, que ha realizado una primera suspensión, suspendiendo el carácter de estímulo inmediato para hacerse cargo de la realidad, hace en un segundo momento una especie de segunda suspensión: se suspende la realidad misma para que el hombre, inexorablemente, en lugar de dejarse llevar por la tendencia, sea él quien quiera tender”³³³.

Nótese que en el ejemplo, el individuo se hace cargo del impulso como realidad (el sentimiento de tristeza), pero también de la realidad, la propia realidad, como algo ya efectivo (un estado inapetente aquí y ahora) y como posibilidad de ir hacia algo (apatía). En todo caso, lo que constituye la tendencia volitiva es esa unidad entre tensión y “hacia”, que transforma toda tensión en pre-tensión. Las tendencias volitivas son para Zubiri, pues, ante todo *pretensiones*. De este modo la volición humana funciona anteponiéndose a determinadas tensiones (no todas las tensiones son objeto de la volición como pretensión) haciendo de ellas pre-tensiones. Así, pues, “la tendencia de una volición es como el sentir de una intelección”. Pero, además, como hemos visto “el querer se dispara por la intelección, y en el caso del hombre por una intelección sentiente”³³⁴.

Después de todo lo dicho, se puede entender que “el hombre... no se encuentra únicamente en condición de mero sujeto que es llevado por las tendencias que tiene, sino que se encuentra en cierto modo volcado y antepuesto sobre sí mismo”³³⁵. Y eso es así porque las tendencias volitivas son meras pretensiones. Si fueran pura tensión, claro que puede ser sujeto de esa tensión tendencial, en cuyo caso el acto volitivo claudica ante la tensión de un determinado estado afectivo. Se trataría de un sometimiento de la volición por un determinado estado afectivo.

³³³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 140. ISBN: 978-84-206-9035-3.

³³⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 573. ISBN: 978-84-206-9035-3.

³³⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 35. ISBN: 84-206-9046-5.

Se podría pensar que las tendencias volitivas juegan como fuerzas, pero Zubiri afirma que esto no es verdad, “porque si así fuera no nos colocarían en la situación de inconclusión en la que el hombre tiene que intervenir... Dejarse llevar es un acto de voluntad... Lo que hacen las tendencias, precisamente, es poner delante del hombre un objeto que le arrastra más o menos, pero que nunca le doblega. Son “pretensiones””³³⁶. Las tensiones sí podrían doblegar la voluntad, las pretensiones no.

En ese caso, podríamos decir que en la vida no vamos necesariamente “disparados” (por tensiones tendenciales), sino que “nos disparamos” por pretensiones, que incluyen el momento de tensión tendencial y el momento de “hacia” inseparablemente. Y por eso “la integridad de eso que llamamos voluntad envuelve intrínsecamente las tendencias mismas. Suelo decir por esto, que la voluntad humana es, intrínseca y formalmente, una voluntad tendente. Sin tendencias, la pura voluntad, la voluntariedad no pasaría de ser, en el mejor de los casos, un bello ideal inoperante; pero sin voluntariedad propiamente dicha, las tendencias harían del hombre tan sólo el supremo de los seres sensitivos”³³⁷.

Como hemos visto, si bien los sentimientos son estados que no siempre dan lugar a pretensiones (o deseos), la volición sí que propicia siempre determinados estados por razón del acto volitivo. Esos estados “son los modos en que queda el hombre afectado por la tendencialidad de su volición”. El sujeto que quiere querer y efectivamente quiere lo que ha querido, que lo sufre o disfruta, queda en un estado determinado. Zubiri afirma que este estado es un estado de tendencialidad, consistente en afecciones, en sentimientos³³⁸. El individuo queda, por tanto, afectado sentientemente por sus tendencias, por sus anhelos, por sus deseos.

Zubiri nos muestra cómo hay inscrito en el acto voluntario un momento de deseo o apetencia. Un momento de anhelo, de hambre, de sed de algo. Podríamos decir que la realidad, especialmente la propia realidad, es sentida como algo radicalmente inconcluso. No se trataría de un momento meramente fisiológico o psicológico (atendiendo a su contenido de sensaciones, sentimientos o pensamiento de insatisfacción, añoranza o algo similar). Se trata de un momento radical del deseo en el que el viviente humano se topa con su propia incompletitud. Desde la

³³⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 137. ISBN: 84-206-9046-5.

³³⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 400. ISBN: 84-206-9046-5.

³³⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 66. ISBN: 84-206-9046-5.

perspectiva, no ya de la volición, sino de la realidad, el individuo se topa con su propia realidad como una realidad radicalmente indigente o dependiente. Esta indigencia consiste, ni más ni menos, que en la incapacidad de ser su “propia fuente”³³⁹.

Volviendo al deseo, como momento volitivo, este, el momento del deseo, es un momento inherente a la dimensión tendente de la voluntad. El vivir humano se desenvuelve en una nebulosa cambiante de tendencias, de anhelos, de deseos. Esa nebulosa tiene sus contenidos y su momento de realidad, en tanto en cuanto tiene formalidad de realidad (“es de suyo”). El individuo cuenta con una mayor o menor lucidez para aprehender sentientemente, para discernir y para comprender esa nebulosa de tendencias; en definitiva, cuenta con una mayor o menor lucidez para actualizar esos anhelos que lo habitan.

Esta lucidez queda entendida como sensibilidad para aprehender de forma directa e inmediata esos sentimientos y tendencias, para identificarlos diferencialmente y para comprender cuáles son en el fondo mis tendencias, cuál es mi realidad profunda en tanto en cuanto tendente. Ahí, la inteligencia sentiente puede encontrarse con lo mejor y lo peor, con lo más elevado y con lo más bajo de las propias tendencias, así como con una variedad de ellas o con apenas alguna. Si hay una mayor o menor lucidez para comprender las tendencias que habitan en lo profundo de uno mismo, es porque esa nebulosa de anhelos se presenta como una realidad problemática: no se sabe cuáles son en el fondo las propias tendencias, los deseos más radicales y profundos.

La intelección actuaría aquí alumbrando campalmente esa realidad, actualizando de hecho sentientemente el contenido y formalidad de realidad de diversos deseos, aprehendiendo a diferenciar unos de otros y, reconociendo esas tendencias en su dimensión problemática. Por ejemplo, es posible reconocer en uno mismo, entre otros, el deseo de supervivencia, de bienestar o el anhelo de una plenitud³⁴⁰. Pero también el deseo de aniquilación, de indiferencia o de conformidad. O quizá el deseo de dedicar mi vida a esto o a aquello. El problematismo de las

³³⁹ Hno. RICHARD. Bendecidos en nuestra fragilidad : La humanidad del Hijo de Dios y la nuestra según el relato de las tentaciones [en línea]. *Los cuadernos de Taizé*. 2009, núm. 11. Disponible en: https://www.taize.fr/IMG/pdf/cahiers11es_web.pdf [Consultada: marzo 2012]

³⁴⁰ MELLONI RIBAS, Javier. *El Deseo esencial*. Santander: Sal Terrae, 2009. p. 159. ISBN: 978-84-2931-829-6.

tendencias tiene que ver con el problema de identificarlas, de elegir la preferidas y de acertar en la propia promoción.

Frente a la perspectiva estoica, es posible contemplar positivamente la realidad humana como lugar de inspiración de multitud de deseos, tendencias y anhelos. En su momento de realidad, estas tendencias pueden pasar a formar parte del campo intelectual del individuo. En ese sentido constituyen una encrucijada de realidades propias, inherentes al sujeto, que propondrían distintas vías para el querer. El inicio de cualquier marcha moral tendrá que contar con las pretensiones que uno auténticamente alberga.

Pero no solamente hay voluntad de esto o de aquello. En su acto activo, mediante la voluntad en acción ejecutiva, el humano es creador de realidades. Pero también creador de poder, de logro. Zubiri afirma que “el hombre tiene voluntad, capacidad de crear su fuerza de querer”³⁴¹.

Dentro de las tendencias en las que se mueve la voluntad, dentro de sus deseos, uno de ellos es el deseo de logro, de poder, de lograr y poder querer lo que quiere. Quizá el sentimiento o la tendencia más hondo, más nuclear a lo humano, más universal, sea el anhelo de vivir, de bienestar y de una plenitud... En la encrucijada de tendencias, el querer se topa con sentimientos o hábitos que estimulan su propio dinamismo volitivo. Pero también se encuentra con tendencias que tienden a sofocar o adormecer ese dinamismo.

Querer (en sentido preciso de volición que estamos utilizando) y sentimientos constituyen “una de las claves y de los resortes más delicados para la dirección de los espíritus”³⁴². Efectivamente, los propios sentimientos y estados en los que queda el individuo una vez que opta y quiere efectivamente algo pueden ser considerados como criterio de acierto o error, de verdadera o falsa realización de mi propia realidad. Hay tendencias que conducen a su vez a estados que el individuo aprehende impresionantemente como vitalizantes, estados en los que la propia realidad parece expandirse, crecer; y estados que el individuo aprehende como paralizantes, alienantes, desoladores³⁴³. Quizá lo importante en el momento del querer que nos

³⁴¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 48. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁴² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 68. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁴³ MELLONI RIBAS, Javier. *El Deseo esencial*. Santander: Sal Terrae, 2009. pp. 164-165. ISBN: 978-84-2931-829-6.

ocupa es reconocer su presencia, su importancia y la posibilidad de que no solo pueden estar relacionados con circunstancias externas, sino con las propias decisiones que uno toma.

2.2.3. *La noción de vocación.*

La propia noción de vocación aludiría a una tendencia. Etimológicamente, como es sabido, la palabra viene del latín *vocare* o llamar. Para Heidegger la vocación (*Ruf*) se identifica con el llamado del Cuidado, de la Existencia³⁴⁴. Desde otra perspectiva, diríamos que la vocación es llamada de mi propia realidad (mi yo existente y real). Y no cabe duda de que contendría el momento tendente del querer, puesto que toda vocación es pre-tensión de algo. La vocación o llamada, ese deseo, esa tendencia, es un hecho evidente para muchos.

Ortega sostiene que ser fieles a la vocación es ser fieles a nuestra propia vida, a la propia autenticidad³⁴⁵. Pero no cabe duda de que, en ese caso, la noción de vocación que emplea es extraordinariamente problemática. Esa fidelidad supondría una fidelidad para seguir un “impulso hacia” que representa una tendencia descubierta como algo propio. Y, efectivamente, hay un margen de gestión de ese deseo: puede o no alentarse de forma continuada. Ortega encuentra que la vida humana puede realizarse a sí misma desde una fidelidad al “yo insobornable”. Y la vocación sería expresión de ese “yo”, algo individual e intransferible. La vocación sería, así, una nota resonante del fondo de la vida humana e identificada con el quehacer estrictamente personal de la misma. La fidelidad a la vocación sería fidelidad a la propia vida. Para él vocación designa la mismidad y autenticidad de cada ser humano. Es llamada a ser lo que uno “auténticamente es”.

Aquí la noción de vocación incluye su efectiva realización, es decir, va más allá del momento tendente para tomar carta de naturaleza como acto volitivo en toda su amplitud. Sería un anhelo radicado en la realidad profunda del individuo, pero también un “quehacer estrictamente personal”. Hay más que deseo, hay quehacer efectivo. Desde ahí se puede comprender el riesgo de error vocacional. Puedo desear ser político, pero ser incapaz de gestionar la incertidumbre. Un deseo auténtico no tiene por qué ser mi auténtica vocación, dado que no puedo llevarlo a

³⁴⁴ FERRATER MORA, José. *Diccionario de filosofía Tomo IV (Q-Z)*. Barcelona: Ariel, 2004. p. 3716. ISBN: 84-344-0504-0 (T.4) : 84-344-0500-8 (O.C)

³⁴⁵ FERRATER MORA, José. *Diccionario de filosofía Tomo IV (Q-Z)*. Barcelona: Ariel, 2004. p. 3717. ISBN: 84-344-0504-0 (T.4) : 84-344-0500-8 (O.C)

un quehacer personal. Habría una ingenuidad al confundir el deseo aprehendido campalmente y la vocación como deseo radical desde el que me voy a realizar.

Pero además, Ortega identifica vocación con autenticidad. Y esto es extraordinariamente problemático. Si entendemos autenticidad como coincidencia lógica entre una simple aprehensión (la vocación que sea) y el objeto real (yo)³⁴⁶, entonces hay que admitir que cabe la posibilidad de error, consistente “en tomar mi parecer (por ser parecer) como realidad”³⁴⁷. Error en el que se confundiría el deseo con la realidad. Pero es obvio que es fácil discernir entre lo que deseo y lo que soy. El problema no es de autenticidad (entendida en el sentido de Zubiri), sino de verdad.

Y la verdad respecto a dos cuestiones: la primera, si verdaderamente deseo ser médico; la segunda, si verdaderamente soy capaz de ser médico. En ambos casos solo es posible una verificación en el momento de ponerse a ello. Solo esa verificación permitirá comprender si mi deseo respondía verdaderamente a mi propia realidad o a un espejismo propiciado, por ejemplo, por un afán de prestigio social. Y solo esa verificación me permitirá comprender que era o no capaz de realizarme como médico. Por tanto, no sería tanto una cuestión de autenticidad como de verdad.

Pero además, ¿es que hay un molde oculto que debo buscar para orientar mi vida de acuerdo con él? Aquí el “ser” estaría configurando el “querer”, el acto volitivo. Ciertamente, hay limitaciones que mi condición humana no me permite rebasar. Esas limitaciones actúan modelando mi desarrollo personal. Por ejemplo, a nadie se le ocurre entender el volar como una vocación (se podrá tener vocación de piloto, pero no de volar), por mucho que se desee, ya que el humano carece de la estructura constitucional que le permita volar, salvo ayudado de máquinas.

Por otro lado, la perspectiva de Ortega se podría inscribir en la concepción de la autenticidad como ideal de la modernidad, que propone una fidelidad a la propia originalidad, algo que puedo enunciar y descubrir: “Al enunciarlo me estoy definiendo a mí mismo. Estoy realizando un potencial que es en verdad el mío propio”³⁴⁸. Y sin

³⁴⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 289. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

³⁴⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 290. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

³⁴⁸ TAYLOR, Charles. *La ética de la autenticidad*. Barcelona [etc.]: Paidós [etc.], 1994. p. 65. ISBN: 84-7509-993-9.

embargo, con ser atractiva, esta perspectiva sigue siendo muy problemática, porque puedo descubrirme y definirme de muchas formas, dependiendo del criterio que utilice: ya sea como médico o como psicópata, como buena persona o como un tipo despiadado. Esta perspectiva nos sitúa, por tanto, a las puertas de una determinada ética, la ética de la autenticidad, cuando ahora aún tratamos de movernos en el terreno formal del hecho moral.

En todo caso, volviendo a la noción de volición en tanto en cuanto tendencia, se trata de una pretensión que el individuo identifica con lo más genuino de sí mismo. Hay autenticidad en la medida en que se hace evidente el deseo como algo propio. Hay veridictancia cuando me afirmo a mí mismo de acuerdo con lo que auténticamente soy. En el terreno profesional, sería un deseo sentido como propio para ejercer una determinada profesión. El problema no está en si es auténtico deseo propio. Puede serlo, ser auténticamente deseo mío. El problema es si ese deseo, esa tendencia, merece dar lugar al acto volitivo (que incluye estar siendo efectivamente médico) y pasar a formar parte de él. De mi realidad tendente aprehendo lo que me es campalmente accesible: me apetece ser médico, eso está claro, pero no sé si en el fondo quiero serlo porque, por ejemplo, no sé si soportaré o querré soportar ciertas cosas de ese quehacer.

En ese sentido, el propio Zubiri alude a la función de la razón en el discernimiento de la propia vocación. La razón debe contar con un método que le permita actualizar la realidad en profundidad (la realidad mundanal, en este caso mi propia realidad mundanal, o lo mundanal de mi propia realidad). El método (la vía al conocimiento) de la razón parte de un sistema de referencia campal (en este caso las tendencias volitivas que me son patentes campalmente), de un esbozo en el que me hago idea de lo que puede ser el ser médico, y de la probación física (experiencia) de mi propia realidad. Se trata de insertar lo irreal en lo real.

Se trata de esa forma de experiencia mencionada previamente, consistente en conformación. No hay más remedio, si esa tendencia es suficientemente significativa, que probar el esbozo (esta vocación) en mi propia realidad y conducirme íntimamente conforme a lo esbozado. Así, conocerse a uno mismo es probarse en conformación. Por tanto, efectivamente, no hay un abstracto conócete a ti mismo.

Por otro lado, está la cuestión no solo de saber qué quiero, sino saber en qué tendencias puedo y quiero apoyarme. El problema es ver qué tendencias se agotan o qué tendencias son capaces de sostener una trayectoria vital. Se trata de discernir

entre lo que me distrae temporalmente y aquello con lo que disfruto. Entre lo que me entretiene y lo que me apasiona. Pero también se trata de saber qué pasa cuando lo que me apasionaba ahora me aburre, me hastía o me decepciona. En definitiva, cuando mi vocación, aquella tendencia probada con la experiencia, aquella tendencia en la que un día me descubrí a mí mismo como verdaderamente médico o profesor o lo que fuere, parece resquebrajarse.

¿Qué ha ocurrido cuando se produce algo así como un agotamiento de esa vocación? La respuesta no es fácil. Puede que se hayan descuidado ciertos elementos externos al vocacional, como la necesidad de descanso, de reconocimiento. Pero también pueden haberse descuidado ciertas tendencias inherentes a la propiamente vocacional, como las relacionadas con la necesidad de capacitación o de iniciativa por parte de uno mismo. Todas ellas parecen compartir un denominador común: un déficit en el querer al “sí mismo”³⁴⁹. No tomar en cuenta una tendencia tan elemental como el aprecio de sí mismo. Probablemente se confunde esa tendencia con tendencias como la egoísta, egocentrista o con una tendencia exageradamente autorreferencial. Todas tienen su término en el sí mismo. En mi propia realidad.

Por eso su discernimiento es problemático dentro del dinamismo del querer, de la volición. Tan problemático como lo pueda ser el discernimiento vocacional. Algunos lo diferencian sin demasiada dificultad. Ya se conocen a sí mismos cuando son egoístas, egocentristas, o exageradamente autorreferenciales. Para otros resulta difícil discernir. Para ellos se haría necesario asumir el riesgo de probación de la propia realidad.

Frente al planteamiento estoico, que entiende la virtud como anulación de todo lo tendencial, Zubiri plantea que “la verdadera virtud envuelve precisamente todas las tendencias, no para anularlas”³⁵⁰, sino para potenciar algunas. Si esto es así, entonces la virtud del acto volitivo tiene que ver con una apertura intelectual a las tendencias que reconozco en mi propia realidad. Estas tendencias pueden haber sido determinadas por mi propio querer, que entonces tiende a generar ciertos hábitos. Pero también están determinadas por las circunstancias naturales que determinan mi temperamento y por las circunstancias sociales que me afectan.

³⁴⁹ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 109. ISBN: 84-323-0923-0.

³⁵⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 78. ISBN: 84-206-9046-5.

¿Qué ocurre si prescindimos de las tendencias en el querer? Se trataría de un verdadero apagón afectivo, un estado de extirpación de las pasiones (*apatía*) y de imperturbabilidad (*ataraxía*). Sería un querer no dejarse llevar por las afecciones. La tradición médica occidental ha incorporado elementos propios del estoicismo, que perviven en su *êthos* profesional actual. Esto es debido, entre otras cosas, a que, en el ejercicio de su labor, para preservar el lado racional, científico y técnico de la misma, necesita contar con un cierto grado de *ataraxía*.

Pero esto supone el despliegue de un querer desconectado de sí mismo y, por esa razón, en cierto modo deshumanizado. Deshumanizado y restringido en su área de libertad. Y quizá esté en este punto una de las razones por las que se deshumanizan los cuidados y se produce el desgaste de los cuidadores. La renuncia radical a sí mismos ahoga su dinamismo volitivo y restringe la libertad. Pero además, la falta de competencia intelectual para reconocer ciertas realidades (sentimientos, afectos) merma la capacidad para reconocer esas realidades en los otros. Y al médico no solo se le pide saber medicina y ser prudente. También se le pide una sabiduría práctica que requiere sensibilidad.

Vemos, pues, que ante la encrucijada de tendencias en las que se encuentra, el individuo puede con-sentir unas y eludir otras. Y para ello tiene que preferir unas sobre otras. Es esta preferencia la que da una dirección u otra a la realidad humana. Pero previo al momento preferencial se sitúa un momento de libertad. Zubiri no plantea expresamente el tema de la libertad como un momento específico de la volición, sino como modo del acto volitivo.

2.3. EL PROBLEMA DE LA LIBERTAD.

La noción de libertad es extremadamente compleja. Se ha entendido de modos muy diversos (como autodeterminación, como libertad de, libertad para, etc.) y desde perspectivas distintas (personal, social, para la acción, etc.). Se trata de un concepto complejo que, sin embargo, tiene una gran relevancia desde la una ética de las profesiones. Comienza porque la cuestión de la libertad se le plantea al estudiante y, posteriormente, al residente, que, nada más comenzar su carrera, ven cómo tienen que dedicar una gran cantidad de tiempo al estudio. Sus posibilidades

de ocio, vida personal, vida familiar, se reducen para dedicarse a la posibilidad de formarse como médico.

Por otro lado, la medicina se ha considerado una profesión liberal, es decir una profesión en la que no había una relación laboral dependiente de una empresa, sino que la relación mercantil se establecía directamente con el cliente. Sin embargo, para el médico en ejercicio este panorama ha cambiado. La mayoría trabaja en el seno de organizaciones que determinan en buena medida las condiciones laborales. En este contexto, la cuestión de la libertad de ejercicio queda puesta de hecho en cuestión. Siendo la libertad una nota característica del ejercicio médico durante siglos de tradición, su restricción genera dificultades de orden estrictamente ético que afectan, no solo a la toma de decisiones clínicas con pacientes y problemas concretos, sino a la gestión de la propia vida profesional.

De ahí la necesidad de profundizar en este tema, inscribiendo dentro del análisis de lo volitivo y, a continuación, del análisis de la dimensión tendente de la volición. La cuestión que se plantea no es otra que saber qué es lo que está en juego en un marco restringido de libertad en el ejercicio profesional en el seno de las organizaciones, en lo que a la vida profesional se refiere. Algunos entran en una cultura de la queja y de la reivindicación de un marco de libertad más amplio (más recursos, menos controles, etc.); otros caen en un estado de resignación y pasividad, con una búsqueda fuera del ámbito laboral de aquello que se echa de menos dentro de él. Pues bien, la cuestión que se plantea es la del cuidado de la libertad en un marco de posibilidades limitado.

Clásicamente la libertad ha sido entendida como autonomía o independencia social, con la posibilidad de regir el propio destino, así como autonomía o independencia personal, que supone una libertad respecto a presiones o coacciones diversas. Esta última concepción ha sido destacada por las escuelas socráticas, así como por los estoicos, para quienes la libertad consistiría en “disponer de sí mismo”, para ser sí mismo. Pero también se concibió la libertad como comprensión liberadora del Destino personal. Paradoja en la que los hombres escogidos por el Destino no son libres de hacer lo que quieran, sino en un sentido superior. Para Aristóteles lo característico humano son las acciones voluntarias, siendo acciones involuntarias las producidas por coacción o por ignorancia. En la acción moral habría acción voluntaria (libertad de la voluntad) y elección (libertad de elección o libre albedrío). La segunda requiere de la primera, ambas serían dos momentos de la libertad.

Agustín de Hipona aborda la mayor parte de las cuestiones acerca de la libertad humana en sentido cristiano. Él distingue entre libre albedrío (posibilidad de elección, íntimamente ligado al ejercicio de la voluntad) y la libertad propiamente dicha (*libertas*) como realización del bien con vistas a la beatitud. El libre albedrío permite que la voluntad se incline al mal. Así, el problema es cómo usar el libre albedrío para ser realmente libre. El escolasticismo, con Tomás de Aquino subraya, el papel del intelecto en ese proceso. Por el intelecto se aprehende el bien como objeto de la voluntad. La libertad propiamente dicha consiste en “espontaneidad”, consistente en seguir el movimiento natural propio del ser libre en orden al bien. Duns Escoto, desde una perspectiva “voluntarista” subraya una equiparación entre *libertas* y *voluntas*. Distingue la libertad consistente en elegir entre querer y rehusar; querer o rehusar algo; y querer o rehusar las consecuencias de ese algo.

En la modernidad Kant sostiene que la libertad es posible en el reino moral, por lo que no puede ser una cuestión física, sino algo perteneciente al ámbito de lo pensado (por tanto, no es ninguna realidad o atributo de realidad). El mismo individuo está sometido por su carácter empírico al determinismo de las leyes naturales y, por su carácter inteligible, puede considerarse como libre.

En el siglo XX los autores analistas se han centrado en el análisis del significado del polisémico “puedo”, criticando las vías explicativas para dar respuesta al problema de la libertad, y proponiendo una vía descriptiva de lo que sucede cuando se emplean expresiones relativas a acciones voluntarias. Por su parte, los autores con un pensamiento existencial abordan este tema desde una perspectiva fenomenológica: lo decisivo de la elección es que yo elijo, ya que solo en la libertad existencial se realiza la conciencia de la libertad, por lo que el individuo se hace en la libertad. Heidegger afirma que el *Dasein* se halla siempre “más allá de sí”, por lo que cabe decir no solo que es libre, sino que lo es “necesariamente”. Ortega afirma, por su parte, que siendo la vida humana algo que hay que hacer, no hay más remedio que decidir a cada momento. Sartre destaca cómo la realidad humana trata de ocultarse a sí misma su propia libertad y, por tanto, su responsabilidad, porque siente angustia ante ello. Por tanto, las limitaciones de la libertad son servidumbres que el hombre se forja. Para él, la libertad es la propia realidad humana en tanto en cuanto se hace a sí misma libremente.

La perspectiva que ahora nos interesa es la de la libertad del acto volitivo, y el modo de aproximarnos a ella será desde el análisis de dicho acto. No se pretende

dar una solución ni siquiera parcial al problema de la libertad, sino de instalarnos en el acto volitivo y en el momento en el que nos topamos con esta noción.

Por tanto, si nos habíamos quedado en el momento tendente de la volición, debemos continuar este camino desde ese momento. Para Zubiri, “las tendencias, en una o en otra forma, le llevan a esa situación en que el hombre no tiene más remedio que querer. Y no tiene más remedio que querer, porque le han llevado a un punto en que tiene que hacerse cargo de la situación y de las cosas, enfrentándose con ellas como realidad”³⁵¹. La intelección sentiente juega un papel fundamental en el acto volitivo, hasta el punto de que el acto volitivo presupone un inteligir sentiente de la realidad, más o menos elemental o más o menos complejo.

Y, dentro del abanico de tendencias que el humano considera, resulta que “las tendencias en el hombre no están equilibradas... porque unas tendencias son intrínsecamente superiores a otras, y siempre porque el hombre nace no con un “orden” de tendencias sino con un “desorden” constitutivo de sus tendencias.”³⁵² Lo que indica que el humano puede estar formalmente liberado de una respuesta automática o espontánea a ese abanico de tendencias, lo que le obliga, paradójicamente a organizar esas tendencias para preferir unas u otras.

Zubiri plantea que “la organización de las tendencias tiene dos aspectos: uno, el peso de la tendencia... La tendencia, buena o mala, tiene ella por sí propia su peso. Pero además de peso, en la medida que este peso no es concluyente, sino que le deja al hombre inconcluso, tiene una dimensión de apoyo. Y entonces, justamente, en lo que tiene de mero apoyo, el hombre puede utilizar y organizar sus tendencias”³⁵³. Por tanto, aquí, sin entrar en un criterio de bondad o maldad de tendencias, Zubiri se limita a subrayar el carácter de apoyo de las mismas.

Y destaca un asunto en cierto modo enigmático: un curso del acto volitivo según el cual es posible una deformación tendencial, por la cual “la deformación tendencial deforma intrínsecamente a la volición y a la libertad... el hombre está sobre sí, pero de un modo anómalo”³⁵⁴. En otras palabras, en el juego de las

³⁵¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 70. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁵² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 123. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁵³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 147. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁵⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 124. ISBN: 84-206-9046-5.

tendencias puede que haya movimientos gratuitos, pero, además, hay movimientos en los que es posible ganar o perder, lograr algo o no lograrlo. Hay algo en juego que, da forma o deforma. No se presupone un modelo, un determinado arquetipo natural en el que haya que encajar. Pero sí la posibilidad de formación o deformación de lo humano.

¿Qué es eso que está en juego en ese dinamismo del momento tendencial? Al menos, de un modo inmediato, la cuestión de la libertad: “El aspecto tendencial... hace precisamente que no sea fácil, ni desde luego obvio, que el hombre pueda ser real y efectivamente dueño de sí mismo. De ahí que en su ejercicio concreto, la libertad se nos presente como un problema. Problema que es justamente el de la “capacidad de libertad” como problema del dominio de sí mismo”³⁵⁵.

Por ejemplo, un médico puede debatirse entre su tendencia a dejarse llevar por determinados automatismos o rutinas, o su tendencia a innovar, ya sean actividades asistenciales, formativas o de investigación. Puede que haya momentos de la vida profesional en los que las cargas familiares limiten al máximo la capacidad de innovar en el terreno laboral. Sin embargo, un hábito puro de automatismos en el que se elude cualquier tendencia o inspiración creadora, cierra puertas al ejercicio estrictamente innovador. En los automatismos no hay elección, todo va rodado. Es renuncia al ejercicio de elegir algo, quererlo y disfrutarlo.

Por eso, Zubiri afirma que “lo que en un momento determinado le crea la inconclusión y la situación concreta y la figura concreta de su situación de libre, queda integrado por muchos actos de libertad que anteriormente el hombre ha ejecutado. La libertad no se encuentra en este caso amenazada por las tendencias, se encuentra “comprometida” consigo misma: es la libertad comprometida”³⁵⁶. Lo contrario sería una libertad descuidada o descomprometida consigo misma.

Y por eso Zubiri subraya un aspecto esencial de la volición: “Lo supremo de la voluntad del hombre es justamente la libertad: aquello que exigitivamente está pedido por su naturaleza, aquello que está posibilitado por su inteligencia, pero también aquello en que formalmente consiste su condición intrínseca, la condición plenaria de su propia realidad, es la libertad. Apoderado el hombre de sí mismo es

³⁵⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 120. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁵⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 144-5. ISBN: 84-206-9046-5.

como efectivamente tiene el culmen inevitable de su propia realidad... Vivir es poseerse, y la forma suprema de poseerse es estar apoderado de sí mismo en un acto de libertad... No es algo a que el hombre tenga que llegar, es algo que constitutivamente el hombre es en virtud de la inconclusión misma de sus tendencias.”

La indeterminación, así como un contexto de limitación para contar con todo lo necesario para poder resolver óptimamente cada situación, dan cuenta de la radical indigencia humana. Los actos libres se despliegan no solo a pesar de esa radical indigencia, sino precisamente “porque” se da esa situación. Lo importante es que “la realidad libre es, en definitiva, la realidad que está apoderada de sí misma”³⁵⁷ ... en mayor o menor medida.

La paradoja de la libertad es que puede renunciar a sí misma. El hecho de que se apoye en las tendencias volitivas sugiere que sin ellas no es posible el acto libre. Pero sin una intelección sentiente de esas tendencias, tampoco sería posible. De ahí que una apertura intelectual a las propias tendencias, que presupone un sentido de la propia realidad, proporcionará una riqueza de posibilidades que amplía el panorama de opciones disponibles y, por tanto, el carácter libre del acto volitivo. Una falta de sensibilidad hacia las tendencias estrecha el campo de aprehensión de la propia realidad y, por tanto, el abanico de posibilidades del querer y de la libertad.

Ahora, por tanto, lo que nos interesa es, como ya hemos dicho, este asunto de la libertad desde la concreción de los hechos y las realidades. Huimos en lo posible, pues, de elaboraciones teóricas para tratar de averiguar cuál es la índole de la libertad en tanto en cuanto nota atribuible a la realidad humana. Lo que nos interesa es entrar en el análisis de lo que sucede cuando sentimos la “*libertad-de-la-ejecución-de un acto*”³⁵⁸.

2.3.1. ¿En qué consiste la libertad?

La idea de libertad surge de aquellos actos que uno experimenta como libres (ya sea esto algo real o ilusorio). El acto libre, en tanto en cuanto acto y en tanto en cuanto libre, tiene su momento de realidad, como puede tenerlo cualquier objeto físico. Se trata de un acto en el que yo puedo decir, en primer lugar, que he querido

³⁵⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 117. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁵⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 92. ISBN: 84-206-9046-5.

hacerlo. En este caso se trata de mi propia decisión, de algo no impuesto desde fuera: decido querer algo a lo que tiendo y lo quiero efectivamente. Aquí hay iniciativa intencional del querer, que se entiende simplemente como algo real y, diferencialmente, como algo propio (no ajeno o impuesto). Es un momento en el que ejerzo un determinado dominio sobre mí mismo y/o mis circunstancias.

Ese modo de dominio, ese modo del acontecer de realización de lo querido, justo eso es, afirma Zubiri, la libertad. “Si tomo el punto de partida y el punto de llegada, yo soy dueño físicamente de mí mismo, pero si pregunto por la unidad de dominación, justo eso es la libertad, la libertad en el acto”³⁵⁹. Soy dueño de hacer, de querer o no querer, querer esto o querer aquello, querer unas consecuencias o no quererlas. En el acto de libertad siento el acto como algo real, pero también siento su libertad como algo real.

Por otro lado, es obvio que el mismo acto, desde el punto de vista de su contenido, puede ser tanto libre como necesario. Es desde el acontecer del dominio en el acto de la decisión voluntaria, desde donde se configura como un acto libre. En este sentido es la volición, el querer tendente inspirado en la encrucijada de tendencias y deseos, la que da lugar a un modo de ser libre. Es el querer el que, en su dinamismo, descubre la libertad como un modo de actuar y, por tanto, de ser³⁶⁰.

Pero, ¿en qué consiste ese modo de actuar? Si revisamos el análisis del dinamismo de lo real en la propia obra de Zubiri, vemos que él denomina el momento dinámico de lo real como “dar de sí”: “de suyo” la realidad “da de sí”³⁶¹. Afirma: “todo lo real es activo por sí mismo”. El dar de sí del mundo es un dar de sí en actividad. Ese dar de sí “determina cada una de las cosas que componen el mundo”³⁶². Y esta actividad se realiza según cierta funcionalidad, que él denomina la respectividad interna y externa de las realidades sustantivas en su actividad. Esa respectividad, que no es relación causa-efecto, es estructura misma de lo real y, por tanto, apertura de lo real a lo real.

³⁵⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 95. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁶⁰ Cf. Nota. En ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 97. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁶¹ ZUBIRI, Xavier. *Estructura dinámica de la realidad*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1989. ISBN: 84-206-9045-7. Xavier Zubiri realizó en 1968 un ciclo de conferencias titulado Estructura dinámica de la realidad, cuyo texto se recogió en este libro.

³⁶² ZUBIRI, Xavier. *Estructura dinámica de la realidad*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1989. pp. 86-88. ISBN: 84-206-9045-7.

Esta funcionalidad (respectividad) se inscribe dentro de la actividad de lo real y no al revés. Y hay realidades cerradas (“en sí”) cuya funcionalidad es más fácil de aprehender, y realidades abiertas (“inteligentes y volentes”), cuyas notas (inteligencia y voluntad) les permiten comportarse respecto de sí mismas en su propio carácter de realidad³⁶³. Para Zubiri funcionalidad es “dependencia en el sentido más lato del vocablo”³⁶⁴. Es función o dependencia recíproca, en la que “cada cosa determina su propia funcionalidad”, siendo así que “la independencia es un modo de funcionalidad”³⁶⁵.

La funcionalidad es un momento de cada cosa real en cuanto real en cuanto que está abierto al resto de cosas. No concierne al contenido de las notas de lo real, sino a su actualización como real. Y la funcionalidad de lo real es algo “sentido y no concebido”³⁶⁶, es decir, algo dado al inteligir sentiente de forma directa e inmediata en la aprehensión de ese “dar de sí” del “de suyo”: es algo dado físicamente. No es inferencia, sino “un dato inmediata y formalmente dado en la impresión de realidad”³⁶⁷. Así, en el ejemplo de la causalidad, la percepción no percibe causalidad, pero sí la funcionalidad.

Siguiendo esta línea del pensamiento de Zubiri podríamos argumentar lo siguiente: Si la libertad es un modo de acontecer del acto voluntario, podemos también afirmar que la libertad es un modo de dar de sí de la realidad humana en tanto en cuanto actúa volitivamente. La libertad no es propia de la realidad humana en tanto en cuanto actúa intelectivamente, pues la intelección se limita a actualizar lo real como real. Esto es así aún cuando la intelección sentiente de las cosas sea formalmente necesaria para el querer. Es el querer el que pone en marcha el modo inquiriente de la intelección.

Y si la libertad es un modo de dar de sí de la realidad humana en tanto en cuanto actúa queriendo (queriendo esto y sus consecuencias) o no-queriendo (que quizá es otro modo de querer), entonces sería un modo en el que la realidad humana

³⁶³ ZUBIRI, Xavier. *Estructura dinámica de la realidad*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1989. pp. 97-102. ISBN: 84-206-9045-7.

³⁶⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 36. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

³⁶⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 38. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

³⁶⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 39. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

³⁶⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. p. 39. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

se sitúa funcionalmente respecto de lo real. Libertad sería, pues, respectividad de la realidad humana en tanto en cuanto da de sí como realidad volitiva. ¿Cómo da de sí la voluntad libre? Es un modo de autodominio, ya se ha dicho. Pero ¿en qué consiste este autodominio?

Tiene su momento de partida en el momento tendente, por el carácter exigitivo de las tendencias. Las diversas tendencias o pretensiones exigen actividad volitiva. El carácter de autodominio comienza cuando el acto volitivo se realiza en función de la apropiación y consentimiento de una determinada tendencia. El autodominio parte de un movimiento intencional de apropiación de una determinada tendencia. El acto voluntario libre es un movimiento iniciador que *dirige* la atención (el inteligir) hacia una determinada tendencia (o pretensión) y *dispone* de ella. Ese disponer consiste en apropiarse de esa tendencia, en consentirla y apoyarse en ella para desplegar la acción. Da igual que la tendencia emerja de algo propuesto o de algo original, de una determinada tradición o que sea algo innovador, esto no es lo fundamental.

Pero el autodominio del querer no solo es apropiación de una tendencia. Es apropiación independiente. El autodominio se puede describir como independencia, es decir, como dinamismo no sometido a ciertos determinantes internos o externos. También se puede describir positivamente como autodeterminación, entendida como un modo de autonomía del querer. Lo que en el lenguaje parece una contradicción lógica (auto-determinación), en su momento de realidad, de funcionalidad de lo real aprehendida sentiente y diferencialmente respecto a la no-libertad, es algo evidente. Instalados en el análisis del acto volitivo, descubrimos que la libertad es un modo de funcionalidad del querer en su dar de sí; y que ese modo de funcionalidad es autodominio consistente en independencia y en autodeterminación.

Si la libertad se inscribe en el acto del querer y no a la inversa, de no haber querer (por cualquier evento que anule la actividad volente), no hay libertad. Si hay querer, hay necesariamente libertad, aunque sea una mota de ella. La libertad sería, pues, un carácter radical de lo humano en su dinamismo volitivo, en su dar de sí queriendo. A la noción de libertad se puede hacer, pues, una primera aproximación desde la perspectiva de una aprehensión directa e inmediata de la intelección de la libertad. Así, puedo afirmar sin duda (sea esto real o ilusorio): “me siento libre realmente”. En el acto que realizo siento la libertad como algo real. Puede que ello responda a una experiencia enormemente pobre de contenidos, pero muy consistente

en cuanto a su formalidad de realidad: me siento libre de forma real, aquí y ahora. Pero lo que siento no es algo sustantivo denominado libertad, sino el carácter respectivo y funcional de mi propia realidad en su dar de sí volente.

Pero además de una intelección de la libertad como algo real, hay una intelección diferencial de la libertad como algo diferente a la “no libertad”. La libertad se me muestra, en el campo de la realidad a la que accedo sentientemente, como algo distinto a la “no libertad”. ¿De dónde viene esa libertad? Normalmente no decimos “siento (o conozco) la libertad”, sino “me siento libre”. Y si sabemos qué pueda ser eso que llamamos libertad es porque alguna vez nos hemos sentido libres. Es paradójico que el querer y sus consecuencias pueden dar lugar a una drástica reducción del área de libertad, pero hay un querer en el que, a pesar de esa reducción del área de libertad, la impresión de actuar libremente no desaparece, sino que cobra consistencia.

La intelección de la libertad tiene que ver, pues, con la intelección de la propia realidad. Es la propia realidad la que, en un momento dado, se me actualiza como una realidad actuando libremente y, por tanto, como una realidad libre. Esa aprehensión de mi realidad como libre no es incompatible con la aprehensión de mi realidad como algo también más o menos determinado. Lo que me es evidente es que, en un momento dado, me siento libre y no esclavo (o “no-libre”). O dicho de otra forma, mi querer me ha conducido a un dinamismo más o menos libre.

De ahí que la libertad sea, primariamente y radicalmente algo reconocido y aprehendido como libertad para sí mismo: es respectividad de la propia realidad consigo misma (por ejemplo respecto a los estados emocionales y tendencias diversas) y con el resto de lo real. Volviendo a Zubiri, habría que afirmar que el término del querer no sería, por tanto, un concepto de bien, sino la propia persona. Así, la “libertad de” y la “libertad para” es primariamente libertad de sí mismo y para sí mismo. Con esto no se está aludiendo un forma de egoísmo o altruismo, ni haciendo una propuesta totalitarista en la cual la libertad de un individuo deba imponerse sobre otras libertades, sino simplemente a la intelección inmediata y primaria de la libertad.

Pero además de descubrir mi propia realidad como algo más o menos libre, también me vislumbro como algo abierto a mayor o menor libertad. Mi propia realidad no es totalmente transparente a mi mirada, a mi intelección. Pero en el acto sentido en su momento de realidad como libre, se produce una apertura en mi

realidad a lo que pueda ser la libertad, esa forma de dar de sí, en el fondo. Libertad de la que, sentientemente, tengo noticia de una forma muy limitada, pero muy real, en ese acto libre concreto que he podido realizar. Se podría pensar que para indagar en qué consiste realmente la libertad sería necesario esbozar qué pueda ser la libertad en el fondo y probar posteriormente ese esbozo. Esto nos sitúa en el terreno del problema de la aprehensión comprensiva de la noción de libertad, algo sumamente problemático.

Pero esta cuestión se plantea crudamente cuando se topa con los límites de la libertad, por ejemplo, en el ámbito del trabajo profesional en organizaciones. Aquí lo realmente problemático no es soñar con una libertad posible, lo cual puede ser una tarea extenuante y estéril, sino indagar si en el querer del aquí y ahora puedo descubrir una libertad que no podía ni imaginar en mis sueños de libertad. El problema no es esbozar quiméricamente qué pueda ser mi libertad e insertar ese esbozo en mi vida, sino cuál es mi deseo radical y cómo abocarlo en un querer efectivo dentro del marco de posibilidades viables disponibles.

El *deseo radical* en el terreno profesional tiene que ver con la vocación, cuando ésta existe, pero también con otras pretensiones, como la de conseguir ciertos objetivos. Cuando ese deseo radical encuentra su cauce, y es viable su continuidad en un querer efectivo, entonces el propio hecho del querer conlleva un modo de respectividad, de funcionalidad consistente en libertad, la libertad que con él se despliega. Siendo esto es así, la libertad se ejerce cuando se descubre el deseo radical y éste se realiza, incluso en un marco determinado de posibilidades determinantes. Si uno descubre sus deseos radicales no necesita un marco de libertades ajenas a ese deseo, sino las que permiten su transformación en querer efectivo. De este modo, el problema de la libertad es el problema de las posibilidades del deseo, pero también es el problema de la radicalidad del deseo. La cuestión que se nos viene, pues, es saber en qué consiste ese deseo radical. El cuidado de la libertad tiene que ver, pues, con el cuidado de las posibilidades del deseo y con la búsqueda del deseo radical.

La libertad, por el contrario, se pierde al perder la posibilidad de querer. Esto ocurre cuando se pierden los deseos, por ejemplo con ciertos estado emocionales (tristeza, apatía, angustia); cuando la volición se malogra con una forma de pensar obtusa o embotada que, por ejemplo, se cierra a un abanico de tendencias o pretensiones inviables (idealismos) o no es capaz detectar posibilidades viables;

cuando la volición se malogra embarrancada en ciertos hábitos que bloquean o impiden su despliegue (como el hábito de la pereza, fraguado, por ejemplo, en rutinas repetidas en las que se vive en una espontaneidad para la inacción). En este caso la volición se deja apoderar por sentimientos, pensamientos o estados que sofocan el querer.

Hemos visto cómo la libertad se ha identificado a lo largo de la historia con elección, con Destino, con realización del bien con vista a la beatitud o con una forma de espontaneidad. Podríamos pensar que todas estas nociones podrían considerarse diversos esbozos de lo que en el fondo sea realmente la libertad. Sin embargo, estos esbozos emergen de distintas formas del querer. Y estos esbozos dan lugar a una experiencia comprensiva más o menos acertada de lo que sea querer libremente.

Recopilemos: En el querer hay necesariamente inscrito un momento de libertad que surge exigitivamente de la inconclusión de tendencias propia de la sustantividad humana. Esa inconclusión obliga a actuar en una forma u otra, o a no actuar. Es la constitución formal de la propia realidad tendente la que obliga. Incluso la opción por actuar espontáneamente concierne al querer.

La idea de libertad surge de ciertos actos que son inteligidos sentiente y diferencialmente, entre otros actos no-libres, como actos libres. Es desde el acontecer del dominio en el acto de la decisión voluntaria, desde donde se configura la aprehensión de lo que pueda ser un acto libre. El acto libre se reconoce como un acto querido y realizado dentro de un determinado e ineludible marco de posibilidades reales para la acción. En él se logra un modo de dominio de realización que me incumbe a mí y/o a mis circunstancias. Ese modo de dominio consiste en una independencia respecto a determinaciones internas o externas.

Yendo un poco más allá del pensamiento de Zubiri, hemos visto que la libertad se inscribiría en el acto del querer. En realidad solo me topo con la libertad en el acto de querer, sabiendo que una intelección rica de la realidad amplía el área de libertad del querer. Es, efectivamente, desde este acontecer del dominio volitivo, que se establece un modo de funcionalidad de la realidad humana en su dar de sí en tanto en cuanto voluntad tendente. La libertad sería por tanto, un tipo de funcionalidad (de respectividad) con el que me se actualiza cualquier realidad volitiva, empezando por la mía propia. La noción teórica de libertad es, en todo caso, sumamente problemática.

Como vemos, se puede afirmar que soy libre porque puedo querer. Según esto, afirmar que soy realidad volitiva porque soy libre, sería absurdo; pero en cambio sabemos que no es absurdo afirmar que “quiero porque soy libre”. ¿Por qué esto es así? ¿Es falso que la libertad esté inscrita en el querer y no al revés? Lo que ocurre es que la aprehensión directa, inmediata y diferencial de la libertad, además de descubrir mi propia realidad como algo más o menos libre, me la descubre como algo abierto a mayor o menor libertad. Se trata del problema de la capacidad de libertad. En la búsqueda de una respuesta a ese problema se puede ver que, efectivamente, la libertad comprometida consigo misma amplía las posibilidades del querer.

2.3.2. *El problema de la capacidad de libertad.*

Zubiri encuadra el problema de la capacidad de libertad en el ámbito del acto volitivo. Esta aproximación podría entenderse, no tanto desde una propuesta teórica o de un esbozo de lo que pueda ser la libertad, sino desde la cuestión de cómo ser capaces de estar en la realidad de un modo libre. Él afirma que, cuando depongo efectivamente mi querer sobre algo concreto, a ese algo le concedo un poder sobre mí: “Es un estricto poder, el poder de lo querido. Lo-querido cobra frente a la voluntad justamente el poder, y la voluntad se siente apoderada por ello”³⁶⁸. Hay un poder en el dar de sí de la voluntad que es el poder de la libertad. El querer puede dar de sí de un modo, como hemos visto, que sofoca la libertad (promoviendo ciertos estados emocionales) o que la cuida.

El propio carácter libre del acto volitivo podría ser o no ser objeto del querer. El dar de sí de la volición libre, el hecho físico del “acto liberador mismo como libremente ejecutado” se presta a ciertos dinamismos. Es la cuestión de cómo se va haciendo y deshaciendo la libertad, en el sentido estricto de la libertad como posible objeto de logro. De este modo se da un paso más en el análisis de la libertad, en este caso, la libertad como problema en el sentido concreto de la “capacidad de libertad”³⁶⁹.

El máximo despliegue del poder efectivo de la voluntad no tiene por qué acompañarse de una experiencia creciente de libertad. Incluso puede que ocurra

³⁶⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 113. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁶⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 119-120. ISBN: 84-206-9046-5.

todo lo contrario. Efectivamente, no todos tienen la misma capacidad de ser libres. Para Zubiri es el aspecto tendencial el que hace que no sea fácil, ni desde luego obvio, que el individuo pueda ser real y efectivamente libre. Zubiri encuadra el problema de la libertad, como estamos viendo, en el marco del momento tendente de la voluntad. Al plantearlo desde esta perspectiva se podría pensar que se trata del problema relacionado con ciertas tendencias de orden pasional, pero hay que tener presente que el abanico de tendencias (o pretensiones humanas) es insondable. Las tendencias pueden tener un carácter intelectual (en este caso podríamos hablar, por ejemplo, de voluntad de verdad), pueden venir determinadas por determinados sentimientos (como la tristeza, el miedo, la tranquilidad, la alegría), pueden formar parte de un estado habitual relacionado con el temperamento o con un carácter determinados, o estar propiciadas por las circunstancias personales.

Zubiri plantea que la libertad tiene su *área* y no todas las libertades tienen un mismo área para todos los humanos. Cada libertad está establecida sobre un régimen de estabilidad anterior en el que el individuo no puede intervenir. La “condición esencial -en el caso del hombre- para que pueda haber una elección, y una elección libre, es justamente la finitud del elenco entre las cosas en que tiene que elegir”³⁷⁰.

Podríamos decir, desde esta perspectiva, que el mínimo de libertad es querer o no querer. Se anularía la libertad cuando se anula el querer. La opción por no querer, en sentido general (“pasar de todo”), sería un acto volitivo tendente a reducir el área de libertad. No es posible pensar un querer sin al menos una gota de libertad. El querer (volición) sometido es un querer limitado en sus posibilidades, pero no es un querer anulado. Mientras hay querer hay una mota de libertad. Hay, por tanto, libertad en el poder querer lo posible y renuncia al dinamismo libre del querer en el desdén de lo posible tendencialmente.

El área de libertad no solo vendría dado por las posibilidades reales que alguien tiene de hacer esto o aquello, ya sea por las propias capacidades, ya sea por los recursos que le asisten. Además, vendría definido por el abanico de tendencias que inspiran a ese alguien. Puede ser un individuo rico de posibilidades, pero sin momento tendente (por carácter, por negación de tendencias), con lo que su área de libertad quedaría restringida. Y viceversa, puede haber alguien enormemente

³⁷⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 125. ISBN: 84-206-9046-5.

apasionado por algo, pero carente de recursos personales o de otra índole que le permitan realizar aquello a lo que está tendencialmente orientado.

“El hombre puede ir, a fuerza de actos libres, horadando su propia libertad, hasta llegar al colapso de la libertad. ¡La libertad, víctima de sí misma!”³⁷¹. Hay determinadas situaciones que propician un hábito de sumisión. Cuando el trabajo se desarrolla en el ámbito de ciertas organizaciones en el que están establecidas determinadas reglas o incentivos, el individuo puede ir renunciando poco a poco a un ejercicio de su libertad.

Un ejemplo distinto y extremo sería el de quien depone su querer en el consumo de sustancias adictivas. En este caso, a través de determinados mecanismos fisiopatológicos, la sustancia consumida cobra un dominio sobre el querer del individuo, que solo actúa entonces en función de una relación de dependencia con ella. El propio querer del individuo, que puede llegar a perder todo sentido de libertad, queda sometido e incluso anulado por el consumo de la sustancia. En ciertas fases, en las que solo es posible querer una cosa (la sustancia), el individuo llega a perder su capacidad de querer o no querer, de querer esto o aquello, es decir el poder de maniobra mínimo de una voluntad libre.

Por otro lado, para Zubiri la libertad también tiene *grados* distintos según “la libertad está más o menos encajonada por las tendencias, o la red de tendencias que le han llevado al hombre precisamente a ser libre”³⁷². Los grados de libertad harían que el individuo “no tenga que abocar un acto determinado en virtud exclusivamente de aquella tendencia que posee, ni tan siquiera en virtud de la preponderancia de unas tendencias sobre otras”³⁷³.

Aquí ya no se trataría de querer o no querer, como un mínimo del área de libertad. Tampoco se trataría de querer esto o aquello, que también tiene que ver con el área de posibilidades. Se trata de reconocer que hay pretensiones estimadas y no estimadas o, al menos, no tan estimadas. En la medida que hay algo más estimado, el resto queda en la línea de lo menos estimado o lo no estimado. En este

³⁷¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 147. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁷² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 131. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁷³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 123. ISBN: 84-206-9046-5.

sentido, habría tendencias que me llevan a hacer lo que no estimo y otras que me lleva a hacer lo que sí estimo.

Habría un mayor grado de libertad en la medida que hago lo realmente estimado, ya sea esto bueno, malo, regular, realmente querido, o descubierto *a posteriori* como algo realmente no querido. En definitiva, habrá un mayor grado de libertad en tanto en cuanto haya una coherencia entre la tendencia, lo estimado y lo efectivamente querido. Menor grado, cuando actúo según una tendencia que no estimo; y menor grado aún cuando actúo según una tendencia que ni estimo, ni quiero. Todo ello contando con que no es lo mismo el estimar valorativamente, en sentido axiológico, que el querer (querer efectivo).

Zubiri afirma que es posible una *organización de las tendencias*. Él indica que cada tendencia tiene su propio peso, lo que le confiere una dimensión de apoyo. Sobre ese apoyo el individuo puede construir hábitos. Aquel hábito construido a base de actos radicalmente libres, radicalmente queridos, no disminuyen la libertad, sino que la aumentan. Pero, recíprocamente, el peso de ciertas tendencias puede llegar a yugular la propia libertad³⁷⁴. El peso de la tendencia a consumir una determinada sustancia puede yugular la libertad para hacer lo que realmente quiero.

Finalmente, Zubiri vincula el nivel de libertad al grado de desarrollo moral que puede llegar el adulto, algo que relaciona con el propio cuidado de la libertad. Y alude al él del siguiente modo: “un nivel de libertad en el que puede resolver sus situaciones de una manera relativamente libre -digámoslo una vez más-, y en segundo lugar, una libertad de crear. De crear no solamente el acto que va a ejecutar, sino de crear en cierto modo... sus intrínsecas capacidades de libertad”³⁷⁵. Hay que recordar que para Zubiri la vida moral tiene que ver con la apropiación de posibilidades. En ese sentido, el modo de ser libre de la volición le permite querer esto o aquello de forma efectiva en el acto del querer, pero también para el querer la libertad es una posibilidad apropiable y, por tanto, en el acto volitivo el individuo desea, elige y disfruta de su propia libertad, manteniéndola o agrandándola.

La libertad puede ampliarse a lo largo de la vida de quien va realizando repetidos y diversos actos de libertad. En este caso Zubiri habla de una libertad

³⁷⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 147-148. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁷⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 130. ISBN: 84-206-9046-5.

“comprometida” consigo misma. Así, “la libertad que no solamente alcanza a ser disposición, que no solamente resiste a las amenazas, y que no solamente se encuentra comprometida consigo misma, la libertad, además, en cierto modo imprime su sello de libertad a todo cuanto hay en el hombre, por remoto que esto sea”³⁷⁶. Hay una especie de *funcionalización de la libertad*, por la que hay personas que en su vida van comprometiendo su libertad hasta anularla o, al menos hasta fijarla donde nunca hubieran querido llegar, y hay otras que van haciendo que la libertad se encuentre más comprometida a ser libre³⁷⁷. Según esto, la volición radicalmente libre, en su respectividad con lo real, no se limitaría a sí misma erigiéndose en volición totalitaria, sino que imprimiría su sello de libertad a todo lo real. Sin embargo esto no es ni mucho menos evidente, y pone de manifiesto lo enormemente problemática que es esta cuestión.

Ante todo, hay una *habitualidad de la libertad*, por la que se produce un acostumbamiento a ser libres. En la vertiente opuesta, a fuerza de habituarse a no ejecutar actos de libertad, se yugula y se seca la libertad. Por ejemplo, la obediencia, qué duda cabe, es una gran virtud; es un acto de voluntad tendente. Pero tiene en cambio una no exigua dimensión de comodidad³⁷⁸. Así, “cada cual va haciendo o deshaciendo su libertad”³⁷⁹.

A partir de aquí se nos plantea la siguiente reflexión: si el querer es necesariamente libre y puede ir haciendo o deshaciendo su respectividad libre, nos encontramos con varios modos en los que se despliega es modo de ser libre del querer:

a) En su área de posibilidades el querer está determinado por el azar natural y social, que proporciona al individuo unos concretos recursos para el despliegue libre del querer. Esto dependería a su vez de la capacidad de aprehender diferencialmente las posibilidades que un tiene disponibles. Pero además el área de libertad del querer estaría determinada por la capacidad de innovación del individuo en el marco de posibilidades naturales y sociales que la vida le otorga. Esta capacidad de innovación pende de la capacidad de aprehender diferencialmente

³⁷⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 145. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁷⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 148. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁷⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 148-149. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁷⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 149. ISBN: 84-206-9046-5.

tendencias inspiradoras de nuevas posibilidades viables. El área de posibilidades depende del querer en su búsqueda de posibilidades viables para su despliegue, así como del querer en su búsqueda de innovación. En ambos casos es necesario un apoyo y un dominio del querer al orientar su inteligir. Y el inteligir alumbra y, por tanto, actualiza campalmente las posibilidades del querer.

b) En su grado, el querer despliega su respectividad libre no solo en un plano campal, sino en profundidad. Esta profundidad solo es posible cuando el individuo logra una aprehensión comprensiva y, en sentido de zubiriano, experiencia, de la libertad en profundidad. Es experiencia de un modo de ser libre que solo es posible mediante un apoyo del querer en la razón inquiriente. Ésta esboza una posibilidad del querer libre y la prueba, siendo la realidad (mi realidad, la realidad circundante) la que aprueba o reprueba esa experiencia de libertad. Es el querer comprometido consigo mismo en una línea determinada del querer. Puede toparse con el descubrimiento de una experiencia profunda conformadora de querer funcionalmente libre o, por el contrario, advertir que ese esbozo del querer solo conduce a un deterioro o a un sometimiento del propio querer.

c) Podríamos hablar de un cuidado del dinamismo libre del querer, que puede recorrer o no, el acto activo de querer. Ese cuidado requiere una atención, que está orientada a ese despliegue libre del querer. Y en esa atención se actualiza la libertad como algo que en ningún momento se pierde de vista. Es decir: aunque de todas las opciones que he tenido y he depuesto libremente mi querer en esta y solo en esta, sigo sintiendo que soy realmente libre (aprehensión sentiente del dinamismo libre del querer) porque puedo salir de esta opción (puedo querer o no querer esto) en cualquier momento. *Esta atención a la libertad aprehendida impresivamente, aún en opciones exigentes, en opciones que ob-ligan, es lo que podríamos denominar el cuidado de la libertad.* Está apoyado en la intelección sentiente de la libertad, según la cual la libertad es aprehendida diferencialmente respecto a la no libertad, pero, ante todo, es aprehendida en su formalidad de realidad y, desde el acto volitivo, se protege. Es desde aquí desde donde cobra su mayor autenticidad cualquier opción, incluso la más exigente. Autenticidad entendida como querer verdaderamente libre. Si se descuida esta dimensión de cuidado de la libertad, el querer esto o aquello pierde fuerza, al perder su dinamismo libre. Cuando ni siquiera al comienzo de una opción no se cuenta con esta dimensión libre del querer, el querer nace debilitado.

Así, la volición se siente *realmente* libre al disponer de un determinado abanico de posibilidades para su querer, al buscar y descubrir que en su querer comprometido con una determinada opción hay un dinamismo que es un modo de libertad que desconocía y, en definitiva, al cuidar de la propia libertad en todo momento.

Recopilemos: La idea de libertad surge de ciertos actos que son inteligidos sentiente y diferencialmente entre otros actos no libres, como actos libres. El acto libre se reconoce como un acto íntimamente querido, que logra un dominio de realización que me incumbe a mí y/o a mis circunstancias. En ese sentido en el querer hay necesariamente inscrito un momento de libertad. La libertad consiste en un modo de dominio que surge necesariamente de la inconclusión de tendencias propia de la sustantividad humana. Esa inconclusión obliga a actuar en una forma u otra, o a no actuar.

Pero en ese dominio estoy concediendo a su vez un poder a la realidad en la que depongo mi querer. La repetición deliberada de actos libres da lugar a un estado volitivo de libertad, a una habitud de libertad, que es un modo de ser libre. La sustantividad que está constitutivamente apoderada de sí misma, por sí misma, para ser sí mismo estaría modalmente indeterminada respecto a otras sustantividades: en eso consiste una sustantividad libre³⁸⁰.

Sustantividad libre es aquella que autodetermina proactivamente su propia indeterminación. En esa autodeterminación, un curso de acción es aquel que renuncia a los actos libres. Como se ve, libertad es, pues, una nota esencial (condición, carácter formal³⁸¹) de la volición; que le confiere paradójicamente el poder de renunciar a sí misma, de renunciar en mayor o menor medida al querer y a la propia libertad.

³⁸⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 113. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁸¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 115. ISBN: 84-206-9046-5.

2.4. DIMENSIÓN PREFERENCIAL DE LA VOLICIÓN.

Antes de continuar, recordemos las tres dimensiones o componentes del acto volitivo: “Una tendencia en virtud de la cual apetece, en una u otra forma, aquello que se quiere; en segundo lugar, un acto determinante de aquello que se quiere, en forma de preferencia; en tercer lugar, un acto activo”³⁸². Hemos visto cómo la dimensión tendente se corresponde con el momento descrito por Zubiri como el momento tendente o pático. A la dimensión preferencial correspondería el momento preferencial. Y a la dimensión de acto activo, el momento fuente.

También hemos visto que la dimensión preferencial puede contener un momento de alerta en el que uno recorre sus posibilidades más o menos preferibles, un momento de expectación en el cual se supone que una determinada posibilidad es viable y un momento de determinación, en el que la volición se decanta por una preferencia. Aquí se ha optado por vincular estos tres momentos diferenciados por Zubiri en el acto del querer, a la dimensión determinante de la volición: el momento de atención (alerta), de expectación y de preferencia (que incluye una determinada elección y un tiempo fijado para realizarla).

2.4.1. *Momento de alerta.*

Un recorrido por las posibilidades que uno tiene no es más que intelección de esas posibilidades. Estas pueden inteligirse de un modo primordial (en cuanto reales), diferencial (en el campo de lo real) o en profundidad (en cuanto problema, en marcha inquiriente, en búsqueda). Pero sea cual sea el modo, se produce un acto de intelección. El momento de alerta de la volición alude al aspecto de la atención del acto intelectual. El término alerta tiene connotaciones psicológicas, como fijarse en esto o aquello. El término atención, para Zubiri no es tanto un fenómeno psíquico como modalidad del acto intelectual³⁸³. En este momento la intelección se centra en lo aprehendido, precisándolo y marginando todo lo demás. ¿Sobre qué centra la atención el individuo en el acto volitivo? Sobre meras posibilidades, como lo que

³⁸² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 53. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁸³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. p. 260. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

“tiene que querer”, lo que “debe querer”³⁸⁴; en general, sobre realidades más o menos estimables.

2.4.2. *El momento de preferencia.*

Zubiri afirma que “el hombre... no solamente ha suspendido el carácter de estímulo para hacerse cargo de él como realidad, sino que además ha suspendido la realidad misma en tanto que determinante de sus actos. El hombre, si acepta esa realidad, no será ya una realidad llevada por esas realidades -no será un ferens- sino que será precisamente un hombre que lleva a esa realidad: será un prae-ferens, un preferente en el sentido etimológico del vocablo, no en el sentido de dar mayor rango a una cosa que a otra, sino en el sentido de conducir él por delante su propio acto”³⁸⁵. Esto es así de tal modo que “inexorablemente el hombre se ve compelido a preferir”³⁸⁶.

Desde el estado de alerta, “contemplando panorámicamente aquello sobre lo cual tiene que querer, el hombre va a deponer su preferencia en unas cosas o en otras. Es el momento de preferencia”³⁸⁷.

2.4.3. *El momento de expectación.*

No solamente hay un momento de preferencia. Hay muchas cosas que el humano preferiría, pero ¿son accesibles? Se trata del momento de expectación “de lo accesible o de lo inaccesible”. Zubiri subraya que hay grandes diferencias: “Hay el hombre sosegado, que ve el panorama de sus espectancias tranquilamente, y hay el hombre que es víctima de una ansiedad”³⁸⁸. Aquí se coloca en las diversas formas psicológicas de situarse en este momento. Pero lo que ahora nos interesa es señalar que, siendo formas diferentes, el momento es el mismo. Es el momento de expectación. ¿Pero en qué consiste el acto volitivo en ese momento?

³⁸⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 61. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁸⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 36. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁸⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 140. ISBN: 978-84-206-9035-3.

³⁸⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 61. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁸⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 62. ISBN: 84-206-9046-5.

Se trata de un momento de esperar realizar o conseguir algo³⁸⁹. Esto podría llevarnos a pensar que es el momento de la espera, de esperar algo. Pero esto no es así. Es más bien un estar a la expectativa. Ciertamente, si esa expectativa no es viable de forma inmediata, ese estar a la expectativa se convierte en un esperar activamente algo. Y en ese caso, durante el tiempo que dure la espera, el acto volitivo es justamente esperar, y es en esa actividad en la que cumple su integridad el acto volitivo, porque no puede ir más allá. Por el contrario, es la desesperación una situación en la cual la volición claudica de su actividad expectante.

El momento de expectación es, pues, un momento crítico del acto volitivo. Es el momento en el que la volición espera activamente. Pero ¿qué espera o, mejor, en qué consiste lo que espera, cuál es el término de la acción volitiva en este momento de expectación? En su término, la expectación se dirige hacia las posibilidades presentadas a la intelección en el campo de lo real. Hay posibilidades que son viables y no requieren espera, aunque sí su momento expectante. Y hay posibilidades que requieren una, digámoslo así, ampliación del momento de expectación. Ampliación que no tiene por qué ser fácil; y que en ningún caso es pasiva.

Es necesario subrayar que las expectativas (posibilidades) son algo, en cierto modo y al menos en ciertos casos, dado a la volición. En primer lugar tienen su momento de realidad (son inteligidas como reales, de suyo, en el momento en que están ahí, presentes), son algo que la intelección volente puede haber diferenciado en el campo de lo real (por ejemplo, la posibilidad de ser médico, como una realidad social dada y mostrada por quienes ya son médicos), pero también pueden ser algo que el individuo ha vislumbrado como posibilidad aunque aún no lo haya comprobado (por ejemplo, la posibilidad de ser uno mismo médico). Las expectativas son algo dado como real, como posibilidades diferenciadas y como posibilidades que deben ser comprobadas.

En este momento la volición (la sustantividad volente) aguarda, se sostiene en un estar a la expectativa de alguna de las posibilidades que ha reconocido en su momento de alerta. Este momento da cuenta del carácter activo del querer. En este caso no cabe la espontaneidad. La espontaneidad, por el contrario, puede tener que

³⁸⁹ DICCIONARIO de la lengua española [en línea]. 22ª ed. Disponible en: http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=expectativa [consultado: 13 de febrero de 2011]

ver con el des-esperar. Aquí la volición claudica en su querer, abandona la tensión de sostenerse en su aguardar estando a la expectativa, para dejarse llevar. Se abandona a la espontaneidad de desesperar. Esa espontaneidad, en su dinamismo, tendería a anular el poder volitivo. El desesperar debilita el querer. Por el contrario, albergar expectativas sobre algo incluye un a-guardar, con-tener; es un acto activo en el que el sujeto se apropia de una determinada posibilidad de forma expectante, esperanzada. En la convicción de que merece la pena mantener esa activa expectación.

Las expectativas que un paciente alberga respecto a su médico tienen que ver con el mantenimiento, promoción o recuperación de su salud. Cuando aquél se encuentra con un médico que responde a sus expectativas se produce un sentimiento de tranquilidad. La permanencia de ese sentimiento conduce a un estado de seguridad, de sentirse en buenas manos. Y esto no es otra cosa que la confianza. La confianza es, pues, un estado de seguridad que surge cuando las expectativas logran su cumplimiento.

2.4.4. El momento de elección.

Zubiri alude a un momento de urgencia de la volición: “hay que elegir alguna vez”³⁹⁰. De ahí que lo denominemos momento de elección, que es el momento en el que la volición decide en qué preferencia deponer su acto activo del querer. Entre quienes alargan este momento de resolver y los que resuelven con rapidez hay un punto en común: el momento de elegir.

Este momento es esencial a la volición, puesto que “los actos de volición son siempre actos de elección”, de ahí que Zubiri hable de “volición optativa”³⁹¹. Incluso la no elección es una forma de elección, ya se ha dicho esto. Si el momento de preferencia es ineludible, al de elección le ocurre exactamente lo mismo. La volición, como modo de realidad, en su momento de elección sería un poder de orientar la acción humana. En su carácter orientador, la elección puede tener más o menos precisión. En su virtud, el acto moral gana precisión en la medida en la que delimita su elección. Esto le confiere una resolución, por la que el individuo se encuentra unificado en torno a una determinada elección. Lo contrario a la

³⁹⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 62. ISBN: 84-206-9046-5

³⁹¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 348. ISBN: 84-206-9046-5.

resolución moral es la imprecisión de la elección. Aquí la volición duda, se encuentra dispersa. Es un querer enfrentado consigo mismo y, en ese sentido, un querer fraccionado, dividido o des-integrado respecto de sí mismo.

Pero para que todo esto ocurra puede ser necesario un esfuerzo. Zubiri alude al esfuerzo no como un mero vencer dificultades, sino como el momento de voluntariedad que se desmarca del momento tendencial para deponer mi realidad en algo, para querer algo. Y aquí el esfuerzo es “intensificación del puro momento de voluntariedad”³⁹². El esfuerzo tiene que ver con la determinación para apoyarse en unas tendencias, descartando otras. En toda preferencia y elección hay, como veremos más adelante, justificación. Esto nos lleva al problema del bien y del mal.

2.5. EL PROBLEMA DEL BIEN Y DEL MAL.

Zubiri escribe una serie de textos en la década de 1960 recogidos bajo el título “*El problema del mal*” en el texto “*Sobre el sentimiento y la volición*”. Recurrimos a ellos a lo largo de los próximos párrafos.

2.5.1. Planteamiento.

La línea el bien y del mal es aquella en la que se nos presentan las cosas como preferibles o detestables. Podemos preferir abiertamente el mal y podemos preferir entre distintos bienes. Pero “anterior a toda preferencia” hay un “acto de estimación”³⁹³. Zubiri afirma que en el acto de preferir se funda necesariamente en un acto de estimación. Cuando se prefiere, se prefiere lo mejor (“la línea del bien... dentro de la cual las cosas son preferibles”³⁹⁴). En ese caso, lo mejor (la “línea del bien”) es algo ya presente y, en cierto modo, anterior a toda preferencia. Preferir lo mejor es preferir un bien a otro; y antes de preferir hay un acto en el que nos es ya presente el bien de cada cosa susceptible de ser preferida.

³⁹² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 79. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁹³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 202. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁹⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 201. ISBN: 84-206-9046-5.

Pues bien, Zubiri denomina a ese acto previo a la preferencia, el *acto de estimación*, “el acto primario y radical en el que se abre ante nosotros la línea del bien”. Este acto no es algo meramente subjetivo. Lo que se estima, “es estimado objetivamente”, pues “la estimación tiene un término objetivo y se funda en él. Y este término objetivo de la estimación es lo estimado en cuanto tal”³⁹⁵. Ciertamente las personas no están siempre de acuerdo en sus estimaciones, pero eso no indica que la estimación sea de índole formalmente subjetiva. También en la intelección de la realidad puede haber discrepancias y no por ello se niega su carácter objetivo. El término del acto de la estimación es la línea del bien, al igual que el término del acto de intelección es la verdad.

Zubiri centra aquí el problema del bien y del mal: ¿sobre qué recae formalmente el acto de estimación? Su respuesta es que no recae sobre el “valor” (no es un problema de valores), sino sobre la realidad en cuanto tal, por lo que el problema del bien y del mal sería un problema de realidades. Veremos cómo desarrolla esto.

2.5.2. *El bien y el mal como valores.*

La preferencia se realiza sobre unas determinadas tendencias, así como sobre el objeto de unas tendencias entre otros objetos³⁹⁶. Estas tendencias así como su objeto, se muestran como preferibles porque son considerados bienes, de tal modo que bienes serían todo aquello que pueda considerarse preferible. La “línea del bien” es, para Zubiri, “una línea dentro de la cual las cosas son “preferibles””³⁹⁷. Zubiri afirma que la preferencia puede darse en un contexto de presión social (con una determinada idea de lo que se debe ser; de valoraciones, normas, etc.), pero esto no explica completamente el cuadro dentro del cual pueden inscribirse las preferencias. Por otro lado, las preferencias también pueden considerarse en el marco del cumplimiento del deber (perspectiva kantiana), pero tampoco el deber agota la moralidad.

El problema del bien y del mal como un problema de valores es la tesis de Scheler y de toda la axiología. Según esta tesis los valores son irreductibles a la

³⁹⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 202. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁹⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 51. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁹⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 201. ISBN: 84-206-9046-5.

realidad e independientes de ella. Las cosas son mero soporte de los valores. No son valiosas porque son buenas, sino que son buenas porque son valiosas. Para Zubiri es claro que la realidad es independiente del valor (la nuda realidad no tiene por qué estar asociada a un valor), pero no a la inversa, pues todo valor dependería de la realidad por las propiedades reales de la cosa. “La cosa tiene valores precisamente por sus propiedades reales... no es solo un valor en la cosa, sino un valor de la cosa”³⁹⁸. El valor no es algo sustantivo, sino adjetivo. Veamos cómo argumenta esta tesis.

2.5.3. Estimación, valor, realidad y bien.

Para Zubiri la dualidad radical no se halla entre valor y realidad, sino entre nuda realidad y realidad valiosa. El acto de estimación incluye necesariamente un acto de intelección. La intelección lo es de la realidad, y descubrir la cosas y sus propiedades es cuestión de nuda intelección. Sin embargo, en la estimación, la realidad, además de ser inteligida en tanto en cuanto real, queda actualizada de una forma distinta. Es aprehendida en su condición de valiosa.

En ese acto de aprehensión estimativa de la realidad, ésta queda actualizada como algo valioso y, en cierto sentido, estimado, apreciado. “Si no hubiera un acto mío de estimación no habría condición... este acto es objetivo, es decir, va intencionalmente a la realidad como un intentum de estimación... [pero] resulta que es la realidad misma la que queda como término objetivo de la estimación. Yo la hago quedar, pero es ella la que queda... La condición pertenece formalmente a la realidad en cuanto estimanda”³⁹⁹. Es algo más que estimada (“grabada” en la intelección): es estimanda, es decir, actualizada en la intelección como valiosa.

En ese *intentum* estimativo la realidad queda en su condición de realidad valiosa: ahí es donde reside la objetividad del acto estimativo. Aquí lo inteligido se presenta como algo independiente y, aún más, como algo con una prioridad sobre la intelección. Esta no es mera objetividad, sino simple actualización. Por eso “la condición de estimanda, a pesar de ser mera condición, es decir, a pesar de no ser un momento de la nuda realidad, es sin embargo una condición que pertenece a la

³⁹⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 214. ISBN: 84-206-9046-5.

³⁹⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 219. ISBN: 84-206-9046-5.

cosa misma por su realidad”⁴⁰⁰. Pues bien, para Zubiri, la realidad en su condición de estimanda es lo que constituye el bien, es decir lo preferible. Lo preferible no es el valor, sino la realidad en su condición de valiosa, de estimanda. Y “el valor no es sino la cualidad del bien en tanto que bien: es la valía de un bien”, siendo “el bien el que funda el valor, y no el valor el que funda el bien, como pretendía Scheler”⁴⁰¹.

Aquí Zubiri da un vuelco al idealismo axiológico y se sitúa en una perspectiva caracterizada por su personal y radical realismo. Él desplaza el acto intencional de la estimación, del concepto valor a la realidad valiosa, huyendo del riesgo de una entificación de la realidad y, por tanto, de un idealismo. Por eso afirma que “el término formal del acto de estimación no es “valor” sino “realidad valiosa””⁴⁰². E insiste en que el bien y el mal como problema no es una cuestión de valores sino de realidades. En un ejercicio de concreción, afirma que bien y mal no constituyen una contraposición de valores, sino una contraposición de *condiciones* de la realidad. Por eso, reconoce que “no hay realidades que en su nuda realidad sean buenas o malas”, pero afirma que “no es menos verdad que hay realidades que realmente son de buena o de mala condición”.

E incluso, si habláramos del valor de “la justicia” (haciendo del valor un sustantivo, no un mero adjetivo de la realidad), ese concepto contendría formalmente un momento de realidad. Pero en este caso estaríamos actualizando la realidad de *lo justo* de un modo distante, ya sea en modo de concepto del logos, ya sea en modo de esbozo de la razón. Lo que hacemos al sustantivizar los valores, no es más que actualizar en intelectivamente, ya sea diferencialmente (logos) o en distancia (razón) la realidad en su condición de valiosa. Lo sustantivo es la propia realidad.

2.5.4. *La cuestión del bien y del mal.*

Vemos, pues, que no se trata de un problema de valores, ni de un problema de realidades en su nuda realidad. Bien y mal son cualidades de la condición de la cual sea la realidad. Pero hay que precisar qué es eso de la condición. Hasta ahora hemos visto que no tiene que ver con un antecedente condicional (“si tal, entonces

⁴⁰⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 221. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁰¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 223. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁰² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 222. ISBN: 84-206-9046-5.

cual”), sino en el sentido que usamos cuando decimos que alguien es de buena o mala condición. Toda realidad en condición es buena o mala, ya lo hemos visto. Pero es bien o mal que afecta a alguien, bien o mal respecto de alguien. Se trata, pues de *respectividad*. Si no hubiera respectividad (la cosa en condición respecto de alguien) no habría posibilidad de que algo fuera de buena o mala condición. Aclarar qué es respectividad es aclarar qué es condición.

Las cosas forman una totalidad en la que actúan unas sobre otras. Es una “conexión operativa” que se funda en la constitución misma de las cosas. No es totalidad operativa, sino de totalidad constitutiva. Zubiri, fiel a su afán de concreción, insiste mucho en esto: las cosas no *están* en respectividad funcional, sino que *son* respectivas. Respectividad no significa simplemente que las cosas reales son primero realidad y luego entran en conexión, sino que cada una es lo que es en función con las demás. Respectividad no se distingue de la realidad, sino que se identifica con ella⁴⁰³.

Por ejemplo, la inteligencia, como realidad, en su respectividad con otras realidades tiene una dimensión presentativa mediante la que las cosas actúan y se actualizan en ella. Pues bien, la condición de la realidad como buena o mala es otro tipo de respectividad. Aquí no solo se actualiza la realidad, sino que, además, se actualiza respecto a los actos que el hombre va a realizar con las cosas. En el primer caso hay una respectividad de “*mera actualización*” y en el segundo hay una respectividad “*de sentido*”⁴⁰⁴. Diríamos que en el acto estimativo hay una respectividad de la intelección humana en la que se realiza una actualización del sentido de las cosas para su propia realidad humana.

Para que esto ocurra tiene que haber cosa y tiene que haber hombre. Y es el hombre el constituyente del sentido en cuanto tal. “Sin hombre no habría puerta ni morada”⁴⁰⁵, aún cuando el sentido es constitutivamente de la cosa, de la cosa-sentido, es algo de la cosa real. Es algo en que la cosa *queda* respecto de la realidad

⁴⁰³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 226-7. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁰⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 229. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁰⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 230. ISBN: 84-206-9046-5.

humana. Condición es, por tanto, “la capacidad de la realidad para quedar constituida en sentido... es un tipo de respectividad, la respectividad del sentido”⁴⁰⁶.

Tenemos, pues, un acto de estimación, consistente en la actualización de sentido. Y, además, hay realidad que tiene esa capacidad de tener sentido, de tener una determinada condición respecto a la realidad humana. Zubiri, desde aquí, precisa su definición de lo que es la línea del bien: es la capacidad de lo real para tener sentido de estimanda⁴⁰⁷. Bien y mal son cualidades de la condición real de las cosas, por lo que hay cosas de buena condición y de mala condición. A partir de aquí, se plantea la siguiente pregunta: ¿cuál es la realidad del bien y del mal?

2.5.5. *El bien y el mal como realidades.*

Para Zubiri el mal no es algo sustantivo (algo sostenido por el maniqueísmo, que considera el mal como sustancia, y, en cierto modo, por el neoplatonismo, que considera el mal como principio sustancial). No hay cosas buenas o malas en virtud de sus sustancias. Incluso un veneno mortal. En sí no es ni bueno ni malo. Lo malo o lo bueno no es la cosa, sino su condición (su respectividad), pues se necesita siempre alguien respecto del que se haya constituido esa línea de sentido. No son propiedades de las cosas en su nuda realidad, sino la condición de ellas en su respectividad a la realidad humana. La nuda realidad es algo ajeno al bien y al mal.

Por ejemplo, un artefacto tecnológico no es ni de buena ni de mala condición, a pesar de ser una cosa-sentido. Es indiferente. Solo adquiere su condición de bueno o malo en el momento en el que contribuye al beneficio o al mal de la sustantividad humana. Siguiendo la línea de pensamiento de Zubiri, lo tecnológico será bueno en el momento en el que contribuye a la plenitud formal e integral de la sustantividad humana. Y eso depende de otra cosa, además de lo tecnológico: depende del uso que haga de ello un humano para otros humanos.

Es cierto que lo que sea la plenitud de la sustantividad humana aquí y ahora es un problema ético. La conformidad o disconformidad de las cosas (cosas-sentido) con respecto a una promoción positiva o negativa de la sustantividad humana, eso es el bien o el mal de las cosas. Si verdad es adecuación del pensamiento a las cosas, los bienes lo son en tanto en cuanto hay una adecuación de las cosas respecto del

⁴⁰⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 231. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁰⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 233. ISBN: 84-206-9046-5.

bien humano. “Se trata de que las cosas, precisamente por su condición, promuevan o no promuevan, sean o no promotoras del bonum de la sustantividad humana”⁴⁰⁸.

En el caso de ciertos artefactos tecnológicos, que en sí pueden ser indiferentes, en el momento de ser utilizados por humanos, se convierten en prolongación de realidades sustantivas humanas que actúan sobre otras realidades sustantivas humanas. Es la condición de la realidad humana la que se mostrará como de buena o mala condición a través de esos instrumentos, en la medida de que promuevan o no promuevan el bien humano. En este sentido, la sustantividad humana sería “cosa-sentido” para la sustantividad humana.

De ahí que, desde el punto de vista de Zubiri, para plantear con rigor el problema de la justificación de las preferencias, más allá de las cuestiones de valor, que se quedan en el marco ideal de la objetividad, “tenemos que ir a la dimensión de bondad; es decir, a que las cosas real y efectivamente sean buenas, a que el hombre sea real y efectivamente bueno... El ámbito que se le abre al hombre es el ámbito de la bondad, de la realidad buena”⁴⁰⁹.

Si las cosas promueven una plenitud positiva lo humano entonces son un bien. Si promueven disconformidad con esa plenitud positiva (“el *bonum* de la condición humana”) entonces hablamos de cosas malas, del mal. En el primer caso sería una conformidad o adecuación de sentido sumativo, plenificante. En el segundo caso sería una disconformidad en sentido privativo, empobrecedor. No es tanto deformidad, como dis-conformidad con una plenitud de la sustantividad humana. No es simple carencia (“el topo no ve, pero no es ciego”), sino carencia de algo que se puede y debe tener y sin embargo no se tiene.

2.5.6. Tipos de mala-buena condición de la realidad.

Beneficio-maleficio.

“No puede haber sentido ni condición buena ni mala sino respecto de una sustantividad, de una cosa sustantiva”⁴¹⁰. Siendo la sustantividad humana una cosa entre otras, la promoción o el impedimento esta sustantividad humana en sus

⁴⁰⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 254. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁰⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 358-9. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴¹⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 257 ISBN: 84-206-9046-5.

diversas facetas (somática, psíquica, inteligencia, volición, sensibilidad, carácter, etc.) se produce de la interacción con otras cosas, en tanto que “otras” en tanto que realidades. Al ser interacción, se trata de una *factio*. Lo que promueve, por ejemplo, la desintegración o disarmonía de mi sustantividad es justamente una *malefactio*. La enfermedad sería un maleficio (mal de hecho) en el que se produce una alteración de la integridad psico-biológica. Hay cosas y realidades que pueden ser maléficas (como un alimento en mal estado) y cosas que pueden ser benéficas (como la dieta mediterránea).

Hay maleficios que no son vividos en conciencia como tales (p.e. un tumor que pasa inadvertido) y hay situaciones que son vividas como maleficios, por ejemplo, el dolor o el sufrimiento. “El daño y el dolor son un maleficio en cuanto nos privan del estado de salud... Lo que hace del dolor o de una desgracia un maleficio es precisamente la presencia privativa de una realidad”⁴¹¹. Sin embargo, nada es absolutamente maléfico.

Bonicia-malicia.

Además de las dimensiones psicobiológicas, mi realidad tiene otros momentos, como la inteligencia y voluntad. Estas, “como realidades, son físicamente intencionales”⁴¹², se abren a cosas que no son ellas mismas. En el plano volitivo, la intencionalidad se inscribe en el lo que quiero hacer, lo que quiero realizar conmigo y con las cosas que me rodean. Es un modo de habérselas con la realidad. Y el término intencional de mi volición soy yo mismo y otras cosas (en sentido lato obviamente) que me rodean. Por tanto, “mi sustantividad no es solamente mis estructuras psicobiológicas, sino que es también una sustantividad de orden intencional”⁴¹³. La plenitud de mi sustantividad incluye, no solo la integridad y armonía de mi estructura psicofísica, sino además mi *bonum* intencional. En otras palabras, “lo que hago de mí... lo que quiero hacer, lo que quiero ser”⁴¹⁴.

Podríamos añadir... lo que quiero hacer conmigo y con mis circunstancias. Esto es problemático y es asunto de la ética, pero en el plano formal de las estructuras

⁴¹¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 260. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴¹² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 263. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴¹³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 263. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴¹⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 164. ISBN: 84-206-9046-5.

humanas, es lo que Zubiri identifica con moral. Por eso afirma que “el hombre como realidad físicamente intencional es, desde el punto de vista de su voluntad, una realidad moral... a su modo algo físico, de la misma manera que lo intencional es a su modo físico”⁴¹⁵.

La condición en la que quedo respecto de mí mismo y mis circunstancias es, desde esta perspectiva, “justamente mi bonum morale, mi bien moral”⁴¹⁶. Podríamos decir, siguiendo a Zubiri, que, como realidad moral, yo adquiero el carácter de cosa-sentido respecto de mí mismo y de mis circunstancias. Como cosa-sentido formalmente tendré condición de bueno en tanto en cuanto mi sustantividad contribuya a la promoción de una plenitud de mí mismo y de lo que me rodea y al contrario. El problema de la ética es concretar en qué consiste esa plenitud.

Pero aún hay más, la volición no solo puede determinar la condición de mi propia sustantividad respecto a una plenitud. “La volición es buena cuando un objeto, suficientemente conocido como bueno, es querido por mi voluntad; es mala cuando un objeto, suficientemente conocido en su mal, es querido por la voluntad”. En este caso, el acto volitivo es intransitivo en su intencionalidad, “queda formalmente en mí”. Es un mal en el que me instalo, por lo que ya no es maleficio, sino *malicia*.

En el momento que hay intelección y estimación, estoy situado formalmente en la línea del bien y del mal. Pero, además, la volición, cuando sabe qué es lo bueno o qué es lo malo, tiene el poder de inscribirse, de iniciar su marcha proactivamente en una u otra dirección. Corresponde a la ética descubrir racionalmente cuál es el *bonum* concreto de las cosas, es verdad; pero cuando la volición sabe qué es lo bueno o lo malo, entonces tiene el poder de inscribirse bajo uno u otro poder. Y se encuentra con el poder de preferir lo malo (por absurdo que pueda resultar) a lo bueno.

Así, bonicia y malicia “son dos caracteres morales del acto propio de la volición, no solamente por razón de su objeto, sino por razón de la volición misma”⁴¹⁷. Son bien o mal puestos “en y por la volición misma”, que adquiere así una

⁴¹⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 264. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴¹⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 265. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴¹⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 265. ISBN: 84-206-9046-5.

condición de buena o de mala realidad. Tal es el poder de la volición respecto de su propia sustantividad.

Si el individuo no tuviese otras propiedades que las que emergen de su estructura sería *subjectum*. Pero hay propiedades que se adquieren por decisión, que se apropian por decisión y afectan la propia sustantividad. Por eso, afirma Zubiri, el hombre no es solamente un sustantivo, sino que es un supraestante. Tiene que elegir, porque las cosas-sentido le ofrecen posibilidades entre las que elegir.

Si condición era la capacidad de la realidad para estar constituida en cosa-sentido, esas posibilidades están fundadas precisamente en el sentido que tengan para responder a la cuestión qué quiero hacer. El sentido de las cosas-sentido es lo que justifica las posibilidades. ¿En orden a qué? Simplemente en orden a lo que yo *quiero ser*, afirma Zubiri. Una vez que la volición las ha querido, afectan a la propia sustantividad. Por eso, “la sustantividad humana en esta dimensión, es lo que constituye la realidad moral del hombre”. Así, “el hombre es realidad moral en la medida precisa en que tiene que tener propiedades que solo penden de la aceptación o del rechazo de posibilidades”⁴¹⁸.

La posibilidad de un *bonum morale* se apoya en la realidad moral humana. Por tanto, el bien moral consiste en “la conformidad de las posibilidades elegidas con el *bonum morale* de mi realidad”. El mal consiste en disconformidad. Ya sea conformidad o disconformidad, Zubiri incluye ambas en el término *promoción*. Las posibilidades son de promoción de un bien o un mal, al arbitrio de la volición, que decide.

Aquí nos sitúa Zubiri en el núcleo de la cuestión del bien y del mal. Si aceptamos su esbozo de conformidad/disconformidad podemos deslizarnos hacia un realismo ingenuo que asume que la naturaleza es el criterio de conformidad o disconformidad. Si no queremos entrar en esa lógica, habremos de orientarnos, con Zubiri, a una concepción de lo humano como una realidad capaz de dar de sí. El problema es saber *a priori* en qué consiste ese dar de sí, y es ahí donde se pierde de vista un criterio de conformidad/disconformidad. En parte lo descubrimos al actuar moralmente (configurando la realidad, la propia y la circundante, de esta o aquella manera) aprendiendo de “aciertos” o “errores”. Pero también se podría afirmar a

⁴¹⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 267. ISBN: 84-206-9046-5.

priori que el bien moral consistiría en la conformidad de las posibilidades elegidas con una promoción conforme con mi realidad, lo cual no deja de ser tremendamente impreciso.

En cualquier caso, siguiendo de nuevo a Zubiri, lo que se nos muestra como un hecho es que la volición puede situarse en la línea del bien o del mal. La volición puede elegir entre la posibilidad de una promoción positiva o negativa de su realidad, de una determinada realidad y de la realidad en general. De ahí que se pueda suscribir la afirmación kantiana acerca de la buena voluntad, siempre y cuando su posibilidad elegida sea una promoción positiva de toda realidad.

Toda benevolencia (bonicia) o malevolencia (malicia) supone una capacidad de beneficio o maleficio, de beneficencia o maleficencia. Toda benevolencia o malevolencia son una disposición por la que la sustantividad humana tiende actuar beneficentemente o maleficentemente y a convertirse en una realidad sustantiva de buena o mala condición. Y por eso se puede afirmar, como ya lo hizo Kant, que “no es posible pensar nada dentro del mundo, ni después de todo tampoco fuera del mismo, que pueda ser tenido por bueno sin restricción alguna, salvo una buena voluntad”⁴¹⁹. Esto es un hecho, porque nos situamos en el momento previo a toda acción. No situamos en el acto activo de querer lo bueno. Momento incierto respecto a cualquier consecuencia de una acción, consecuencias en todo caso desconocidas para la buena voluntad.

El poder de las posibilidades. Zubiri afirma que “el acto posibilitante de la posibilidad, en tanto que posibilidad, es justamente lo que llamo poder”⁴²⁰. Por eso, apropiarme una determinada posibilidad (por ejemplo, que mi voluntad sea buena o mala) es dejar que se apodere de mí la realidad en su condición de buena o mala; quedar apoderado de la condición del objeto de la voluntad. Por eso la bonicia consiste en dejar que el bien (entendido como promoción positiva) se apodere de mí; y la malicia al contrario. Querer es poner el poder del bien o del mal en mí. “Es instaurar el bien y el mal como poderes”. Así es como la volición se configura como buena o mala, así es como tiene bondad o malicia. El bien, como promoción positiva, es suma. El mal, siendo algo positivo (promoción) es promoción negativa, es

⁴¹⁹ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 57. ISBN: 978-84-206-7295-3.

⁴²⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 272. ISBN: 84-206-9046-5.

“positivamente” sustracción. Pero, ¿cómo es posible que la volición quiera absurdamente el mal por el mal?

A esta cuestión Zubiri responde que, “quien quiere hacer el mal por el mal, el acto de voluntad por el mal, es porque precisamente siente una profunda satisfacción en ello. Y justo la satisfacción es lo que busca el acto de malicia: es el mínimo aspecto de bondad que tiene”⁴²¹. Para él nada es malicioso más que apoyado sobre algo que no es malicioso, aún cuando la malicia admita todos los grados que se quiera. La malicia sería siempre una instauración del mal como poder por un acto de mi voluntad. Si esto es así, “la malicia envuelve en sí una interna disensión y discordia”⁴²², consistente en que “es la fuerza del bien aquella con la que yo soy malicioso”.

Pero “las posibilidades no solamente están ofrecidas en frío, sino que son más o menos atractivas”⁴²³. Todo bien humano “apela a la deseabilidad”. De ahí, que en el ejercicio moral de elegir unas posibilidades y descartar otras, la volición humana tiene que contar con la rectificación de las tendencias que asume como maléficas; que asume, podríamos decir, como cosas-sentido maléficas. “La atracción es la forma como el poder está unificado con el factum, con la factio”, afirma Zubiri. Entendiendo, pues la atracción (o deseabilidad) como el momento en que se vincula el “poder” benéfico o maléfico de las tendencias y el acto volitivo, podríamos afirmar que la volición, en su ejercicio de elección entre las tendencias, va vinculándose o desvinculándose del poder benéfico de las tendencias positivas y del málefico de las negativas.

Así, la volición, en el complejísimo ejercicio moral de discernimiento y apropiación de posibilidades atractivas para ella, va dejándose apoderar por el poder benéfico o maléfico de ellas. Y así, se va dejando configurar como volición con mayor o menor malicia o bonicia. Pero, además, “toda malicia y toda bonicia son incoativamente una disposición”, que tiende a convertirse en “habitud”, en un modo de estar constituido. Podríamos decir, un modo de estar constituido en la línea del bien y del mal.

⁴²¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 274. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴²² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 276. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴²³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 275. ISBN: 84-206-9046-5.

Benignidad-malignidad.

La volición no solo es buena o maliciosa, sino que puede producir realmente bien o mal. En este sentido, la volición es algo más que bonicia o malicia, es benigna o maligna. Así, es benigna si produce beneficio y maligna al contrario. En términos actuales podríamos utilizar las palabras beneficencia o maleficencia. Una forma de beneficencia o maleficencia sería hacer que otra voluntad sea ella misma benevolente o malevolente. Aquí no solo se instaura un poder del bien o el mal, sino que se instaura el poder del bien o del mal como inspiración.

La bondad/la maldad. La dimensión social del individuo hace que esté referido a la sociedad, al cuerpo social en el que está inserto. La realidad social “gravita sobre las voluntades de los hombres”. Es algo que está ahí como una serie de principios tópicos reguladores que tienden a determinar la voluntad, haciéndola tender, en virtud de esos principios hacia unas determinadas posibilidades. “Este poder del mundo como sistema de principios tópicos, se cierne sobre cada cual, pero no hace más que cernerse. Su poderío se detiene, precisamente, frente a la libertad de elección de cada cual”⁴²⁴. El individuo puede declararse conforme o disconforme con ese mundo en el que vive pero, en todo caso, vive cernido de un poder mundanal de buena o de mala condición. La condición del mundo en tanto que buena o mala es lo que Zubiri denomina bondad o maldad.

Para Zubiri “la historia está compuesta de estos tres vectores: el vector de la bondad, el vector de la maldad y un vector de progresión”⁴²⁵. Beneficio/maleficio, bonicia/malicia, benignidad/malignidad, bien/mal, tal es la “estructura unitaria del bien y el mal como condición, y en tanto que condición, es en lo que consiste la realidad del bien y del mal”⁴²⁶.

2.5.7. *El problema del bien y la realidad humana.*

“La posibilidad siempre se presenta como buena o mala, con lo que la justificación pende del bien”⁴²⁷. El problema estriba “en que la persona vaya dirigida

⁴²⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 283. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴²⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 284. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴²⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 285. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴²⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 361. ISBN: 978-84-206-9035-3.

efectivamente a aquellas posibilidades que sean buenas o malas”⁴²⁸. La respuesta a ese problema es una ordenación a lo bueno o a lo malo.

El deber es una primera respuesta. Pero el ámbito de lo moral es más amplio. Sin un mínimo de deber no hay moralidad. El deber remite al bien y el bien remite a la estructura moral, en tanto que el humano está ordenado a moverse entre el bien y el mal. Zubiri afirma que hay bien y mal porque hay una realidad moral. “Así, el deber se funda en el bien y el bien y el mal se fundan en el carácter de realidad moral que tiene efectivamente el hombre”... “El carácter moral del hombre consiste... en que constitutivamente no tiene más remedio que estar oscilando entre el bien y el mal”⁴²⁹.

El bien, por tanto, estaría fundado en el carácter moral de la realidad humana. Para Zubiri, “la realidad en tanto que apropiable por el hombre, eso es lo que constituye formalmente el bien. La realidad es buena en tanto en cuanto ofrece unas posibilidades que son apropiables por el hombre. El problema del bien está radicalmente inscrito en el problema de la realidad moral, pues precisamente porque el hombre es realidad moral, la realidad se le presenta en esta formalidad que llamamos bien”⁴³⁰. Bien es, por tanto, la realidad en tanto que apropiante.

En toda situación, hasta en la más modesta de las experiencias, el humano tiene que decidir para resolverla. El humano está lanzado inevitablemente a resolver su propia realidad al encontrarse en una situación en la que sus deseos son inconclusos. En esa situación el humano no se limita a dejarse llevar por el conjunto de tendencias y deseos, sino que tiene que dar solución a su propia realidad inconclusa. El bien radical del humano sería así su propia realidad. Por eso su bien no lo será plenamente sino en tanto que algo real, algo realizado.

El problema del bien está inscrito en el acto volitivo en la medida de que este acto tiene un momento de autodeterminación del querer. Aquí, al individuo no le queda otro remedio que actuar preferencialmente. Es verdad que puede optar por declinar toda preferencia, pero esto es otra forma de preferir. La preferencia efectuada por alguien recae sobre la realidad humana, ya sea el propio individuo, ya

⁴²⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 362. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴²⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 365. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴³⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 384. ISBN: 978-84-206-9035-3.

sean las circunstancias que lo envuelven (incluyendo en ella a cualquier otro individuo). Y esa preferencia ejercida hará que la realidad humana quede en una determinada condición, ya sea buena o mala, mejor o peor.

El problema del bien se enraíza ahí: en que la condición moral de la realidad humana es dinamismo susceptible de mejorar o empeorar, de experimentar beneficio o maleficio, de hacerse benevolente o malevolente, de realizar beneficencia o maleficencia, y de contribuir a realizar la bondad o la maldad en el mundo. De ahí que el problema del bien consista en un discernimiento y búsqueda de lo mejor. Y, por tanto, que el problema del bien esté inscrito a priori en el acto volitivo.

Zubiri se plantea la relación entre la realidad moral y el bien. Si el individuo humano es un animal de realidades y un animal moral “porque, como inteligencia sentiente, tiene que poseerse a sí mismo desde unas posibilidades que le da la realidad”⁴³¹, entonces “la realidad, en tanto que apropiable por el hombre, eso es lo que constituye formalmente el bien. La realidad es buena en tanto en cuanto ofrece unas posibilidades que son apropiables por el hombre”. Obviamente, cuando se habla del bien con referencia al hombre, no se puede entender más que como un bien humano. Así, “el bien es constitutivamente moral, aún en el caso más físico de una escalera”. Si no hubiera una realidad moral capaz de apropiarse posibilidades las cosas no serían buenas o malas, sino simplemente cosas. Pero Zubiri puntualiza: “Cuando hablo aquí de bien no lo hago a diferencia del mal, sino en una dimensión radical anterior, por la que una cosa es forzosamente buena o mala”⁴³².

Concluye: “La volición del bien en general es algo que constituye la definición misma de la volición. No es una inclinación añadida. La tendencia al bien en general que es absolutamente real no es una tendencia cuya actividad en la voluntad fuera innata, sino que como tendencia tendente en acto es algo que adquiere el hombre en la primera fruición que tiene en la vida... He ahí lo que es el bien. Es algo constitutivamente moral, “la realidad en tanto que apropiable” por lo que tiene de contenido, y por lo que tiene de real”⁴³³

⁴³¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 380. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴³² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 382. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴³³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 385. ISBN: 978-84-206-9035-3.

En resumen, nos hemos movido de la dimensión tendente de la volición al problema de la libertad: Zubiri aborda el problema de la volición planteándose desde la perspectiva de los hechos relativos a este término. Así, nos descubre que el hecho radical relativo a la volición es el querer. Pero el querer no surge de la nada, sino de un campo de tendencias reales que llegan a constituir un momento inherente al querer. Se trata de una encrucijada de deseos, anhelos y tendencias reales en la que el sujeto tiene necesariamente que orientarse.

Un momento específico del querer sería, pues, un decidirse de forma preferente por algo. En este sentido podríamos decir que los humanos son realidades que, inspiradas por los propios deseos, anhelos y tendencias que les habitan, pueden elegir (al menos hasta cierto punto) lo que quieren querer. Esas tendencias consisten en pretensiones, que por su momento de realidad y, en virtud de la atención que se les preste, pueden formar parte del campo intelectual del individuo.

La estructura de ese querer tendente es poder: poder de atención a esos anhelos que lo habitan, de preferencia y de decisión; así como poder de realizar efectivamente lo querido, de pasar de la realidad sida a la realidad querida. Este poder es, en definitiva una realidad que consiste en un dominio efectivo de la propia realidad. El querer tendente se apoya en las tendencias y en la razón, pero no tiene por qué supeditarse ni a unas ni a otra, pues consiste en libertad para orientar la acción.

También nos hemos movido de la dimensión preferencial de la volición al problema del bien y del mal: El dominio volitivo incluye un poder sobre las diversas tendencias, de opción por unas sobre otras. La clave para poder querer lo querido en esa encrucijada campal de tendencias sería la precisión y nitidez con la que se elige el blanco y se apunta hacia él, así como la determinación (en sentido de resolución firme). Esta precisión no elude el esfuerzo, pero tampoco prescinde de la facilidad.

Previo a la preferencia está el acto de estimación, que es el acto radical en el que se abre ante nosotros la línea del bien. El término del acto de la estimación es la línea del bien, al igual que el término del acto de intelección es la verdad. En ese *intentum* estimativo la realidad queda en su condición de realidad valiosa: ahí es donde reside la objetividad del acto estimativo. Aquí lo inteligido se presenta como algo independiente y, aún más, como algo con una prioridad sobre la intelección. Así, la realidad en su condición de estimanda es lo que constituye el bien, es decir lo preferible.

Tenemos, pues, un acto de estimación, consistente en la actualización de sentido. Y, además, hay realidad que tiene esa cualidad de tener sentido, de tener una determinada condición respecto a la realidad humana. Zubiri, desde aquí, precisa su definición de lo que es la línea del bien: es la capacidad de lo real para tener sentido de estimanda. Bien y mal son cualidades de la condición real de las cosas, por lo que hay cosas de buena condición y de mala condición.

Si las cosas promueven una plenitud positiva lo humano entonces son de buena condición, son un bien. Si promueven disconformidad con esa plenitud positiva (“el *bonum* de la condición humana”) entonces hablamos de cosas malas, del mal. En el primer caso sería una conformidad o adecuación de sentido sumativo, plenificante. En el segundo caso sería una disconformidad en sentido privativo, empobrecedor.

Lo que se nos muestra como un hecho, es que la volición puede situarse en la línea del bien o del mal. La volición puede elegir entre la posibilidad de una promoción positiva o negativa de su realidad, de una determinada realidad y de la realidad en general. Toda benevolencia (bonicia) o malevolencia (malicia) supone una capacidad de beneficio o maleficio, de beneficencia o maleficencia. Toda benevolencia o malevolencia son una disposición por la que la sustantividad humana tiende actuar beneficentemente o maleficentemente y a convertirse en una realidad sustantiva de buena o mala condición.

El problema del bien se enraíza ahí: en que la condición moral de la realidad humana es un dinamismo susceptible de mejorar o empeorar, de experimentar beneficio o maleficio, de hacerse benevolente o malevolente, de realizar beneficencia o maleficencia, y de contribuir a realizar la bondad o la maldad en el mundo. De ahí que el problema del bien consista en un discernimiento y búsqueda de lo mejor. Y, por tanto, que el problema del bien esté inscrito a priori en el acto volitivo.

2.6. DIMENSIÓN FUENTE DE LA VOLICIÓN.

Se hace necesario recopilar, para no perder la visión de conjunto. Vimos que Zubiri describe tres dimensiones o componentes del acto volitivo: “Una tendencia en virtud de la cual apetece, en una u otra forma, aquello que se quiere; en segundo lugar, un acto determinante de aquello que se quiere, en forma de preferencia; en tercer lugar, un acto activo”⁴³⁴. Hemos visto cómo afirma que la unidad de estas tres dimensiones constituye la estructura formal de la fruición humana y que “es imposible disociar esas tres dimensiones por completo”⁴³⁵.

También vimos cómo diferencia los diversos momentos del acto volitivo. Y hemos tratado de agrupar esos momentos en relación a las tres dimensiones mencionadas. Así, a la dimensión tendente, correspondería el momento que hemos denominado tendente o pático. A la dimensión determinante corresponderían los momentos de alerta, preferencia, expectación y elección.

La dimensión de acto activo, la hemos vinculado al momento en el que se hace efectivo el acto volitivo, de tal manera que incluye (además de todos los momentos mencionados anteriormente), el momento de “ponerse a ello” (de arrojo), el momento de fruición propiamente (de estar en ello) y en el momento de firmeza (de mantenerse en ello). De ahí que podamos considerar estos tres momentos como parte específica y esencial de esta dimensión de la volición como acto activo.

Por tanto, desde una perspectiva antropológica, la volición humana no es pura en cierto sentido: es esencialmente apetente; es determinante al preferir unas tendencias sobre otras; y es fuente, es decir, es “complacencia y fruición con que el hombre se abre a aquello que elige: es la voluntad como amor”⁴³⁶.

La filosofía clásicamente ha entendido que el acto formal de la voluntad consiste en la fruición: complacencia, goce que alguien posee. El humano depone su voluntad en aquella realidad preferida. Formalmente hay un inteligir sentiente de realidad que hace que esa complacencia lo sea en relación a una realidad. Lo que

⁴³⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 53. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴³⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 53. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴³⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 142. ISBN: 978-84-206-9035-3.

quiero es algo real en tanto en cuanto real, como algo “de suyo” que me afecta de algún modo. Y esto es así porque el acto volitivo pende primariamente de un “atenimiento fruento a la realidad”⁴³⁷. Sin embargo, como veremos, la complacencia en algo no tiene por qué tener un balance gozoso en su aquí y ahora, y no deja por ello de ser complacencia. El deportista que se complace en su ejercicio puede atravesar momentos de extraordinario sufrimiento, momentos que no podrían calificarse de gozosos, pero sí de satisfactorios (o satisfacientes), si queremos asumir este término como un término ambivalente en su contenido en cuanto a los sentimientos.

En todo caso, para Zubiri el avenimiento fruento a la realidad “no es la mera inclinación hacia un bien, sino que es la inclinación a mi realidad”⁴³⁸. Esto no consiste en una proclamación de egoísmo metafísico, pues el propio Zubiri afirma que “al enfrentarse consigo mismo como cosa real, el hombre se está enfrentando con el campo entero de lo real”⁴³⁹. Por otro lado, no se trata de la satisfacción resultante de la respuesta a un estímulo, como en el animal, sino satisfacción resultante de una respuesta a lo real. El humano busca fruición satisfaciente allí donde su propia satisfacción se le muestra como realidad. “Este enfrentamiento tiene dos dimensiones: la realidad de mi satisfacción y la realidad de mi “manera” de estar en la realidad... Entre estas dos dimensiones hay una precisa articulación: estoy en mi real estado de satisfacción “mediante” un modo de estar en la realidad”⁴⁴⁰.

“Lo primero que el hombre hace con las cosas es disfrutarlas, lo cual no significa que el hombre esté disfrutando alegremente de la realidad, pues cabe una fruición positiva y una fruición negativa de la realidad”⁴⁴¹. Esta afirmación es bastante enigmática, pero la entendemos en el sentido plantado anteriormente: no es lo mismo degustar que disfrutar (gozar). Uno puede estar satisfecho y complacerse por haber cumplido con un amargo deber. Entendemos, pues, el momento de fruición y el propio concepto de fruición en un sentido muy preciso: ante todo como complacencia activa, efectiva y durable en aquello en lo que la volición depone su

⁴³⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 371. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴³⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 372. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴³⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 39. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁴⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 39. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁴¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 328. ISBN: 978-84-206-9035-3.

intención. La cuestión que se nos plantea es qué tipo de sentimientos pueden estar asociados a ese acto activo fuente del querer.

En todo caso, volviendo a Zubiri, el individuo en primer lugar posee las cosas y se posee a sí mismo al disfrutarlas; en segundo lugar, cuando las sabe, las posee intelectivamente; en tercer lugar, las modifica no aleatoriamente, sino para hacer su vida de una determinada manera, para poseerse a sí mismo en ellas. Esto hace que la autoposesión sea por *fruición*, por *intelección* o por *modificación*⁴⁴².

Zubiri vincula fruición y complacencia en la realidad: “La fruición se encuentra caracterizada como complacencia... El hombre depone su voluntad en aquella realidad que tiene delante, y en ese momento activo o positivo de realidad es donde está, subjetivamente hablando, el carácter formal de la fruición... Entonces tengo, formalmente hablando, una fruición, la complacencia en la realidad *qua reale*... La esencia de la volición es pura y simplemente fruición”.

De este modo, *lo esencial a la volición es, además de la tendencia y de la preferencia, la complacencia en algo en cuanto real*. Al querer, la volición tiende a algo, prefiere algo y se complace en esa realidad. Esta perspectiva todavía permite contemplar el acto frutivo como un acto que, en su aquí y ahora, puede venir cargado de sentimientos tanto agradables, como desagradables. Como vimos, el deportista se complace en lograr un récord, pero eso puede ser a costa de un considerable malestar. En su caso, la tendencia y la posibilidad en la que se complace (lograr el récord) prevalece sobre la tendencia y la posibilidad de la comodidad.

La esencia de la volición no estaría, pues, en un despliegue de fines y medios. Todo esto es real, pero montado sobre la estructura primaria de la fruición⁴⁴³: en la estructura primaria de la complacencia en algo real, diríamos. En un acto de voluntad complejo el humano define medios para lograr unos fines. Los

⁴⁴² “La totalidad de la técnica ha nacido de hacerse cargo de la realidad... de una fruición del hacer... El hombre se ha planteado el problema de su mismo hacer como fuente de realidad: en esto consiste formalmente la invención... El hombre con su intervención ulterior va a entrar en la realidad no simplemente modificándola de una manera biológica, sino de una manera específicamente humana: dominándola. La técnica no sólo es una modificación, es poder sobre las cosas... Los instrumentos no son prolongación de los órganos sino realización progresiva de poder sobre la realidad; son instrumentos de realidad... La técnica es constitutiva y fundamentalmente invención de realidades y es poder sobre realidades”. ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 340-341. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁴³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 369-370. ISBN: 84-206-9046-5.

medios y fines son realidades irreales, son solo posibilidades más o menos apetecibles, más o menos preferibles, más o menos objeto de complacencia.

Tanto es así que, a menudo el acto volitivo “no es un acto que pende primariamente de una razón y de una elección, sino de un atenimiento fruento a la realidad. Y como el habérselas con la realidad es el acto primario y formal de la inteligencia, el hombre, un animal que tiene que enfrentarse con las cosas en tanto que realidad, es constituidamente un animal fruento”⁴⁴⁴. De ahí que la volición cuente con motivos que el logos o la razón ignoran, sin dejar por ello esos motivos de ser inteligidos como reales.

2.6.1. *Fruición y sentimientos.*

Respecto la cuestión planteada anteriormente de qué tipo de sentimiento se produce en el momento fruitivo, Zubiri afirma lo siguiente: “Desde el punto de vista de la realidad que en todo sentimiento se actualiza, no hay más que dos sentimientos: fruición o gusto y disgusto. Gusto y disgusto no son dos sentimientos más en la lista: amor, odio, alegría, compasión, gusto, disgusto, etc. No, no. Todos los sentimientos pueden tener esta doble modalidad del gusto y del disgusto; innegablemente. Son dos dimensiones de todo sentimiento según el modo de actualidad de lo real en él”⁴⁴⁵.

Esta precisión es importante a la hora de entender el momento fruitivo de la volición. El deportista, buscando un récord sufre físicamente. El médico, buscando anteponer el interés del paciente al suyo propio, puede sufrir las consecuencias de su decisión. Pero en ambos casos perdura una complacencia (un gusto) por el logro perseguido, por seguir la tendencia (la vocación) personal, por preferir un determinado modo de vivir y por vivirlo efectivamente, aún a costa de un malestar en un determinado aquí y ahora.

Si la fruición fuera únicamente del bienestar, la volición sería una volición del bienestar, no de la fruición en un sentido más amplio: no cabría la satisfacción por un *deber cumplido dolorosamente*, o de haber hecho algo que, a *pesar de todo*, *merecía la pena*. La complacencia, el gusto, como dice Zubiri del querer fruento puede coincidir con sentimientos adversos de malestar o de sufrimiento.

⁴⁴⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 371. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁴⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 341. ISBN: 84-206-9046-5.

¿Cómo puede ser esto? Ese malestar o sufrimiento, son algo aceptado por una volición que se complace no en ese malestar, sino en otra cosa más querida que el propio malestar que el querer esa realidad conlleve. Por tanto, complacencia o satisfacción no son, efectivamente, unos sentimientos cualesquiera. Son, por sutiles que sean, un momento esencial del acto volitivo. De modo que si no hay una complacencia real en algo, tendríamos que decir que no estamos ante un acto genuinamente volitivo, sino ante un acto espontáneo o un acto forzado externamente a la volición.

Por otro lado, qué duda cabe que la volición puede complacerse en cualquier cosa, independientemente de que sea categorizada moralmente buena o mala, o emocionalmente como triste o alegre: “Cuántos hay que se hunden, hasta fruitivamente, en la propia tristeza; recíprocamente, hay alegrías que nada tienen de fruición... No son lo mismo la dimensión de gusto y disgusto en lo referente a la actualización de lo real en los sentimientos, y la diversidad cualitativa de los sentimientos como actos de la persona. La fruición es la satisfacción acomodada a la realidad actualizada en el sentimiento”⁴⁴⁶.

En esta última frase Zubiri parece afirmar varias cosas al mismo tiempo: que la realidad se actualiza también sentimentalmente (no solo sentimentemente); que la fruición consiste en un sentimiento de satisfacción; y que en esa satisfacción hay una coincidencia entre la realidad querida y la realidad actualizada fruentemente. Por eso, el “disgusto”, entendido en sentido más preciso de “insatisfacción”, no puede ser algo deliberadamente querido por una volición sana. Salvo que sea comprendido como algo que conduzca o, mejor dicho, que lance o impulse a una mayor satisfacción, en cuyo caso ya hay complacencia en algo.

En una nota al pie de página del libro *Sobre el sentimiento y la volición* se afirma lo siguiente: “En el curso de la voluntad definió Zubiri esta como amor fruento de lo real como real... Ahora, por el contrario, considera que la fruición es característica propia y específica del sentimiento, no de la voluntad, y la define como “la satisfacción acomodada a la realidad actualizada en el sentimiento”. Esta

⁴⁴⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 341. ISBN: 84-206-9046-5.

definición, cronológicamente posterior a aquella, exige introducir algunas matizaciones en la teoría zubiriana de la voluntad”⁴⁴⁷.

La clave podría estar en considerar la interpretación del concepto de fruición desde el contexto textual: en el caso que se alude, es en un contexto sobre el sentimiento y lo estético. En este contexto Zubiri afirma que “la realidad que nos hace presente el sentimiento; esa realidad que se nos hace presente en dos dimensiones, la fruición y el disgusto”⁴⁴⁸.

Respecto a la fruición estética afirma: “La fruición estética es esencialmente distinta de la intelección y de la volición”⁴⁴⁹. En el caso del sentimiento, comparte con la inteligencia y la voluntad el que “envuelve justamente una versión a lo real. Y en el caso del sentimiento, una versión para estar acomodado o atemperado a lo real... Desde el punto de vista ortogonal de su referencia a la realidad... no hay más que dos, que son la fruición o el gusto y el disgusto”⁴⁵⁰.

Pero el propio Zubiri reconoce que hay distintos tipos de fruición, a parte de la estética. Y que una determinada fruición (pone el ejemplo del científico que descubre que la realidad es de una determinada forma) puede que no produzca gozo⁴⁵¹. Desde el punto de vista de la volición, por el contrario, Zubiri afirma: “El hombre necesita restaurar su capacidad radical de fruición: hacer que el ser querido sea el ser sido, y que tenga esa modesta, limitada y penosa, si se quiere, pero auténtica fruición: pisar real y efectivamente el terreno que pisa”⁴⁵².

Podemos concluir, pues, que Zubiri nos descubre un momento esencial del acto volitivo que es el momento fuente. Sin embargo, fruición es entendida precisamente como un sentimiento de satisfacción o complacencia en algo formalmente real. Parece que estos términos describen mejor la forma de la fruición volitiva que otros, como el de agrado o desagrado, incluso, que los de gusto o de

⁴⁴⁷ Nota al pie. En: ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 341. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁴⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 343. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁴⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 350. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁵⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 354. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁵¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 349. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁵² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 81. ISBN: 84-206-9046-5.

disgusto, términos estos que resultan demasiado imprecisos para describir el momento fuente de la volición.

2.6.2. *El acto elemental de la fruición.*

Para Zubiri, en la fruición hay una elección elemental, y un atenimiento a la realidad en forma de realización, tomada precisamente como positividad: “esto es lo que quiero, real y efectivamente”. Esto es más que el atenimiento intelectual a la realidad (actualización) o que el avenimiento sensible a la misma (atemperamiento). Se trata de “tomar la realidad no solamente como realidad de acto, sino como posibilidad para definir en aquel acto mi propia personalidad”, mi propia realidad. De un modo más amplio, podríamos decir, se trata de un modo transformador y, en cierto sentido, creador de estar en la realidad.

El carácter fuente del acto volitivo tiene que ver, pues, en que yo configuro tendente y electivamente la/mi realidad del modo que realmente he querido. El contenido de ese acto de complacencia será el definido por los diversos sentimientos que, en su acción la volición despierte, pero siempre habrá un cumplimiento del querer.

Para evitar malentendidos, Zubiri afirma: “En tanto que tiene sentido para mí, interviene su realidad no precisamente para mí, pero sí por lo menos en mí. Si no es verdad que el hombre quiere todas las cosas para sí -sería una especie de egoísmo metafísico-, es una verdad inexorable que el medio en que las quiere todas es sí mismo. De esto no hay duda: ¿Cómo va a quererlas de otra manera?”⁴⁵³.

La fruición volitiva tendría que ver con un momento de satisfacción del querer al complacerse activamente en un determinado objeto. Puede coincidir con otros sentimientos de agrado o desagrado, pero es en todo caso un estado en el que la volición queda anclada en una determinada forma a la realidad. Y esa forma es ante todo *cumplimiento* del querer: la tendencia a algo que ha sido preferido, *queda cumplida* como complacencia en ese algo. El momento de fruición sería el momento del cumplimiento del querer. *Fruir* es la raíz latina de fruir, disfrutar. De ahí deriva

⁴⁵³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 44. ISBN: 84-206-9046-5.

fructus (propriadamente usufructo, disfrute), de donde a su vez desciende la palabra “fruto”⁴⁵⁴.

Si el disfrute hace referencia al momento de cumplimiento del acto volitivo, el fruto hace referencia al momento de alteridad del mismo. El fruto es algo que puede consumirse, disfrutarse. Pero también es algo producido. Al complacerme en algo concreto no solo estoy dando cumplimiento a mi querer, sino que estoy, además, conformando mi/la realidad de una determinada forma. Estoy dando un determinado fruto. En el cumplimiento del querer hay inexorablemente satisfacción real de la volición y transformación de lo real.

El acto formal de volición consiste en “la fruición de realidad en la que el hombre pone su preferencia”⁴⁵⁵. Por eso Zubiri afirma que la realidad humana “puede abrirse desde las satisfacciones a la fruición de la realidad”⁴⁵⁶.

2.6.3. *La moral como acto fruitivo complejo.*

Zubiri plantea que ese acto elemental de la fruición, caracterizado por cumplimiento del deseo de una voluntad tendente, consiste en un ejercicio de apropiación. Zubiri utiliza este término tanto en sentido de hacerse dueño de una cosa, como en sentido de adquisición de unas determinadas propiedades. Así, este término aceptaría sinónimos como realización, incorporación o asimilación de algo. En el momento fuente del acto volitivo, el individuo se está nutriendo, configurando y realizando, con y en aquello en lo que deposita su complacencia.

En “el análisis del acto de voluntad compleja, en virtud del cual nos encontramos con que lo moral es apropiación, encuentra su primaria raíz en la fruición elemental misma. En la fruición elemental yo me apropio de la realidad que tengo delante, aquello en que estoy complacientemente realizado. En eso consiste la fruición”⁴⁵⁷. El carácter moral de la sustantividad humana Zubiri lo sitúa en esa capacidad de realizarse: “El hombre, no por razón de las cosas buenas o malas, ordenadas o no unas a otras, a que intencionalmente tiende su voluntad, sino

⁴⁵⁴ COROMINAS, Joan. *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. 3ª ed.. Madrid: Gredos, 2008. p. 261. ISBN: 978-84-2493-555-9.

⁴⁵⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 572-573. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁵⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 575. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁵⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 375-376. ISBN: 84-206-9046-5.

constituidamente, por el carácter físico de su avenimiento fuente a la realidad, es moral... Por eso, la moral no es cuestión de razón y de normas de voluntad... sino que es cuestión de realización humana”⁴⁵⁸.

En el acto elemental de la fruición el término intencional de la volición es, pues, la realidad en tanto en cuanto realidad. Pero en el acto complejo de la fruición la cosa se complica: “El hombre, animal de realidades, es por lo mismo animal de posibilidades. Por ser animal de posibilidades puede hacer una vida; pero por ser animal de posibilidades apropiadas es, constitutivamente, un animal moral, y solamente porque es un animal moral, esto es, porque es realidad moral, puede y tiene que habérselas con eso que llamamos el bien... Vemos así que el objeto de la realidad moral es anterior al problema del bien. Si puede hablarse a propósito del hombre de bienes y de males es porque previamente el hombre es una realidad moral”.

Por tanto, se trata y no se trata de una mera apropiación de posibilidades. Si entendemos las posibilidades como realidades (conceptos, imágenes, emociones, sentimientos) que presentan o representan un hipotético curso de acción moral, entonces sí son algo apropiable. Uno puede complacerse en la posibilidad (la mera posibilidad) de ser médico, aunque no lo sea aún. Pero si las entendemos en tanto en cuanto esbozos irreales, entonces no son más que una ayuda o apoyo para llevar a cabo de forma efectiva una realidad. Siguiendo el ejemplo anterior, la realidad de ser efectivamente médico.

La fruición lo es de las posibilidades de bien (o de mal), en las que se vislumbran cursos de acción morales; pero también lo es, en su momento, de la realización efectiva de esas posibilidades, de la realización efectiva de esos cursos de acción inteligidos en esbozo. Como hemos visto, el humano “por ser animal de posibilidades apropiadas es, constitutivamente, un animal moral” y “lo moral está constituido por el sistema de propiedades que tiene el hombre por apropiación”. Desde esta perspectiva lo moral estaría constituido por esos conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas. De ahí que la profesionalidad sea una tarea compleja pero, ante todo, radicalmente moral.

⁴⁵⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 379. ISBN: 84-206-9046-5.

2.6.4. *Fruición y poder.*

Como realidad, el querer es una dimensión propia de la realidad humana. Es acto activo, es poder. ¿Pero poder de qué? De que mi realidad sida, la que ya es- siendo, sea mi realidad querida, la que quiero ser-siendo. Es poder de realización de mi realidad. El acto frutivo pertenecería al ámbito de las vivencias, entendidas estas en sentido amplio, tal como lo manifestaba Ortega en frases como “vivir la vida”, “vivir las cosas”. Aquí adquiere el verbo vivir un sentido determinado, que subraya su aspecto transitivo y ese modo de relación del sujeto con ciertas objetividades. A ese tipo de relación Ortega lo denominó vivencia, ese acto en el que “todo aquello que llega con tal inmediatez a mi yo que entra a formar parte de él”⁴⁵⁹

Esto puede entenderse en clave personalista, en alusión a una configuración del propio carácter. Pero, cabe también ser entendido en un sentido amplio, como configuración del propio carácter y de la realidad en la que me encuentro, mis circunstancias. El querer es un poder de realización propia y de mis circunstancias. La cuestión es, ¿cómo acontece esto?

Esto no sería posible si la volición, el querer, no fuera estructuralmente un poder, un poder efectivo de realización. Ese poder le confiere al humano la potestad de ser más o menos dueño de sí, más o menos dueño de su propia realidad. Y ese poder, que a su vez confiere poder, se acrecienta en la repetición efectiva y lograda del querer. Se acrecienta en la repetición de logros en los que alcanzo a conseguir que mi/la realidad sida sea mi/la realidad querida.

La volición podemos, pues, asemejarla metafóricamente al sistema muscular, que se ejercita y así logra lo que quiere pero, además, con el ejercicio se acrecienta y desarrolla él mismo. No solo se trata de un poder de realización efectiva, sino un poder de capacitación del querer. Pero lo que logra ese poder no solo es esa doble meta. También ejerce un efecto en la realidad humana muy concreto. Así, afirma Zubiri: “El hombre es dueño de sí al ejecutar el acto voluntario y, sobre todo, cuando este acto voluntario es repetido. Entonces, naturalmente, la incorporación de la

⁴⁵⁹ FERRATER MORA, José. *Diccionario de filosofía Tomo IV (Q-Z)*. Barcelona: Ariel, 2004. p. 3713. ISBN: 84-344-0504-0 (T.4) : 84-344-0500-8 (O.C)

volición a la actividad natural del hombre recibe un nombre determinado y concreto: es “habitud”⁴⁶⁰.

Habitud es, para Zubiri, el modo primario, en cierto modo espontáneo, de habérselas el humano con la realidad. En este caso, el modo de habérselas no desde el punto de vista intelectual, sino desde el punto de vista volitivo. Se trataría de la conformación que la naturaleza humana va adquiriendo por esa repetición de actos de la voluntad. Es lo que los antiguos consideraban una cualidad difícilmente removible, una inclinación natural que hace que el sujeto tienda a un determinado tipo de actos, que tienda a unos determinados hábitos.

La habitud sería una automatización, una espontaneidad trabajada y lograda, para cierto tipo de respuestas, que surgirían de una forma cuasi-espontánea gracias a la labor constante y previa del querer. Un ejemplo de esto es lo que los antiguos denominaron virtudes y vicios, asociándolos a un natural o antinatural dinamismo del ser humano, y a dos sistemas de bienes. Pero, según esta perspectiva, las virtudes y los vicios no serían dos sistemas de bienes, sino tendencias incorporadas a los actos volitivos⁴⁶¹.

2.7. EL PROBLEMA DE LA JUSTIFICACIÓN.

Zubiri entiende por moral ese momento de la volición consistente en la apropiación de determinadas posibilidades⁴⁶². Afirma que el hombre, como realidad no conclusa, está abierto a lo posible como física realización de posibilidades en sí mismo. “Además de las propiedades formales que emergen “naturalmente” de las sustancias que la componen, la sustantividad humana tiene otras cuya raíz no es una “emergencia” sino una “apropiación”: la apropiación de posibilidades”⁴⁶³. Y la realidad sustantiva cuyo carácter es necesariamente tener propiedades por apropiación es realidad moral.

⁴⁶⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 76. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁶¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 77. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁶² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 400. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁶³ Cf. ZUBIRI, Xavier. *Sobre la esencia*. 3ª ed. Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1963. p. 159.

Para él, la figura que cada humano determina en cada acto vital suyo depende en buena parte de decisiones suyas. Además de las propiedades que emergen “naturalmente” (color del pelo, estatura, etc.), el humano tiene propiedades que adquiere por apropiación: apropiación de posibilidades. Apropiación que se realiza “por aceptación”⁴⁶⁴. La virtud, la ciencia, el vicio o la practiconería son ejemplos de estas posibilidades apropiables, que el propio Zubiri propone. Pasan de ser posibilidades a propiedades cuando el individuo se ha hecho científico o virtuoso.

La palabra “apropiación” que emplea Zubiri parece presuponer una decisión deliberada de incorporación y realización de posibilidades. Sin embargo, en cualquier momento de la vida humana, especialmente en las fases tempranas de la niñez, esa incorporación de propiedades puede realizarse por aceptación de aquellas propiedades que el entorno social inmediato determina en el individuo. En este sentido, lo que marcaría el proceso de aprendizaje humano (de incorporación de posibilidades que la sociedad impone) es, más allá de los reflejos condicionados (estímulo-respuesta), el sentido de realidad, un hacerse cargo de la situación.

Los otros animales serían amorales en la medida de que todas sus propiedades nacen de sus estructuras constitutivas. En este sentido son realidades conclusas⁴⁶⁵. El humano, por el contrario, tiene que elegir esas propiedades. El humano está “inexorablemente forzado a preferir, y inexorablemente forzado a preferir unas posibilidades deseables”⁴⁶⁶. Zubiri sin duda se refiere a hechos morales que él considera constatables en un humano sano y en condiciones de vida no excepcionales. Sin embargo, podría cuestionarse esta inexorabilidad del preferir humano en al menos dos situaciones: aquellas en las hay una pérdida de poder volitivo por determinantes internos y aquellas en las que el individuo se instala en un hábito de renuncia a la apropiación de posibilidad alguna. Un ejemplo en el primer caso es el de enfermedad grave, por ejemplo de enfermedad neurológica grave evolucionada, como una demencia.

Un ejemplo en el segundo caso sería el de cualquier situación que da lugar a un estado de resignación, de renuncia a posibilidades: en este caso tendríamos que

⁴⁶⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 343. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁶⁵ FERRAZ FAYOS, Antonio. *Zubiri: Realismo radical*. Madrid: Cincel, 1988. p. 191. ISBN: 978-84-7046-453-9

⁴⁶⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 353. ISBN: 978-84-206-9035-3.

hablar propiamente de un estado de des-moralización. Sería una situación de debilitamiento de la volición, hasta el punto de que el individuo se instala en un estatus de renuncia a sus bienes. O que encuentra en esa renuncia su propio bien. A esta situación se puede llegar por determinantes externos, por decisión propia o por ambos motivos. Decidir no decidir equivale a optar por una vida no examinada, no reflexionada, una vida no elegida, lo que equivaldría a una vida des-moralizada, desapropiada, a la deriva.

Es Aranguren quien ha llamado la atención sobre la idea de Zubiri de la moral como estructura constitutiva de la realidad humana. De la moral como una “disposición” fundada en el sentido de realidad, que hace que el humano no realice un mero ajuste estímulo al medio, sino una adaptación preferida a la realidad que da lugar a un modo de ajuste justificado o justificable⁴⁶⁷. Como hemos visto, la estructura moral se edifica en torno al acto complejo de la volición.

En tanto en cuanto está fundada en el hecho volitivo, esta estructura admite grados de mayor o menor debilidad o fortaleza. Es algo que puede ser acrecente o decreciente, fuerte o débil. Y como tal estructura, nos podemos cuestionar si la moral humana presupone una orientación al bien o al mal, si se fortalece en su orientación al bien y se debilita en su orientación al mal, o viceversa. La respuesta no parece sencilla y su búsqueda nos aleja lo que ahora nos ocupa. Pero nos limitamos a los hechos si afirmamos que, la orientación al bien como al mal pueden asociarse tanto a un decurso del refuerzo moral, como a un decurso desmoralizante (de mayor o menor capacidad de apropiación de posibilidades), independiente de la opción realizada.

La estructura moral de la realidad humana se nos muestra así como cualidad formal constitutiva de los humanos, consistente en un poder de apropiación frutiva de posibilidades. Y este poder de apropiación, a su vez, está fundado (no necesariamente determinado) por la intelección sentiente. Esta proporciona al humano una distancia sobre las cosas que le confiere la posibilidad de hacerse cargo de la realidad y, por tanto, de poder elegir una respuesta sin estar sometido a una respuesta unívoca estímulo.

⁴⁶⁷ LÓPEZ ARANGUREN, Jose Luis. *Obras completas. Vol II, Ética*. Madrid: Trotta, 1994. ISBN: 84-8164-010-7.

Zubiri señala que *lo que se justifica* no solo son acciones, sino un decurso y, en último término, la propia personalidad, la figura que se adquiere y describe, porque eso es lo que se está definiendo en cada uno de los actos de la vida. Esto es así porque para Zubiri la vida consiste en un proceso de autodefinición en el que me apropio de aquello en lo que estoy complacidamente realizado⁴⁶⁸. Cada humano como realidad adquiere una figura, un carácter. El carácter es la forma en que las propiedades quedan apropiadas. La incorporación a mi realidad de determinados usos y costumbres, su apropiación por mi parte, también configuran una forma de ser.

Esta perspectiva podría parecer excesivamente solipsista si lo que estuviera en juego fuera únicamente la configuración del propio carácter, entendido meramente como figura. Pero es obvio que esa configuración va a dar lugar a algo más que a una figura de uno mismo. Esta figura va a actuar sobre sus circunstancias, que se verán modificadas de una u otra forma, según sea ese carácter. No solo se trata de una imagen lo que se construye mediante la apropiación de posibilidades. También se trata de lo que irradia de esa imagen, no solo en tanto en cuanto mera imagen, sino en cuanto sustantividad. Y esto sería un criterio clave para conocer el carácter de alguien. Puede que esa imagen, esa figura sea una cosa y, lo que irradia, lo que produce, sea algo muy diferente⁴⁶⁹. Según esto, el carácter, la figura de un individuo se podría describir de acuerdo a como configura sus circunstancias, a los efectos que produce a su alrededor.

Por todo lo anterior, Zubiri considera que la moral no es cuestión de razón y de normas de voluntad, sino que es cuestión de realización humana. “El hombre, animal de realidades, es por lo mismo animal de posibilidades. Por ser animal de posibilidades puede hacer una vida; pero por ser animal de posibilidades apropiadas es, constitutivamente, un animal moral, y solamente porque es un animal moral, esto es, porque es realidad moral, puede y tiene que habérselas con eso que llamamos bien”⁴⁷⁰.

El orbe de lo moral estaría constituido por aquellas propiedades que la realidad humana tiene por apropiación. Lo moral (bienes, valores, deberes) solo es posible en una realidad moral. Y es, a su modo, algo “físico”. “Lo moral está

⁴⁶⁸ FERRAZ FAYOS, Antonio. *Zubiri: Realismo radical*. Madrid: Cincel, 1988. p. 192. ISBN: 978-84-7046-453-9

⁴⁶⁹ Aquí estamos aludiendo al criterio evangélico de “por sus frutos los conoceréis” (Mt. 7, 20).

⁴⁷⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 379. ISBN: 978-84-206-9035-3.

constituido por el sistema de propiedades que tiene el hombre por apropiación. La propiedad por apropiación, esto es lo moral⁴⁷¹. Así, un oficio, una profesión son lo moral de un determinado individuo. Si estas propiedades surgieran espontáneamente de forma natural, no serían morales. De ser esto es así, hay que admitir el carácter radicalmente moral de las profesiones.

2.7.1. Planteamiento del problema.

Mientras el animal se ajusta al medio, el humano, al tener que elegir, no puede dejar de justificar sus propias acciones⁴⁷². Podrá justificarlas positiva o negativamente, pero tiene que hacerlo. De ahí que al humano que ejecuta un acto se le pueda pedir cuentas. Y que, en la medida de que hay una posibilidad por la que se opta sobre otras, se presente la preferencia como justificación de las posibilidades.

El propio Zubiri reconoce que “el hombre comparte esta condición” de ajustamiento propio del mundo animal, pero no en todos los estadios de la vida es condición necesaria, ni suficiente⁴⁷³. El acto formal de inteligir la realidad como modo de estar en ella obliga al humano a moverse en la irrealidad de las posibilidades y a elegir entre ellas, antes de actuar. La justificación de las acciones no es, pues un carácter externo a ellas, algo atribuido desde algo así como un tribunal externo a ellas. Simplemente, algunos humanos no pueden dejar de tener justificación.

Así, cierto tipo de actos humanos son actos “justificandos”. Y después de todo lo expuesto, podemos afirmar que son los actos volitivos, ese tipo de actos que no puede dejar de contener alguna justificación. Y aunque es verdad que aún cuando todos los actos justificandos son justificables, no todos podrán situarse en un mismo punto de la línea en su condición de bien o de mal, o en la línea social de lo loable o lo reprobable.

Por eso, al humano que actúa deliberadamente se le puede pedir que dé razón de un acto determinado. Aquí no solo podrá explicar los mecanismos formales psíquicos o físicos que han entrado en juego en el acto. Aquí podrá señalar la

⁴⁷¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 374. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁷² “La realidad cuyo carácter “físico” es tener necesariamente propiedades por apropiación, es justo lo que yo entiendo por realidad moral”. Cf. ZUBIRI, Xavier. *Sobre la esencia*. 3ª ed. Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1963. p. 160.

⁴⁷³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 346. ISBN: 978-84-206-9035-3.

posibilidad que se ha preferido al actuar. Habrá elegido entre varias posibilidades (realidad irreal), prefiriendo una de ellas, que es la realmente posibilitante. Por tanto, al dar razón de un acto, se indican las posibilidades posibilitantes⁴⁷⁴. Pero no solo se constata una posibilidad posibilitante, sino una posibilidad preferida.

Por eso, “el problema de la justificación se da en el sistema mismo de las posibilidades en tanto que la una es preferida a la otra”⁴⁷⁵. Zubiri sitúa el problema de la justificación dentro un cuadro en el que se inscribe una preferencia. Y esto es verdad. Podríamos pensar que esto hace alusión exclusivamente al momento preferencial del acto volitivo, pero esto no es así. A la hora de inscribir una preferencia entran en juego todas las dimensiones del acto volitivo: la tendente, la preferencial y la fuente.

En cualquier caso, a la hora de justificar una determinada preferencia pueden considerarse varias posibilidades: Como la defendida por el positivismo, que justifica los actos humanos en función del poder y la presión social; la defendida por las éticas deontológicas, que las justifican en función del deber, puro respeto a un imperativo incondicional y categórico⁴⁷⁶; la axiológica, que basa la justificación de las acciones humanas en los valores.

Sin embargo, para Zubiri, el problema de la justificación remite a la dimensión de la bondad, es decir, “a que las cosas real y efectivamente sean buenas, a que el hombre sea real y efectivamente bueno”⁴⁷⁷. Para él, el ámbito que se abre es simplemente el de “la bondad, la realidad buena”⁴⁷⁸. Así, en la medida en la que el humano se complace en una realidad buena, esto determina las posibles acciones y la propia realidad en tanto en cuanto algo deseable o preferible. Más allá de la perspectiva limitada del positivismo o del deontologismo, en vez de la dualidad kantiana entre la realidad y el deber, y más acá del planteamiento idealista de la axiología, Zubiri radica el problema de la justificación en la propia realidad humana: “el problema primario y radical... es el de averiguar e qué consiste la índole de esta

⁴⁷⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 350. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁷⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 351. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁷⁶ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 57. ISBN: 978-84-206-7295-3.

⁴⁷⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 358. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁷⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 359. ISBN: 978-84-206-9035-3.

realidad humana que como realidad es físicamente moral, y como moral es físicamente real”⁴⁷⁹.

Para Zubiri es claro que “hay moral no porque hay bien y mal, sino justamente al revés: que hay bien y mal porque hay moral, y solamente entonces tiene sentido plantearse el problema de la diferencia entre lo bueno y lo malo”⁴⁸⁰. De tal forma que, constitutivamente, el individuo, en virtud de su índole moral, no tiene otro remedio que estar oscilando entre el bien y el mal. Desde aquí, “la realidad en tanto que apropiable por el hombre, eso es lo que constituye formalmente el bien. La realidad es buena en tanto en cuanto ofrece unas posibilidades que son apropiables por el hombre”⁴⁸¹. Y cuando se habla del bien con referencia al individuo humano, obviamente no se puede entender más que como un bien humano. Pero además, Zubiri subraya que al hablar de bien no lo hace a diferencia del mal, sino “en una dimensión radical anterior, por la que una cosa es forzosamente buena o mala”⁴⁸².

Para él, en última instancia “el bien radical del hombre -quizá no el más perfecto- es justamente “yo mismo””⁴⁸³. Y no será plenariamente bien sino en tanto que real. Y lo que denomina “bien en general” es la formalidad que tiene la realidad en general en la medida en la que define las posibilidades que el humano tiene en cuanto realidad. Lo que el individuo tiene como tarea no es ser humano, sino determinar cómo ser efectivamente humano.

La forma plena de ser humano es la respuesta a la cuestión de la justificación moral. Entendiendo estar en forma plenaria al modo en que los griegos denominaban *eudaimon* y los latinos *beatitudo*, traducido a nuestros días como felicidad. Así, el bien estaría fundado en el carácter de moral humano, y este a su vez “pende, primaria y constitutivamente, de que el hombre esté proyectado ante sí mismo en forma de felicidad”⁴⁸⁴.

⁴⁷⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 361. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁸⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁸¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 381. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁸² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 382. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁸³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 388. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁸⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 391. ISBN: 978-84-206-9035-3.

2.7.2. La felicidad como justificación.

La posibilidad radical del humano, aquella que tiene constitutivamente apropiada y que es, por tanto, la posibilidad de las posibilidades, es justamente la felicidad. Así, “el hombre como realizable es su propio bien, su felicidad”⁴⁸⁵. En este sentido, en cuanto posibilidad y esbozo intelectual de plenaria realidad humana, de felicidad, esta recibe el nombre de ideal.

Pero cabe asumir, tras todo lo expuesto, que la felicidad es una tendencia radical, es posibilidad de posibilidades, es criterio de justificación de preferencias y es fruición de vivir plenariamente como humano. Frente al deontologismo kantiano que sostiene que la moral no tiene nada que ver con la felicidad y que esta está excluida de la moral, Zubiri defiende que “en tanto hay moralidad en cuanto hay felicidad”⁴⁸⁶. La felicidad sería el criterio que permite diferenciar entre bienes y males. Estos serían posibilidades positivas o negativas, respectivamente, respecto de la posibilidad de la felicidad. El humano, proyectado a su felicidad, sin tener asegurada la índole de las posibilidades concretas que se le ofrecen y, por tanto, la forma concreta de la felicidad, tendrá necesariamente que determinarla. Siendo así que la línea del bien es la figura de la felicidad.

“El hombre es así el único animal que, por no poder existir más que bajo el poder absoluto de la felicidad, tiene inexorablemente la doble posibilidad de ser feliz o infeliz en cada una de sus situaciones. Lo bueno, por tanto, es la realidad en cuanto apropiable, y el bien es mi propia realidad en tanto que apropiada como felicidad”⁴⁸⁷. Hay una indeterminación en orden a lo bueno. Esta perspectiva podría hacer pensar que Zubiri se sitúa en la línea del hedonismo o del utilitarismo, que entiende la felicidad como bienestar. Si bien admite que una moral ajena a toda bienestar es quimérica, atribuye a esta perspectiva el error de haberse quedado a medio camino, al no haber considerado otras posibilidades de forma plenaria humana.

Pero ¿cómo se pueden entonces determinar los bienes concretos? Zubiri afirma que el juicio teórico enuncia lo que es, y el juicio práctico lo que debe ser.

⁴⁸⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 393. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁸⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 394. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁸⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 402. ISBN: 978-84-206-9035-3.

Es decir, que el juicio práctico es norma de acción. ¿Qué tiene que ver esto con la felicidad? Las posibilidades son múltiples dada la indeterminación de los bienes. No todas esas posibilidades están en igual condición respecto a la felicidad. Unas son más apropiables que otras. Pero de ellas hay una que es la que se muestra más o menos poderosa para conducir a la felicidad, más o menos apropiada en orden a la felicidad. Pues bien, para Zubiri, lo que llamamos deber, es aquella posibilidad “más conducente a la felicidad del hombre”⁴⁸⁸.

Y lo que confiere a esa posibilidad su carácter más o menos apropiado es “el poder con el que se impone” en orden a la felicidad. Así, el deber es la forma con que las posibilidades determinan el bien. Por tanto, no es algo que se contrapone a la realidad, como afirmaba Kant. El deber es una realidad que nos es debida en orden a la felicidad. El deber no es, pues, una cuestión de normas, sino el carácter debido de una posibilidad.

Así, el deber es algo que “está inscrito en esa forma de realidad que es la realidad humana”⁴⁸⁹. Y no es posible estar en la realidad sino estándolo debidamente en la propia realidad proyectada a esa forma plenaria de lo humano que Zubiri denomina, de acuerdo con los clásicos, felicidad. Si el humano está ligado constitutivamente a esa proyección a su propia felicidad (a la proyección a su propia forma plenaria), respecto a cualquiera de las posibilidades o cursos de acción que en concreto pueden desarrollar ese proyecto, no está ligado, sino más o menos “ob-ligado”⁴⁹⁰.

Siendo la *obligación la forma en el que deber se apodera del humano*. Así, la felicidad no es un deber, pero lo pueden ser aquellas posibilidades apropiadas en orden a la felicidad. Desde esta perspectiva, podríamos decir que los deberes son una forma de religación, a la propia realidad. En concreto “el hombre está radicalmente ligado en forma apropiada y, por tanto, en forma moral, inexorablemente a su propia felicidad”⁴⁹¹. Desde esta visión del deber, no se trata de una imposición externa al individuo. Si se le pueden imponer ciertos deberes es porque es sujeto de ellos, porque es “realidad deudora”. Y dado que esto es así, no cabe, por tanto,

⁴⁸⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 409. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁸⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 410. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁹⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 410. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁴⁹¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 411. ISBN: 978-84-206-9035-3.

contraponer el ser al deber ser. En cuanto sustantividad, la realidad humana es constitutivamente debitoria.

Por otro lado, Zubiri sostiene con firmeza algo, por lo demás coherente con su filosofía: lo que no se puede responder a priori es cuáles son esos deberes. Los deberes en plural se reconocen por un acto del inteligir sentiente, que es razón o inteligir posidente. Es un acto en el que no hay una escisión entre un puro inteligir (versión que daría pie a un intelectualismo moral exacerbado) y un puro sentir (versión que daría pie a un hedonismo moral radical). Un inteligir sentiente y posidente es el que da lugar a una razón práctica y a lo que se denomina sentido moral.

El deber queda actualizado en la conciencia moral como algo independiente, pero no de la volición, sino de ciertas tendencias que entran a afectar en el acto volitivo. Podríamos decir que el deber bajo la forma de la obligación, se sitúa como una tendencia más en la encrucijada de tendencias. Al fin y al cabo, la volición encuentra su cumplimiento en un deber determinado y de ahí que sea capaz de complacerse en él, aún cuando suponga un esfuerzo. De ahí la satisfacción por el cumplimiento del deber.

Y su sentido, desde la perspectiva zubiriana, no radica en su carácter lógico de imperativo incondicional y categórico, sino en ser llamada poderosa de la propia realidad a proyectarse hacia una plenitud felicitante. Lo que la intelección sentiente descubre es justamente esa dependencia entre los deberes concretos y la felicidad. Y lo que el individuo moral hace es responder a su proyección a la felicidad, a su proyección hacia la plenitud. La cuestión depende, pues, de saber en qué consiste esa plenitud, esa forma plenaria humana que se ha denominado felicidad.

2.8. SENTIMIENTO, INTELIGENCIA Y VOLICIÓN.

“Lo fundamental es que el hombre tiene una inteligencia sentiente y una voluntad tendente. Con la inteligencia estamos atenidos a la realidad intelectivamente, y con la voluntad lo estamos fruentemente. Son dos dimensiones de la actividad humana en virtud de la cual el hombre, por estar en realidad, se está proyectando en cada instante como realidad en realidad. Son dos dimensiones entrelazadas, porque es imposible una fruición de la realidad sin un estar intelectual en la realidad, y es también imposible una inteligencia montada en sí misma, porque en la más desinteresada de las inteligencias hay una agathon, un interés profundo que es poseer las cosas como son”⁴⁹²

La voluntad puede entenderse como clásicamente se ha entendido, es decir, como “apetito racional”, que depende de lo que la intelección presente como bueno. Si se entiende como “actividad”, es innegable que la volición es la forma suprema de la actividad. Si se entiende como “determinación”, qué duda cabe que el acto de la voluntad es dueño de sí mismo y depone libremente su preferencia. Pero “la voluntad no es ninguna de estas tres cosas aisladas, sino que es unitariamente. Es el acto activo en que una voluntad intrínsecamente tendente depone su fruición en una realidad en tanto que, precisamente, es real”⁴⁹³.

Según todo lo visto las tendencias son la raíz exigitiva de la libertad, por eso tienen una función exigitiva. La intelección es lo que hace posible esa libertad que proviene de la tendencia exigitiva. Esa libertad existe formalmente solo en el acto volitivo. Por tanto, “es innegable entonces que el culmen del hombre es justamente la voluntad libre, aquel acto en que se posee a sí mismo”. Sin versión a la realidad no habría voluntad posible, ni libre, ni necesaria⁴⁹⁴.

Lo supremo de la voluntad del hombre es justamente la libertad: aquello que exigítivamente está pedido por su naturaleza, aquello que está posibilitado por su inteligencia, pero también aquello en que formalmente consiste su condición

⁴⁹² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 653. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁹³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 151. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁹⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 152. ISBN: 84-206-9046-5.

intrínseca, la condición plenaria de su propia realidad. Apoderado el hombre de sí mismo es como efectivamente tiene el culmen inevitable de su propia realidad⁴⁹⁵.

“Vivir es poseerse, y la forma suprema de poseerse es estar apoderado de sí mismo en un acto de libertad... No es algo a lo que el hombre tenga que llegar, es algo que constitutivamente el hombre es en virtud de la inclusión misma de sus tendencias. En esta forma de apoderamiento en que consiste la libertad y el culmen del hombre, el hombre va trazando en la medida de sus posibilidades personales la figura concreta de su dominio, de sus propiedades libremente contraídas”⁴⁹⁶. Habrá, pues, una voluntad de vivir la vida, entendida como un querer lograr un dominio sobre la propia vida.

Cada hombre es una realidad libre, “una monádica realidad libre” cuyo sistema forma parte del conjunto de la realidad⁴⁹⁷. Se trata de una libertad relativa, pero verdadera⁴⁹⁸. “El carácter no es una cosa meramente tendencial; es en buena medida un resultado, naturalizado, de libertad... El hombre no solamente nace con el carácter, sino que va haciendo su carácter; tanto más difícil de hacer cuanto más se complica la vida”⁴⁹⁹.

Por eso: “Las maneras como la realidad está presente a estas tres dimensiones constitutivas y radicales del hombre, a saber, inteligencia, voluntad y sentimiento, son distintas por la índole misma de aquél a quien se refieren. Tratándose de la inteligencia, la realidad cobra el carácter de *verum*; tratándose de la voluntad, la realidad cobra el carácter de *bonum*; tratándose del sentimiento, cobra el carácter de bello, de *pulchrum*”⁵⁰⁰.

En el primer caso, la realidad es inteligida en su condición de verdadera (o falsa), en el segundo en su condición de buena (o mala) y en el tercero en su condición de bella (o fea). “Todos estos caracteres transcendentales constituyen incierto orden, y en segundo lugar un sistema... Se dice que la verdad es el bien de la

⁴⁹⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 153. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁹⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 153. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁹⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 153-156. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁹⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 155. ISBN: 84-206-9046-5.

⁴⁹⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 138. ISBN: 84-206-9046-5.

⁵⁰⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 354-5. ISBN: 84-206-9046-5.

inteligencia, y que la belleza es el bien de los sentimientos. Pero puedo partir de otros transcendentales distintos del bonum. Puedo partir del transcendental verdad, y entonces la belleza es la verdad del sentimiento estético, y el bien es la verdad moral de la voluntad. La belleza tiene su propia verdad, como la tiene la bondad. Y puede partir de la propia belleza, y descubrir que entonces la belleza es un carácter de fruición de la verdad en la inteligencia, y un carácter de fruición de la bondad en la voluntad... Su “sujeto” es lo real... los caracteres transcendentales... son lo real respecto de y en respectividad a la inteligencia, respecto de y en respectivita a la voluntad, y respecto de y en respectividad al sentimiento. No son justamente sino tres momentos del mundo... La realidad en tanto que principio de actualidad, tiene justamente caracteres transcendentales.... son dimensiones del mundo... Lo real es respectivo veramente, es decir, es inteligible; buenamente, es decir, es apetecible; pulcramente, es decir, es atemperante”⁵⁰¹.

Sea como fuere, dentro de la línea de pensamiento de Zubiri, es coherente afirmar que todo inteligir es sentir, que todo sentir es un modo afectante de estar en la realidad, y que todo querer es tendente a una realidad inteligida sentientemente y, simultáneamente, afectante por los sentimientos que puede despertar en su actuar.

⁵⁰¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. pp. 386-8. ISBN: 84-206-9046-5.

PARTE II

Hacia una ética de las profesiones desde la medicina

No se puede olvidar que la ética de las profesiones se enmarca en ese descriptor que se ha denominado ética aplicada. Más allá de la polémica en torno a este concepto, es necesario recordar que hace referencia a un determinado nivel de reflexión ética. Y que este nivel se encuentra entre el nivel de la ética general y el nivel de los casos. El primero es equivalente a una parte A de la ética⁵⁰² que se ocupa de la fundamentación, que para Gracia equivale al nivel “formal, meramente canónico”⁵⁰³. El segundo es equivalente a una parte C de la ética, que para Gracia se dedica al “análisis de las circunstancias y consecuencias del caso concreto”. El nivel de las éticas especiales o aplicadas, equivalente en Cortina y Kettner a una parte B, se ocupa de los principios que permiten aplicar a distintos ámbitos de la vida cotidiana lo descubierto en la parte A, que para Gracia es el nivel del “contenido de los principios morales derivados de aquél, como son los cuatro principios de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia”.

Pues bien, en los próximos párrafos se hará una revisión de aquellos aspectos relativos a la ética formal de bienes y del método de la razón moral, desde una perspectiva orientada a fundamentar una ética de las profesiones desde la práctica de la medicina, haciendo una lectura de la propuesta de Diego Gracia, realizada para matizar aquellos puntos que afectarán a la elaboración de una ética de las profesiones. Nos situamos, por tanto, en el nivel A, formal o canónico de la fundamentación, sin perder de vista que lo que se va buscando no es esto, sino una ética aplicada, que busca conocer sistemática, reflexiva y críticamente la vida moral en el ámbito profesional, para cuestionar, dar razón y orientar el ejercicio profesional de un modo éticamente válido, asunto éste propio de un nivel reflexivo diferente al que ahora se inicia.

Uno de los más importantes desarrollos de la filosofía de Zubiri por una vía ética se debe a Diego Gracia. En un gran ejercicio de síntesis muestra cómo se sitúa la filosofía de Zubiri en la tradición filosófica y en su contexto histórico correspondiente. En su libro *Fundamentos de Bioética*⁵⁰⁴, expone una tesis desde la que se plantea que la filosofía de Zubiri permite fundamentar formalmente una

⁵⁰² HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética aplicada y conocimiento moral*. En: *RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). 8ª ed.. Madrid: Tecnos, [2003]. p. 95. ISBN: 84-309-3955-5.

⁵⁰³ HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética aplicada y conocimiento moral*. En: *RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). 8ª ed.. Madrid: Tecnos, [2003]. p. 96. ISBN: 84-309-3955-5.

⁵⁰⁴ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. ISBN: 84-7754-045-4.

determinada perspectiva ética y desarrollar un método para la reflexión sobre los problemas morales.

Plantea que el análisis fenomenológico de lo dado en la aprehensión tiene un carácter “protomoral”, es decir, que tiene que ver con la estructura formal de la moralidad humana. Algo que aún no es la moral normativa, sino la estructura fundante de la moral. En ese sentido, casi todo lo abordado en los capítulos anteriores, sobre el análisis del acto de la volición desde la perspectiva zubiriana, quedaría encuadrado en este apartado protomoral. Y tendría un estatuto de fundamentación de la moralidad.

Esta perspectiva se situaría equidistante entre un naturalismo, que identifica el “es” y el “debe” en el cual no hay protomoral, pues todo es moral; y el polo opuesto del empirismo, en el que lo que “es” no “debe” y, por tanto, hay un espacio premoral (el “es”) y uno moral (el “debe”) bien diferenciados. Y es que la distinción entre premoral y moral hunde sus raíces en la distinción entre los juicios descriptivos y prescriptivos, entre hechos y valores. Empirismo y naturalismo comparten un idea escindida del inteligir humano: por un lado está el inteligir y por otro el sentir. “El dualismo de las potencias sirve de base a la dualidad de juicios”⁵⁰⁵. Pero, como hemos visto, lo primero no es el juicio, sino la aprehensión primordial de la realidad, intelección sentiente de la realidad o sentido de realidad.

Para Diego Gracia la historia de la fundamentación ha pasado por varias fases, al cabo de las cuales se descubre siempre alguna falacia. El paso de las éticas naturalistas a las éticas críticas estuvo provocado por la irrupción de la falacia naturalista: no es posible saltar del “es” al “debe”. Luego se intentó pasar del “debe” al “es”, la falacia idealista. Hoy nos encontraríamos bajo la tiranía de la “falacia antirrealista”, cuya consecuencia no es otra que el “imperio del más puro convencionalismo moral”.

Frente a todo ello, la protomoral de Xavier Zubiri, es presentada como una fundamentación de corte fenomenológico que el propio Diego Gracia define como “ética formal de bienes”, siendo ésta un análisis de la estructura moral. Pero con esto no queda agotado el tema de los fundamentos de la moralidad. Siguiendo el esquema de la trilogía de Zubiri, en la que este hace un análisis pormenorizado sobre

⁵⁰⁵ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 368. ISBN: 84-7754-045-4.

la intelección humana, si la aprehensión primordial de la realidad es la base que permite fundamentar una ética formal de bienes, la intelección dual de la realidad (logos) permite fundamentar los actos estimativos, aquellos en los que se hace una diferenciación entre lo bueno y lo malo.

Pero si lo dado en la aprehensión, que no es moral y tampoco es premoral, sino protomoral o estructura de la moralidad, es fundamento, no es menos cierto que la moral normativa hace referencia a una dimensión problemática de la moral. “Porque hay estimación y valoración, las cosas pueden convertírseme en problemas morales y obligar a buscar una solución racional”⁵⁰⁶. Por eso no queda otro remedio que buscar una solución mediante un método racional.

En la exposición de su propuesta, Diego Gracia sigue un camino paralelo al de la trilogía de Xavier Zubiri: *Inteligencia y realidad*, *Inteligencia y logos* e *Inteligencia y razón*. Y es lógico que así sea, pues la tarea que acomete tiene que ver con la tarea de la ética, de la *razón* práctica. Pero, si es cierto que un inteligir sentiente y posidente es lo que da lugar a una razón práctica, como ya hemos visto, será necesario no perder de vista en qué consiste ese inteligir sentiente y posidente.

O dicho de otro modo, habrá que estar atentos a la relación entre inteligencia y volición. Hemos visto que el querer como acto volitivo, en sentido zubiriano, consiste en fruición y que la moral es la forma compleja del acto volitivo. Si se acepta que “la fruición no es una complacencia subjetiva, junto a la cual la inteligencia viera o actuara, sino que es la visión posidente y la posesión vidente de la realidad”⁵⁰⁷, entonces habrá que tener esto en cuenta para poder aplicar coherentemente las reflexiones de Diego Gracia a una ética de las profesiones. Sin dejar de seguir rigurosamente a este autor, a continuación se señalarán los aspectos más destacados desde una perspectiva netamente moral, apoyada en los escritos de Zubiri sobre el acto volitivo. Sin esta aproximación, podríamos quedarnos con la impresión de una visión demasiado intelectual de la vida moral.

En los siguientes párrafos se subrayará el carácter volitivo de la vida moral. Si el acto intelectual es el punto de partida del núcleo fundamental y más desarrollado del pensamiento de Zubiri sobre la intelección humana, sería el acto volitivo el

⁵⁰⁶ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 382. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵⁰⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 405. ISBN: 978-84-206-9035-3.

punto de partida irrenunciable para una fundamentación de la moral. De ahí que, tomando como punto de apoyo imprescindible la reflexión de Diego Gracia, se vaya a hacer una continua referencia a las distintas dimensiones y momentos del acto volitivo, tal como los hemos ido describiendo en los capítulos anteriores.

Para ello partimos de una encrucijada de hechos que se nos muestran, al contemplarlos desde “dentro” e instalándonos en el escenario de lo dado, los actos humanos de forma directa e inmediata: en concreto, los hechos relativos al acto intelectual y al acto volitivo. En el primer caso, hay un momento de aprehensión de la realidad en tanto en cuanto mera realidad, un momento de aprehensión diferencial de lo dado impresivamente en el campo de la realidad y un momento de marcha inquiriente de la razón. Por otro lado, en el segundo caso, tenemos un momento tendente, el de las pre-tensiones, en el que el acto volitivo se actualiza como funcionalmente como libre; un momento preferencial, en el que la volición no tiene más remedio que estimar y en el que el acto volitivo se actualiza funcionalmente en la línea del bien y del mal; y un momento fuente o posidente, en el que la volición se complace en algo.

Como hemos visto, hay un punto en el que nos encontramos con que la fruición no es mera complacencia subjetiva iluminada por la inteligencia, sino “visión posidente y la posesión vidente de la realidad”⁵⁰⁸. Estas palabras de Zubiri nos sitúan en el mismo centro de esta encrucijada de lo intelectual y volitivo, desmontando la falsa imagen de fragmentación que emerge del ejercicio de análisis pormenorizado de los actos humanos. Hay, como hemos visto, una formalidad estructural en la intelección como *actualización* sentiente de lo real como real y en la dimensión moral humana, en la volición, como *apropiación*. Veamos cómo se entrecruzan ambos en una lectura de la ética formal de bienes tal como es presentada por Diego Gracia.

⁵⁰⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 405. ISBN: 978-84-206-9035-3.

CAPÍTULO 3
ÉTICA FORMAL DE BIENES

Las éticas formales pretenden dotar a la reflexión ética de una solidez, al menos en el plano formal. Como ejemplo, Diego Gracia cita a Adela Cortina: “para comprobar si una norma es o no moral, cada sujeto debe someterla a un procedimiento formal: indagar si tiene la forma de la razón, es decir, si es universal, incondicionada, si se refiere a las personas considerándolas como fines y si tiene en cuenta no solo a cada individuo, sino al conjunto de ellos”⁵⁰⁹. Pero a pesar del carácter formal del criterio kantiano, éste tiene un contenido, ya que Kant alude a un reino de los fines (las personas) y a la humanidad como un todo como fin último de la moralidad. El contenido formal tendría un carácter canónico, pero no prescriptivo, y buscaría una validación intersubjetiva de la racionalidad práctica. Sin embargo, Diego Gracia afirma que esta fundamentación no dejan de ser problemática.

Kant identifica lo formal con aquello que carece de objeto empírico y que es, por tanto, *a priori*; y entiende por material lo que es empírico, sintético y *a posteriori*. Lo formal no puede partir más que de la propia razón y, por tanto, debería ser la base de una auténtica ética y metafísica. Pero Kant parte del error de establecer una división tajante entre el sentir y el inteligir. Esta división, que se remonta a la Grecia clásica, hace que lo “material” caiga en desgracia y que la filosofía vaya a la búsqueda de respuestas formales. Y de ahí viene que Kant considere que los principios materiales, al depender de la sensación empírica de agrado o desagrado, tendrán siempre un carácter meramente heterónomo.

Para Diego Gracia corresponde a la fenomenología el mérito de haber desvelado la gran confusión que conllevan estos planteamientos. La fenomenología considera *a priori* lo dado en la intuición fenomenológica y *a posteriori* todo lo demás. Sin embargo, es Xavier Zubiri el que culmina la labor fenomenológica con una obra que es “un formidable alegato en contra del dualismo sentir-inteligir y, por tanto también del binomio a posteriori-a priori”⁵¹⁰.

Para Zubiri el único hecho inmediato y cierto es la “impresión de realidad”, en la que las cosas se nos actualizan como reales. Esa forma del humano de estar en la realidad, es la forma radical de la intelección. De ahí que, “tendría sentido, pues, decir que la intelección propia de la impresión de realidad tiene un carácter

⁵⁰⁹ CORTINA ORTS, Adela. *Ética mínima: introducción a la filosofía práctica*. 11ª ed.. Madrid: Tecnos, 2006. ISBN: 978-84-309-4375-3.

⁵¹⁰ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 371. ISBN: 84-7754-045-4.

apriorístico”⁵¹¹. Todo esto lo hemos visto en los capítulos anteriores de este trabajo. Por otro lado, Zubiri piensa que la moralidad es un carácter formal de la realidad humana, como también lo hemos visto. Diego Gracia deduce que la moralidad es primariamente un dato formal y no un contenido, por lo que no tiene carácter prescriptivo, sino canónico. Recordemos que la idea de la moral de Zubiri surge del análisis del acto de volición compleja⁵¹². De ese modo, la impresión de la realidad, en este caso de la dimensión moral de la realidad humana, permite fundamentar la moral de modo formal, estructural, no mediante el establecimiento de normas o criterios de contenido prescriptivo concreto. Estos serían tarea para la intelección racional.

En la aprehensión “el hombre aprehende las cosas como “de suyo” y la propia realidad humana como “suyo”, es decir, como “persona”. El hombre es un “de suyo” que además es “suyo”. En tanto que de suyo es “realidad”, y en tanto que suyo es “persona””^{513,514}. La realidad humana no es vista como sustancia, sino como sustantividad, como algo actualizado de modo directo e inmediato en la aprehensión. Si todas las realidades son sustantivas en tanto en cuanto son aprehendidas, las cosas meramente “de suyo” tienen un carácter meramente “substante” o “natural”; sin embargo, lo formalmente “suyo” se nos actualiza como una realidad “supra-stante” o “moral””⁵¹⁵.

Zubiri plantea que el acto elemental de la fruición, caracterizado por cumplimiento del deseo de una voluntad tendente, consiste en un ejercicio de apropiación, es decir, en un adueñarse, un adquirir determinadas propiedades. Este término aceptaría sinónimos como realización, incorporación o asimilación de algo. En el momento fuente del acto volitivo, el individuo se está nutriendo, configurando y realizando, con y en aquello en lo que deposita su complacencia. De ahí que la moralidad tenga, desde la perspectiva zubiriana, un carácter físico, real y formal, actualizado en la aprehensión. Carácter que (hay que insistir) se hace patente desde un análisis de los actos volitivos complejos.

⁵¹¹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 372. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵¹² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 375-376. ISBN: 84-206-9046-5.

⁵¹³ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 373. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵¹⁴ La cursiva está puesta por el autor de la tesis para proporcionar claridad al texto.

⁵¹⁵ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 374. ISBN: 84-7754-045-4.

Pero además, en la impresión aprehensiva de lo real, el humano se aprehende a sí mismo sentientemente como realidad formalmente arraigada o implantada en lo real. Por eso, “la religación es una dimensión formal de la realidad, dada en la impresión de realidad”. Y ahí se funda el carácter obligatorio con el que reconoce el humano cierto dinamismo de su propia realidad. Es realidad deudora porque es realidad religada. “Hay obligación porque hay religación, y no al revés”⁵¹⁶. Podríamos decir que, así como el “inteligir sentiente” alude al lado intelectual (como acto humano) de la aprehensión de la realidad, la obligación parece aludir al lado sentiente y pre-tendiente de la volición (también como acto humano). El carácter religante de la realidad, por tanto, no solo se actualiza intelectivamente, sino sentiente y volitivamente. Aunque no toda realidad obliga de la misma forma. Unas realidades lo hacen más intelectivamente (p.e.: el cosmos); otras más sentientemente (p.e.: una mala noticia) y otras más volitivamente (p.e.: la vulnerabilidad humana).

Recordemos que los sentimientos no son tendencias, son solo estados, un modo sentiente de estar en la realidad, es atemperamiento a la realidad, es un modo afectante de estar en la realidad, es “afecto sentiente”, resonancia física con lo real. Los sentimientos abren a un modo afectante de estar en la realidad. A veces inspiran tendencias y todas las diversas tendencias dan lugar a diversos sentimientos. Las tendencias se diferencian de los sentimientos en que en ellas hay una forma de tensión-hacia en la que, por un movimiento de distanciación “supra-estante”, la tensión se torna en pre-tensión. Las tendencias son pre-tensiones gracias al sentido de realidad. Hay una retracción o retroceso de la tensión a pre-tensión. Las tensiones pueden doblegar la voluntad, las pretensiones no.

La realidad es formalmente buena.

Diego Gracia no deja de subrayar cómo una de las formas en la que el humano se aprehende religado a la realidad es la obligación, en sentido de sentirse en deuda. La religación sería la base de toda obligación y se funda en el carácter sentiente de la inteligencia. Pero, señala, “además de sentiente, la inteligencia humana es “posidente”, y en tanto que tal actualiza las cosas en su condición de buenas”, y, por tanto, en su condición de apropiables. Y es por lo que “en su

⁵¹⁶ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 374. ISBN: 84-7754-045-4.

condición de apropiables por el hombre, las cosas adquieren el carácter de “bienes”⁵¹⁷.

Ya se ha visto que la bondad, que no es una realidad “en sí”, sino un carácter formal de la realidad, en tanto en cuanto, es respectiva de la realidad humana. Para apoyar su tesis de que la filosofía de Zubiri se puede inscribir en el marco de una ética formal de bienes, Diego Gracia alude a una afirmación clave de aquél: “La realidad es buena en tanto en cuanto ofrece unas posibilidades que son apropiables por el hombre”⁵¹⁸. Sin embargo esta afirmación no tiene un significado ni mucho menos evidente y, de hecho, parece que el propio Zubiri ha querido precisarla.

En primer lugar hay distintos tipos de realidad. Remitiéndonos a las cosas, son buenas solo en su condición de cosas apropiables. La realidad solo puede tener condición de buena en el la medida en que incluye la mirada humana, que a su vez es realidad inteligente y volente, actualización y apropiación de lo real. Si no hubiera humanidad, no habría formalidad de realidad, ni condición buena de lo real. La afirmación de que la realidad es formalmente buena resulta cuando menos chocante si no se tiene en cuenta todo esto.

La realidad es de condición formalmente buena (pura respectividad de sentido) simplemente porque lo humano se aprehende inevitablemente como realidad vinculada a la realidad y no es pensable como algo a-real. Pero además, la inteligencia humana en tanto en cuanto “posidente”, actualiza las cosas en su condición de “pretendidas-preferibles-y-disfrutables”, y, por tanto, de apropiables. Por eso, “en su condición de apropiables por el hombre, las cosas adquieren el carácter de “bienes”⁵¹⁹.

Por tanto, la realidad es formalmente buena en el punto y hora en el que lo es respecto de del hombre, que está ineludiblemente implantado en ella. Pero además, es realidad perfectible. No se debería confundir la formalidad de buena condición de lo real respecto a lo humano, con el hecho de que la realidad tenga su lado bueno y su lado malo (que sea de buena o mala condición). Este es otro tema que se verá más adelante al volver a abordar el logos estimativo. Aquí, de lo que se trata, es de

⁵¹⁷ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 375. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵¹⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 381. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁵¹⁹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 375. ISBN: 84-7754-045-4.

señalar la condición buena de la realidad, simplemente por ser un “de suyo” en el que está inamisiblemente implantado un “suyo”, que a su vez se hace posible en aquél.

Por otro lado, el bien radical del hombre, como hemos visto, es su perfección, entendida ante todo como su propia plenitud, como “estar en plena forma”. Así, la felicidad no consistiría en un mero sentirse feliz, sino en estar en forma plenaria. Esa felicidad o plenitud humana, no es un proyecto, sino algo a lo que la realidad humana se halla indefectiblemente ligada. La felicidad es constatable en todas las dimensiones del acto volitivo: en el deseo, en la preferencia y en el momento fuente.

Por eso, señala Diego Gracia que la felicidad no tiene un sentido material, “como proyecto concreto de vida, sino un carácter meramente “formal”, dado en la aprehensión. Por eso no puede traducirse en contenidos morales prescriptivos o concretos. Será la razón la que tenga que elaborar trabajosamente una moral material, es decir, normativa y prescriptiva, a partir de ese sistema de referencia que es el carácter formalmente moral de la realidad humana”⁵²⁰.

Así la religación a su propia felicidad es la base por la que la realidad humana está obligada consigo misma. Desde la perspectiva del acto volitivo, podríamos decir que la aspiración a la felicidad se nos presenta en primer lugar como el deseo de los deseos, radicalmente instalado en uno mismo, esa pretensión de ir hacia una promoción positiva de sí mismo; en el momento preferencial, la felicidad se presenta como sumo bien y, como tal, término formal de preferencia, la preferencia de las preferencias; y en el momento fuente, la felicidad se muestra también como un disfrute (fuente), más o menos fugaz o parcial, más o menos permanente pero actual de la/mi realidad.

A la luz del análisis de los momentos del acto volitivo se entiende por qué Diego Gracia afirma que “la ligación a la felicidad es primaria y está dada en aprehensión primordial. Y porque está dada en la aprehensión, lanza al hombre a la búsqueda de las felicidades concretas allende la aprehensión, para lo cual tiene que poner en marcha el uso de su razón. La obligación es racional; la ligación a la

⁵²⁰ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 376. ISBN: 84-7754-045-4.

felicidad, no, es anterior a todo uso de la razón. Este lanzamiento es la “obligación”, raíz de todo “deber” moral”⁵²¹.

Diego Gracia, además, señala que la ligación moral tiene un carácter, además de formal, transcendental, es decir un carácter no ligado al contenido de la realidad, sino a su formalidad de realidad: el bien, como la verdad, como la belleza son carácter formal de la realidad en cuanto realidad. Son transcendentales complejos porque aluden a la funcionalidad de la realidad en su respectividad a otras realidades. Así, “*verum, bonum y pulchrum*” son transcendentales dados, en los que se expresa la respectividad de la realidad inteligente, sentimental y volente a la realidad inteligida, sentida y querida. La realidad es formalmente buena respecto a la volición y formalmente verdadera respecto a la inteligencia.

Si admitimos la religación como un dato de la aprehensión, la realidad humana está ligada formalmente, estructuralmente, a sí misma y al resto de la realidad (mundo), a su libertad, a su bien, a su felicidad, a su verdad y a su sentir. Ahí se funda su obligación, entendida como un Deber de cuidar su-sentir, su-verdad, su-libertad, su-bien, su-felicidad. Y a partir de aquí se fundan, se cuestionarán y se esbozarán los deberes concretos, tarea de la razón moral.

En el caso de la ética de las profesiones, lo anterior fundamenta asuntos tan diversos como el concepto de profesión, vocación o la importancia de la cuestión del cuidado de la libertad. En cuanto a la noción de profesión, veremos cómo se trata de un término ambiguo semiológicamente, aplicable tanto al criminal profesional, como al juez. A estas alturas podemos afirmar que lo radical de las profesiones es que pueden inscribirse como hecho fundado en la dimensión moral humana. Las profesiones son en su raíz un fenómeno de apropiación de posibilidades, es decir, un fenómeno moral. Se producen gracias a la estructura moral de la realidad humana. Para la práctica de una determinada profesión el individuo se tiene que apropiarse una serie de posibilidades (de conocimientos, de habilidades, de actitudes, así como de la posibilidad de adquirir una condición buena o mala).

Mediante este fenómeno el profesional se autorrealiza, pero también realiza unos cambios en su entorno, en sus circunstancias. Y así como puede adquirir unos u otros conocimientos, habilidades o actitudes, no le queda más remedio que quedar

⁵²¹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 376. ISBN: 84-7754-045-4.

en condición buena o mala, en su respectividad funcional hacia el otro (la otra realidad humana). En este sentido, parece ilusorio suponer que hay alguna actividad moral humana que pueda ser absolutamente neutra para el otro. Y esto tiene que ver con la vulnerabilidad humana, pero también con el inevitable fenómeno de quedar en condición buena o mala para el otro en su dimensión moral. Una ética formal de bienes deja abierta la cuestión de cómo quedan las profesiones en la línea del bien y del mal ante la realidad humana. Corresponde a la ética aplicada razonar este asunto.

Respecto a la noción de vocación, ésta aludiría a una tendencia o pre-tensión. Para Heidegger la vocación (*Ruf*) se identifica con el llamado del Cuidado, de la Existencia. En este sentido podríamos afirmar que la vocación radical sería la vocación de felicidad. Pero desde otra perspectiva, diríamos que la vocación es llamada de mi propia realidad (mi yo existente y real).

Se inscribiría en el momento tendente del querer, puesto que toda vocación es pre-tensión de algo. Sería tensión en tanto en cuanto es llamada; sería “pre” en tanto en cuanto deseo o anhelo que responde a esa llamada. En ese sentido, tiene razón Ortega cuando sostiene que ser fieles a la vocación es ser fieles a nuestra propia vida, a nuestra propia autenticidad. Aunque también es cuestionable si la vocación es algo puramente personal, pues parece que, al mismo tiempo, es algo que puede ser inspirado, suscitado y promovido por la realidad social. Por ejemplo con narraciones que muestren determinados papeles sociales como algo estimable.

Una tarea importante para la ética aplicada será la cuestión del cuidado de la libertad. Ya hemos visto cómo la libertad surge exigítivamente de la inconclusión de tendencias propia de la sustantividad humana. Que consiste en el modo de actuar de la sustantividad volitiva, esto es, respectividad de la realidad humana en tanto en cuanto da de sí como realidad volitiva. Es un modo de respectividad en iniciativa, en autodomínio independiente y autodeterminante. También hemos visto que la libertad tiene su área (abanico de posibilidades), y su grado (indeterminación respecto de las propias tendencias para tener una coherencia entre lo estimado y comprendido como bueno, y lo efectivamente querido); y que es posible ir haciendo o deshaciendo la propia libertad.

La cuestión para una ética aplicada es la cuestión de la libertad comprometida consigo misma, del autodomínio: es la del cuidado de la libertad en un marco de posibilidades limitado, en el que lo problemático no es soñar con una

libertad posible (añorar un área más extensa de libertad), sino indagar si en lo que puedo querer aquí y ahora descubro un dinamismo liberador. Desde una perspectiva profesional consiste en ver si es viable un ejercicio profesional liberador. Internamente, se ventila la cuestión planteada por Zubiri del desequilibrio de las tendencias: las tendencias tienen una dimensión de apoyo que hay que organizar. Externamente, lo que se plantea es la viabilidad de los bienes específicos de una determinada profesión, en el marco, por ejemplo, de las organizaciones, con otros bienes implicados.

En definitiva, es razonable sostener, siguiendo a Diego Gracia, que Zubiri fundamenta la moral por una vía rigurosamente nueva: la que denomina “ética formal de los bienes”, carente de contenidos prescriptivos concretos. Este formalismo zubiriano elude las falacias previas, pero además, soslaya las distinciones entre material-formal, heteronomía-autonomía, “es”-“debe”, etc.

3.1. ESTIMACIÓN Y VALORACIÓN.

Hemos visto, pues, que la realidad queda actualizada a la intelección humana, en su formalidad como “de suyo”, pero además, como respectivamente buena, en condición de buena en lo que al hombre se refiere, porque le proporciona posibilidades para marchar hacia su forma plenaria, hacia su felicidad. Hay, pues, una bondad real, anterior a toda estimación valorativa. Pero la fundamentación de la moralidad no termina ahí.

Diego Gracia nos sitúa en el terreno de la intelección dual, para seguir desarrollando una fundamentación moral. En el momento del logos, la intelección toma distancia y postula lo que la cosa sería, dando lugar a perceptos, fictos y conceptos; para luego afirmar en el juicio lo que la cosa es. Para él, “lo mismo que existe un logos puramente intelectual o lógico, hay también un logos moral, con dos momentos, el de simple aprehensión , y el de afirmación o juicio”⁵²².

En este logos moral no hay un ejercicio retractivo (el “sería”) de percepción, ficción o concepción, sino de estimación. Y tampoco hay una afirmación igual a la del

⁵²² GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 378. ISBN: 84-7754-045-4.

juicio lógico, sino valoración. Diego Gracia señala que, si la cosa es formalmente buena en su condición respectiva a lo humano, el valor tiene que ver más con el contenido que con la cosa. En el logos estimativo (ético, estético, religioso) se actualiza la realidad en su condición de favorecer o perjudicar la realidad humana. Aquí nos sitúa de nuevo en un plano de confluencia de las dimensiones intelectual y moral, en el que el acto intelectual (actualización) actualiza algo de orden moral (la condición buena o mala de algo).

Ya no se trata de la realidad en su compacta condición de buena, según es dada a la aprehensión primordial. Se trata de la realidad en su condición diferencial de buena o de mala. “La inteligencia camina, sin salir de la aprehensión, desde la bondad primordial hacia la bondad dual; es decir, desde la actualización del carácter formal de bien, hacia la estimación de sus contenidos concretos, de lo bueno y malo de las cosas, por tanto hacia su valoración”⁵²³. Para Diego Gracia, Zubiri habría definido la estimación como un tipo de percepto o un modo de simple aprehensión, y el valor como un juicio de la estimación. Y el paso del “sería” (percepto) al “es” (valoración) se efectúa mediante el acto de “preferencia”. “Preferir es siempre y solo preferir un bien a otro”⁵²⁴. La preferencia se movería siempre en el orden de la dualidad, de la estimación dual. Y, puesto que hay escalas de preferencia, hay escalas de juicios de valor. La estimación de un bien real acaba en la forma de un valor.

Sin embargo, también podemos pensar que no toda preferencia se mueve en el orden de la estimación dual, pues el momento preferencial de acto volitivo también se puede mover en el orden de la razón inquiriente. El ejercicio retractor de la intelección diferencial se correspondería con la estimación, el “sería” del logos moral; en él se actualiza de forma *directa, inmediata y diferencial* la realidad en su condición de favorecer (más o menos) o perjudicar (más o menos) la realidad humana. Su ejercicio afirmativo sería la valoración o juicio de estimación, en la que se expresa una preferencia. Sin embargo la razón moral actualiza la realidad en su condición de buena como una posibilidad de realización preferible, pero en este caso de forma *mediada y en profundidad*.

⁵²³ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 378. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵²⁴ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 379. ISBN: 84-7754-045-4.

Por eso podemos afirmar que la dimensión preferencial volitiva está iluminada tanto por el logos estimativo, como por la razón moral. Se pueden preferir determinados valores, pero también determinados principios, deberes, virtudes, etc. La preferencia va más allá del campo de lo aprehendido impresivamente. Se puede preferir un bien que no es aprehensible impresivamente en el aquí y ahora; se puede preferir un bien que únicamente se ha vislumbrado ideal y fruitivamente, un bien posible. Si bien es cierto que, en el campo de posibilidades que se le ofrecen a la volición, ya sea que resulten de una actualización mediada o inmediata de la condición buena o mala de las cosas, todas esas posibilidades (reales o irreales) serán estimadas diferencialmente por el logos moral.

El problema es saber qué es lo que prefiero en la realidad dada y qué es lo que prefiero en el fondo. Es el problema del bien y del mal, de lo que me favorece o me perjudica. En último caso se puede preferir el mal, por el bien que su satisfacción me procura: aquí he decidido que lo que me favorece es satisfacer mi deseo de mal. Pero el problema sigue ahí. El saber lo que prefiero es algo a lo que debe responderse sensitiva, intelectual y volitivamente, porque la realidad se me actualiza no solo como tal y/o como bien teórico, sino como algo sentido y disfrutado. En el problema de qué es lo que prefiero, la volición se apoya en el logos y en la razón, pero le cabe a la propia volición orientar la atención intelectual a éste o aquél bien o poner en marcha la razón moral.

El acto de preferencia, por tanto, desborda el ámbito de la intelección del logos. Si no fuera así, solo se podrían preferir los bienes estimables en la percepción directa e inmediata de lo real. Pero este es un modo de preferencia miope, pues no va más allá de lo aprehendido impresivamente en el campo de la realidad. El momento volitivo de la preferencia va más allá de la estimación campal de los bienes: también entra en el terreno de lo que se vislumbra como preferible, es decir en el terreno del problematismo de la razón inquiriente, en este caso, razón inquiriente que busca ir más allá de lo preferible campalmente para adentrarse en lo que en el fondo es realmente preferible; en aquello que solo es vislumbrado en un esbozo de posibilidades como preferible.

Y así como el acto de estimación no recae en último término sobre el valor, sino sobre una determinada realidad (ya sea vista o vislumbrada como posibilidad), el acto de preferencia tampoco recaería en último término sobre este o aquel valor, sino sobre esta o aquella realidad en su condición de buena; sobre este o aquel bien.

El acto volitivo en su momento determinante puede escoger entre posibilidades irreales (ideales) y quedarse ahí, en la estimación y preferencia de determinado ideal. Pero en ese caso también está deponiendo su voluntad en una realidad irreal que se le actualiza como bien. Si se queda ahí, el sujeto no pasaría de un idealismo que no realiza ese valor preferido. La volición depone su fruición en este caso, como último término de su querer, en la mera idea que actualiza ese bien.

Volviendo al logos moral, los bienes reales estimados de forma directa e inmediata pueden dar lugar a valores diferentes, morales, religiosos, etc. De estas escalas de valores se puede plantear si son verdaderas o no. Así como hay una bondad real, como condición formal de la realidad, que es dada de forma directa, inmediata y *compacta* en la aprehensión primordial; en el terreno del logos hay una verdad dual. “Entre la una y la otra hay la diferencia que media entre formalidad y contenido”⁵²⁵.

La verdad dual, recordémoslo, acontece en la coincidencia entre la realidad y el movimiento intelectual⁵²⁶. Su problematismo se plantea en el terreno de lo aprehendido impresivamente, no de lo aprehendido en profundidad. No puede tener una adecuación completa entre los términos implicados, pues solo se puede esperar de ella conformidad. Es más débil que la verdad real y admite la posibilidad de error⁵²⁷. “La afirmación es siempre el resultado de una construcción, y por ello está expuesta a error”⁵²⁸. La verdad de esos contenidos puede ser de autenticación o de veridictancia.

En el primer caso (autenticación) se plantea si esto estimado tiene auténticamente una condición de bueno, es decir, si lo estimado auténticamente favorece a la realidad humana. Realidad humana en tanto en cuanto es aprehendida impresivamente en el campo de lo real. En el segundo caso (veridictancia) se plantea si lo afirmado como valor, efectivamente coincide con la condición buena de la cosa calificada por ese valor afirmado. Así, “se puede hablar de valores auténticos, y de escalas de valores verdaderas”, en su estimación y preferencia campales, es decir, en la aprehensión impresiva de la condición buena o mala de la cosa.

⁵²⁵ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 380. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵²⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. pp. 261-262. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

⁵²⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. pp. 259-264. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).

⁵²⁸ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 381. ISBN: 84-7754-045-4.

Por eso, si un estado de normal funcionalidad psico-orgánica (como una forma de expresar ese sentir la salud a grandes rasgos), fuera algo estimable, dado que es aprehendido impresivamente como algo que puede favorecer la mi/la realidad humana, consideraríamos esa normal funcionalidad psico-orgánica (salud) como algo preferible y, por tanto, como algo valioso; y podríamos afirmar que la salud es un valor a tener en cuenta a la hora de una elección determinada: por ejemplo a la hora de elegir entre el rechazo a un tratamiento eficaz (que es una forma de realizarme en divergencia con ese valor) o consentir con un tratamiento eficaz (que es otra una forma de realizarme en coincidencia con ese valor).

El error de autenticación se da cuando algo parece que es de condición buena y, por tanto, es estimado como bueno sin serlo. Por ejemplo, muchos años se creyó que fumar era bueno para la salud, porque tenía un efecto psíquicamente relajante. O al revés, algo parece que es de mala condición y es estimado como malo, siendo en realidad de buena condición. Por ejemplo, en medicina durante siglos se ha pensado que era malo dejar que el enfermo decidiera sobre los tratamientos a los que podía someterse.

El error de veridictancia se da cuando algo que parece y es estimado de entrada como de mala condición, es afirmado como valor. En este caso puede haber un determinado interés por falsear la condición de lo real, tal como se le actualiza al agente verbal. O, por el contrario, cuando algo que es estimado como de buena condición, es afirmado con un contravalor.

Parece oportuno, en todo caso, señalar que en la estimación y valoración hay un criterio de verdad, consistente en que haya una conformidad entre lo estimado y lo valorado, con la realidad; y en concreto, para ser precisos, con la condición de esa realidad en respectividad con lo humano. Habría verdad dual cuando tiende a haber una coincidencia entre lo estimado y afirmado con la cosa en su condición respectiva (en su función) de favorecer la realidad humana.

Por otro lado, el logos estimativo no se restringe a la dimensión preferencial del acto volitivo. Zubiri nos descubre que el hecho radical relativo a la volición es el querer. Pero el querer no surge de la nada, sino de un campo de tendencias reales que llegan a constituir un momento inherente al querer. Se trata de una encrucijada de deseos, anhelos y tendencias reales en la que el sujeto tiene necesariamente que orientarse. Ya vemos aquí, por tanto, que es en el momento tendente del acto volitivo donde el logos no solo distingue entre diferentes deseos, sino que es capaz

de estimarlos más o menos y actualizar de un modo diferencial su condición buena o mala.

Si aceptamos que los humanos son realidades inspiradas por los propios deseos, anhelos o tendencias, y pueden elegir (al menos hasta cierto punto) lo que quieren querer; y que esas tendencias consisten en pretensiones que, en tanto en cuanto son “tensión hacia” y, en virtud de la atención que se les preste, pueden formar parte del campo intelectual del individuo, habremos de admitir también que el logos tiene una función iluminadora para la volición en su momento tendente. Quien elude toda atención a sus propios deseos y tendencias, puede restringir de ese modo su área y grado de libertad y, en suma, descuidarla.

Pero también en el momento fuente tiene su papel el logos moral, diferenciando no solo las diferentes formas de complacerse en algo, sino estimando esas formas de complacencia y actualizando de un modo directo e inmediato su condición de buenas o malas.

Para Diego Gracia el análisis de los bienes y de los valores en tanto que dados en la aprehensión, daría lugar a una “moral fundamental” o “fundamentación de la moral”, pero es algo previo a la “moral normativa” propiamente dicha, que es tarea propiamente de la razón⁵²⁹. El conjunto de bienes y valores aprehendidos diferencialmente por el logos constituiría el “sistema de referencia” de toda posible moral normativa.

Sin duda el logos estimativo adolece grandes limitaciones. El campo de lo que abarca está restringido a lo impresionantemente aprehendido, ya sea que pertenezca al fuero de las cosas, animales o personas concretas, al fuero de los sentimientos, al fuero de lo cognitivo, de las tendencias o al fuero de los actos volitivos. Pero además es algo más o menos dinámico, es decir que los elementos que tiene pueden entrar y salir de él, y su amplitud puede ser mayor o menor. Y, ante todo, el logos estimativo actualiza lo real en su condición de bueno o malo, pero carece de capacidad de actualizar en profundidad la condición realmente buena o mala de las cosas. “Se limita a lo dado en la aprehensión en tanto que dado en ella”⁵³⁰.

⁵²⁹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 380. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵³⁰ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. P. 381. ISBN: 84-7754-045-4.

Desde la perspectiva del acto volitivo, así como permite diferenciar y estimar e incluso preferir entre diversos deseos, posibilidades y formas de complacencia, hemos visto cómo se muestra insuficiente a la hora de preferir entre ellos. A menudo uno no sabe si lo que puede querer, realmente lo quiere o no. El acto frutivo como un acto, en su aquí y ahora, puede venir cargado de sentimientos tanto agradables, como desagradables. El deportista se complace en lograr un récord, pero eso puede ser a costa de un considerable malestar. En su caso, la tendencia y posibilidad en la que se complace (lograr el récord) prevalece sobre la tendencia y posibilidad de la comodidad.

Es decir, que tanto en el momento tendente, preferencial, como fruyente, el logos estimativo es insuficiente para actualizar lo que en el fondo deseo, prefiero o me complazco. Se trata, dicho de otro modo, de una visión posidente o posesión vidente de la realidad demasiado limitada. Por eso entra necesariamente en juego una visión posidente o posesión vidente que, más allá de lo apreciado campalmente, inicia su marcha hacia una búsqueda, no solo de lo estimado aquí y ahora, sino de lo estimable, no solo de lo mejor dado en el campo de lo aprehendido impresivamente, sino de lo que en el fondo es lo mejor.

Pero no solo eso. El logos moral, desde su insuficiencia, le plantea problemas al preferir volitivo. El problema que plantea el logos estimativo al preferir volitivo es el problema del bien. Si lo que parece beneficio o maleficio, un modo de ser benéfico o maleficiente, una determinada voluntad en apariencia benevolente o malevolentemente, un estado aprehendido impresivamente como de bondad o maldad, si realmente, en el fondo, son bienes o males. Es decir, si lo que se muestra impresivamente como estimable del campo de la realidad, está realmente en conformidad o disconformidad con una promoción positiva de la sustantividad humana.

Diego Gracia afirma que el logos estimativo no puede considerarse en rigor moral normativa, aunque sí su condición de posibilidad. Podríamos decir que en la aprehensión impresiva propia del logos estimativo, se hace muy patente el carácter de bitorio de la realidad humana. De ahí que “sus juicios lejos de no obligar, obligan más que las proposiciones propias de la moral normativa”, ya que al actualizar el vínculo o unión de la realidad humana consigo misma, “ligan” al hombre en lo más profundo de su realidad. De algún modo lo comprometen consigo mismo.

Por eso, no se trata de un espacio premoral, “sino que se trata de lo moral por autonomía, raíz y fundamento de toda ulterior moralidad. No es moral pero tampoco es premoral; es, exactamente, protomoral. A partir de ello la razón ha de elaborar la moral normativa”⁵³¹, que es problemática y requiere un método, como veremos más adelante. Y la respuesta no puede ser otra que la que vaya encontrando dificultosamente la razón moral en su búsqueda. Es la ética (en nuestro caso la ética de las profesiones), resultado de ese ejercicio inquiriente de la razón moral, la que se plantea el problema del bien, de lo mejor, más allá de lo estimable.

3.2. RAZÓN Y MÉTODO.

Diego Gracia en el capítulo “*El método de la bioética*” de su libro *Fundamentos de Bioética* realiza la siguiente afirmación: “A partir del sistema de referencia [protomoral], lanzada por él, la razón humana se pone en marcha en busca de normas y principios morales concretos”⁵³². Se entiende aquí por método la concepción zubiriana del mismo, es decir, vía problemática de la razón inquiriente para poder actualizar intelectivamente lo que en el fondo sean las cosas, aquello que no es accesible a la aprehensión impresiva campal. Por eso el conocimiento es “mediato, problemático y metódico”.

De ahí pasa a hacer una revisión de lo que otras filosofías han entendido por el funcionamiento de la razón moral y a exponer a continuación, en detalle, el método de la “razón ética”. Así, menciona cuatro modos de razón moral a lo largo de la historia de la filosofía: ontológico (o principialista), deontológico (o formalista), epistemológico (o decisionista) y axiológico (o del conflicto de valores).

El *método ontológico* está basado en principios teóricos (ideas inmutables, necesarias y eternas, la principal la idea de Bien) desde los que se deduce lógicofilosóficamente el conocimiento moral de lo que es bueno en las situaciones concretas. Los principios estaban basados en el conocimiento dado a la recta razón que ve como principio supremo el orden natural en el que se inscribe la lógica

⁵³¹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. pp. 381-382. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵³² GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 399. ISBN: 84-7754-045-4.

natural, según la cual debe actuar el ser humano. Las afirmaciones de este método, son de carácter apodíctico e indubitable.

El “debe” (lo que hay que hacer) se deduce directa y lógicamente del “es” (naturaleza), al menos en el nivel del juicio teórico. En la práctica, además, es necesario utilizar la razón práctica, que Aristóteles denomina prudencia (*phrónesis*), o recta razón de las cosas que pueden hacerse. Es la prudencia la que se encarga de “sacar conclusiones prácticas sobre hechos particulares a partir de principios generales”. La deliberación es el razonamiento previo a la toma de decisiones prácticas. Y, si bien en el orden de los principios no cabían excepciones, en la práctica era posible justificar excepciones a los principios, utilizando criterios teleológicos o consecuencialistas. “De ahí que las éticas naturalistas deban considerarse deontológicas en los principios, pero teleológicas en las aplicaciones prácticas”⁵³³.

El *método deontológico* o formalista surge a partir de Hume, que considera que el paso del “es” al “debe” es una falacia inadmisibles para la razón. Kant asume que efectivamente la moralidad no puede basarse en los criterios heterónomos de tipo naturalista. La moral debe ser autónoma, ya que el hombre tiene un carácter autolegisador, ya que es un fin en sí mismo. Se pasa del criterio natural, al criterio del deber como principio autónomo de la voluntad pura, que se autoimpone como imperativo categórico, incondicionado y universal. Todo ello frente a una voluntad empírica, “patológica” y heterónoma.

El método deontológico no va del criterio de lo bueno o lo malo a la definición de ley moral, sino de la ley moral a la definición de lo que es bueno y malo. La voluntad pura actúa autónomamente en base a la ley moral y la voluntad empírica heterónomamente en base a los apetitos. Para resolver esto en la práctica Kant propone que una máxima de actuación es aceptable si puede convertirse en ley universal. Y para ello hay que hacer un razonamiento deductivo, pensando si la máxima de una voluntad pueda valer siempre, al mismo tiempo, como principio de legislación universal. Se trata de un procedimiento deductivo, que parte de una premisa universal deontológica (no ontológica). El método deontológico ha visto desarrollos posteriores diversos, como es sabido.

⁵³³ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 406 ISBN: 84-7754-045-4.

El *método epistemológico* o decisionista se empieza a fraguar a partir de la crítica del dogmatismo realizada por Kant en su *Crítica de la razón pura*. Desde aquí se abre una vía que busca las condiciones formales que hacen posible el conocimiento. El concepto de racionalidad, desde Kant hasta el momento actual, evoluciona con un trabajo de continua revisión de los presupuestos asumidos del saber, hasta llegar en nuestros días a una racionalidad científica que marca el método ético de forma empirista y nominalista⁵³⁴.

Esta racionalidad es: a) epistemológica y, por ello, antidogmática y crítica; b) decisionista, abierta a una sociedad plural en la que la racionalidad científica es la que mejor permite adoptar consensos mediante el trabajo en equipo; por ello es convencional y estratégica, renunciando a asumir un criterio fundante concreto; c) casuística, basada en datos y hechos más que en fundamentaciones y, por tanto, inductiva, prudencial y pragmática. Sus riesgos son el decisionismo y la mentalidad estratégica, que reduce las decisiones a los intereses particulares del colectivo de los individuos implicados.

El *método axiológico* surge a final del siglo XIX, cuando no era posible volver a las ontologías ingenuas antiguas, ni tampoco quedarse en el formalismo kantiano. Brentano piensa que la ética tiene su raíz más en sentimientos que en ideas, elevando el sentimiento de la categoría de lo meramente subjetivo a la de la objetividad. Así nace la ciencia de los valores o axología. Pero la ética consiste, no solo en ver lo bueno o lo malo, sino actuar con vistas a lo mejor. Y la elección de lo mejor se basa en el fenómeno de la preferencia. Y aquí hay valores conflictivos entre sí. El método para resolver esos conflictos es de la preferencia.

Scheler diferencia entre “preferencia” apriorística y “apetencia” empírica. Por eso se tienden a sobreestimar los valores apetecibles sobre los preferibles. Y esto puede dar lugar al fenómeno de la “ceguera axiológica”, ya sea individual o social. El fenómeno contrario es el de la “voz de la conciencia”, en el que la preferencia axiológica a priori nos habla frente a la apetencia empírica. Sea como fuere, la metodología del conflicto de valores abre un gran abanico de posibilidades, que va

⁵³⁴ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 451. ISBN: 84-7754-045-4.

desde el extremo de aceptar un sistema de valores objetivo y universal, a pensar que las decisiones son siempre individuales e irrepetibles.⁵³⁵

Frente a estos diferentes métodos, Diego Gracia acude a la filosofía de Xavier Zubiri y hace una propuesta metodológica para la resolución de problemas bioéticos. Siguiendo a Zubiri, afirma que lo dado en la aprehensión “lanza” al hombre a conocer el contenido de las cosas allende la aprehensión. Y “esta impulsión es lo que etimológicamente significa “problema””. Sin embargo, a estas alturas no queda más remedio que objetar que podríamos preguntarnos si lo que “lanza” es la razón o la volición, no la aprehensión en sí. El mismo Zubiri niega una espontaneidad en el proceso intelectual.

De hecho, la actualización diferencial y racional de lo real (por el logos y la razón respectivamente), lo único que hace es actualizar lo aprehensible sentientemente así como lo no aprehensible sentientemente, con lo que da lugar a una aprehensión diferencial y en profundidad de lo real respectivamente, que incluye lo aprehendido como cierto, tanto como lo aprehendido como incertidumbre. Analizando, quizá un tanto forzosamente, los actos humanos, sería la volición la que “lanza” al individuo a avanzar en su conocer, ya sea por un deseo-preferencia-complacencia en el conocimiento por el conocimiento, ya sea por un deseo-preferencia-complacencia en el conocimiento como forma (medio) de supervivencia o promoción humana.

Sea como fuere, la razón posidente parte siempre de problemas. Para resolver el problema necesitaría un método, “el método de la razón”⁵³⁶, el método de la razón posidente, o “razón moral” como dice Diego Gracia. El método es necesario cuando se intenta ir más allá, en busca de lo que podrían ser las cosas en el fondo. Si en la aprehensión impresiva hay intuición en la que no hay necesidad de método (en el sentido estricto de su concepción zubiriana), porque las cosas se actualizan de forma directa e inmediata, en la razón no se intuye, sino que se conoce.

Ciertamente, la razón parte siempre de problemas, que tiene que resolver metódicamente. Pero en el caso de la razón moral, es inteligencia sentiente y posidente puesta en marcha, que da lugar a una razón práctica, que es de orden

⁵³⁵ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 476. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵³⁶ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 399. ISBN: 84-7754-045-4.487

posidente⁵³⁷. Si esto es así, hay un sentido moral, al igual que hay un sentido de realidad en el que aquel se funda. La razón teórica busca actualizar lo real en tanto en cuanto real; la razón práctica busca actualizar lo real en tanto en cuanto su condición de bien real; y esa actualización tiene un carácter posidente. Es verdad que se puede quedar en mera actualización teórica, pero entonces la razón moral pierde buena parte de su sentido⁵³⁸ y queda sin completar su camino como experiencia, como veremos.

Pues bien, para Diego Gracia “es lo moral en tanto que dado en la aprehensión (por consiguiente, eso que hemos llamado en el capítulo anterior el orden “proto-moral” de la realidad humana), lo que nos “lanza” allende la aprehensión, a la búsqueda de lo que sea lo bueno y lo malo en la realidad del mundo”⁵³⁹. Siguiendo un desarrollo de esta idea, podríamos afirmar que, así como la intelección busca verdad y se dirige hacia la verdad; la volición busca una promoción humana.

Esa promoción incluye sin duda un encuentro con la verdad (verdad dual, verdad racional), pero es algo más amplio. Ese algo es lo que se ha llamado felicidad, entendida como forma plenaria de lo humano. Esta forma plenaria de lo humano puede incluir la verdad, pero también puede incluir la salud, entendida como un natural funcionamiento de lo psico-orgánico; y también puede incluir la complacencia en la propia vida.

Si la búsqueda de la verdad es problemática, esto último no lo es menos. Y así como la proto-moral, tal como afirma Diego Gracia sería algo permanente, la verdad de los contenidos de la moral racional no es definitiva, sino “siempre provisional”. En el orden de la razón teórica el método es necesario para responder a problemas teóricos, en el orden de la razón práctica para responder a problemas prácticos. Diego Gracia denomina razón práctica a aquella que es “preponderantemente” práctica.

Posteriormente alude a un párrafo de Zubiri extraordinariamente problemático: “Precisamente porque (la inteligencia del hombre) es una inteligencia

⁵³⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 413. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁵³⁸ “Investigamos no para saber qué es la virtud, sino para ser buenos, ya que de otro modo ningún beneficio sacaríamos de ella”. ARISTÓTELES. *Ética nicomáquea : Ética eudemia*. Pallí Bonet, Julio (trad.). España: Gredos, D.L. 1985. ISBN: 84-249-1007-9.

⁵³⁹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 484. ISBN: 84-7754-045-4.

sentiente y posidente puesta en marcha, da lugar a una razón práctica, que es de orden posidente, y esto es lo que, rigurosamente hablando, se llama sentido moral”⁵⁴⁰. Pero si, como se ha dicho más arriba, lo que pusiera en marcha el inteligir no fuera el propio inteligir (que sería simple actualización), sino la volición, el querer inteligir la verdad, fundado, eso sí, en un acto básico de actualización de lo real en tanto en cuanto real, lo que daría lugar a una razón práctica sería la propia volición dirigiendo el acto intelectual de la razón inquiriente. Incluso la razón teórica sería posidente: posidente de una verdad teórica que se ha deseado, preferido y en la que se ha complacido esa volición que va tras la solución de un problema teórico.

Por otro lado, parece que el *sentido* moral es algo que desborda la razón moral. Más que conocimiento práctico sería sabiduría, que es un modo diferente de estar en la realidad, es un modo que integra sensibilidad, intelección lógica y racional y, además, una volición acertada en su querer. Y lo que busca la volición es más que conocer, es una promoción (positiva) de la realidad humana.

Volviendo a la razón moral, ésta parte también de un problema, del “problema moral”, que “consiste en la consecución o realización del bien; sin embargo, el contenido del bien queda en la aprehensión ante el hombre como algo “indeterminado””⁵⁴¹. Así, respecto de la felicidad (forma plenaria de lo humano) se presenta a la razón como algo indeterminado, como problema. El problema de estar en la realidad en forma plenaria incluye dimensiones humanas, como la psico-orgánica, la intelectual, o la moral.

En cualquier caso el método es la vía al conocimiento, y consiste, como ya hemos visto en un proceso creativo que consta de tres pasos: el sistema de referencia, el esbozo y la experiencia. El sistema de referencia pertenece a aquello dado a la aprehensión en el campo de la realidad en la que se mueve y que sirve de apoyo direccional para iniciar la marcha inquiriente de la razón moral; el esbozo es una construcción que apunta diversas posibilidades; y la experiencia es la probación física de la realidad (experimentalmente, por compenetración, por comprobación o por conformación).

⁵⁴⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 413. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁵⁴¹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 486. ISBN: 84-7754-045-4.

Pues bien, para Diego Gracia, el sistema de referencia tiene el nombre de “deber”⁵⁴²; el esbozo moral lo es de posibilidades apropiables; y la experiencia moral es apropiación, que se verifica mediante la justificación moral. Sigamos con él este proceso.

3.2.1. *El deber como sistema de referencia moral.*

Desde la perspectiva de la razón inquiriente, la “protomoral” forma parte del sistema de referencia de la “moral normativa”. La moralidad es algo dado en el acto elemental de la intelección. En el momento de actualización intelectual de lo real hay un momento que Zubiri denomina “religación”. En ese momento la intelección descubre que “la relación primaria y formal del hombre con las cosas no es de posesión sino de religación”, siendo la religación un fenómeno previo a la posesión de las cosas: “El hombre “posee” cosas porque antes “está poseído” por la realidad”⁵⁴³. Aquello no sería posible sin esto.

Entre ese estar necesariamente en la realidad (poseído por ella) y apropiarse de ella de una u otra manera, hay un momento medio, que es la “ob-ligación”. La estructura formal de la obligación moral es un estar en la realidad no solo actualizándola, sino un estar en la realidad *estando lanzado a actuar*. De esa obligación lo que resulta es un “deber”.

De ahí que el problema moral no se “ventila en el orden del deber, como quería Kant, sino en el de la realidad”. El deber es un modo de actualización de la realidad en la que me siento lanzado a actuar, apropiándome las cosas en virtud de su condición respectiva de ser un bien para mi realidad. El deber sería, por tanto, reactualización de la condición buena de ciertas cosas en orden a la felicidad. La condición buena de las cosas las hace apropiables; su condición de apropiandas en deberes.

Podríamos añadir que, si esa ob-ligación es previa a la posesión, entonces es fundamento de lo moral. La ob-ligación funda el momento tendente, preferente y fuente del acto moral. Si en el momento religante el deber es ante todo ob-ligación, en su momento volente es cumplimiento de una pre-tensión preferida. Y, en todos estos momentos, la realidad humana se descubre como realidad en deuda, ante todo

⁵⁴² GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 487. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵⁴³ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 487. ISBN: 84-7754-045-4.

consigo misma. El campo de la realidad presenta lo obligado y lo querido como sistema de referencia en el que se vislumbra la propia realidad como enigma y como tarea.

Pero bajo la capa de deberes concretos materiales hay un deber formal por el que la realidad humana es debitoria de sí misma en orden a su forma plenaria, a su felicidad. Diego Gracia ve que en Zubiri ocurre como en Kant, hay un *factum* de carácter formal, imperativo y categórico, que se podría formular así: “Obra de tal manera que te apropiés las posibilidades mejores, en orden al logro de tu felicidad y perfección”. Pero a este autor no se le escapa la aparente falta de universalidad de esta afirmación. Por eso, unos párrafos más abajo la matiza. “Como el carácter de realidad personal no es meramente talitativo sino transcendental, resulta que no comprende solo mi perfección o felicidad, sino la de toda la Humanidad”.

De modo que ese deber formal (en el que se apoyarían los deberes materiales plurales) consiste en “la perfección y la felicidad de mi persona y de todas las personas”. Por tanto, el anterior imperativo categórico, para Diego Gracia, podría formularse también de la siguiente manera: “Obra (es decir, aprópiate las posibilidades) de tal manera que no utilices nunca tu realidad personal, la realidad de las demás personas y de la Humanidad en su conjunto como medios sino como fines en sí mismos”⁵⁴⁴, similar al imperativo kantiano: “Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio”⁵⁴⁵.

De ahí que Diego Gracia pueda afirmar con razón, no solo que en Zubiri hay una ética formal de bienes, sino que además, de ella deriva una “ética formal del deber”, en la que el fin de la vida moral sería la perfección y la felicidad de mi persona y de todas las personas. De la realidad humana, en definitiva. El primer imperativo formulado por Diego Gracia, con la matización mencionada, es coherente con los términos en los que se ha planteado la proto-moral. Sin embargo, en el segundo imperativo se ponen en juego conceptos como medios y fines, que recurren a un esbozo para abordar los problemas morales, que es el del binomio fines-medios.

⁵⁴⁴ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 489. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵⁴⁵ KANT, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. p. 57. ISBN: 978-84-206-7295-3.

Buscando una formulación con un carácter también universal, categórico, pero más concreto, encontramos en esta misma línea la Regla de Oro procedente de la tradición judía: “Actúa con los demás como quieres que ellos actúen contigo”. Esta máxima ha sido el sistema de referencia moral de “la generalidad de las culturas”. La cultura occidental la recibió de la tradición judía (formulada tanto en positivo como en negativo), que fue modificada por la tradición cristiana en positivo. Sin embargo, esta afirmación precisaría también una matización, pues de otro modo parece perder su carácter universal al dejar fuera de la acción al propio agente moral.

Parecería más rigurosa en su formalidad universal e incondicional el imperativo propio de la moral evangélica: “Ama a Dios sobre todas las cosas y al prójimo como a ti mismo”⁵⁴⁶, si bien esta máxima es difícilmente asumible si no es desde una perspectiva en la que la capacidad de amor (de querer, de complacerse en el prójimo y en mí mismo) es al mismo tiempo gracia o don que procede de la divinidad. Es decir, en tanto en cuanto en el propio acto volitivo se produce un encuentro efectivamente con esa pretensión divina que inspira, que se prefiere y en la que se puede uno complacer.

A la luz de una ética formal de bienes y una ética formal del deber, la Regla de Oro es una máxima que tiene un carácter formal (apela a un deber inespecífico y sin contenido material); universal, en tanto en cuanto, convierte al propio agente moral en universo de referencia para su trato a otros; e incondicional y, por tanto, categórico.

Pero además de ser máximas con estas características, son máximas que han perdurado durante siglos orientando la acción de tal manera hacia una promoción positiva de la realidad humana, que constituyen un verdadero patrimonio compartido de la sabiduría práctica, de la razón moral o de la intelección racional posidente adquirida por la humanidad. En ese sentido estas fórmulas son un exponente importante de tradiciones que se mueven en un dinamismo que sigue un vector histórico de promoción positiva de lo humano.

Quizá por eso Diego Gracia nos recuerda que el sistema de referencia moral, el deber de una marcha moral hacia la promoción positiva de lo humano, no solo es principio o punto de apoyo y de partida: también es “el principio del movimiento de

⁵⁴⁶ Mc. 12, 32-34.

la razón en todo el proceso de justificación moral”⁵⁴⁷. El deber, expresado en máximas como la Regla de Oro, y como sistema de referencia moral, es para él principio y término de la “razón moral”. Motor de arranque y “la prueba del nueve” de la “razón moral”. Vislumbra respuestas a una razón moral inquiriente y verifica la validez de las respuestas aportadas. De ahí que, lo que concede validez a la marcha moral no sea la apropiación de posibilidades, sino el sistema de referencia, que garantiza que las decisiones no estén mediatizadas por intereses egoístas. O, por el contrario, podríamos añadir, que las decisiones no estén orientadas a una simple anulación o aniquilamiento de otro o de sí mismo.

Por otro lado, el sistema de referencia de la marcha de la razón moral no puede ser otro que la propia realidad, que resulta ser principio fundante de esa marcha en tanto en cuanto realidad y en tanto en cuanto realidad religante, que obliga y es fundamento de deberes. Como principio, ya se ha dicho, no se trata de principio lógico del cual pueden deducirse consecuencias, o de un concepto objetivo, sino de actualización intelectual de lo real: “La realidad es así principio no solo de la intelección de todo lo real en profundidad, sino que es principio de la propia razón: es la realidad de lo campal pero no como campal sino como mensurante principal de lo real”⁵⁴⁸.

Desde el punto de vista de la razón moral, el punto de partida es lo ya inteligido campalmente como real y, además, como bueno o malo. Aquí se incluyen todas las cosas reales (en sentido lato, incluidas las personas), pero también los propios sentimientos, las ideas y los nuevos estados y realidades que inexorablemente va produciendo la actividad humana (la propia y la de los otros).

Todo ello es punto de partida y, en lo que a la razón moral se refiere, en su condición respectiva para la realidad humana de bueno o malo. Esta intelección de lo campal, puede errar y equivocarse, y es “aparentemente pobre y provisional”⁵⁴⁹, pero sigue siendo el sistema de referencia. Sus datos constituyen principio y medida (como se ha visto arriba) de la marcha de la razón moral. Por ejemplo, si yo sé que lo humano será efectivamente aniquilado al aplicar un determinado esbozo moral (por lógico que este sea), entonces estoy actuando des-medidamente, sin contar el

⁵⁴⁷ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 492. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵⁴⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 54. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

⁵⁴⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 55. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

sistema de referencia. De ahí el carácter canónico y mensurante de este tipo de la aprehensión impresiva de lo real: se trata de la realidad como canon.

En el sistema de referencia nos encontramos con hechos y con valores, pero también con esbozos valiosos probados por otros o por uno mismo en otras situaciones, y disponibles para ser utilizados. Nos encontramos con algo más que evidencias: nos topamos por un lado con la “fuerza irrefragable”⁵⁵⁰ de la realidad en cuanto tal y en este caso en la formalidad irreal de un esbozo; por otro lado, cuando lo real adopta la forma de afirmación, es decir de valoración, nos encontramos con la *fuerza exigencial* de lo real, no solo en cuanto exigencia de verdad (cosa que atañe a la intelección), sino en cuanto exigencia de posesión fruenta de un determinado bien estimado y afirmado como valor.

El sistema de referencia tiene que ver con lo aprehendido impresivamente de forma evidente como bien. En ese sentido, parece razonable que el sistema de referencia incluya una obligación con la propia vida humana, la integridad funcional de la estructura psico-orgánica humana, así como sus dimensiones sentiente, inteligente y volitiva. Y dentro de la dimensión volitiva, lo proto-moral: el propio acto volitivo con su respectividad funcional libre y fruenta. Es mensurante en tanto en cuanto su destrucción, deterioro o aniquilación cuestionan de raíz la validez de cualquier esbozo que determine directa o indirectamente una promoción negativa de lo humano⁵⁵¹.

Se puede pensar que no es mensurante positivamente, pues no presupone una determinada figura plenaria de lo humano, sin embargo sí lo sería si se toma como canon el carácter abierto y enigmático de la realidad humana. Abierto a la apropiación de posibilidades. Enigmático en sentido de ser una realidad de la que no se sabe a priori qué puede dar de sí, o qué forma puede adquirir en su búsqueda del bien.

Pero además, en el campo de la realidad humana hay dos elementos clave del sistema de referencia: la aprehensión de la propia realidad como algo vulnerable y, como ya se ha dicho, el deber, la obligación, el sentirse lanzado a actuar en la realización y búsqueda del bien, del sumo bien, de su forma plenaria. Todos estos

⁵⁵⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 94. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

⁵⁵¹ PINTOR-RAMOS, Antonio. *Realidad y sentido desde una inspiración zubiriana*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, 1993. p. 119-119. ISBN: 84-7299-309-4..

elementos, que se nos muestran en el campo de la realidad como elementos constitutivos de la realidad humana, son sistema de referencia en tanto en cuanto son punto de partida y pueden llegar a constituir un criterio justificativo de una determinada propuesta de la razón moral en busca de lo mejor. Es, pues, la propia formalidad de la realidad humana el sistema de referencia del que parte la razón moral.

En el sistema de referencia nos encontramos, como ya vimos, con un deber formal que está por debajo de los demás deberes concretos. ¿Cómo reformular un deber formal por el que la realidad humana es deudora de sí misma en orden a su forma plenaria, a su felicidad? En coherencia con todo lo anterior, se podría hacer de la siguiente manera: Realízate apropiándote de aquellas posibilidades que contribuyen a promover positivamente lo humano.

Esta máxima, al igual que otras similares, y a la luz de una ética formal de bienes y una ética formal del deber, tiene un carácter formal (apela a un deber inespecífico y sin contenido material); tiene un carácter universal, en tanto en cuanto, convierte al otro y al propio agente moral en criterio de referencia; y es incondicional y, por tanto, es en ese sentido categórica. Se sitúa así, tanto en la órbita de una ética formal de bienes en sentido zubiriano, como en la línea de una serie de afirmaciones que han perdurado durante siglos y que buscan orientar las acciones humanas en la línea de promoción del bien. De ahí que pueda utilizarse como elemento de referencia en el momento de justificación de los actos, en concreto de los actos de tipo profesional, que son los que nos ocupan.

Pero esto no es suficiente, pues el sistema de referencia es rico en elementos que pueden ser tanto punto de partida, como fundamento de una justificación de una determinada propuesta de la razón moral. Siendo el deber parte del sistema de referencia dado en la aprehensión impresiva de lo real, hay realidades de las que no se puede prescindir so pena de perder puntos de apoyo. Hay riesgos al prescindir de las dimensiones tendente, preferencial y fuente del acto del querer.

El querer busca y quiere un cumplimiento fuente radical del deseo. De ahí que el querer no solo busque satisfacer ciertos deseos, sino que está: a) obligado a iniciar una marcha hacia la búsqueda de su deseo radical de felicidad, lo cual lo coloca formalmente (necesariamente) ante el problema y el *deber* del cuidado del área y el grado de su libertad; b) obligado a preferir algún bien, lo cual lo coloca formalmente ante el problema y el *deber* de la búsqueda de lo mejor; y c) obligado a

complacerse en su propio bien, lo cual lo coloca formalmente ante el problema y el *deber* de su realización, que se inscribe en el de la realización humana.

De este modo, la obligación radical fundada en la religación a la felicidad se abre en un abanico de deberes, como lo hace la luz blanca al atravesar un prisma de cristal y se dispersa en los colores que la componen. Pero estos deberes son algo formal, y por eso tendrían que formar parte del sistema de referencia. Ciertamente muestran un sistema de referencia formal complejo: el deber del cuidado del área y grado de la libertad (radicado en el momento tendente del acto volitivo); el deber de la búsqueda de lo mejor para la realidad humana (radicado en el momento preferencial) y el deber de avanzar hacia una realización efectiva y fuente de una promoción positiva de lo humano (radicado en el momento fuente). Todos estos deberes, que surgen del análisis fenomenológico de la formalidad acto volitivo, tienen, en principio, un carácter universal e incondicional, dado que contemplan la realidad humana de forma inespecífica. Y son meramente formales en cuanto emanan de la forma de realidad que hace que la persona deba a la realidad la búsqueda de su bien plenario⁵⁵².

Obsérvese el paralelismo entre estos deberes, que surgen como parte de un sistema de referencia basado en el análisis de lo protomoral, con los principios de la bioética, tal como se presentaron en el Informe Belmont⁵⁵³: deber considerar a las personas como agentes autónomos (cuidado de la libertad), deber de beneficencia (búsqueda de lo mejor), deber de justicia (realización efectiva de la promoción positiva imparcial la realidad humana). Desde esta perspectiva, estos principios, que son un esbozo moral, estarían fundados en el sistema de referencia, tal y como se ha presentado arriba.

Por otro lado, los deberes mencionados no son los “*prima facie duty*” de David Ross, que parte del análisis de actos cotidianos y, por tanto, se refiere a deberes con contenido y, además, condicionados. Y ello en el nivel de las normas de carácter general. Él parte de experiencias sencillas que sugieren determinadas máximas con contenido, que pueden aplicarse solo condicionalmente, porque no es posible prever todas las consecuencias de las mismas en cada situación posible.

⁵⁵² PINTOR-RAMOS, Antonio. *Realidad y sentido desde una inspiración zubiriana*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, 1993. p. 119. ISBN: 84-7299-309-4.

⁵⁵³ NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *The Belmont Report : Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. U.S.A.: Department of Health Education, and Welfare, 1979.

Pero la propuesta de Ross de deberes, como los principios de la bioética, entraría también en el plano de los esbozos de la razón moral, en este caso orientado a una comprensión de la dimensión moral humana. La diferencia entre el deber en sentido zubiriano y los deberes *prima facie* de Ross consiste en que, el primero alude a la formalidad humana (obligación humana a su propia realidad y a la realidad en general) situándose en el *a priori* del análisis fenomenológico, y el segundo alude a normas de carácter general.

Resumiendo lo anterior, tendríamos que concluir que el sistema de referencia, como punto de partida principal y mensurante, se funda: a) En el principio de realidad (la realidad humana o lo humano) y su carácter religante; b) En el deber como obligación con la propia felicidad o plenitud humana; c) En los deberes formales que surgen del análisis de los actos sentiente, inteligente y volitivo; d) En ciertas formulaciones formales (en sentido de sin contenido material) consolidadas por la experiencia de la razón moral de generaciones.

Avanzando un poco más, aún a costa de hacer más complejo ese sistema de referencia, que tiene la “función representativa y la función direccional”⁵⁵⁴, desde la perspectiva del ejercicio profesional hay que tener en cuenta otras realidades dadas en el campo de la realidad y que deberían ser tenidas en cuenta como parte de ese sistema de referencia. El profesional parte de unas necesidades humanas. Hay, por ello, hechos que hay que destacar: el primero de ellos, en el ámbito de la medicina, es el hecho de enfermar. Éste es un punto de partida. Independientemente de las formas que pueda adquirir o de entender la noción de “enfermedad”, podemos ahora asimilarla vagamente como un deterioro del sistema psicoorgánico de un individuo que interfiere significativamente con su vida.

Pero en la relación clínica hay al menos tres actores: paciente, médico y sociedad, que no se encuentran por casualidad. En el sistema de referencia del que partimos hay un pacto o acuerdo (tácito o expreso, visible o invisible, pero cierto) que le permite al paciente confiar su vulnerabilidad al profesional, que se supone va a actuar de un modo determinado socialmente y definido como “profesional” en esa sociedad. Cualquier esbozo relativo a lo que pueda ser un buen ejercicio profesional deberá contar necesariamente con este marco social, no tanto como principio moral,

⁵⁵⁴ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón.* Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 213. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

pues la disposición de los agentes morales puede ser ambivalente, sino como principio actuante, como mediación en la práctica profesional.

Por el contrario, una concepción de la profesionalidad que no cuente con la realidad del paciente (o que la margine) o la realidad social está llamada al error. Esto ocurre, por ejemplo, cuando el profesional solo entiende su profesionalidad en base a determinados modos de actuar, sin contar, por ejemplo, con la limitación de recursos que tiene una sociedad. O cuando el profesional desoye o desprecia la petición de atención de un determinado tipo de problemas por parte de la sociedad.

En definitiva, el sistema de referencia está constituido por lo aprehendido de forma directa e inmediata en el campo de la realidad. Incluye aquellos hechos constatados y referidos a la formalidad de la vida humana, pero también a aquellos hechos constatados en la formalidad del ejercicio profesional, que incluye lo anterior más algunas características propias de la actividad profesional. El sistema de referencia nos presenta el campo de la realidad como punto de partida que nos lanza a preguntarnos qué pueda ser en el fondo un buen ejercicio profesional.

3.2.2. *El esbozo de posibilidades morales.*

Los esbozos (algo así como los bosquejos inacabados en las artes plásticas) lo son de posibilidades. En el plano moral contribuirían a “explicar” las preferencias, a dar razón de una determinada elección moral. Serán construcciones que libremente se han ido apuntando. “De ellas están llenos los tratados de ética”, afirma Diego Gracia. Así, para Hume y los emotivistas, las decisiones morales se explican por los sentimientos que despiertan, para los intuicionistas por un sentido innato universal, para los naturalistas por un orden natural.

Sin los esbozos morales sería “imposible hacer de la moral un “conocimiento objetivo”” y por tanto un “saber”, una “ciencia” dotada de contenidos concretos. Es aquí, con la creación de esbozos, cuando la “Ética formal” empieza a convertirse en “Moral concreta”. Y esos esbozos pueden ser verdaderos o falsos, buenos o malos, “según sean fieles a lo dado en la aprehensión y resulten capaces de explicar bien o mal, verdadera o falsamente, etc., el fundamento de esos datos primarios desde la realidad del mundo”⁵⁵⁵.

⁵⁵⁵ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 495. ISBN: 84-7754-045-4.

Pero la razón moral es el modo en búsqueda de la volición. Es búsqueda fundada en la realidad, que es principio y medida para el inicio de esa marcha. Esa marcha no solo busca actualizar la realidad moral en profundidad para comprenderla mejor, busca la realización respectivamente buena de lo humano y, por tanto, una transformación de la realidad para que ésta quede en condición de buena. También para ello necesita de los esbozos morales, que representan posibilidades morales.

Diego Gracia puntualiza: desde esta perspectiva uno se aleja de considerar los esbozos como verdades inmutables y absolutas o, por el contrario, como algo sin posibilidad de verdad: se trata de verdades limitadas pero auténticas verdades. Y cuando un esbozo es considerado como idóneo, además de poder tener un carácter explicativo, tiene un carácter deontológico. Expresa deberes más o menos acertados en orden a una promoción de lo humano.

Ejemplos de esbozos serían las tablas de derechos humanos, los principios de la bioética o las tablas axiológicas. Algunos esbozos son “*rivales*” unos de otros. Ciertamente los esbozos de posibilidades pueden proponer líneas generales de actuación, como ciertos modelos humanos, ciertas máximas, o ciertas reglas. Pero los esbozos de posibilidades pueden presentarse en forma de cursos muy concretos de acción: un esbozo de posibilidades es el árbol de cursos de acción ante un determinado problema moral. En este caso aún no se está en el terreno de la experiencia, sino en el fuero irreal de lo posible. Los esbozos son realidades que, en cuanto posibilidades son irreales, pero que apuntan a una realidad por valorar y/o por construir.

En el plano moral, los esbozos de posibilidades morales lo son para la razón moral, que no es solo intelección sentiente, sino también volición tendente y posidente en búsqueda del bien humano. Por eso, su función no puede ser como hemos visto únicamente una marcha en busca de lo que en el fondo haya en la dimensión moral humana (que se quedaría en intelección sentiente de esa realidad); también está en juego la propia realidad humana en la medida en que esos esbozos ofrezcan posibilidades de realización y, por tanto, sean un apoyo para orientar las acciones humanas.

Hay muchos modos en los que la razón libremente puede crear esbozos. En la elaboración del esbozo se pasa del sistema de referencia a la elaboración de lo real como posibilidad (lo real sin contenido, es decir, lo irreal). Es algo de fecundidad limitada y siempre reabierto a la reelaboración. El método, que es problemático, va

de una actualización de la realidad a otra a base de discurrir en sentido etimológico: no busca bucear en las realidades inaccesibles (determinados bienes), sino actualizarlos tentativamente, vislumbradamente. Así, la condición buena de la realidad queda actualizada en modo de modelos, similitudes estructurales o ciertos postulados.

Se puede decir que los esbozos puedan ser tanto “verdaderos o falsos”, como “buenos o malos”. Y por tanto, son un paso en la búsqueda de verdades, pero también de verdadera realización humana. Siguiendo esta línea de pensamiento, hay que subrayar que los esbozos, en la vida moral, tienen una función transformadora, además de explicativa.

Pero además, hay que decir que algunos esbozos cuentan ya con la carga de la experiencia. Cuando estos esbozos se refieren a líneas generales de actuación, pueden adoptar la forma de ciertas máximas, como se ha dicho, apoyadas en la experiencia de generaciones. Cuando se refieren a situaciones muy concretas, pueden adoptar la forma de narraciones sobre casos tipo, en los que ciertos cursos de acción se muestran resolutivos en esa búsqueda de lo mejor.

Podríamos añadir que la elaboración de nuevos esbozos morales o la reelaboración de antiguos esbozos es más necesaria cuando se presentan nuevas situaciones moralmente problemáticas. Puede haber épocas en las que los esbozos tradicionales logran dar respuesta a las situaciones que se viven. Sin embargo, hay épocas como la nuestra, en las que los cambios históricos, sociales, culturales, tecnológicos son de tal magnitud que crean situaciones nuevas en las que los antiguos esbozos no ayudan a la razón moral para dar una respuesta adecuada.

Desde la perspectiva de una ética de las profesiones, los modelos relativos a la forma de ser, al carácter, tienen una fuerza explicativa y transformadora especialmente relevante. Estos esbozos pueden presentarse en la forma teórica como teoría de las virtudes, o en forma de modelos, por ejemplo, los del científico y el político descritos por Weber⁵⁵⁶. Pero, además, pueden presentarse en forma de narraciones y en diversos formatos como el escrito y el audiovisual.

En este sentido, “la literatura es un amplio laboratorio donde se ensayan estimaciones, valoraciones, juicios de aprobación o de condena, por los que la

⁵⁵⁶ WEBER, Max. *El político y el científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1998. ISBN: 84-206-3964-8.

narrativa sirve de propedéutica a la ética”⁵⁵⁷. Puesto que “no hay relato éticamente neutro”, todo relato plantearía esbozos de posibilidades morales en las configuraciones dadas en esa narración a las formas de ser mostradas.

En el terreno profesional, un modo de aproximarse a un esbozo (o mejor dicho, diversos esbozos) de lo que es ser un buen profesional, es el uso de la noción de la profesionalidad. Se alude con él a un “modo de ser profesional”, cuyo atributo es la profesionalidad. Se trataría de “un ejercicio profesional competente”: no es algo teórico (es ejercicio, acción, es proceso), no es un sistema de notas de un aficionado (sino de alguien que se acredita como profesional), y no es incompetencia (sino logro efectivo de ciertos resultados con ciertos medios). La profesionalidad consistiría en la realización efectiva y competente de una actividad humana compleja (la profesión) en cuyo eje se encuentran las dimensiones moral y social de la persona.

Contamos con numerosos esbozos sobre la profesionalidad médica. Por ejemplo, las sociedades médicas canadienses, estadounidenses o británicas (países en los que la bibliografía y preocupación por este tema es mayor) han propuesto definiciones concretas de profesionalidad. En todas ellas quedan reflejadas dimensiones sociales y morales de la profesionalidad. En este caso los esbozos se nos muestran como discursos.

Pero más allá de los documentos de consenso de las sociedades, hay diferentes discursos (y por tanto esbozos) acerca de este asunto. En un estudio realizado desde una perspectiva sociológica Castellani y Hafferty⁵⁵⁸ se plantean la cuestión de si el discurso sobre la profesionalidad es algo universal y único, o es algo plural. Toman sus datos de diferentes discursos concretos sobre la profesionalidad publicados en revistas médicas y encuentran siete tipos de discurso: el nostálgico (con preferencia por elementos clásicos de la profesionalidad, como la autonomía y el altruismo, utilizado por los líderes de la profesión), el empresarial (en el que prima lo económico), el académico (en el que priman aspectos como la autonomía y la comunicación, y que procede del ámbito docente de las facultades), el del estilo de vida *-lifestile-* (procedente de aquellos que sitúan el valor trabajo como un valor más al lado de la vida personal y familiar), el empírico (en el que prima la autonomía

⁵⁵⁷ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 109. ISBN: 84-323-0923-0.

⁵⁵⁸ CASTELLAN, Brian ; Hafferty, Frederic W. *The Complexities of Medical Professionalism*. En: *PROFESSIONALISM in Medicine : Critical Perspectives*. Wear, Delese (ed.) ; Aultman, Julie M. (ed.). New York: Springer, 2006. ISBN: 0-387-32726-6.

y lo económico, que procede de quienes se dedican a la investigación clínica, normalmente vinculados a la industria farmacéutica), el irreflexivo (que está preocupado por aspectos relativos a la profesionalidad, pero que no se hace problema de ella y trata de desarrollar su trabajo lo mejor posible) y el activista (que pone en primer lugar la justicia y la dimensión de contrato de la relación clínica, y que procede de una minoría preocupada por estos aspectos).

También podríamos considerar como esbozos, en cierto modo indirectos, ciertas construcciones teóricas que apuntan al momento moral. Serían las diferentes fundamentaciones éticas con aportaciones a una ética de las profesiones, que centran su atención en la dimensión moral de la profesionalidad. Sin embargo, muchos de estos esbozos se muestran insuficientes para comprender en su amplitud este asunto. Ni siquiera podemos afirmar que haya un esbozo de orden ético que cumpla suficientemente con la complejidad de la realidad moral. Tenemos las éticas de mínimos y las éticas de máximos, con una más que problemática articulación entre ellas. Y esto probablemente sea así porque estas fundamentaciones se mueven en el terreno de lo meramente lógico, que es solo un modo de intelección, que se muestra insuficiente para inteligir adecuadamente ciertas realidades.

Pero, como hemos visto, otro tipo peculiar de esbozos son algunas narraciones, entendidas éstas en su más laxo sentido, tanto reales como ficticias. Las narraciones pueden ser esbozos porque muestran modelos humanos en los que pueden identificarse múltiples notas de profesionalidad. Este tipo de esbozo es el que tiene más posibilidades de verificar un encuentro y cumplimiento con esa compleja realidad que tratamos de definir con el término profesionalidad.

Podríamos decir que son incluso algo más, algo previo a los esbozos: representan ya una determinada comprensión de lo que sea la profesionalidad. En cuanto esbozos, son ejemplos de posibilidades. Para quien no tiene aún esa comprensión de la profesionalidad, el conocimiento y experiencia de otros, mostrado en su forma de conducirse y de ser, inspira un modelo esbozado. Las narraciones pueden tener un efecto positivo (en conformidad con lo inteligido campalmente) o negativo (en contrariedad con el sistema de referencia). Así, estudios empíricos en los que se pregunta a residentes en periodo de especialización cómo han aprendido lo

que es la profesionalidad, un 90 % responde que a través de modelos positivos y un 28-63 % (dependiendo de la especialidad y facultad) a través de modelos negativos⁵⁵⁹.

La razón estaría abierta siempre a nuevos esbozos, pero “han de contrastarse con la realidad concreta en la experiencia, a fin de que demuestren su temple”. Y para elegir es preciso recurrir a una instancia distinta del propio esbozo: es la instancia de la experiencia. Este es el tercer momento del método de la razón, en este caso, la experiencia moral.

3.2.3. *La experiencia moral como apropiación de posibilidades.*

Una vez contruidos los esbozos, se hace necesario, pues, contrastarlos con la realidad en la experiencia. Se trata de la “probación física” de la realidad. Es la realidad la que aprueba o reprueba el esbozo. Y “a la capacidad de discriminar la adecuación de los esbozos la llama Zubiri “discernimiento””. La experiencia moral comporta un inteligir sentiente y posidente de la condición moral de la realidad en profundidad. No es algo con lo que uno simplemente se topa, se trata de un proceso logrado, personal y socialmente. En ella se prueba lo irreal (esbozo) en lo real. Y aquí hay más que actualización de la realidad, hay transformación de la misma para bien o para mal.

Hay diferentes modos de probar la validez de un esbozo en la realidad, dependiendo del objeto que se tiene delante. *Experimento*: en el que se fuerza a lo campal a mostrar su realidad profunda. Por ejemplo, puedo tratar de experimentar si me gusta o no este plato de cocina, o si me gusta o no este trabajo. *Compenetración*: en la que uno trata de ver con los ojos de otra, ponerse en su lugar. Así se tiene experiencia de ciertos modelos profesionales y, en el caso de la medicina, de lo que pueden sentir, preferir o sufrir los pacientes. *Postulación*: Que es comprobación de realidades postuladas, como la lógica o las matemática. El ejemplo de postulación en moral es el imperativo categórico, que busca comprobar que una acción está de acuerdo con la Ley. Otra aplicación de la postulación a la moral ha sido la aplicación de la teoría de juegos. *Conformación*: En la que la realidad humana adquiere experiencia de su realidad profunda probando los esbozos que ha creado previamente, ya sea determinados esbozos vocacionales o esbozos de modelos humanos o sociales. Los individuos, las distintas comunidades y las sociedades

⁵⁵⁹ BROWNELL, A.K. ; Côté, L. Senior residents- views on the meaning of professionalism and how they learn about it. *Academic Medicine*. 2001, vol. 76, núm. 7, p. 734-737.

humanas se comportan como agentes que buscan conformarse a sí mismos en base a determinados esbozos morales.

En la experiencia de conformación estoy probando esbozos que voy construyendo en orden “a la realización de mi persona” y, por tanto, entre la posibilidad que quiero realizar o apropiarme, y lo que soy. Es experiencia que trata de discernir quién o cómo puede ser uno mismo. No es algo teórico, sino probación física de la propia realidad personal.

Desde una perspectiva de cada persona, para Diego Gracia, “la experiencia moral se inscribe dentro de esta experiencia por conformación”. Aquí “el genérico “podría ser” propio de la razón, adquiere en la razón moral un carácter muy preciso, el de “debería ser””⁵⁶⁰. Y la experiencia por conformación en el orden del “debería ser” se llama “apropiación”. Apropriación de posibilidades, que es “un modo de realización”. Y de este modo, “el hombre construye la figura de su perfección, es decir, su felicidad, que es su único deber absoluto”⁵⁶¹.

La conformación de mi persona en base a un determinado esbozo, la “realización de mi persona” en definitiva, no parte de cero, ni me afecta únicamente a mí mismo. Los humanos nacen en el seno, no solo de un proceso de transmisión filogenética, sino en un proceso de entrega entre generaciones de formas de estar en la realidad. En ese proceso no tiene por qué conformarse con lo recibido, pues puede modificarlo o desecharlo.

Ese proceso de entrega de formas de estar en la realidad y, en definitiva, de formas de realidad es lo que Zubiri denomina tradición. Él mismo afirma que “la tradición , pues, es entrega de la forma real constitutiva de esa realidad que es la vida”⁵⁶², entendiéndolo aquí por vida “poseerse a sí mismo como realidad”. Se está aludiendo aquí a la dimensión moral de lo humano, como apropiación de posibilidades. Más adelante afirma que “el hombre es una realidad a la que pertenece constitutivamente el esbozo de posibilidades de realizarse, y la opción real entre ellas” y, en este aspecto, “la forma de realidad recibida es la forma radical y básica de las posibilidades de realización”. Pues bien, finaliza, “la forma de

⁵⁶⁰ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 500. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵⁶¹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 500. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵⁶² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 207. ISBN: 978-84-206-9035-3.

realidad como principio de posibilidades de realizarse es justo lo que constituye la tradición”⁵⁶³.

Según todo esto, podríamos afirmar que la tradición es la forma de experiencia moral por la que una comunidad o la sociedad se *van conformando* de una determinada manera. Manera que es entregada a cada generación y en la que se le plantean a cada miembro unas determinadas posibilidades de realización personal. Pero además, la forma de realización personal elegida en el seno de una determinada tradición contribuirá a consolidarla, modificarla o incluso a destruirla.

En el plano individual, esa apropiación de posibilidades que es la propia realización personal, es algo extraordinariamente dinámico. En la medida que orientan la conducta, los esbozos se comportan como orientaciones que proponen una forma de obrar. Aquí el esbozo de Ross aporta claridad: hay normas que son aprehendidas como deberes *prima facie* y normas aprehendidas como deberes de hecho aquí y ahora. El gran problema es discernir qué esbozo, qué normas debo considerar como deberes de hecho, con contenido concreto que me ob-liguen aquí y ahora.

De ahí que, en la compleja marcha de la razón moral como orientadora práctica y efectiva de la conducta en el aquí y ahora, entre en liza la noción zubiriana de discernimiento, que Diego Gracia considera próxima a la noción aristotélica de prudencia. El discernimiento, que es la sustantivación del acto de discernir, puede ser acertado o erróneo, y la prudencia sería la capacidad de discernir bien, o rectamente. La prudencia, o sabiduría práctica, clásicamente ha sido entendida como una virtud (Platón) y un hábito para actuar deliberativamente según lo que es bueno o malo para el hombre (Aristóteles). Sería, por tanto, la capacidad de acertar al orientar la conducta hacia una promoción positiva de lo humano. Por tanto, de acertar con el esbozo moral adecuado y con su aplicación práctica en la realidad.

Señalando de nuevo la diferencia entre el deber genérico y el deber concreto que define Zubiri, Diego Gracia afirma que vienen a corresponder con la diferencia que establece Ross entre el deber *prima facie* y el deber efectivo, respectivamente. Y, a su vez, lo que Zubiri denomina “discernimiento” no andaría lejos de lo que

⁵⁶³ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 209. ISBN: 978-84-206-9035-3.

Aristóteles denominó *phrónesis* (la *prudentia* de los latinos). La *prudentia* habría sido la virtud que mediaba entre la rigidez de los principios y la adaptación a las circunstancias concretas. Con lo cual, la tradición *iudicium ultimo-practicum* añadiría una dimensión claramente teleológica a los principios deontológicos.

Siguiendo su análisis hermeneútico, el principio scheleriano de la jerarquía de valores sería claramente deontológico, en tanto en cuanto tal principio afirma que siempre debe elegirse el valor de la jerarquía más alta. Este principio se vería corregido por el criterio hartmanniano de “fortaleza”, según el cual parece justificable suspender el acto y realizar el contrario cuando las consecuencias son de graves.

Finalmente, alude a los tipos ideales de Weber, en los cuales se mostrarían dos modelos de forma de ser en los que se mostrarían los dos momentos deontológico y teleológico: el del esbozo y el de la experiencia. Al primero Weber lo denominó ética de la convicción y al segundo ética de la responsabilidad. La primera no se cuestiona las consecuencias y la segunda sí las tiene en cuenta. Weber plantea un tercer ideal, el del político maduro, que se hace responsable de las consecuencias, pero es capaz de poner un límite conforme a una ética de la convicción.

Como conclusión de todo ello, Diego Gracia afirma que una “ética de la responsabilidad no puede quedarse en la mera construcción libre de esbozos morales, sino que exige su comprobación en la experiencia”⁵⁶⁴. Y puesto que los hombres son responsables de sus acciones, no puede haber una marcha de la moral sin una justificación.

El producto de la razón moral no es otro que la validación o reprobación de ciertos esbozos. La experiencia descubre y comprueba si la realidad, en su condición de buena o mala, coincide o no con los esbozos de posibilidades utilizados en la búsqueda de lo bueno. En la verdad moral simple se nos actualiza irremediamente la realidad en su condición de buena. En la verdad lógica debe haber coincidencia: autenticidad entre lo real en su condición de sentido bueno o malo y lo estimado bueno o malo respectivamente; y además veridictancia entre lo valorado afirmativamente como bueno y la auténtica estimación de bondad. En la verdad propia de la razón moral la realidad debería dar la razón o no a lo inteligido como

⁵⁶⁴ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 503. ISBN: 84-7754-045-4.

posibilidad de lo bueno. En la validación de un esbozo moral debería darse una adecuación entre el esbozo como palanca para avanzar hacia lo bueno y la condición de lo realizado según ese esbozo.

Y este es un proceso dinámico y abierto, en tanteo; personal y compartido. La validación de un esbozo tiene por un lado un carácter de encuentro, es verdad lógica (autenticidad y veridictancia) y, por otro lado, un carácter de cumplimiento, es verdad cumplida, es verdad histórica.

No deberíamos seguir avanzando sin replantear la cuestión fundamental de la *unidad de la intelección sentiente y posidente de la razón moral*: En el plano intelectual, cada uno de los momentos de intelección (simple, dual y racional) se apoya en el anterior. Cada momento está presente e incluido en el anterior. Intelectivamente este proceso es un proceso de comprensión, en el que se abarca algo. La comprensión es la palabra que expresa este acto unitario.

Desde la razón moral, es comprensión del bien humano en profundidad. Así como la comprensión es una actividad intelectual plenaria cuando el objeto es una determinada realidad, en el momento en el que esta se comprende en su condición de buena, la comprensión es comprensión moral, que no solo incluye lo aprehendido intelectivamente como moralmente bueno, sino que incluye una comprensión deseada, preferida y fuente de esa bondad.

Sería ingenuo pensar que se llega a comprender plenamente lo que la realidad es en su condición de buena o mala. La razón solo avanza poco a poco hacia ello. La intuición, la aprehensión directa e inmediata de lo estimado no es comprensión. La intuición es rica en formalidad de realidad, pero es pobre en comprensión. Si digo “este helado me gusta”, expreso una estimación dada respecto de la cosa. Pero si digo a otro, “merece la pena tratar de degustar este helado”, entonces hay algo más. A pesar de la trivialidad del ejemplo, en el segundo caso hay una comprensión de la condición buena de la realidad en su profundidad pues, aunque no está presente en ese momento, la expresión esboza la condición buena de una realidad, de un bien, que no es evidente al otro.

Y así como la intelección de algo nos deja en un determinado estado intelectual, la comprensión moral de algo nos deja en un estado intelectual y fuente. Por eso, desde esta perspectiva, la razón moral es más que rigor lógico (algo absoluto, eterno), es más que especulación (despliegue dialécticamente estructurado

de conceptos) y es más que un conjunto de ideas que organizan la experiencia. Desde esta perspectiva, cuando lo real adopta la forma de lo comprendido racionalmente en profundidad en su condición de bueno o malo, se impone con la *fuerza coercitiva* de la realidad en profundidad.

Pero ¿cómo se presentan las posibilidades de ejercer una profesión como la medicina? La forma más evidente es en modo de narraciones. Incluimos en ellas no solo ficciones, sino también las biografías personales, las vidas vividas de los propios profesionales. De un modo mucho menos evidente, pero no por ello menos importante, se descubren posibilidades en discursos o en diferentes construcciones teóricas (juramento hipocrático, declaraciones de sociedades profesionales, ética de las profesiones).

Pero si los modelos (captados en narraciones reales o ficticias), los discursos y las construcciones teóricas contribuyen a mostrar una determinada posibilidad (“hipótesis” en sentido lato), objeto por sí mismos de fruición, será necesario verificar si estas “hipótesis” son viables y válidas para mí aquí y ahora. Para ello es necesario hacer experiencia de ellas y ver sus resultados.

De los cuatro modos de experiencia entendida como conocimiento de la realidad⁵⁶⁵ que hemos visto que presenta Zubiri (constatación, comprobación, compenetración, conformación), los más relevantes en el caso de una búsqueda moral de una vida profesional serían el de compenetración con el mundo interior del otro (en este caso con el de esos profesionales como los que quiero ser) y la conformación (que me permite ver cómo afecta un determinado curso de acción profesional mi proceso de realización personal).

Ninguno de ellos es en absoluto ajeno cualquier profesión, y menos en el caso de la medicina. Pero en todos ellos hay más que experiencia (o comprensión) racional de algo. La vida moral compleja consiste en un proceso inquiriente en el que se tantea, no solo intelectivamente, sino fruitivamente la realidad a la búsqueda de los bienes que esta pueda proporcionar. Por eso “la fruición no es una complacencia

⁵⁶⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

subjetiva, junto a la cual la inteligencia viera o actuara, sino que es la visión posidente y la posesión vidente de la realidad”⁵⁶⁶

Por tanto, en el concepto de apropiación que maneja Zubiri, no solo habría un modo de estar, en el que hago propia una determinada realidad. Es algo más radical, es un modo de estar *fruenta* en la realidad. Y es esa complacencia en algo lo que aporta un sentido al vivir humano. Él hace una afirmación que tiene fuertes consecuencias desde el punto de vista de quien quiere vivir a fondo su vida profesional: “La unidad de sentido no le viene a la vida como a la obra dramática de su argumento, sino en un punto ortogonal al plano del argumento: la posesión en sustantividad que es el sentido del sentido”⁵⁶⁷.

Según esto, la unidad de sentido de una vida profesional no viene dada por los distintos eslabones que conforman una vida profesional al uso, sino por el modo en que esos eslabones contribuyen a la propia realización. Ya que, para él, vivir consiste en “ser plenariamente sí mismo con las cosas, consigo mismo y con los demás hombres”⁵⁶⁸. Esto es bien distinto de un mero hacer el currículum propuesto socialmente. Y esto es así porque “la fruición es la forma suprema de la vida; es el acto radical y formal de la voluntad”⁵⁶⁹.

Al hablar de experiencia moral estamos hablando de un logro de profundización en la comprensión de la realidad moral y en la forma de realización humana⁵⁷⁰. Este modo de experiencia (que es conocimiento, intelección experiencial, con la precisión y exactitud que pueda tener este tipo de conocimiento; pero también apropiación fruenta de posibilidades), en el ámbito del ejercicio profesional, depende del objeto (dentro de ese ejercicio) con el que se trabaja.

Así, un ejemplo de la constatación experimental de hechos consistiría en elaborar indicadores cuantificables de conductas profesionales adecuadas; un ejemplo de ejercicio de compenetración con el mundo interior del otro me permite comprender una determinada forma de percibir lo que sea un buen ejercicio

⁵⁶⁶ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 405. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁵⁶⁷ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 574. ISBN: 84-206-9046-5.

⁵⁶⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 45. ISBN: 84-206-9046-5.

⁵⁶⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 45. ISBN: 84-206-9046-5.

⁵⁷⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 225. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

profesional por el paciente; y como ejemplo de conformación, aquel que me permite experimentar el efecto de mi “hipótesis” de la profesionalidad sobre mí mismo, sobre mi proceso de realización personal.

Como a la hora de abordar el problema de lo que es y debe ser un buen ejercicio profesional nos encontramos con diversas áreas que son objeto de nuestro escrutinio (conductas concretas -que pueden ser consideradas hechos científicamente constatables-, resultados de estas conductas -que también pueden ser considerados hechos constatables-, mundo propio del paciente -al que accedemos por compenetración-, y mundo interno del profesional -al que accede mediante compenetración y conformación-) tenemos un hecho fundamental a tener en cuenta: esto es, que la experiencia de lo que es o debe ser un ejercicio profesional bueno no es algo a lo que se acceda desde un único modo de conocimiento, sino desde distintos modos. Esto hace que la vía que nos lleve a una comprensión de la profesionalidad deba contar con todos estos modos de experiencia.

Esto hace más complejo el llegar a saber qué sea en el fondo la profesionalidad. Y es especialmente difícil para una mentalidad afianzada en el conocimiento por constatación, como es la mentalidad de los profesionales del área sanitaria, lo que forma parte del problema. Es una cuestión metodológica. Quien pretende saber qué es la profesionalidad solo desde una constatación experimental de hechos, como ocurre a menudo en determinados ámbitos con una cultura muy afianzada en una perspectiva empírica y positivista, se quedará solo con poder acceder a un aspecto de lo que sea la profesionalidad. Y si esto se enseña en las facultades desde esta perspectiva reducida, se estará corriendo el riesgo de mostrar una figura pobre, mutilada y deformada de lo que sea la profesionalidad.

Quien, por otro lado, entienda la profesionalidad fundamentalmente como realización personal, aún cuando no lo haya expresado y razonado de este modo, también puede estar dejando de comprender aspectos de su profesionalidad muy importantes. Por ejemplo, quien ha encontrado un camino para disfrutar de su trabajo como médico, empleando los medios y recursos que considera procedentes para ello, sin considerar algunos resultados de salud evaluables empíricamente, como los vinculados a indicadores de calidad, también estará experimentando y conociendo una versión reducida de lo que pueda ser la profesionalidad. Si se construye todo un sistema sanitario en base a esta perspectiva, nos podemos encontrar con médicos

muy satisfechos con su trabajo, pero con indicadores alarmantes, como el de una elevada mortalidad por causas propiamente médicas⁵⁷¹.

Quien entienda la profesionalidad como un ejercicio personalmente satisfactorio, técnicamente correcto, orientado a determinados logros, con los mejores medios, olvidando el mundo propio del paciente, también estará conociendo de un modo muy parcial lo que sea la profesionalidad. En este caso le queda velado el conocimiento por compenetración con el paciente. Y entonces estará perdiendo de vista la perspectiva más rica, directa e inmediata de la profesionalidad. Es desde esta perspectiva desde la que la profesionalidad se muestra como una unidad en la que quedan incluidos con una riquísima variedad de elementos o notas que constituyen un conjunto, una estructura muy concreta. Esta estructura, en su unidad, es aprehendida por el paciente como un ejercicio profesional competente de otro, que le afecta positivamente. Su contenido material puede adquirir formas múltiples a las que solo se tiene acceso desde esta perspectiva⁵⁷².

Por otro lado, quien no sea capaz de entender la profesionalidad como un modo de realización personal, aún cuando valore ciertos indicadores constatables (como los indicadores de calidad o competencia) o la propia perspectiva del paciente, corre el riesgo de entrar en un dinamismo de desmoralización y, por tanto, de desprofesionalización progresiva⁵⁷³. Paradójicamente, parece que esto ocurre con mayor frecuencia en profesionales idealistas que experimentan una frustración crónica de sus expectativas. Cuando este aspecto de la profesionalidad se derriba, entonces se derrumba nada menos que esa realidad sustantiva que es el propio profesional. No es una perspectiva más de la profesionalidad, sino una perspectiva

⁵⁷¹ Por ejemplo, en EE.UU. la tercera causa anual de muerte es por actuaciones médicas (cirugía innecesaria, errores de medicación, infecciones hospitalarias, efectos adversos de medicación). STARDFIELD, Barbara. Is U.S. Health really the best in the world? *Journal of the American Medical Association*. 2000, vol. 284, núm. 4, p. 483-485.

⁵⁷² En un estudio realizado en el Reino Unido se muestra que un 30% de los pacientes atendidos en Atención Primaria y un 50% de los atendidos en el hospital hubieran deseado una mayor participación en las decisiones relativas a su salud. PICKER INSTITUTE EUROPE. *Is the NHS getting better or worse?* [en línea]. Oxford: PIE, 2005. Disponible en: http://www.pickereurope.org/assets/content/pdf/Survey_data_analyses/million_patients_for_web.pdf [Consultada: septiembre 2011]

⁵⁷³ En estudios empíricos en los que se trata de medir el desgaste profesional se suele utilizar el cuestionario de Maslach y Jackson. Estos autores tratan de medir en él tres aspectos: cansancio emocional (entendido como una menor capacidad para responder a las demandas emocionales del trabajo); cinismo (entendido como una visión y valoración negativa de aquellos a los que se dirige el trabajo y de la organización); y falta de realización personal (entendida como una visión y valoración negativas del propio trabajo y de uno mismo). En España, la prevalencia del síndrome de desgaste profesional se encuentra entre el 25 y el 70 %, dependiendo del lugar y la profesión sanitaria. MINGOTE ADÁN, José Carlos ; Moreno Jiménez, Bernardo ; Gálvez Herrer, Macarena. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 2004 Sep., vol. 123, núm. 7, p. 265-270.

fundamental, porque tiene en cuenta uno de los actores principales en el escenario clínico.

En definitiva, podríamos afirmar que la experiencia de lo que es y debe ser un buen ejercicio profesional es probación física de determinados esbozos, que son, en cierto modo, una determinada medida de lo que sea la profesionalidad. Esta experiencia, que le compete al profesional ante todo, hay que realizarla contando con la perspectiva del paciente (por compenetración); con la de la sociedad (por compenetración -con estudios cualitativos relativos a las preferencias-, y por constatación de los resultados y la viabilidad social de una determinada oferta profesional); y con la del profesional (por compenetración con profesionales excelentes, por conformación con la forma de ser un buen profesional y por constatación de resultados relativos al bien específico promovido profesionalmente).

Por tratarse de experiencia moral, ha de ser una comprensión posidente, fuente y en profundidad de lo que sea realmente el bien humano en cuestión. Esto incluye una comprensión querida, sensible y teórica del bien humano. Desde la perspectiva vocacional, el propio Zubiri alude a la función de la razón en el discernimiento de la propia vocación. La razón debe contar con un método que le permita actualizar la realidad en profundidad (la realidad mundanal, en este caso mi propia realidad mundanal, o lo mundanal de mi propia realidad).

El método (la vía al conocimiento) de la razón parte del sistema de referencia campal (en este caso las tendencias volitivas que me son patentes campalmente), de un esbozo en el que me hago idea de lo que puede ser el ser un determinado profesional (por ejemplo, ser médico), y de la probación física (experiencia) de mi propia realidad. Se trata de insertar lo irreal en lo real.

Se trata de la forma de experiencia consistente en conformación. No hay más remedio, si esa tendencia es suficientemente significativa, que probar el esbozo (esta vocación) en mi propia realidad y conducirme íntimamente conforme a lo esbozado. Para Zubiri esta experiencia es una experiencia de *conformación*. Así, conocerse a uno mismo es probarse en conformación. Por tanto, no hay un abstracto conócete a ti mismo.

Se alude al momento tendente del querer como un momento abierto al problematismo de la realidad, al problematismo de las tendencias reales presentes en mi propia realidad. Aquí la cuestión no es solo saber qué quiero, sino saber en qué

tendencias puedo y quiero apoyarme. El problema es ver qué tendencias se agotan o qué tendencias son capaces de sostener una trayectoria vital. Se trata de discernir entre lo que me distrae temporalmente y aquello con lo que disfruto. Entre lo que me entretiene y lo que me apasiona.

El problema ético y moral en la dimensión tendente es el del descubrimiento de las pre-tensiones personales (que lo religan a uno mismo); el de bondad de las pretensiones, es decir, del descubrimiento del efecto promotor o destructor de esas pre-tensiones; y el de la libertad para poder apoyarse en ellas, una vez descubiertas y estimadas como buenas.

Pero también se trata de saber qué pasa cuando lo que me apasionaba ahora me aburre, me hastía o me decepciona. En definitiva, cuando mi vocación, aquella tendencia probada con la experiencia; aquella tendencia en la que un día me descubrí a mí mismo como verdaderamente médico o profesor o lo que fuere.

¿Qué ocurre cuando se produce un agotamiento, diríamos así, de esa vocación? La respuesta no es fácil. Puede que se hayan descuidado ciertas tendencias externas a la vocacional, como la necesidad de descanso, de reconocimiento. Pero también pueden haberse descuidado ciertas tendencias inherentes a la propiamente vocacional, como las relacionadas con la necesidad de capacitación o de iniciativa.

Todas ellas parecen compartir un denominador común: un déficit en el querer al “sí mismo”⁵⁷⁴. No tomar en cuenta una tendencia tan elemental como el aprecio de sí mismo. Probablemente se confunde esa tendencia con tendencias como la egoísta, egocentrista o con una tendencia exageradamente autorreferencial. Todas tienen su término en el sí mismo. En mi propia realidad.

Por eso su discernimiento es problemático dentro del dinamismo del querer, de la volición. Tan problemático como lo pueda ser el discernimiento vocacional. Algunos lo diferencian sin demasiada dificultad. Ya se conocen a sí mismos cuando son egoístas, egocentristas, o exageradamente autorreferenciales. Para otros les resulta difícil discernir. Para ellos se haría necesario asumir el riesgo de probación de la propia realidad.

Frente al planteamiento estoico, que entiende la virtud como anulación de todo lo tendencial, Zubiri plantea que “la verdadera virtud envuelve precisamente

⁵⁷⁴ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 109. ISBN: 84-323-0923-0.

todas las tendencias, no para anularlas”⁵⁷⁵, sino para potenciar algunas. Si esto es así, entonces la virtud del acto volitivo tiene que ver con una apertura intelectual a las tendencias que reconozco en mi propia realidad. Estas tendencias pueden haber sido determinadas por mi propio querer, que entonces tiende a generar ciertos hábitos. Pero también están determinadas por las circunstancias naturales que determinan mi temperamento y por las circunstancias sociales que me afectan.

¿Qué ocurre si prescindimos de las tendencias en el querer? Se trataría de un verdadero apagón afectivo, un estado de extirpación de las pasiones (*apatía*) y de imperturbabilidad (*ataraxía*). Sería un querer no dejarse llevar por las afecciones. La tradición médica occidental ha incorporado elementos propios del estoicismo, que perviven en el *êthos* profesional actual. Esto es debido, entre otras cosas, a que, en el ejercicio de su labor, para preservar el lado racional, científico y técnico de la misma, necesita contar con un cierto estado de *ataraxía*.

Pero esto supone el despliegue de un querer desconectado de sí mismo y, por esa razón, en cierto modo deshumanizado. Deshumanizado y restringido en su área de libertad. Y quizá esté en este punto una de las razones por las que se deshumanizan los cuidados y se produce el desgaste de los cuidadores. La renuncia radical a sí mismos ahoga su dinamismo volitivo y restringe su libertad. Pero además, la falta de práctica intelectual para reconocer ciertas realidades (sentimientos, afectos) merma su capacidad para reconocer esas realidades en los otros. Y al médico no solo se le pide saber medicina y ser prudente. También se le pide una sensibilidad.

Frente a esta perspectiva, es posible contemplar la realidad humana como lugar de inspiración de multitud de deseos, tendencias y anhelos. En su momento de realidad, estas tendencias pueden pasar a formar parte del campo intelectual del individuo. En ese sentido constituyen una encrucijada de realidades propias, inherentes al sujeto, que propondrían distintas vías para el querer.

3.2.4. *La justificación moral.*

Si la experiencia aprueba el esbozo, este quedaría “verificado”. Dado que el esbozo no puede agotar o abarcar completamente la realidad, se hace necesario “ir verificando” de una forma lógica e histórica. Este ir verificando es la experiencia,

⁵⁷⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. p. 78. ISBN: 84-206-9046-5.

proceso abierto, continuo e inacabable. Pues bien, para Diego Gracia en el ámbito moral la verificación tiene el nombre de “justificación”, es decir, justificación continua de las propias decisiones. Justificar es dar razón, ratificando el sistema de referencia moral por concordancia entre el esbozo y el sistema de referencia, por convergencia entre ambos y por las consecuencias.

Diego Gracia diferencia, con toda razón, entre verificar y justificar, pues no es lo mismo. En el primer caso se produce una comprensión de una realidad y en el segundo se produce una comprensión de la condición buena o mala de esa realidad respecto a lo humano. Aquél se circunscribe principalmente al ámbito intelectual y este al ámbito práctico de la moral, que incluyendo lo inteligido y lo sentido, en su dinamismo promotor de lo humano, va más allá. En la intelección sentiente de lo real la verificación tiene tres formas: autentificación, veridictancia y verificación⁵⁷⁶. Lo real, actualizado, verdadea. Ya lo hemos visto: toda verdad coincidental se funda en la verdad real. Toda verdad de veridictancia se funda en la verdad de autentificación y toda verdad racional se funda en una verdad de veridictancia. La verdad racional se confirma cuando se actualiza un encuentro entre el esbozo construido y la realidad. En este sentido es verificación. Cuando no hay encuentro nos topamos con el error⁵⁷⁷.

“El mecanismo de la justificación moral es la apropiación de posibilidades. El animal responde a los estímulos; el hombre se apropia posibilidades. Cuando esas posibilidades se las apropia de modo debido, es decir, de acuerdo al sistema de referencia, entonces la acción está justificada”. Si anteriormente se ha planteado que la vida moral tiende a la felicidad, es lógico que se presente la felicidad o plenitud de la vida humana como justificación de la marcha de la moral.

La justificación moral (verificación moral, diríamos pues de forma imprecisa) busca, desde luego, una comprensión de la realidad, pero va más allá y busca una comprensión de la condición buena o mala de esa realidad respecto a lo humano. Esto exige incluir los datos de promoción positiva o negativa de lo humano proporcionados por la experiencia. Y así como en la verificación se comprueba la adecuación del esbozo con la realidad profunda, en la razón moral se comprueba la adecuación del esbozo moral para el logro de una experiencia de realización positiva;

⁵⁷⁶ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 293. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

⁵⁷⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 258. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

es decir una experiencia acorde con una transformación de la realidad que quede en condición positiva o buena respecto de lo humano.

Por tanto, el modo *debido* de justificar el esbozo en la experiencia moral es si ésta logra una promoción positiva de lo humano. El sistema de referencia no puede dejar de ser, pues, la realidad humana en tanto en cuanto realidad psico-orgánica, inteligente, sentiente, tendente, vulnerable y perfectible (por tanto, debitoria). Asumiendo “realidad humana” en su sentido más concreto y, al mismo tiempo, más universal. Las profesiones podrán contribuir a ello positiva o negativamente al logro de ese bien, pero siempre de un modo específico.

Los actos de justificación van determinando las posibilidades del individuo y van labrando la felicidad (la forma plenaria humana) como estado. De ahí que Zubiri afirme que la determinación psicofísica del individuo es lo que define la concreción moral y no es otra cosa que “la concreción de sus virtudes y de sus vicios”⁵⁷⁸. De este modo, afirma Diego Gracia, se cierra el ciclo de la vida moral: se parte de la felicidad y se vuelve a ella.

Pero en el sistema de referencia no solo está lo humano como realidad debitoria. También se encuentran formulaciones sin contenido que, siendo esbozos, demuestran su carácter universal y categórico más allá del terreno de la lógica, pues han resistido el paso de la historia o de una deliberación procedimentalmente correcta desde distintas perspectivas morales. Esos esbozos no solo son coherentes con el sistema de referencia (lo humano en deuda con su propia perfección), sino que se muestran apropiados a la hora de orientar la conducta hacia una promoción positiva de la condición humana.

Estos esbozos probados por la experiencia histórica de generaciones o por la experiencia compartida (mínimos) desde distintas perspectivas morales, tienen un carácter de esbozos cuyo estatuto de “probados”, les permite pasar a formar parte del sistema de referencia. Lo cual no quiere decir que siempre, absolutamente siempre, funcionen.

Desde esta perspectiva podemos tratar de ver en qué medida las profesiones contribuyen con bienes específicos a la promoción de lo humano. Qué profesiones son justificables desde una ética formal de bienes y cuáles no lo son. Y también habrá

⁵⁷⁸ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 440. ISBN: 978-84-206-9035-3.

que ver si, aquellas justificables en el plano formal, logran efectivamente lo que “deben-quieren-prefieren-disfrutan” al realizarse. Serían justificables éticamente aquellas profesiones que, en su ejercicio efectivo, contribuyen a su modo a una promoción positiva de lo humano. Promoción que incluye la protección y despliegue feliz de lo humano.

En toda acción moral hay un bien en liza moralmente justificable, lo que ocurre también con cualquier profesión. Sin embargo, después de todo lo visto, desde una ética formal de bienes, fundada en el carácter debitorio de la realidad humana con respecto a su propia felicidad, no serían éticamente justificables aquellas profesiones que proponen formalmente una promoción negativa de lo humano. Es decir, no serían éticamente justificables la profesiones que proponen, para su desarrollo efectivo, la aniquilación, daño psico-orgánico, ignorancia, pérdida de libertad o sufrimiento humanos. Y tampoco serían justificables aquellos actos profesionales que dan lugar a una promoción negativa humana.

En este sentido, la definición de Max Weber de la profesión como “actividad especializada y permanente de un hombre que, normalmente, constituye para él una fuente de ingresos y, por tanto, un fundamento económico seguro de su existencia”⁵⁷⁹ es éticamente ambigua, pues no define la condición en la que queda esa realidad (profesión) respecto de lo humano en general, sino solo desde la perspectiva de quien ejerce esa profesión. En ella entrarían tanto el juez como el mafioso.

Algo parecido le ocurre a la *tesis separatista* de Alan Gewirth, según la cual los profesionales tienen obligaciones y derechos únicos, ya que toda actividad profesional que se desarrolla a favor del beneficio de un cliente o de cualquier aspecto de la profesión, es prioritaria sobre otros criterios que incluyen terceras partes, que no son clientes⁵⁸⁰. Se hace una propuesta restrictiva y con un déficit formal de universalidad. Aquí vemos también cómo para justificar éticamente una profesión no es suficiente con que haya profesamiento de fines y medios, un cierto beneficio social, o un pacto para un estado de confianza.

⁵⁷⁹ WEBER, Max. *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Istmo, 1998. ISBN: 84-7090-314-4.

⁵⁸⁰ GEWIRTH, A. Professional Ethics : The Separatist Thesis. *Ethics. An International Journal of Social, political and legal philosophy*. 1986 Jan., vol. 96, núm. 2, p. 282-300. Cf. LÓPEZ DE LA OSA, José Ramón. *La moral profesional: La corporativización en el ejercicio profesional*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. pp. 110-113. ISBN: 84-87840-50-7.

Por otro lado, tampoco sería justificable una ética profesional como pantalla o recurso para sostener un monopolio que defiende determinados intereses económicos y de prestigio social, tal como sostiene Berlant⁵⁸¹, pues en este caso es el propio discurso justificativo lo que es utilizado estratégicamente para defender soterradamente la propuesta interna de un bien meramente corporativo y, por tanto, no solo deficitario de universalidad, sino con un alto riesgo de daño en el caso de ciertas profesiones, como la medicina. Es una perspectiva similar a la defendida por Martín-Moreno y De Miguel⁵⁸² al destacar siete notas de la ideología de lo que debe ser un buen ejercicio profesional.

En una línea diferente se mueve la crítica al aforismo “lo bueno para la profesión es bueno para la sociedad”. Sería el axioma básico del corporativismo, en el que el juicio sobre la calidad de los servicios profesionales rara vez se ejerce con autocritica, se produce una evitación del ejercicio efectivo del autocontrol y de protección de los usuarios de los servicios profesionales⁵⁸³. Aquí habría una propuesta en la que formalmente se defiende el carácter universal del ejercicio profesional. Parafraseando: “*lo bueno para unos pocos es bueno para todos*”. Sin embargo, se trata de una máxima éticamente cargada de ambigüedad, pues pretendería justificar la ocultación de posibles fracasos y daños derivados de ese ejercicio profesional. De ahí que, como esbozo, se trate de un mal esbozo y, por tanto, de algo éticamente no justificable.

Vemos, pues, que desde una perspectiva global, para precisar lo que es o deja de ser una profesión nos debemos mover en tres niveles diferentes. Un nivel formal, un nivel estimativo y un nivel racional.

En el *nivel formal* la profesión sería un ejercicio de apropiación de posibilidades formalmente producido gracias a la índole intelectual y moral del humano, esto es, a su posibilidad de inteligir sentientemente la realidad e

⁵⁸¹ BERLANT, J.L. *Profesión and Monopoly. A Study of Medicine in the United States and Great Britain*. Berkeley: Univ. of California Press, 1975. Cf. HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower, [2002]. p. 48. ISBN: 84-330-1718-7.

⁵⁸² MARTÍN-MORENO, J y Miguel, A. de. *Sociología de las profesiones*. Madrid: CIS, 1982. Cf. HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower, [2002]. ISBN: 84-330-1718-7. Preparación especial, alta posición social y económica, resistencia a controles públicos, monopolio y otros privilegios corporativos, principios aristocráticos, idealización de la cultura profesional y evasión de la responsabilidad en relación con los clientes.

⁵⁸³ HORTAL ALONSO, Augusto. *La Ética profesional*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. p. 61. ISBN: 84-87840-50-7.

incorporarse propiedades mediante una acción de realización o apropiación de las mismas. Esta capacitación se produce merced a la adquisición de unos conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos con un proceso laborioso y complejo. En este sentido el profesional es una realidad radicalmente moral y las profesiones son algo moral.

En el *nivel estimativo*, de lo que se trata es de ver la índole del bien que una determinada profesión propone. Lo que hace diferente a un delincuente de un juez es la índole del bien que ofrecen uno y otro. Es el momento estimativo de la intelección y el preferencial de lo volitivo. Pueden ser realidades más o menos preferibles y estimables pero, en todo caso distintas. Pero es aquí donde se plantea la cuestión de si, lo que parece bueno, realmente lo es.

En el *nivel racional* el término profesión hace referencia a una actividad especializada realizada por una comunidad de profesionales con una capacitación compleja, que es reconocida como tal por la sociedad y orientada a proporcionar un bien interno que contribuye a la *promoción positiva humana*. Por tanto, desde esta perspectiva, lo que el lenguaje común identifica vagamente como profesional, se correspondería en rigor con un mero experto (práctico, hábil, experimentado, perito). Lo que identifica laxamente como profesión, se correspondería en rigor con mera práctica o actividad. Y lo que se identifica de forma imprecisa con profesionalidad, se correspondería en rigor con mero profesionalismo, es decir, la utilización de una disciplina como medio de obtención de ganancia o provecho.

Por tanto, si bien todas las profesiones son formalmente justificandas y todas pueden ser más o menos estimables, solo algunas son racionalmente justificables.

Y, por tanto, los agentes que pueden proporcionar una impronta racionalmente válida al ejercicio profesional son las sociedades, definiendo y regulando la propia existencia de las profesiones éticamente justificables; las corporaciones profesionales, con una serie de exigencias compartidas por el colectivo; y los propios individuos, aceptando la responsabilidad de contar con unas reglas del juego básicas impuestas socialmente y asumiendo un determinado nivel de autoexigencia.

Esto nos lleva a ver que, en definitiva, lo que está en juego en las actividades profesionales, es la índole de los bienes internos que se propongan y logren, así como que esos bienes y los bienes externos obtenidos, sean racionalmente justificables.

Pero también está en juego que el conjunto de la vida moral conduzca a un modo de excelencia estimable y racionalmente justificable. Pero como el ejercicio profesional no solo es cosa de los profesionales, la sociedad, a través de sus instituciones tiene la posibilidad de promover la extensión del bien ofrecido por los profesionales. Por tanto, desde el punto de vista social, lo que está en juego es la realización efectiva del bien promovido profesionalmente: “lo que se ventila es un bien social que tiene que ser justamente distribuido”⁵⁸⁴. Así, el profesional se encuentra en una posición que otorga legitimidad a las instituciones en la medida que éstas conceden los bienes racionalmente justificables para los que han sido creadas.

3.2.5. Método.

Finalmente, Diego Gracia afirma que el método de la moral consta de *cuatro pasos*⁵⁸⁵. En su libro *Procedimientos de decisión en ética clínica*⁵⁸⁶, los plantea de la siguiente manera:

1. Sistema de referencia moral (ontológico):

- La premisa ontológica: el hombre es persona y en cuanto tal tiene dignidad pero no precio.
- La premisa ética: en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

2. Esbozo moral (deontológico):

- Nivel 1: No maleficencia y justicia.
- Nivel 2: Autonomía y beneficencia.

3. La experiencia moral (teleológica):

- Consecuencias objetivas o de nivel 1.
- Consecuencias subjetivas o de nivel 2.

⁵⁸⁴ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. Bioética : ¿Se puede hablar de una ética profesional sanitaria?. *Ágora. Papeles de filosofía*. 2006, vol. 25, núm. 1, p. 135-165.

⁵⁸⁵ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 505-6. ISBN: 84-7754-045-4.

⁵⁸⁶ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991. p. 140. ISBN: 84-7754-083-7.

4. La verificación moral o justificación:

- Contraste el caso con la regla tal como se expresa en el esbozo.
- Compruebe si es posible justificar una excepción a la regla en el caso concreto (atendiendo a las consecuencias).
- Contraste la decisión tomada con el sistema de referencia (de acuerdo a como está expresado en el punto primero).
- Tome la decisión final.

Para poder extrapolar este método a una ética de las profesiones partimos de una concepción en la que la *ética de las profesiones es una indagación dinámica, metódica y deliberativa de la razón moral para descubrir y proponer posibilidades de ejercicio profesional, que contribuyan efectivamente a una promoción positiva humana*. Si entendemos por método la vía para descubrir algo verificable o justificable, esa marcha de la reflexión ética profesional necesita tanto de la intelección verdadera de la realidad en tanto en cuanto nuda realidad, como de la realidad en su condición de buena o mala.

Esa indagación *partirá de un sistema de referencia* que es el lugar de los realidades, hechos, valores y esbozos formales ya comprobados. *Descubrirá o propondrá posibilidades reales (viables) que reelaborará esbozos acerca de las pretensiones de los profesionales (momento tendente), los bienes específicos o generales que desean ser promovidos (momento preferencial) y los modos de ser profesional (momento fuente)*. En tercer lugar *efectuará y hará examen de la experiencia* de esas posibilidades y, finalmente, *validará* las posibilidades propuestas frente al sistema de referencia (viabilidad real, respeto de lo humano, valores implicados y de los esbozos probadamente válidos), su condición realmente buena (promoción efectiva de los bienes promovidos y, por tanto, promoción positiva de lo humano).

Para ello se proponen los siguientes pasos:

Primer paso, el sistema de referencia moral (momento ontológico): consiste en la identificación de todo aquello que sirve de apoyo y orientación para iniciar la marcha de la razón moral.

1. *Toda realidad humana, actual y futura, vincula a la máxima consideración y respeto (premisa ontológica).*

Aquí se sitúa lo humano en toda su concreción y transcendentalidad, como realidad inabarcable intelectivamente, vulnerable, sentiente, inteligente y tendente a su frutiva forma plenaria, abierta (a determinar su configuración y su condición buena o mala) y vinculante (estimanda y exigitivamente estimable).

En concreto en el ámbito de la práctica médica incluye toda realidad humana situada en el ámbito del ejercicio profesional, pacientes, profesionales, responsables en la gestión de las organizaciones sanitarias y cualquier otro afectado presente o futuro por el ejercicio profesional.

2. *Ejerce tu profesión apropiándote de las posibilidades que contribuyen de forma efectiva a una positiva promoción humana.*

En concreto en el ámbito profesional incluye todo el abanico de esbozos (modelos, reglas, métodos) probados por la tradición y que ya han contribuido a la realización efectiva de competencias profesionales y modos de ser profesional reconocidos socialmente.

Segundo paso, elección y/o creación de esbozos de posibilidades (momento deontológico): consiste en discernimiento y valoración crítica de los esbozos hallados en el sistema de referencia procedentes de las tradiciones profesionales, así como en la apropiación o reelaboración de los mismos, y/o creación de nuevos esbozos. A partir de este paso se entra en la tarea propia de una ética de las profesiones, que debería definir:

1. Bienes y valores implicados en el ejercicio profesional.
2. Competencias emocionales, intelectivas, manuales, morales y sociales necesarias e idóneas para lograr los bienes.
3. Narraciones de modelos y antimodelos profesionales reales o ficticios.
4. Principios y normas que orientan la práctica, así como procedimientos de resolución de problemas morales concretos surgidos en el ejercicio profesional.

5. Esbozos de medidas de competencia profesional que contribuyen a configurar la práctica.
6. Promesas o compromisos públicos.

Tercer paso, el momento de la experiencia (momento teleológico): consiste en un examen de las *consecuencias* de la probación física de los esbozos utilizados para orientar la acción:

Consecuencias objetivas:

1. Identificando y midiendo deliberativamente indicadores de eficacia y seguridad, ya sea en el periodo formativo o en el ejercicio activo (probación objetiva experimental que fuerza a lo campal a mostrar su realidad profunda).
2. Identificando y midiendo deliberadamente indicadores de equidad vinculados a criterios de necesidad de acceso a la atención profesional (p.e.: identificación del acceso al servicio de poblaciones vulnerables).

Consecuencias subjetivas:

1. Experiencia íntima del profesional de su marcha hacia una promoción de su persona, que incluye una promoción de su competencia profesional, así como de su desarrollo personal, familiar y social (probación por conformación con esbozos apropiados con un discernimiento deliberativo sobre los mismos).
2. Recabando datos sobre las opiniones y preferencias individuales y colectivas de quienes reciben, practican (colegas) y gestionan la práctica profesional (probación por compenetración con la experiencia subjetiva del otro).

Cuarto paso, la verificación o justificación moral: consiste en dar razón última de las preferencias de forma lógica e histórica.

Forma lógica:

1. Verificar si en la propia marcha de la razón moral uno se encuentra de forma continua dentro del sistema de referencia, en la línea del deber

general expresado en el apartado 2 del primer paso, que obliga a una promoción positiva universal e incondicional de lo humano.

2. Verificar si uno se encuentra de forma continua dentro del marco legal y deontológico vigente.
3. Verificar si es necesaria la objeción de conciencia y, en ese caso, si ésta es válida (justificable a su vez mediante un procedimiento éticamente adecuado).

Forma histórica: mediante la valoración del logro efectivo de los bienes pretendidos:

1. Mediante indicadores de sanitarios individuales de evolución clínica o colectivos de morbilidad, mortalidad y cobertura de poblaciones vulnerables que reflejen un proceso de mejora continua de los mismos.
2. Mediante indicadores individuales y colectivos de satisfacción de quienes son objeto la práctica médica, de los gestores, así como de posibles afectados por la misma, que reflejen un proceso de mejora continua en los mismos.
3. Mediante la verificación de un disfrute efectivo (íntimamente acreditado) y competente (objetivamente acreditado) del ejercicio profesional.

Al revisar la diferentes metodologías en bioética, Dordoni afirma que “hay metodologías más sensibles a la cuestión de la justificación, como sucede con el principialismo; otras más cercanas a la del discernimiento, como la casuística y otras más preocupadas por dar voz a la cuestión del sentido involucrado en la decisión elegida, como la propuesta fenomenológica y narrativa”⁵⁸⁷. El método que surge de una ética formal de bienes incluye todos estos aspectos. De igual modo ocurre en su aplicación a una ética de las profesiones.

En todos estos pasos hay un ejercicio de deliberación, en la que se abre un proceso que requiere buena voluntad (benevolencia), búsqueda de lo que es benéfico y promoción de la bondad en el mundo real. La deliberación estaría presente en la sistemática presentada, pero también lo está en todas la formas

⁵⁸⁷ DORDONI, Paolo. Metodologías bioética a debate : Una ocasión para abordar con otra mirada la cuestión del método en bioética clínica. *Cuadernos de Realidades Sociales*. 2007, vol. 35, núm. 69-70, p. 54.

metodológicas: en el principlismo como especificación y ponderación de los principios, en la casuística como forma de llegar a un acierto en el saber provisional, desde las virtudes como ejercicio efectivo y capaz de prudencia, desde la narrativa como enriquecimiento del conocimiento contextual, desde la ética del cuidado como forma que adquiere la relación, y desde la fenomenología como forma de tener acceso a hechos y vivencias con verdadero sentido⁵⁸⁸.

⁵⁸⁸ DORDONI, Paolo. Metodologías bioética a debate : Una ocasión para abordar con otra mirada la cuestión del método en bioética clínica. *Cuadernos de Realidades Sociales*. 2007, vol. 35, núm. 69-70, p. 59.

CAPÍTULO 4

Ética de las profesiones

En el capítulo anterior nos hemos estado moviendo en el nivel de la ética fundamental. El desarrollo ético de la filosofía de Zubiri por parte de Diego Gracia ha proporcionado la posibilidad de desarrollar una vía metodológicamente consistente que permite, paso a paso, vislumbrar un posible desarrollo de una ética de las profesiones.

En el próximo capítulo nos adentramos en el nivel intermedio de las éticas aplicadas, realizando una incursión en la ética de las profesiones. Para ello se hará una primera aproximación desde la perspectiva de la historia y la sociología, pasando posteriormente a revisar algunas paradojas relativas al término profesional, tal como se utiliza en el lenguaje común. Desde ahí, con una revisión crítica de las nociones utilizadas para profesión y de ética de las profesiones, se realizará una propuesta conceptual para estos términos.

4.1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y SOCIOLÓGICA

El significado atribuido al término profesión ha variado a lo largo de la historia, como no podía ser de otro modo. Etimológicamente proviene de la palabra latina *professio*, que a su vez es la sustantivación del verbo *profiteri*. Su participio es *professus* (de “declarar abiertamente”), que a su vez deriva de *fateri* (confesar, manifestar, declarar)⁵⁸⁹. Es oportuno subrayar que en la raíz etimológica del término profesión hay una dimensión de acción, algo que tiende a quedar velado cuando se utiliza el sustantivo. La sustantivación tiende al ocultar la dimensión dinámica, efectiva y procesual de las profesiones.

El sustantivo *proffesio* significó manifestación, declaración, testimonio, o la promesa pública de cumplir unas ciertas obligaciones y actividades. Pero también incluyó la aceptación por la sociedad de ese compromiso. Este es, por ejemplo, el caso de la *professio canonica*, que asumía el obispo al llegar a su diócesis en la Edad Media; o la *professio monastica*, que realizaba el religioso en el momento de hacer los votos solemnes para formar parte de una orden monástica.

Esto muestra la existencia de un acuerdo público entre dos sujetos: el que profesa y la sociedad. Se puede, por tanto, comenzar afirmando que al utilizar el término profesión (profesiones) se está aludiendo a algo dinámico y a algo social: las profesiones son un modo de acción que involucra inexorablemente la dimensión social de los individuos, así como a la propia sociedad.

Diego Gracia ve el origen remoto de las profesiones en el primitivo ejercicio del sacerdocio, entendido éste como la mediación con la divinidad (chamanes, hechiceros, brujos, adivinos, profetas, sacerdotes propiamente, etc.), que antiguamente acumulaba en una sola persona el cuidado de las almas, de la salud y un papel de gobierno y liderazgo social (“amplísimamente atestiguado por la historia”⁵⁹⁰). Esto apunta hacia un carácter de mediación de esa acción: el profesional actúa como intermediario entre un poder desconocido, inalcanzable, quizá temible y el resto de los humanos. Pero con esto no se indica nada acerca del

⁵⁸⁹ COROMINAS, Joan. *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. 3ª ed.. Madrid: Gredos, 2008. p. 450. ISBN: 978-84-2493-555-9.

⁵⁹⁰ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Como arqueros al blanco*. San Sebastián: Triacastela, [2004]. pp. 245-247. ISBN: 84-95840-13-8.

contenido de esa actividad de mediación. Solo sugiere que el profesional se atreve a entrar en contacto con un mundo poderoso y desconocido para el resto.

Desde esta perspectiva histórica, el autor sostiene la tesis de que se produce una diferenciación en tres profesiones clásicas: el sacerdocio (que, con poder para mediar con la divinidad, asume el cuidado del alma), el gobierno de la sociedad (que, con poder de liderazgo social, antes representado, por ejemplo, por los reyes y, actualmente, por quienes ejercen en cualquiera de las esferas del poder legislativo, ejecutivo o judicial; asume el cuidado de la sociedad) y la medicina (que con poder para cuidar de la salud, asume el cuidado del cuerpo). Aquí sí es posible diferenciar un contenido de esa acción: el cuidado de algo siempre de gran valor para los seres humanos. El alma, la comunidad, el cuerpo.

Por tanto, esa acción que involucra en su raíz la dimensión social de lo humano, está orientada a lograr la realización de unas determinadas posibilidades. Éstas no son las mismas para el profesional que para el resto. Para el profesional esas posibilidades ante todo consisten en la posibilidad de “cuidar de” algo extraordinariamente valioso. Él la asume de un modo u otro, se la apropia, y así busca realizarse en ese ejercicio del cuidado. Para el resto esto constituye la posibilidad de salvar, socorrer o proteger el alma, el cuerpo o la sociedad a la que se pertenece por medio de otro, con la ayuda de otro: el profesional. En la medida que hay un ejercicio personal de apropiación de posibilidades que son realizadas o incorporadas a lo humano, nos encontramos en un terreno que es el terreno de la dimensión moral humana. Queda aquí entendida esta dimensión moral como estructura misma de la realidad humana. La moral como estructura. Podemos asumir, por tanto, que la profesión es algo dinámico, social y radicado en la estructura moral de los humanos.

Diego Gracia considera que hay cinco notas que definen el rol del profesional clásico: elección divina (pues no hay hombre que pueda detentar tanto poder); segregación (porque el grupo social quiere tenerlos a distancia, porque los “elegidos” son temidos y respetados al tiempo); privilegio (porque la sociedad les permite hacer cosas que los demás no pueden hacer); impunidad jurídica (porque es difícil perseguirlos judicialmente y porque se requiere cierta impunidad para ejercer); y autoridad moral (porque la impunidad requiere una elevada calidad moral).

Estas observaciones permiten vislumbrar algo más respecto a las profesiones: la dimensión vocacional. Ésta no hace referencia a la acción, ni a lo social, ni a lo

moral del ser humano. Hace referencia a una dimensión más radical, la dimensión intelectual-sentiente-moral, es decir, a su facultad para sentir formalmente la realidad como alteridad que se impone: en este caso para sentir la realidad como llamada divina. Ésta se le muestra al profesional en un momento dado como alteridad notificante, como alteridad que es noticia. En este caso es noticia de “elección divina” para algo concreto y que, en cierto modo, puede llegar a desborrar la capacidad actual del que se siente llamado. Vocación en este caso parece ser algo que puede desbordar lo que uno imagina poder hacer. La notificación en este caso conduce en una dirección que parece exceder los recursos con los que uno dispone (“pues no hay hombre que pueda detentar tanto poder”).

Desde un punto de vista de la génesis de la profesión médica, Bullough plantea que la medicina da lugar inicialmente a un cuerpo de conocimientos, que en su transmisión se institucionaliza, llegando a constituirse en un monopolio (con derecho exclusivo al ejercicio de la función social que realiza). Posteriormente se produce un ejercicio del autocontrol, se origina un incremento de los honorarios, del poder y del prestigio llegando a constituirse como una ocupación permanente con la que, quienes la ejercen, no dejan de identificarse⁵⁹¹. Esta valoración, por tanto, destaca a su vez otras facetas que contribuyen a la construcción de un concepto de profesión: su carácter especializado (con un determinado cuerpo de conocimientos), institucional, monopolístico y como fuente de determinados bienes para quienes la ejercen (trabajo, medio de vida, poder social y respecto social).

Bullogh nos muestra aquí no solo el carácter radicalmente dinámico, social, moral o intelectual de las profesiones. Aquí nos muestra cómo, al menos en el caso de la medicina (a la que él alude) se produce una transmisión. ¿Transmisión de qué? Sin duda de diferentes posibilidades: de conocimientos, de poder (monopolio), de supervivencia (honorarios), de reconocimiento social (prestigio) y de identidad (de una forma de ser determinada). Llegar a ser médico supone la apropiación de una serie de posibilidades de vida y de estar en la realidad entregadas de unas generaciones a otras. Así, está mostrándonos el carácter tradente de las profesiones. Éste se apoya en las dimensiones intelectual, moral y social de los humanos, pero constituye una característica fundamental desde la perspectiva de la historia de las profesiones. Es posible suponer una profesión nueva, inventada, sin una tradición

⁵⁹¹ BULLOUGH, V.L. *The Development of Medicine as a Profession. The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine*. New York: S. Karger, 1966. Cf. HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower, [2002]. ISBN: 84-330-1718-7.

propia previa. También es posible suponer una profesión que desaparece. No es el caso de la medicina, que se apoya necesariamente en una tradición. La tradición proporciona la perdurabilidad de una determinada profesión, aunque no la garantiza.

Por su parte, Talcott Parsons se dedicó a estudiar el fenómeno de las profesiones desde un paradigma funcionalista, según el cual la profesión es fundamentalmente una respuesta que la sociedad da a un determinado problema. Dedicó parte de sus trabajos a la medicina y concluyó que ésta se había desarrollado como profesión para tratar de resolver un problema muy concreto, el de la salud. A partir de aquí se desarrollan determinados papeles, que en el caso de la medicina son el del médico y el enfermo. En sus reflexiones desarrolló una visión ciertamente idealizada de la profesión médica, según la cual había un fuerte contraste entre la actividad profesional médica y el mundo laboral y de los negocios, caracterizando a aquélla una orientación hacia el beneficio de la sociedad, y descrita como una “ideología de servicio que distinguió radicalmente a las profesiones liberales frente a los grupos de negocios con orientación mercantil”⁵⁹².

Herbert Spencer (1820-1903) en su libro *Origen de las profesiones*, desde una perspectiva de sociología evolucionista, ve en las profesiones un paso evolutivo en el crecimiento de la vida. Son funciones que aumentan la vida. El médico cura y aumenta la vida y otras profesiones también: “Hay sin duda aumento de vida, y esta función es la que generalmente realizan las profesiones. No hay duda que el médico que hace desaparecer los dolores, arregla los huesos rotos, cura las enfermedades y nos libra de una muerte prematura, aumenta la duración de la vida. Los compositores de música y los que tocan instrumentos, así como los profesores de música y de baile exaltan las emociones y aumentan la vida.”⁵⁹³

Tanto la perspectiva de T. Parsons como la de Spencer subrayan el carácter de las posibilidades que ofrecen a la sociedad las profesiones. Son posibilidades que, en la medida que se realizan, generan bienes respecto a la realidad humana, como la salud o la vida. Sin embargo, es necesario apuntar un riesgo inherente en la “ideología de servicio” que alude T. Parsons. Ésta, llevada a su radicalización, puede conducir paradójicamente a una desestructuración, a una corrosión grave de la

⁵⁹² PARSON, T. *Profesiones liberales*. Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. Madrid: Aguilar, 1976. Vol 8, p. 538-548. Cf. HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower, [2002]. ISBN: 84-330-1718-7.

⁵⁹³ SPENCER, H. *Origen de las profesiones*. Valencia: F. Sempere & Co., 1909. Una selección de textos en: Revista Española de Investigaciones Sociológicas 59 (1992) 315-325. Cf. HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower, [2002]. ISBN: 84-330-1718-7.

profesión. Esta ideología de servicio es la que llevó a miles de médicos en la Alemania nazi a pasar a formar parte de un estado totalitario que utilizó la profesión médica como uno de sus brazos en las tareas de selección racial, consiguiendo su participación en las prácticas de esterilización, eutanasia y, finalmente, aniquilamiento sistemático de seres humanos⁵⁹⁴.

Augusto Hortal ha tratado de resumir los rasgos que, desde un punto de vista sociológico e histórico, definen el concepto de profesión: “Son aquellas actividades ocupacionales en las que de forma institucionalizada se presta un servicio específico a la sociedad, por parte de un conjunto de personas (los profesionales) que se dedican a ellas de forma estable, obteniendo de ellas su medio de vida, formando con los otros profesionales (colegas) un colectivo que obtiene o trata de obtener el control monopolístico sobre el ejercicio de la profesión y acceden a ella tras un largo proceso de capacitación teórica y práctica, de la cual depende la acreditación o licencia para ejercer dicha profesión”.⁵⁹⁵

Esta definición incluye las nociones de acción (“actividades ocupacionales”), la dimensión social (“servicio específico a la sociedad”, “formando... un colectivo”), moral (realiza posibilidades de “servicio”, “medio de vida”, “control monopolístico”) e histórica (lo que se entrega de una generación a otras es mediante una “capacitación teórica y práctica”). Sin embargo utiliza la noción de “servicio” que, como acabamos de ver, abre una puerta conceptual a una utilización instrumental de las profesiones por parte de los poderes sociales.

Adela Cortina, por otro lado, caracteriza la profesión con un lenguaje más preciso en este sentido, al incluir el concepto de “meta interna” y “bien específico e indispensable para su supervivencia como sociedad humana”: “Una actividad cooperativa, cuya meta interna consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico e indispensable para su supervivencia como sociedad humana, para lo cual se precisa el concurso de la comunidad de profesionales que como tales se identifican ante la sociedad”⁵⁹⁶.

⁵⁹⁴ GEIDERMAN, Joel M. Ethics seminars: Physician complicity in the Holocaust: Historical Review and Reflections on Emergency Medicine in the 21st Century, Part I. *Academic Emergency Medicine*. 2002, vol. 9, núm. 3, p. 223-231.

⁵⁹⁵ HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower, [2002]. p. 51. ISBN: 84-330-1718-7.

⁵⁹⁶ CORTINA ORTS, Adela. *Presentación*. En: *10 palabras clave en ética de las profesiones*. Cortina Orts, Adela (dir.) ; Conill, Jesús. (dir.). Navarra: Verbo Divino, 2000. p. 15. ISBN: 84-8169-359-6.

De tal modo que la meta configura la propia profesión (y, por tanto, le pertenece, es propia de esa profesión, no de la sociedad) aunque esa meta sea un bien proporcionado y , por tanto, también tenderá a configurar la sociedad de una determinada manera. Ciertamente, sociedad y profesión son dos polos en continua tensión. En ocasiones tensión creadora (al promocionarse mutuamente) y en ocasiones tensión destructora (al anularse o destruirse una a la otra o viceversa).

Por ejemplo, la sociedad y la profesión se promocionan mutuamente cuando se intercambian bienes (el bien interno lo proporciona la profesión, la sociedad proporciona a la profesión bienes externos, como inversiones, prestigio o influencia). Se frenan cuando se deja de producir ese intercambio o cuando, por ejemplo, la sociedad trata de utilizar una determinada profesión para unos determinados fines que la alejan de la meta interna. Es sabido que uno de los mayores problemas de muchos profesionales es la excesiva burocratización de su actividad. Un espíritu o un argumento de servicio puede permitir que una meta que nada tiene que ver con la meta interna de la profesión invada su actividad.

4.2. PARADOJAS DEL TÉRMINO “PROFESIONAL”.

Es curioso que, si acudimos al lenguaje común empleado hoy día, un médico y un criminal pueden ser, ambos, buenos profesionales, cada uno en lo suyo. Y cada uno, por su lado, podría reivindicar que es un buen profesional. No resulta extraño oír en cualquier serie televisiva: “Se trata de criminales profesionales que matan para vivir y les gusta” (frase literal de la versión en castellano de la serie televisiva “Shark”). Si aceptamos que profesional es aquel que realiza una actividad con las características mencionadas arriba, habremos de concluir que, según este término utilizado en la vida real actual, ninguna de las definiciones anteriores encajaría con el uso dado en nuestra sociedad al mismo. El criminal profesional es alguien que puede hacer de su trabajo un medio de vida, que quizá forma parte de un colectivo organizado y que ha aprendido su trabajo con otros colegas.

Pero no hay en su actividad servicio o bien específico e indispensable a la sociedad, y tampoco hay un pacto con la sociedad para el ejercicio de su profesión. Y aún así él puede afirmar sin forzar el lenguaje que es un buen profesional en el ejercicio de su actividad. Como se ve, desaparecen ciertos elementos morales y

sociales, y prevalecen los elementos de conocimiento, habilidad, actitud y eficacia. Según esto, un buen profesional no es nada más y nada menos que aquel que conoce su trabajo, y que quiere realizarlo y lo realiza eficazmente. Y esto se puede pensar e imaginar con independencia de cualquier motivación, intencionalidad o cálculo de consecuencias de orden ético.

Por otro lado, no está tan clara como antiguamente la diferencia entre profesión (de carácter más intelectual) y oficio u ocupación (más manual)⁵⁹⁷. Hoy, casi cualquier persona que realiza bien su trabajo puede ser considerado un profesional del mismo. El diccionario de la Real Academia Española parece que sanciona esta mentalidad cuando define la profesión como “empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución”⁵⁹⁸. Parece que el prestigio social de la palabra profesión (o sus derivados) ha contribuido a la extensión de su uso.

Por el contrario, no se considera profesión aquella actividad que se realiza como mero entretenimiento, como juego. Y, según esto, no es profesional quien es aficionado, es decir, quien realiza una determinada actividad principalmente para deleite propio y sin intención directa de ganarse un sustento. Pero tampoco lo es, al menos según el significado atribuido hoy a este término, quien hace de la chapucería un modo de ejercer su trabajo, aunque viva de él. En este caso se produce una carencia de capacitación (en conocimientos, habilidades o actitudes) que da lugar a una forma inadecuada o ineficaz de ejercer. Por eso se puede oír decir que tal o cual persona “no es nada profesional”.

Parece, por tanto, que el significado hoy proporcionado al término profesión (y sus derivados) en el lenguaje común tiene las siguientes características:

Es una actividad más relacionada con el uso estratégico de la ciencia o la técnica (y con las actitudes que éstas requieren para su desarrollo) que con la ética: está más en función de los fines y los medios definidos estratégicamente por la propia profesión, que con el carácter de los fines y los medios empleados.

⁵⁹⁷ FREIDSON, Eliot. *Professionalism, the third logic : On the Practice of Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press, 2001. ISBN: 0-226262-03-0.

⁵⁹⁸ En Internet: <http://buscon.rae.es/drael/> [Consultado: 13 de noviembre de 2007].

Es una actividad muy vinculada a una obtención de beneficio económico (incluso en ausencia de un contrato o pacto con la sociedad en la que se desarrolla) que permita la subsistencia.

Es una actividad que, si se desempeña como debe, encuentra un sentido en el poder y el prestigio asociados a su eficacia, en la que prevalece el logro de ciertos fines sin tomar necesariamente en consideración los medios. Por eso, para hacer saber que se está ante un buen profesional, es decir, ante aquél que hace bien las cosas, se afirma “éste es un *verdadero* profesional”. Por el contrario, si un profesional hace mal su trabajo, simplemente no es un verdadero profesional, lo que equivale a ser un falso profesional, un mal profesional, o a carecer de profesionalidad. Y esto es aplicable, en el lenguaje coloquial, tanto al criminal profesional, como al juez.

Es un término que alude a una actividad que, en principio, no se compromete con una reflexión ética o una moral que incluya aspectos relativos al respeto a las personas implicadas y afectadas, o a sus intereses y derechos fundamentales; tampoco se compromete necesariamente con un respeto a unos valores mínimos universalmente compartidos y expresados, por ejemplo, en forma de normas sociales legítimamente establecidas.

Todo ello nos lleva a pensar que, en el momento actual, según el uso común de los términos profesión, profesional, profesionalidad, se podrían dividir las profesiones en aquellas que asumen un compromiso ético universalmente aceptable; y aquellas que prescinden o parecen poder prescindir del mismo. Éstas tienen su propio bien interno (meta interna) y su bien externo (en activos de prestigio, poder, solvencia económica), pero no se plantean su acción en términos de respeto a unos mínimos morales compartidos universalmente, como podrían ser, el respeto a la dignidad de las personas o los derechos humanos básicos. Partimos, pues, de un uso del término de profesión que se aparta de categorías relativas a la filosofía práctica. Esto parece que nos lleva a la concepción de profesión que planteó Max Weber hace más de un siglo, es decir, como aquella “actividad especializada y permanente de un hombre que, normalmente, constituye para él una fuente de ingresos y, por tanto, un fundamento económico seguro de su existencia”⁵⁹⁹.

⁵⁹⁹ WEBER, M. *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Península, 1996. p. 82, nota 1. Cf. CORTINA ORTS, Adela. *El sentido de las profesiones*. En: *10 palabras clave en ética de las*

Vemos, por tanto, que los términos de profesión y profesional, tal como se admiten en el lenguaje común, están vinculados a un compromiso moral (ya sea positivo o negativo en la línea del bien o del mal), pero no a una reflexión ética, entendida ésta como compromiso reflexivo en la línea de una búsqueda racional de lo mejor. Dicho de otro modo, se puede pensar el ejercicio profesional como una actividad pulcramente ejecutada desde un punto de vista científico-técnico, que tenga su raíz únicamente en el propio interés instrumental que el ejercicio de poder científico-técnico entraña, sin entrar en ponderaciones éticas con carácter universal.

El modo laxo de uso de los términos profesión, profesional, profesionalidad, no descarta la índole moral que inevitablemente contienen estos términos. Esto es así porque incluso el asesino profesional ha elegido resolver su situación existencial con un interés por incorporar, realizar unos determinados bienes. Y este ejercicio de incorporación, apropiación y realización de posibilidades de bien (para el agente moral, en este caso el asesino profesional) pertenece a la dimensión moral humana, en tanto en cuanto mera estructura o protomoral.

Esto, paradójicamente, nos permitirá ver con una mayor nitidez la validez ética de aquellas profesiones que la buscan. Por otro lado, esta observación tiene un cierto paralelismo con la perspectiva weberiana aludida anteriormente según la cual las profesiones representarían un proceso social de emancipación en relación con la esfera religiosa, desarrollando una ética autónoma propia. En nuestro caso, el análisis del lenguaje común sugiere que cierta acepción del término profesión es compatible con una visión de la profesión emancipada de los presupuestos morales compartidos en la tradición de una sociedad libre y democrática, así como de una reflexión racional⁶⁰⁰.

Esta visión también desafía el paradigma de profesional según el cual la profesión es “un servicio a la sociedad único, definitivo y esencial”, se la considera “vocación”, y que en ellas el “énfasis está puesto en el servicio prestado más que en las ganancias obtenidas”⁶⁰¹. Por otro lado, se aproxima a la *tesis separatista* de Alan

profesiones. Cortina Ors, Adela (dir.) ; Conill, Jesús. (dir.). Navarra: Verbo Divino, 2000. p. 13. ISBN: 84-8169-359-6.

⁶⁰⁰ WEBER, Max. *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Istmo, 1998. ISBN: 84-7090-314-4.

⁶⁰¹ GONZÁLES ANLEO, Juan. *El contexto*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. pp. 26-30. ISBN: 84-87840-50-7.

Gewirth, según la cual los profesionales tienen obligaciones y derechos únicos, distintos e incluso contrarios a los del resto de ciudadanos. Esta tesis no considera, por tanto, que las actividades profesionales estén necesariamente fuera del alcance moral (al menos de una determinada moral interna al ejercicio profesional), sino que toda actividad que se desarrolla a favor del beneficio de un cliente o de cualquier aspecto de la profesión es prioritaria sobre otros criterios éticos que entren en juego relacionados con terceras partes que no son clientes⁶⁰². Lo cual constituye la aceptación de que cualquier medio puede ser bueno con tal de que se obtengan ciertos fines esperados y puede colocar el ejercicio profesional fuera del marco de unos mínimos morales aceptados socialmente. No tiene por qué haber, por tanto, un respeto por la ética civil.

Todo esto en el terreno individual profesional puede incluso dar lugar a ciertas simpatías: no faltan las narraciones en las que el profesional -ya sea policía, abogado o médico-, por otro lado protagonista de la historia, se salta las reglas del juego sociales, es decir, la ley, para resolver los casos. En el ámbito relativo al colectivo profesional tiene un correlato en el corporativismo, fenómeno que, por otro lado, no goza en absoluto de simpatía social. Éste comparte con lo anterior en que hay un menosprecio al bien común (las segundas o terceras partes tienden a quedar en un lejano segundo plano), y en que hay un afán de control, poder e influencia estratégicos. En este caso en beneficio de la corporación profesional y en la que existe, lógicamente, una solidaridad cerrada⁶⁰³. En la tesis separatista esta solidaridad cerrada se da entre profesional y cliente (solidaridad que excluye a terceros) y en el corporativismo entre profesionales del mismo ramo (solidaridad cerrada que excluye incluso a clientes y, por supuesto, a terceras partes).

⁶⁰² GEWIRTH, A. Professional Ethics : The Separatist Thesis. *Ethics. An International Journal of Social, political and legal philosophy*. 1986 Jan., vol. 96, núm. 2, p. 282-300. Cf. LÓPEZ DE LA OSA, José Ramón. *La moral profesional: La corporativización en el ejercicio profesional*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. pp. 110-113. ISBN: 84-87840-50-7.

⁶⁰³ LÓPEZ DE LA OSA, José Ramón. *La moral profesional: La corporativización en el ejercicio profesional*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. pp. 116-117. ISBN: 84-87840-50-7.

4.3. HACIA UN CONCEPTO DE PROFESIÓN.

Un análisis fenomenológico requiere un ejercicio descriptivo de los hechos relativos a los vocablos profesión, profesional, profesionalidad. La posición desde la que se hace ese análisis ha de ser necesariamente desde la realidad tal y como se muestra al observador de una forma directa e inmediata. Lo que se busca de este modo no es otra cosa que las notas pertenecientes a la física realidad que hay tras esos términos. Se trata, por tanto, de poner en claro al menos algunas de las principales notas constitucionales de las profesiones, es decir, aquellas que perteneciendo al profesional le proporcionan suficiencia constitucional⁶⁰⁴.

Sin embargo este paso no es suficiente. Lo que nos interesa es ir a una concepción de profesión que incluya sus notas esenciales o imprescindibles. Para ello hay que ir más allá de la descripción de lo aprehendido impresionantemente y construir una hipótesis de lo que puedan ser fundamentalmente las profesiones. Mediante esta labor no solo estamos iniciando un camino que tantea la realidad, tal como se nos pudiera presentar aquí y ahora. Además, estamos proporcionando elementos que pueden contribuir a transformarla, a hacer que dé de sí.

Cuando entra en juego el lenguaje es para decir algo de algo, es decir, para diferenciar, para distinguir una cosa entre otras. Pues bien, como hemos visto, el lenguaje hoy utiliza el término profesión de un modo diferente al uso dado tradicionalmente. Se deja de vincular a una determinada opción moral generalmente respetada y admite usos que incluyen una radical pluralidad de opciones, incluso aquellas que podrían ser tildadas por muchos de inmorales. Desde esta perspectiva podemos afirmar que las notas constitutivas de esa estructura a la que se alude al decir hoy “profesión” son fundamentalmente dos: una de carácter moral y otra de carácter social. Éstas no incluyen necesariamente el carácter del bien que las profesiones ofrecen.

Se entiende aquí moral en el sentido zubiriano: “la realidad sustantiva cuyo carácter “físico” es tener necesariamente propiedades por apropiación”⁶⁰⁵. Lo primero que se capta desde esta perspectiva moral es que la nota constitucional

⁶⁰⁴ ZUBIRI, Xavier. *Sobre la esencia*. 3ª ed. Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1963. pp. 135-137.

⁶⁰⁵ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 344-5. ISBN: 978-84-206-9035-3.

formal del profesional es ser una realidad humana generada con un movimiento complejo de capacitación. Es decir, desde un ejercicio de apropiación de posibilidades formalmente producido gracias a la constitución moral del humano, esto es, a su posibilidad de incorporarse propiedades mediante una acción de realización o apropiación de las mismas. Esta capacitación se produce merced a la adquisición de unos conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos con un proceso laborioso y complejo. En este sentido el profesional es una realidad radical y estructuralmente moral y las profesiones son algo moral.

Pero a su vez, la realidad moral se funda el modo de inteligir humano, un inteligir sentiente, en el que la intelección supone una actualización de la cosa y la inteligencia. Diego Gracia lo explica así: Esta “actualización aprehensiva tiene un carácter propio: es “religante””. Dicho de otro modo: “El hombre no puede actualizar las cosas en la aprehensión más que como religado a ellas”. Y esta religación es el fundamento de un modo de estar en la realidad, que es vinculado a ella. Así, “la moralidad no es en el hombre algo primario, sino derivado de un hecho más radical”⁶⁰⁶. A este hecho Zubiri lo denominó religación, un carácter propio del modo de estar y quedar la realidad en el inteligir humano. Y este vínculo del humano y la realidad (la propia y la circundante) es el fundamento de las ob-ligaciones, entendidas éstas en un sentido formal: como una respuesta necesaria a la realidad religante.

La religación está en la base de los intereses, las preferencias o la vocación (formas diversas de ob-ligación con la propia realidad), y en la base de los fines y los medios empleados para hacer efectivo el bien interno profesional. También éstos constituyen ob-ligaciones en el sentido lato que empleamos ahora. “Hay obligación porque hay religación”, ya lo hemos visto. El carácter vinculante de estas obligaciones no es incompatible con la libertad de darles una respuesta u otra. Como hemos visto, para muchos, el carácter bueno, no tan bueno o malo de estas preferencias, intereses, medios o fines no formaría parte de las notas esenciales de las profesiones.

Desde la perspectiva de la dimensión social, la nota constitutiva de las profesiones es un estado de confianza que se genera en el entramado social, es decir, en los individuos que forman sociedad. Si admitimos que sociedad es más que

⁶⁰⁶ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 374. ISBN: 84-7754-045-4.

agrupación, es convivencia⁶⁰⁷, la confianza es una nota característica de esa convivencia. La confianza es algo que se puede sentir de forma directa e inmediata en esa realidad convivencial que es la sociedad. No nos referimos a un estado psicológico, sino a un carácter propio de la realidad social.

Si esta confianza se debilita o queda anulada por la razón que sea, la propia realidad social se debilita o se anula. Parece, por tanto, que se trata de una nota imprescindible para la convivencia, e imprescindible para que se dé la realidad social⁶⁰⁸. Por otro lado, este estado de confianza admite grados: el grado mínimo se reduce a un pacto expreso y bien definido por y para las partes. Este pacto define un marco o un terreno de mínimos sobre el que puede emerger la confianza y, por tanto, la convivencia y la realidad social. Este pacto es imprescindible cuando se da una relación impersonal, es decir, la convivencia de realidades humanas que se desconocen.

Pero la confianza también admite grados y un crecimiento. Esto ocurre cuando se da un conocimiento mutuo y una afinidad máxima de expectativas. Cuanto mayor sea la comunidad de expectativas y mayor coherencia en las formas de orientarse a ellas, mayor confianza. Lo que socaba el crecimiento de un estado de confianza será el desconocimiento mutuo, la discrepancia de expectativas o la incoherencia en la forma de orientar la actividad hacia ellas.

Pero ¿en qué consiste esta confianza en el caso de las profesiones? Tal y como son entendidas actualmente las profesiones, la confianza surge de un acuerdo, pacto o convención tácita o expresa entre dos partes: el profesional (que profesa algo con palabras y con hechos) y otro u otros (que quieren beneficiarse de ese profesar). El acuerdo se sostiene en el logro explícito o implícito de unos determinados fines y unos determinados medios. Tanto medios como fines son elementos fundamentales del pacto. Otro elemento constitutivo de este acuerdo es que tienda a satisfacer suficientemente los intereses de las partes. Finalicemos este apartado subrayando que para muchos tampoco formaría parte de las notas constitutivas de las profesiones que el carácter bueno, no tan bueno o malo de esos medios, fines o intereses implicados en el pacto social. Mientras haya profesamiento de fines y medios, haya

⁶⁰⁷ Zubiri afirma que la convivencia es la esencia de la sociedad. ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 194-5. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁶⁰⁸ GARCÍA-MARZÁ, Domingo. *Ética empresarial : del diálogo a la confianza*. Madrid: Trotta, 2004. p. 63. ISBN: 84-8164-694-6.

beneficio social, y haya un pacto y un estado de confianza, parece que se cumplen las notas que muchos le pedirían al término “profesiones”.

Si nos detuviéramos aquí, aceptando que el profesional únicamente es alguien con una capacitación ejercida en el marco de un pacto social, estaríamos aceptando un concepto de profesión basado en lo dado a nuestro entender por el mero aspecto que presenta esta realidad a la aprehensión impresiva. El carácter de esta realidad (insisto, el profesional como alguien con capacitación ejerciendo en un marco de acuerdo social) es formalmente bueno. Y esto es así porque “la realidad es buena en tanto en cuanto ofrece unas posibilidades que son apropiables por el hombre”⁶⁰⁹. Esa realidad, como realidad apropiable en las posibilidades que ofrece, constituye, por tanto un bien, formalmente hablando.

Todo lo anterior cabe ser aplicado al juez y al delincuente. ¿Cómo es posible que dos realidades tan sumamente diferentes compartan todas sus notas esenciales? Parece tremenda imprecisión en el uso del lenguaje. A mi modo de ver esto ocurre al confundir lo dado en el campo de la realidad, lo aparente con lo que la realidad es en el fondo, con su fundamento. Por tanto, identificar con lo dicho el vocablo “profesional” y sus derivados, “profesionalidad” o “profesión”, es una ingenuidad tanto desde el punto de vista intelectual como moral.

Si esto fuera así habría verdaderas y falsas profesiones, no solo por esa diferencia que realiza Diego Gracia entre profesiones y oficios (éstos se ciñen a la moral común y aquéllas a una moral más exigente que la común), sino porque las falsas profesiones no llegarían ni al nivel de los oficios. Serían meras prácticas sociales disfrazadas de un barniz de profesionalidad. Este sería el error de la perspectiva weberiana, que se fija únicamente en elementos sensibles de las profesiones. La ingenuidad surge de confundir el campo de la realidad con el mundo; lo aprehendido impresivamente con lo que la realidad es en el fondo.

Pero además, un concepto ambiguo de profesión desde una perspectiva moral, no solo se acepta la apropiación de posibilidades fraudulentas (se hacen pasar por profesionales sin serlo verdaderamente), sino de una elección éticamente negativa, contraria a la promoción humana. La defensa de las profesiones como mero encuentro entre las preferencias e intereses de las partes, constituye una

⁶⁰⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 381. ISBN: 978-84-206-9035-3.

aproximación puramente estratégica y siempre relativa a las preferencias de los individuos directamente implicados. Como se ha visto, también cabría dentro de los rasgos de morales y sociales descritos arriba. Esta posición, que bien podría encuadrarse dentro de la tesis separatista de Alan Gewirth descrita arriba también es errónea. El error en este caso no sería de orden ontológico (como el de la perspectiva weberiana), sino de orden estrictamente ético. Sin embargo el carácter del error es homólogo: se confunde (maliciosa o ingenuamente) el carácter del bien tal como se muestra en el campo de la realidad y como sea realmente ese bien.

Vemos, pues, que el término profesión tiene, para muchos hablantes un carácter moralmente muy ambiguo. Ciertamente si admitimos el lenguaje como convención podríamos quedarnos aquí. Pero si entendemos el lenguaje como una forma de acceso a la verdad, el término profesión, tal como se ha aplicado a lo largo de la historia, alude a una realidad o realidades, cuyo bien ofrecido tiene un determinado carácter. Podríamos afirmar, como hace Adela Cortina, que el carácter de este bien es ser un “bien específico e indispensable para la supervivencia”⁶¹⁰. De este modo parece apuntar una nota que pudiera ser esencial a las profesiones.

Es claro que se trata de un bien específico: cada profesión ofrece su propio bien. Pero, aparte de su especificidad, no se define la índole de este bien. Por tanto, la especificidad sería una nota constitutiva del bien que ofrecen las profesiones, pero no necesariamente una nota esencial. Dicho de otro modo, se trata de una nota necesaria, pero no suficiente. Lo que ha hecho de los términos profesión, profesional, profesionalidad algo valioso para todos es un determinado carácter del bien que ofrecen las profesiones, pero no el de su especificidad. Es tan específico el bien que ofrece un mafioso adiestrado para realizar una estafa informática (en este caso el conocimiento informático como medio y el lucro como fin) como el de un juez (conocimiento de las leyes y justicia respectivamente).

¿Se trata un bien indispensable para la supervivencia? Si el bien ofrecido es indispensable para la supervivencia, sin duda grande será la responsabilidad adquirida por el profesional. Fijémonos de nuevo en las profesiones clásicas, gobierno, medicina, sacerdocio. Es verdad que los bienes que ofrecen se muestran

⁶¹⁰ “Una actividad cooperativa, cuya meta interna consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico e indispensable para su supervivencia como sociedad humana, para lo cual se precisa el concurso de la comunidad de profesionales que como tales se identifican ante la sociedad” En CORTINA ORTS, Adela. *Presentación*. En: *10 palabras clave en ética de las profesiones*. Cortina Orts, Adela (dir.) ; Conill, Jesús. (dir.). Navarra: Verbo Divino, 2000. p. 15. ISBN: 84-8169-359-6.

como indispensables para la supervivencia: seguridad, salud, salvación eterna. Sin embargo, este término (supervivencia) hace referencia a algo que es atribuible a cualquier realidad: cosas, plantas, animales, humanos. Se refiere a un permanecer de todas esas cosas. Con ello volvemos a la misma situación anterior: ciertamente nos encontramos con una nota más relativa al bien que ofrecen las profesiones. Pero el término empleado para aludir a ella es extremadamente impreciso. Es más que mera supervivencia lo que describe la permanencia de la realidad humana.

Ésta se caracteriza por la realización de sus dimensiones individual (intelectiva y moral), social y acrecente (biográfica, histórica). Por tanto, el bien que ofrezcan las profesiones ha de ser un bien específico e imprescindible para la realización humana en estas dimensiones. Más allá de la mera supervivencia, aunque ésta queda incluida. Y esa realización es aquí entendida como promoción humana, es decir, un dar de sí de la realidad humana que incluye el desarrollo de lo humano en cualquiera de sus dimensiones (intelectiva, moral, social y acrecente). Dicho de otro modo: la capacitación especializada que proporcionan las profesiones a los individuos, los convierte en realidades que se encuentran en posición de contribuir a que los humanos puedan aspirar a lo que Zubiri ha denominado “estar en forma plenaria”⁶¹¹.

Así entendida, la promoción humana, que incluye la supervivencia (sin ésta no es posible aquélla), se orienta a un pleno dar de sí de la realidad humana. Se orienta a eso que los griegos llamaron *eû práttein*, *eudaímon* y los latinos *beatitudo* (de *beo*, colmar). Estamos aludiendo, por tanto, a una promoción humana encaminada a lo que Zubiri identifica con la felicidad: no se trata simplemente sentirse bien, sino sentirse “realmente” bien, de estar en forma⁶¹². Por tanto, lo que hace diferente a un delincuente de un juez es el carácter del bien que ofrecen uno y otro. Aún cuando nos movemos en un terreno estrictamente formal, vemos que históricamente las profesiones ofrecen un bien que, por ser imprescindible para la promoción humana, debe ser necesariamente un bien universal, es decir beneficioso para todo aquello que tenga el calificativo de humano y que sea susceptible de ser promocionado de algún modo.

⁶¹¹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. ISBN: 978-84-206-9035-3.

⁶¹² GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 375-6. ISBN: 84-7754-045-4.

Esto no ocurre con el delincuente o el ladrón. No se puede decir que el bien que ofrecen ambos contribuya a la promoción humana, por mucho que satisfaga sus intereses personales. Esto es así porque la realidad humana a la que se alude incluye a todos los humanos que hay o que habrá. El carácter inespecífico de lo real obliga a considerar la realidad humana como un todo en el que queda incluido todo individuo humano. Ciertamente médicos, jueces, sacerdotes, gobernantes han actuado profesionalmente en multitud de ocasiones a lo largo de la historia de formas contrarias a la promoción humana infligiendo dolor, sufrimiento, alienación o muerte. Pero, si fuera cierta la hipótesis que se está proponiendo (que el carácter del bien proporcionado es esencial al concepto de profesión) sería coherente afirmar que esas todas formas de actuar pueden ser calificadas como una falta de profesionalidad.

Ahora sí nos encontramos en posición de aventurar una definición de las profesiones. Después de todo lo afirmado, queda entendido que *el término profesión hace referencia a una actividad especializada realizada por una comunidad de profesionales con una capacitación compleja, que es reconocida como tal por la sociedad y orientada a proporcionar un bien interno orientado a la promoción humana*. Por tanto, desde esta perspectiva, lo que el lenguaje común identifica vagamente como profesional, se correspondería en rigor con un mero experto (práctico, hábil, experimentado, perito). Lo que identifica laxamente como profesión, se correspondería en rigor con una práctica o actividad social realizada por un experto en ella. Y lo que se identifica de forma imprecisa con profesionalidad, se correspondería en rigor con mero profesionalismo (utilización de una disciplina como medio de obtención de ganancia o provecho).

La diferencia entre el experto, cuya ocupación consiste en ejercer una determinada actividad con profesionalismo y el profesional no consiste en el interés por el lucro, sino en el bien interno que éste proporciona a la sociedad: se trata de un bien orientado inequívocamente a la promoción humana. Estos bienes pueden ser más o menos necesarios, incluso imprescindibles, como en el caso de la salud (de la que se ocupan el sanitario), de la seguridad (de la que se ocupa el gobernante), o del cuidado espiritual (de la que se ocupa el sacerdote); pero siempre están orientados de forma inequívoca (y, por tanto, incondicional y universalmente) a la promoción positiva de lo humano.

Lo que diferenciaría un oficio de una profesión sería el nivel de exigencia moral de uno y otro, pero no el carácter más o menos imprescindible del bien que ofrecen. Esto se debe al enorme poder que conllevan las profesiones, así como a su posibilidad efectiva de gozar de cierta impunidad. Hay oficios que proporcionan bienes imprescindibles para la promoción humana, como aquellos relacionados con el suministro de alimentos básicos o la vivienda. Por otro lado, hay ocupaciones complejas, como la gestión económica, que, según lo dicho, cobrarían un carácter profesional (se profesionalizan) en la medida que orientan su actividad a ofrecer de modo efectivo e inequívoco bienes orientados a la promoción humana.

4.4. VALIDEZ ÉTICA Y PROFESIONES

González Rodríguez-Arnáiz afirma que para que las acciones puedan ser calificadas como “morales” deberían provenir de alguien con autonomía que las respalda y que asume una responsabilidad, que valgan para todos (que sean universalizables), que valgan para más de una situación concreta (incondicionales) y, finalmente, que distingan lo que es y lo que debe, puede o merece la pena que sea⁶¹³.

Entendemos que esta calificación de “moral” no se refiere solo a que las acciones provengan de una sustantividad con estructura moral o sean respectivas a la estructura moral humana. Es decir, que provengan de un agente moral autónomo con poder para responder de lo que hace, con capacidad para que discernir entre lo real (lo que es, lo que hay), las diferentes posibilidades morales (lo que puede ser) y, en concreto, las que representan lo que se debe o lo que merece la pena hacer. Todas estas notas pertenecen a la estructura moral humana, pero no tienen por qué estar vinculadas a una validez ética. Podrían pertenecer tanto al asesino (también con deberes y estimaciones de lo que merece la pena) como al juez. Esto es así porque también en el terreno moral hay un campo de realidad accesible a una aprehensión impresiva en el que un bien que comporta un beneficio directo e inmediato puede ser considerado válido (como robar cuando quiero dinero). Se trata de bienes que han

⁶¹³ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. Bioética : ¿Se puede hablar de una ética profesional sanitaria?. *Ágora. Papeles de filosofía*. 2006, vol. 25, núm. 1, p. 135-165.

sido denominados primarios⁶¹⁴ o que podríamos denominar bienes aparentes o bienes de orden protomoral, de acuerdo con la terminología utilizada por Diego Gracia⁶¹⁵.

Entendemos que la calificación de González Rodríguez-Arnáiz de “moral” de las acciones incluye un carácter de las acciones que les confiere una validez ética que va más allá de lo dado como bueno por la aprehensión impresiva de la realidad. Incluye una visión esbozada de lo que puede ser realmente el bien. Para que un bien lo sea realmente se sugiere que ha de tener un carácter universal (que valga para todos) e incondicional (que valga para más de una situación). Estas notas ya no son atribuibles a cualquier agente moral o a cualquier acción moral. Precisamente la validez se relaciona con la universalidad y en la incondicionalidad de las mismas.

Pues bien, en esta línea, es pertinente preguntarnos quién o qué hace éticamente válidas las profesiones. Partimos del presupuesto de que las profesiones tienen un carácter radicalmente moral porque se basan en la estructura moral humana y son acciones morales complejas porque buscan y ofrecen un bien para la promoción humana. Y al descubrimiento de este bien se accede mediante una racionalidad moral (no protomoral) en la que entran en juego esbozos morales que configuran diferentes lenguajes (deberes, bienes, valores, felicidad) y que son probados biográfica (individual) e históricamente (socialmente). Nos situamos, pues, para analizar las cuestiones planteadas, dentro de una ética formal de bienes⁶¹⁶.

Desde esta perspectiva, para que una acción sea moralmente válida requiere de un agente moral que *acierte* a comprender lo que es el bien en realidad. Porque si no acierta, su propuesta moral no será válida. Dicho de otro modo, el acierto moral no depende del arbitrio del agente moral, sino de otra cosa. El criterio que hemos utilizado hasta ahora es el de promoción humana. Se trata por tanto de saber si éste o aquél curso de acción contribuye realmente o no a la promoción humana. Es la realidad humana, por otro lado realidad profundamente enigmática, la referencia fundamental. Y el camino de la razón moral tiene que ser mediante un tanteo razonable de esa realidad humana para verificar si un presunto curso de acción, valor, presunto bien, deber, presunta felicidad, contribuyen realmente a un dar de sí de lo humano.

⁶¹⁴ RECUERO, José Ramón. *La cuestión del bien y del mal*. Madrid: Biblioteca Nueva, [2009]. p. 30. ISBN: 978-84-9742-950-4.

⁶¹⁵ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 367. ISBN: 84-7754-045-4.

⁶¹⁶ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 369. ISBN: 84-7754-045-4.

Es la realidad, en este caso la realidad humana experimentando de hecho su promoción o lo contrario (léase estancamiento, corrupción, aniquilación, alienación, sometimiento), la que da o quita la razón a una determinada propuesta moral. En esta tarea tienen un papel las diferentes morales vividas y transmitidas tradentemente desde la niñez, así como las propuestas y diferentes fundamentaciones éticas desarrolladas en la historia humana. La opción personal inevitablemente da lugar a una determinada comprensión de lo que sea moralmente válido o erróneo. Esta opción no es gratuita, ni ajena a la realidad humana. Puede tener frutos o puede tener costes. Será la razón prudencial la que permita ir optando con un riesgo razonable y comprendiendo lo que es moralmente válido en el decurso de la historia personal y social. ¿Cómo ocurre todo esto en el ámbito de las profesiones?

Apoyándonos en la forma de Ortega de ver este asunto⁶¹⁷, podríamos afirmar que las profesiones representan para los individuos posibilidades de elección de algo que se ofrece en la realidad social. Estas posibilidades son tipos de vida o vidas típicas con una “arquitectura genérica y esquemática”. Se trata de posibilidades más o menos definidas por la sociedad en su conjunto y reguladas por ella. Y esta definición y regulación no solo está en relación con los factores de remuneración, conocimientos, habilidades, actitudes o eficacia requeridos por la tarea, sino con factores culturales que pretenden la realización y custodia de determinados valores, o la consecución y custodia de determinados bienes buscados por esa sociedad. Si nos referimos a una sociedad abierta y democrática, las posibilidades profesionales definidas y reguladas por aquélla tendrán algo que ver con los mínimos establecidos por la ética cívica.

Nos encontramos ya, por tanto, que la dimensión ética de las profesiones viene establecida por la propia sociedad. Ésta ejerce un papel en la definición y regularización efectiva de unos mínimos morales compartidos que le dan carácter universal a las acciones profesionales de la siguiente manera: a) Institucionalizándolas, como un ejercicio social efectivo de reconocimiento de su presencia activa en la sociedad. b) Permitiendo su autorregulación y otros privilegios, como ejercicio de concesión de dominio y poder. c) Garantizando su viabilidad económica de uno u otro modo. Todo esto se da en aquellas profesiones

⁶¹⁷ ORTEGA Y GASSET, José. *Sobre las carreras. Primeras lecciones de un curso universitario*. En: ORTEGA Y GASSET, José. *Obras Completas, Tomo V*. Madrid: Alianza Editorial : Revista de Occidente, 1983. ISBN: 84-206-4305-X.

que en sus métodos respetan unos mínimos morales compartidos y que, por otro lado, proporcionen un bien suficientemente valioso para la sociedad.

Por otro lado, estas posibilidades de elección que son las profesiones, producen una atracción en los individuos, que se sienten entonces interesados en ellas. Para ellos las carreras, profesiones o “carriles de la existencia” como los denomina Ortega, se muestran como una forma de ser y de actuar en vida. Inicialmente no pasará de ser una forma de ser y actuar anticipada por la imaginación. Pero poco a poco tendrá que irse concretando. Es entonces, sobre el subsuelo moral de mínimos exigido y garantizado por la sociedad (tal como hemos visto más arriba) y por la corporación profesional correspondiente, que irá construyendo un modo de ser y una forma de actuar con requerimientos morales, no solo los planteados por la propia sociedad, sino los propuestos por el propio individuo a sí mismo en el ejercicio de su responsabilidad.

Pero dentro del terreno de mínimos al que nos hemos referido (ética cívica, deontología profesional corporativa), los otros requerimientos morales que asumen los individuos más allá de estos mínimos variarán de un individuo a otro, pero también de una profesión a otra y, dentro de una profesión, de una especialidad a otra. ¿Por qué esta diferencia? Esto dependerá, al menos en parte, del bien que está en juego. Cuanto más valioso sea éste, mayor exigencia moral. Porque mayor es la responsabilidad. No es de extrañar, por tanto, que sean las profesiones clásicas las que detenten una mayor exigencia en este sentido: el sacerdocio (que asume el cuidado del alma), el gobierno de la sociedad (que asume el cuidado de la sociedad) y la medicina (que asume el cuidado del cuerpo)⁶¹⁸.

Vemos por tanto, que quienes pueden proporcionar una impronta éticamente válida al ejercicio profesional son las sociedades, definiendo y regulando la propia existencia de las profesiones; las corporaciones profesionales, con una serie de exigencias compartidas por el colectivo; y los propios individuos, aceptando la responsabilidad de contar con unas reglas del juego básicas impuestas socialmente y asumiendo un determinado nivel de autoexigencia.

Hemos visto *quién* puede hacer éticamente válidas las profesiones, pero aún no se ha abordado la cuestión de *qué* es lo que les imprime una dimensión moral.

⁶¹⁸GRACIA GUILLÉN, Diego. *Como arqueros al blanco*. San Sebastián: Triacastela, [2004]. pp. 245-246. ISBN: 84-95840-13-8.

Diversos autores han puesto de relieve el carácter ambivalente del ejercicio efectivo y real de los profesionales. Berlant sostiene que la ética profesional médica no es más que un recurso para sostener el monopolio que ejerce la medicina y una especie de pantalla que oculta intereses económicos y de prestigio social⁶¹⁹. Martín-Moreno y De Miguel⁶²⁰ destacan siete notas de la ideología del profesionalismo: preparación especial, alta posición social y económica, resistencia a controles públicos, monopolio y otros privilegios corporativos, principios aristocráticos, idealización de la cultura profesional y evasión de la responsabilidad en relación con los clientes. Esta visión pone crudamente de manifiesto los intereses que pueden entrar en juego en relación con las actividades profesionales. Otros, en la misma línea, ven el poder del profesional como una fuerza social excesiva procedente de una élite cuyos intereses son protegidos por los que ejercen la profesión⁶²¹.

Augusto Hortal afirma que en el mundo profesional se repite algo de lo que Maquiavelo decía del político en *El Príncipe*: no es necesario, ni conveniente, que el príncipe sea siempre bueno. Para conquistar, conservar y aumentar el poder, conviene que unas veces lo sea y otras no. Lo que sí es necesario es que parezca bueno. Pues “parecer éticos es socialmente rentable, sobre todo cuando uno está dispuesto a no serlo”. Y añade: “El juicio sobre la calidad de los servicios profesionales rara vez se ejerce con sentido de servicio y autocrítica; se establece un muro protector de silencio, tras el que se alberga un feudo de impunidad para las deficiencias y negligencias profesionales. Se elude de forma sistemática el ejercicio efectivo del autocontrol y la protección de los usuarios de los servicios profesionales... El axioma básico del corporativismo es que lo que es bueno para la profesión, es bueno para los clientes o usuarios de la misma”⁶²²

Para retomar la cuestión de *qué proporciona un carácter éticamente válido a las profesiones* habremos de hacerlo con la definición dada por Adela Cortina

⁶¹⁹ BERLANT, J.L. *Profesión and Monopoly. A Study of Medicine in the United States and Great Britain*. Berkeley: Univ. of California Press, 1975. Cf. HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower, [2002]. p. 48. ISBN: 84-330-1718-7.

⁶²⁰ MARTÍN-MORENO, J ; Miguel, A. de. *Sociología de las profesiones*. Madrid: CIS,1982. Cf. HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower, [2002]. ISBN: 84-330-1718-7.

⁶²¹ ILLICH, Ivan. *Le chômage créateur*. París: Seuil, 1977. Cf. ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. P. 32. ISBN: 84-87840-50-7.

⁶²² HORTAL ALONSO, Augusto. *La Ética profesional*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. p. 61. ISBN: 84-87840-50-7.

anteriormente, en la que se afirma que la profesión es: “Una actividad cooperativa, cuya meta interna consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico e indispensable para su supervivencia como sociedad humana, para lo cual se precisa el concurso de la comunidad de profesionales que como tales se identifican ante la sociedad”⁶²³.

Corresponde a la reflexión ética pensar si este bien cumple las condiciones de posibilidad de lo éticamente válido, así como el valor que cabe atribuirle. Si la meta interna de la profesión debe adecuarse a un bien éticamente válido, los medios empleados para alcanzar el objetivo deberían asimismo tener ciertas características que permitan situar el ejercicio profesional dentro del canon de lo moral. Y este canon no solo debe guardar una coherencia lógica, como ocurre con las éticas deontológicas de tipo kantiano. Además, debería ser algo admitido universalmente de manera efectiva al menos en forma de expresiones y declaraciones universales. Éstas constituyen un patrimonio moral de la humanidad. Se trata de esbozos de lo éticamente válido que muestran una comprensión adquirida y compartida a lo largo de la historia por los seres humanos. En ese sentido, lo que define la validez ética de las profesiones es que respeten las distintas formas que adquiere el canon moral universal. Ya sea éste en forma de tablas de derechos humanos (todos tienen derecho a igual consideración y trato), o de principios de la bioética (autonomía, beneficencia, justicia)⁶²⁴.

Pero esto aún no sería suficiente para poder considerar éticamente válida una profesión. Su desarrollo debiera contribuir a una realización de los individuos que la ejercen. Y esto debería ser aplicable a cualquier actividad profesional. Un trabajo, sea el que sea, que contribuye directa y efectivamente a una alienación (deshumanización, degradación, destrucción, empléese la palabra que se quiera) de quienes lo realizan, no podrá ser considerado éticamente válido, por mucho que contribuya a un bien social específico e incluso conveniente para la supervivencia de una determinada sociedad. Dicho de otro modo, lo que hace éticamente válido un trabajo será el respeto al canon moral también para quienes lo realizan. Y ello sin perjuicio de que lo que puede hacerlo éticamente más estimable es que abra la

⁶²³ CORTINA ORTS, Adela. *Presentación*. En: *10 palabras clave en ética de las profesiones*. Cortina Orts, Adela (dir.); Conill, Jesús. (dir.). Navarra: Verbo Divino, 2000. p. 15. ISBN: 84-8169-359-6.

⁶²⁴ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 496-8. ISBN: 84-7754-045-4.

posibilidad de que las personas que lo realizan puedan ser no solo excelentes profesionales, sino excelentes personas que ejercen una profesión.

4.5. LA ÉTICA APLICADA Y ÉTICA DE LAS PROFESIONES.

Si el saber teórico pretende el conocimiento, el saber técnico busca el saber hacer y el saber práctico el saber actuar u obrar. A este último tipo de saber pertenecen las éticas aplicadas, como la bioética o la ética de las profesiones. En breve espacio de tiempo se han constituido como una subdisciplina de la filosofía moral en el mundo académico e investigador⁶²⁵. En la biblioteca nacional de los EE.UU. el término Professional Ethics⁶²⁶ fue introducido en 1968 y el término Bioethics⁶²⁷ en 1978.

Augusto Hortal cuestiona el término ética aplicada por redundante. Es partidario de utilizar el término ética específica, frente a una ética general⁶²⁸. Si, para él, ética es un saber sistemático, reflexivo y crítico que estudia la vida moral en orden a orientar, justificar o cuestionar las actuaciones o decisiones de los agentes morales, esta tarea se realiza en tres niveles interrelacionados:

a) El nivel de la ética general. Equivalente en Cortina y Kettner a una parte A de la ética⁶²⁹, que se ocupa de la fundamentación racional de las normas

⁶²⁵ BAYERTZ, Kurt. *La moral como construcción. Una autorreflexión sobre la ética aplicada*. En: RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). Madrid: Tecnos, [2003]. p. 47. ISBN: 84-309-3955-5.

⁶²⁶ Definido como: "The principles of proper conduct concerning the rights and duties of the professional, relations with patients or consumers and fellow practitioners, as well as actions of the professional and interpersonal relations with patient or consumer families. (From Stedman, 25th ed)". "Los principios de conducta apropiada concerniente a los derechos y deberes del profesional, a las relaciones con los pacientes o consumidores y los compañeros, así como a las acciones del profesional y a la relación interpersonal con las familias del paciente o consumidor" (De Stedman, 25ª edición). [En línea]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> [Consultado: 17 de noviembre de 2009].

⁶²⁷ Definido como: "A branch of applied ethics that studies the value implications of practices and developments in life sciences, medicine, and health care". Un rama de la ética aplicada que estudia lo relativo a los valores del ejercicio y desarrollo en las ciencias de la vida, la medicina y la atención sanitaria [en línea]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> [Consultado: 17 noviembre de 2009].

⁶²⁸ HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética aplicada y conocimiento moral*. En: RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). 8ª ed.. Madrid: Tecnos, [2003]. pp. 91-119. ISBN: 84-309-3955-5.

⁶²⁹ Cf. op. cit. p. 95.

morales en general; y para Gracia es equivalente al nivel “formal, meramente canónico, que afirma el absoluto respeto de todos los seres humanos”⁶³⁰.

b) El nivel de las éticas especiales (aplicadas) que abordan lo que diferentes ámbitos de la vida humana tienen de peculiar buscando orientaciones específicas que sean aplicables a actuaciones y decisiones específicas. Equivalente en Cortina y Kettner a una parte B, que se ocupa de los principios que permiten aplicar a distintos ámbitos de la vida cotidiana el principio descubierto en la parte A. Y equivalente para Gracia al nivel del “contenido de los principios morales derivados de aquél, como son los cuatro principios de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia”.

c) El nivel de los casos concretos. Equivalente en Cortina y Kettner con una parte C de la ética. Equivalente en Diego Gracia al del “análisis de las circunstancias y consecuencias del caso concreto”.

Las éticas aplicadas ocuparían así un lugar intermedio entre la ética general y la toma de decisiones en situaciones puntuales. Este lugar intermedio viene determinado por el tipo de situación que rodea a la decisión moral, más específico un determinado ámbito de la actividad humana que el de la ética general.

Para Kurt Bayertz la ética aplicada parte de los procesos reflexivos y comunicativos de las sociedades modernas⁶³¹. En la misma línea, para Adela Cortina, a los tres giros que sufre la filosofía (lingüístico, hermenéutico y pragmático) se suma el giro aplicado, que surge en los años sesenta y setenta del siglo XX como una necesidad social, más que filosófica. De tal modo que la ética aplicada pasa a ser, más allá de una disciplina, parte de la realidad social, institucionalizada, en multitud de ocasiones.

La ética aplicada, constituye, por tanto, una forma de saber que nace sobre el terreno de las sociedades plurales⁶³². Y las respuestas se han desarrollado desde distintos ámbitos: a) desde los gobiernos (promueven la creación de comisiones multidisciplinares específicas para desarrollar documentos con recomendaciones

⁶³⁰ Cf. op. cit. p. 96.

⁶³¹ BAYERTZ, Kurt. *La moral como construcción. Una autorreflexión sobre la ética aplicada*. En: RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). Madrid: Tecnos, [2003]. p. 47. ISBN: 84-309-3955-5.

⁶³² CORTINA ORTS, Adela. *Prólogo*. En: RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). Madrid: Tecnos, [2003]. p. 9. ISBN: 84-309-3955-5.

éticas); b) desde los expertos (que buscan autorregular su actividad de forma no corporativista mediante la creación de códigos éticos, como en hospitales y empresas, en los que participan los afectados por el ejercicio profesional); c) desde la opinión pública (con participación de los ciudadanos en aquello que les afecta); desde la filosofía.

Todo esto sugiere que las circunstancias en las que surge la ética aplicada tienen que ver con una sociedad de finales del siglo XX. Ha dejado de ser tutelada moralmente, pero que se encuentra ante nuevas situaciones moralmente problemáticas. Estas nuevas situaciones tienen mucho que ver con el devenir histórico de un quehacer humano especializado en áreas complejas y con potenciales repercusiones muy significativas en las personas.

Para McIntyre, sin embargo, se creó la rúbrica de “ética aplicada” porque existen áreas muy importantes en nuestra vida social en las que tiene que haber un acuerdo público compartido y un acuerdo incompatible con la indeterminación e imprecisión con los que se funciona en nuestra vida social pública general. Esto ocurre en áreas como la medicina o el derecho, en las que deben adoptarse continuamente tipos de acción claramente determinados y con un importante componente moral, y en las que es importante la tarea de mostrar que es moralmente creíble y moralmente responsable. Lo que sucede para este autor es que, o bien que se afirma el poder profesional para proteger la autonomía profesional del escrutinio moral general o bien se produce sencillamente un redescubrimiento de la moralidad como tal, lo que puede ser obstaculizado por la necesidad de pensar en términos de ética aplicada. En este caso, para McIntyre, la rúbrica de “ética aplicada” ocultaría la importancia moral general de lo que está ocurriendo⁶³³.

Podemos concluir que las circunstancias en las que surge la ética aplicada tienen que ver con una sociedad que ha dejado de ser tutelada moralmente, pero que se encuentra ante nuevas situaciones moralmente problemáticas. Estas nuevas situaciones se producen preferentemente en áreas especializadas del obrar humano. Estas áreas contienen una complejidad epistemológica, práctica y unas peculiaridades administrativas que hacen de ellas espacios de experiencia

⁶³³ McINTYRE, Alasdair. *¿La ética aplicada se basa en un error?*. En: *RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). 8ª ed.. Madrid: Tecnos, [2003]. pp. 71-89. ISBN: 84-309-3955-5.

compartida por determinados colectivos de expertos dedicados específicamente a ellas. Y, además, son zonas de actividad humana con repercusiones muy significativas en las vidas de las personas afectadas por esa actividad.

Pero además, la ética aplicada constituye un fenómeno social porque es una necesidad que surge de una progresiva especialización de actividades en sociedades plurales; nace a instancia de gobiernos, expertos y de la opinión pública; se produce en áreas como la medicina, el derecho o la economía, con una importante responsabilidad moral, y en las que es importante la tarea de mostrar lo que es moralmente creíble y moralmente responsable; forma parte de los procesos reflexivos y comunicativos de las sociedades modernas, representando un descubrimiento de la importancia de lo moral; se institucionaliza en multitud de ocasiones en forma de comisiones; y, además, se ha constituido como subdisciplina filosófica.

Dicho esto, podemos afirmar que la ética aplicada pertenece a un tipo de saber encuadrado tradicionalmente en el terreno de la filosofía práctica. En este sentido, toma de la ética el hecho de ser un saber sistemático, reflexivo y crítico que estudia lo moral. Y, como ética, se ve obligada a dar razón de la moral, a justificar teóricamente en qué consiste, y por qué hay moral y debe haberla. También comparte con la ética general la búsqueda de unas orientaciones (a menudo plasmadas en forma de principios, valores, bienes o virtudes) que ayuden de una forma mediata a disponer las acciones humanas. Esta tarea es obvia a quienes se mueven, por ejemplo, en el terreno de la ética de la empresa.

Pero, además, la ética aplicada toma de la casuística la tarea de reflexionar y sugerir cursos de acción éticamente (razonada y razonablemente) válidos para resolver situaciones concretas. Este carácter no mediato, sino inmediato de la reflexión ética aplicada al caso, se diferencia de las morales tradicionales en el carácter reflexivo (moral pensada) de ésta, frente al carácter netamente vivencial de aquéllas (moral vivida). Un ejemplo paradigmático de esto se encuentra en la actividad desarrollada por los comités de ética asistencial en medicina. Éstos abordan un caso concreto, desarrollan una reflexión nacida de su multidisciplinaridad y pluralidad, y realizan recomendaciones concretas que el consultante puede (o no) aplicar libremente. El producto de esta reflexión es un informe del comité. La acción moral corresponde al consultante. La pluralidad de perspectivas morales, el discernimiento compartido y la libertad otorgada al agente moral que hizo la

consulta, distancian este proceso de las recomendaciones procedentes de una moral determinada, elaboradas generalmente desde una figura de autoridad tutelar y que en no pocas ocasiones contienen elementos que tienden a determinar la conducta del agente moral en una determinada dirección, limitando su libertad de decisión.

¿Qué diferencia la ética aplicada de la ética general o de la casuística? No parece que la diferencia se sitúe en el terreno epistemológico, metodológico, o en el criterio de verdad, pues existe una pluralidad de fundamentaciones en los tres niveles mencionados. A mi modo de ver, el punto de partida que diferencia estas tres disciplinas es la realidad de la que parten. En la ética general esta realidad está constituida por el hecho moral en sí. Éste se muestra problemático y pide una marcha de la razón para esclarecerlo y, no solo eso, pide una respuesta para dar una salida práctica racionalmente válida a la situación cambiante que el vivir plantea a los humanos. La dimensión moral de la realidad humana, que tiene problemáticamente que realizarse y realizar su vida, es el punto de partida de la ética general.

En el caso del casuismo la realidad está constituida por situaciones muy concretas, determinadas por circunstancias muy precisas, en las que de pronto un determinado individuo no tiene claro qué es lo que puede, debe o es lo que más le conviene hacer. El recurso narrativo para describir la situación es ineludible. Así como el recurso a unos principios generales o a una fundamentación para una toma racional de la decisión moral. Son estas situaciones concretas, necesariamente narradas en un contexto histórico o biográfico determinado y bien definido temporalmente, las que constituyen el punto de partida del casuismo.

En el caso de la ética aplicada, la realidad viene determinada por ámbitos específicos de la vida humana: el ejercicio profesional, la actividad económica y productiva o la gestión de las organizaciones humanas. Lo que tienen en común estas actividades es el hecho de que se encuentran apoyadas en un cuerpo de conocimientos, actitudes y habilidades específicos, que requieren una formación y una experiencia considerables, que se mueven en terrenos para los que es imprescindible una capacitación, y que dan lugar a una concentración de poder (y por tanto de responsabilidad) sobre la vida de las personas. Este tipo de saber ocuparía, efectivamente, un lugar intermedio entre la ética general y la casuística, pero se superpone a éstas. Este lugar intermedio viene determinado por el tipo de situación que rodea a la decisión moral y, por tanto, por el objeto de estudio que

ésta determina. Éste es más específico que “lo moral” (propio de una ética general), pues se refiere a un área concreta de la actividad humana. Pero tampoco es tan concreto como el objeto de estudio que son “los casos”, emergentes de situaciones problemáticas surgidas en un determinado momento de la vida humana.

Pero entonces, nos planteamos cuál es el objeto de la ética aplicada. Adela Cortina afirma respecto a ésta que es el “segundo gran acontecimiento de estos últimos tiempos” y que “sectores profesionales, como médicos y enfermeras, empresarios periodistas y trabajadores de los medios de comunicación, biólogos, farmacéuticos, ingenieros y arquitectos, han ido trabajando, junto con “eticistas”, en la elaboración de los principios éticos de sus profesiones, en la detección de los valores éticos fundamentales, en la creación de códigos y comités éticos”. Y menciona los mundos en los que la ética aplicada se ramifica: “bioética, genética, ética económica y empresarial, ética de la ingeniería, la arquitectura, las profesiones, ética de los medios de comunicación, infoética, ética de la Administración pública, ética de los políticos”.

Las situaciones a las que alude Adela Cortina tienen en común los elementos que se han enunciado más arriba. Son situaciones generadas por actividades laborales especializadas, con un gran bagaje científico-técnico y con una gran repercusión en la vida humana. Por tanto, si el objeto de la ética general es la dimensión moral humana, si el de la casuística son los casos concretos, parece razonable afirmar que el de la ética aplicada no puede ser otro que la actividad profesional. No solo porque ésta surja de la reflexión de sectores profesionales bien definidos, sino porque la reflexión ética contribuye activamente a la profesionalización de trabajos de gran responsabilidad social y, por tanto, a la configuración de las profesiones y a su reconocimiento como tales.

4.6. UN CONCEPTO DE ÉTICA DE LAS PROFESIONES.

Para Augusto Hortal la ética de las profesiones surge de unir texto (reflexión teórica) y contexto (realidad histórica). Prescindir del contexto puede servir para “soñar mundos alternativos o para descalificar los existentes”, lo cual da lugar a un discurso moralizante poco conveniente. Por otro lado, el contexto tiende a “funcionalizar la ética al servicio de finalidades adaptadas a lo que él mismo facilita y promueve”. Desde su perspectiva la ética de las profesiones se debería plantear “cómo podemos vivir esa realidad que no nos gusta sin dejarla del todo como está, tratando de mejorarla en lo posible”⁶³⁴.

Para González Arnáiz, en la misma línea que los otros autores mencionados en los anteriores apartados, una ética de las profesiones habrá de ser vista por su integración en un concepto de *ética aplicada* como descriptor (como los de *moral*, *ética* o *metaética*) de una manera de entender y de construir el discurso moral⁶³⁵. Si asumimos la definición de actividad humana dada por González Arnáiz como “actividad cooperativa recurrente y requerida por las diversas instituciones” el profesional se encuentra en una posición que otorga legitimidad a las instituciones en la medida que éstas conceden los bienes para los que han sido creadas. Esto nos lleva a ver que, en definitiva, lo que está en juego en las actividades profesionales, son los bienes internos específicos que se logran, la vida moral que conduce a la excelencia (y a la consecución de los bienes internos en juego) y los bienes externos (prestigio, poder, dinero, éxito), que son perseguidos por las instituciones y pueden entrar en conflicto con los bienes internos. En definitiva, tomando sus mismas palabras, “lo que se ventila es un bien social que tiene que ser justamente distribuido”. Y todo ello justifica y remite inevitablemente a una reflexión ética⁶³⁶.

En el abordaje de los temas que incluye una ética profesional, Augusto Hortal, haciendo una lectura de la obra de Diego Gracia considera que se deberían

⁶³⁴ HORTAL ALONSO, Augusto. *La Ética profesional*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. pp. 55-67. ISBN: 84-87840-50-7.

⁶³⁵ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. Bioética : ¿Se puede hablar de una ética profesional sanitaria?. *Ágora. Papeles de filosofía*. 2006, vol. 25, núm. 1, p. 135-165.

⁶³⁶ Cf. GONZÁLEZ R. ARNÁIZ..., op. cit.

incluir ⁶³⁷: a) La finalidad de la actividad profesional en cuestión. Qué bienes se supone que produce o intenta producir. Estos bienes constituirían el mejor criterio para decidir quién es un buen profesional. b) Es necesario especificar y diferenciar los bienes intrínsecos y los bienes extrínsecos (en referencia a la obra de MacIntyre⁶³⁸), definiendo cuál debería ser su relación más adecuada. c) Qué es un buen profesional, incluyendo en esto el modo de aplicar las técnicas y los conocimientos propios de la profesión. d) Cuáles son los derechos del usuario, que deben ser respetados y tomados en consideración. e) Cómo desarrollar el ejercicio profesional en el marco de las organizaciones, instituciones y empresas.

Lo anterior lo resume González Arnáiz afirmando que de lo que se trata es de saber “si lo que hacemos en el terreno profesional no solo nos construye o nos destruye como personas, sino si estamos contribuyendo con nuestras tareas “institucionales” a la construcción de un mundo más habitable”⁶³⁹.

Jose Luis Fernández Fernández propone la siguiente definición de ética profesional: “Indagación sistemática acerca del modo de mejorar cualitativamente y elevar el grado de “humanización” de la vida social e individual, mediante el ejercicio de la particular profesión”. De tal forma que “debería ofrecer pautas concretas de actuación, valores que habrían de ser potenciados y principios capaces de iluminar la praxis”⁶⁴⁰.

Esta definición pone énfasis en un asunto que parece ir más allá de los objetivos de una ética de las profesiones. Emplea el término “humanización”, tremendamente difícil de precisar y que puede interpretarse como “bien común”, “liberación”, “plenificación”, “bienestar”, “felicidad”, “cumplimiento”. Podríamos decir que coloca la reflexión ética de las profesiones en un nivel de exigencia máximo, que trasciende el terreno de la profesión concreta en cuestión. Ésta no da por buenos todos los posibles bienes internos buscados, sino solo aquellos que contribuyen a elevar el grado de humanización de la vida social e individual. Lo más interesante de esta definición es que plantea la necesidad de que una ética de las profesiones se cuestione decididamente en qué medida puede contribuir una

⁶³⁷ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 399. ISBN: 84-7754-045-4.

⁶³⁸ McINTYRE, Alasdair. *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica, 2004. ISBN: 978-84-8432-170-5.

⁶³⁹ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. Bioética : ¿Se puede hablar de una ética profesional sanitaria?. *Ágora. Papeles de filosofía*. 2006, vol. 25, núm. 1, p. 135-165.

⁶⁴⁰ FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, J.L. *La Ética profesional*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. ISBN: 84-87840-50-7.

determinada actividad profesional a la “humanización de la vida social e individual”, e interpretamos esto como un buen cumplimiento de la vida social e individual. En un mundo tecnificado esto es, cuando menos, todo un reto.

Para Francisco Javier de la Torre ética profesional es una “...ética aplicada, no normativa y no exigible, que propone motivaciones en la actuación profesional, que se basa en la conciencia individual y que busca el bien de los individuos en el trabajo”. Y es por tanto desde donde se apunta un horizonte, un sentido y motivación al ejercicio profesional. Se plantea cuáles son los bienes internos que cada una de las actividades profesionales pretende proporcionar a la sociedad, qué metas debe perseguir y qué valores y hábitos es preciso incorporar en cada profesión⁶⁴¹.

Este autor hace hincapié en el carácter no exigible de la ética de las profesiones, lo cual la distancia de la deontología. Pero va más allá especificando su carácter no normativo. En este sentido conviene recordar que Adela Cortina afirma que la ética normativa no prescribe directamente lo que se debe de hacer, sino indirectamente, ya que la misión de dirigir directamente la conducta compete a la moral y a la religión; y afirma que la ética normativa aborda la cuestión de por qué se aceptan las normas morales⁶⁴². Xavier Etxebarria también considera las éticas normativas aquellas que tratan de “amparar a su modo las propuestas de felicidad y de sentido” y distinguen y relacionan lo que se suele llamar ética civil o de mínimos y ética de máximos⁶⁴³. Desde ambas perspectivas la ética normativa se situaría en el terreno de una ética general (Hortal) o de tipo A (Cortina, Kettner)⁶⁴⁴. Para ambos es evidente que la ética normativa entendida en sentido amplio ha jugado un papel históricamente relevante ante los desafíos éticos que los desarrollos tecnológicos y la pluralidad de las sociedades actuales.

Vemos, pues, que la tarea principal de una ética de las profesiones es, por tanto, hacer una reflexión sobre la vida moral desarrollada en el terreno profesional. Esto supondrá, indirectamente, la realización de una propuesta ética, que no debería plasmarse meramente en un conjunto de juicios, normas o reglas. En todo caso

⁶⁴¹ TORRE DÍAZ, Francisco Javier de la. *Ética y deontología jurídica*. Madrid: Dickinson, 2000. pp. 105-107. ISBN: 84-8155-672-6.

⁶⁴² CORTINA ORTS, Adela. *Ética mínima: introducción a la filosofía práctica*. 11ª ed.. Madrid: Tecnos, 2006. pp. 44,62. ISBN: 978-84-309-4375-3.

⁶⁴³ ETXEBARRÍA, Xabier. *Temas básicos de ética*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2002. p. 139. ISBN: 978-84-330-1667-6.

⁶⁴⁴ Ver apartado anterior, en el que se alude a estas categorías.

puede definir ciertos principios o, de un modo más amplio, ciertos criterios que ayuden al desarrollo de la práctica profesional. Y estos criterios deberán estar fundamentados. Aunque sea el nivel de los principios aquél en el que mejor parece encajar una ética de las profesiones, tampoco puede reducirse a ellos.

Para González Arnáiz las propuestas éticas para una moral sanitaria deberían compaginar un saber de rango más subjetivo, como la aspiración a la excelencia, y un saber más intersubjetivo, que integra la actividad profesional en el marco institucional y que procura que los bienes internos no sean sacrificados en aras a los bienes externos. En definitiva se trata de un saber que compagina la *episteme* con la *tékhne*, la *phrónesis* y la *metis*⁶⁴⁵. La posible ambigüedad moral que podrían contener estos términos debe ser evitada según este autor mediante la referencia a unos criterios y actitudes que proporcionan significación y sentido al ejercicio profesional, que se comportan como “principios” de una ética de las profesiones: reconocimiento de la vulnerabilidad, responsabilidad, comunicación y justicia.

Y todo ello dentro del marco definido por conceptos como buen profesional, metas y medios, nociones que también deberá explorar críticamente, y que se deberían situar dentro del marco de la ética cívica. No se trataría por tanto de una ética descriptiva, normativa o filosófica (incluyendo aquí la metaética y la epistemología moral), aunque puede recurrir a estas disciplinas, sino de una ética aplicada en sentido estricto. Es decir una ética centrada de modo explícito en un campo muy específico de la actividad humana⁶⁴⁶. Para ello habría que hablar de las prácticas profesionales (eludiendo el riesgo de estar proponiendo una moral corporativa), así como de su articulación con la ética de las organizaciones, en términos de exigencia para el logro de la excelencia (no de privilegios)

⁶⁴⁵ La *metis* es entendida por este autor como expresión de un saber aplicado que podría traducirse como “pericia” y que supone astucia, ingenio, sagacidad, flexibilidad, simulación, habilidad para zafarse de los problemas, invención de salidas a los problemas, destreza, maña, argucia (como opuesto al empleo de la fuerza bruta), asidero en caso de encontrarse entre fuerzas antagónicas, sentido de la oportunidad... Sin embargo, este concepto, a pesar de tener indudable interés para lo que nos ocupa, contiene connotaciones demasiado ambiguas que lo hacen inviable como concepto central de un saber práctico en el terreno sanitario. No obstante encierra una habilidad de interpretación, comprensión y respuesta eficaz y rápida a situaciones problemáticas que solo se adquiere con la práctica y la experiencia, y que lo aproximan a lo que podríamos denominar un saber hermenéutico. Cf. GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. Bioética : ¿Se puede hablar de una ética profesional sanitaria?. *Ágora. Papeles de filosofía*. 2006, vol. 25, núm. 1, p. 135-165.

⁶⁴⁶ ETXEBARRÍA, Xabier. *Temas básicos de ética*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2002. p. 189. ISBN: 978-84-330-1667-6.

reconsiderando el papel de la profesión en el contexto institucional en el que se desarrolla⁶⁴⁷.

Volviendo a la definición propuesta por Javier de la Torre, ésta apunta hacia el logro de unos máximos apelando a la conciencia individual. Esto configura como sujeto moral al profesional, descartando las instituciones como sujeto moral y, por tanto, estableciendo aquí una diferenciación entre ética profesional y ética de las organizaciones, en las que la comunidad de individuos que constituyen la institución es considerada como sujeto moral, con responsabilidades concretas. Todo ello mediante la propuesta metodológica de elaborar motivaciones que permitan descubrir un horizonte y un sentido que den significado a la tarea realizada.

Con todo lo anterior, podemos considerar que *la ética de las profesiones es ética aplicada, que busca conocer sistemática, reflexiva y críticamente la vida moral en el ámbito profesional, para cuestionar, dar razón y orientar acerca de qué es un buen profesional y qué sentido tiene su actividad. Para ello deberá abordar el papel y significado de los bienes internos y externos que están en juego, su mutua relación, así como los medios correctos para lograrlos en el marco organizacional y social. Y tendrá que tener en cuenta si se respetan los intereses y derechos de los afectados por el ejercicio profesional, y si se contribuye o no a una mejora de la vida social e individual.*

4.6.1. *Ética de las profesiones y bioética.*

Si, tal como afirman Ferrer y Álvarez, el renacimiento del interés en la ética normativa, nace en parte “del deseo de una nueva generación de filósofos de contribuir, desde su disciplina, a la búsqueda de soluciones para los grandes interrogantes por la nueva cultura”⁶⁴⁸, no cabe duda de que, en el ámbito de la bioética clínica, se ha producido una vez más una confluencia entre filosofía y medicina. Confluencia que ya ha dado sus frutos en la resolución de problemas morales planteados a las ciencias de la vida. Éste sería, según estos autores, uno de los tres factores culturales clave (junto con el florecimiento de una cultura de la autonomía y el desarrollo tecnológico) en el nacimiento de la bioética, que es

⁶⁴⁷ GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. Bioética : ¿Se puede hablar de una ética profesional sanitaria?. *Ágora. Papeles de filosofía*. 2006, vol. 25, núm. 1, p. 135-165.

⁶⁴⁸ FERRER, Jorge J. ; Álvarez, Juan Carlos. *Para fundamentar la bioética*. Madrid: Desclée De Brouwer, 2003. p. 81-82. ISBN: 84-330-1814-0.

concebida por ellos como una subdisciplina de la ética (filosófica y teológica), que exige un diálogo multidisciplinar.

Una definición de bioética es la de Warren Thomas Reich en su *Encyclopedia of Bioethics* de la *Bioética* como “el estudio sistemático de las dimensiones morales - incluyendo la visión moral, las decisiones, las conductas y las políticas- de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario”⁶⁴⁹. Para Adela Cortina la ética de las profesiones comparte con aquélla el ser ambas *Ética Aplicada*⁶⁵⁰. Miguel Ángel Sánchez afirma que la bioética debe ser considerada un movimiento internacional reciente en el que pueden identificarse ciertas características⁶⁵¹. Es común a todas las definiciones de bioética su carácter deliberativo e interdisciplinar sobre los problemas que el conocimiento científico y el poder tecnológico suscitan para la vida. Para él, la bioética actual es civil, pluralista (el pluralismo es valorado como una riqueza que permite la libertad y el progreso), racional y filosófica, aplicada, intermediada y procedimental. Las actitudes contrarias serían el simplismo, el absolutismo y el relativismo.

En cuanto a la bioética, como disciplina que puede ser enseñada en las universidades, este autor propone como objetivo principal preparar a los estudiantes para que manejen adecuadamente los aspectos éticos de su práctica profesional y señala la importancia de trabajar las actitudes. Es aquí donde quizá mejor se puede apreciar el papel que una ética de las profesiones sanitarias desempeña en el seno de la bioética clínica. No se trataría de diferenciar entre dos disciplinas diferentes (bioética y ética de las profesiones sanitarias), sino de señalar aquellos matices con los cuales una reflexión ética sobre las profesiones contribuye al cuerpo de conocimientos de la bioética clínica. Por tanto, si nos atenemos a una ética de las profesiones desde la práctica médica y tenemos en cuenta que la bioética es más amplia que lo relacionado con lo sanitario, parece razonable asumir la afirmación

⁶⁴⁹ FERRER, Jorge J. ; Álvarez, Juan Carlos. *Para fundamentar la bioética*. Madrid: Desclée De Brouwer, 2003. p. 77. ISBN: 84-330-1814-0.

⁶⁵⁰ CORTINA ORTS, Adela. *Ética mínima: introducción a la filosofía práctica*. 11ª ed.. Madrid: Tecnos, 2006. p. 17. ISBN: 978-84-309-4375-3.

⁶⁵¹ SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel. La bioética que se puede enseñar: sus contenidos y estrategias docentes. *Cuadernos de Realidades Sociales*. 2007; vol. 35, núm. 69-70, p. 63-86.

de Augusto Hortal de que la bioética es más amplia que una ética profesional y, además, la incluye⁶⁵².

En el cuadro que se propone, basado parcialmente en las reflexiones de Miguel Ángel Sánchez, se realiza una comparación de ciertas características compartidas y diferenciales entre la bioética clínica y una ética de las profesiones, entendidas éstas en sentido amplio (movimiento, reflexión teórica, disciplina).

	<i>Bioética clínica</i>	<i>Ética de las profesiones</i>
Interdisciplinabilidad	Sí	
Orientación metodológica	Deliberativa	
Orientación práctica	Dar respuesta a decisiones importantes	
Objetivo principal	Reconocimiento de los aspectos éticos que el conocimiento y el poder tecnológico suscitan para la vida, reflexión clara y crítica sobre ellos para elegir cursos de acción éticamente justificables, y aplicación de habilidades para su puesta en práctica	Contribuir a un desarrollo moral positivo en el estudio, investigación y ejercicio de la profesión, suscitando el análisis y revisión consciente de las actitudes profesionales (como voluntad de excelencia, espíritu de superación, disposición de servicio, compasión, empatía, sentido de responsabilidad).
Ámbito principal en el que se mueven estos objetivos	Momentos concretos de la vida	La vida profesional en su conjunto
Sujeto agente moral	Profesionales, usuarios del sistema, legisladores.	El estudiante universitario y el profesional
Tipo de respuesta	Curso de acción concreto	Conductas (formas de vivir el compromiso profesional) y cursos de acción que marcan la vida profesional
Sujeto paciente moral	Generalmente usuarios de los sistemas de salud.	Los clientes, el propio profesional, la empresa u organización.

⁶⁵² HORTAL ALONSO, Augusto. *La Ética profesional*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. p. 64. ISBN: 84-87840-50-7.

4.6.2. *Ética de las profesiones y deontología*

En griego δέον significa “lo obligatorio, lo justo, lo adecuado”. Recurrió a este vocablo Jeremy Bentham en su *Deontology, or the Science of Morality* de 1834. Él estudió los deberes que deben de cumplirse para alcanzar el ideal del mayor placer para el mayor número. Desde entonces la deontología se ha ido concretando como una disciplina descriptiva y empírica cuyo fin es determinar deberes que han de cumplirse en situaciones concretas, especialmente en el ejercicio profesional⁶⁵³. Este terreno, por tanto, corresponde al de la elaboración de normas concretas para situaciones concretas por grupos sociales determinados (las corporaciones profesionales) y para un objetivo determinado que, en el ámbito de las profesiones, es, fundamentalmente, el del autocontrol, con el objetivo de ganar legitimidad social. En la medida que establece unas normas de actuación se sitúa más cerca del derecho que de la filosofía. Sin embargo, hay elementos no morales en la deontología⁶⁵⁴.

Para Augusto Hortal la ética profesional se centra ante todo en el tema del bien: qué es bueno hacer, al servicio de qué bienes está una profesión, cuál es el tipo de bien que se busca en cada profesión. La deontología se basa más en la cuestión de los deberes y obligaciones. Aquella propone y pide motivaciones, ésta exige actuaciones. La ética tiene como instancia última la conciencia moral individual. La deontología se mueve en el campo de lo aprobado por un colectivo. La ética produce una reflexión y la deontología produce códigos (que enuncian deberes). Éstos también definen los ámbitos de actuación profesional, las competencias: “Competencia y responsabilidad constituyen el primer núcleo temático de los códigos deontológicos profesionales”. El segundo núcleo lo constituye la regulación entre los profesionales (colegiación, condiciones de ejercicio). El tercer núcleo lo constituyen los deberes y obligaciones para con los clientes o usuarios⁶⁵⁵. Esto convierte a la deontología en una especie de actividad autolegisladora de las corporaciones y en una estrategia concreta que les permita legitimarse ante los propios profesionales y ante la sociedad.

⁶⁵³ FERRATER MORA, José. *Diccionario de Filosofía. Tomo I (A-D)*. Barcelona: Ariel, 2004. p. 816. ISBN: 84-344-0501-6 (T.1) : 84-344-0500-8 (O.C)

⁶⁵⁴ TORRE DÍAZ, Francisco Javier de la. *Ética y deontología jurídica*. Madrid: Dickinson, 2000. p. 105. ISBN: 84-8155-672-6.

⁶⁵⁵ HORTAL ALONSO, Augusto. *La Ética profesional*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. pp. 57-58. ISBN: 84-87840-50-7.

La deontología se situaría en un lugar de la estructura de la moralidad más cercano a la búsqueda y especificación de normas precisas y la ética profesional más cercano a la búsqueda y definición de principios o normas generales. La deontología se centra más en la vida profesional y la ética profesional puede plantearse la vida moral profesional en el contexto de la vida moral personal. La deontología tiene una mirada que recoge la tradición y el consenso de un colectivo en un momento determinado. La ética profesional también se nutre de las tradiciones éticas, pero tiene un contenido crítico de las mismas al cual no puede renunciar, so pena de limitar su ejercicio reflexivo. La ética profesional se las ve con la cuestión de cómo actuar moralmente en situaciones concretas, cómo conjugar la norma con el caso particular. La deontología no entra tan a fondo en este terreno. Por tanto, se puede afirmar que la ética profesional representa un “ensanchamiento”⁶⁵⁶ del campo reflexivo, así como una profundización del mismo respecto a la deontología.

Lo cual no resta nada a la importancia que los códigos deontológicos han tenido para subrayar la dimensión moral del ejercicio profesional, para diferenciar los mínimos profesionales compartidos de las aspiraciones de máximos, y en una función educativa y orientadora que ha contribuido a facilitar un sentido de identidad entre los profesionales⁶⁵⁷. Han desempeñado, y todavía lo hacen, una importante función histórica, contribuyendo a establecer unos mínimos éticos y a velar por que se cumplan estos mínimos emanados de los propios profesionales (no de la sociedad en su conjunto, a través de sus legisladores). Sin embargo son el resultado de un esfuerzo en el que no han participado personas ajenas a la profesión en su elaboración, insisten en las obligaciones de los médicos, necesarias para ejercer la profesión, pero plantean poco los puntos de vista de los pacientes, adolecen de cierta limitación temática (no suelen plantear temas como el de la justicia, la experimentación con seres humanos), no presentan una fundamentación de sus normas, son poco eficaces como instrumento de autorregulación, abordan con excesiva vaguedad algunos temas (como el del respeto a la vida) y son de poca utilidad para resolver problemas prácticos concretos.

A continuación se expone en la tabla un análisis comparativo entre deontología y ética de las profesiones. Para su elaboración nos hemos basado en los

⁶⁵⁶ FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, J.L. *La Ética profesional*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. p. 93. ISBN: 84-87840-50-7.

⁶⁵⁷ Cfr. LOZANO, Josep Maria. *Ética y empresa*. Madrid: Trotta, 1999. p. 147. ISBN: 84-8164-347-5.

párrafos anteriores así como en el cuadro propuesto por Javier de la Torre en su texto *Ética y deontología jurídica*⁶⁵⁸.

	Deontología	Ética de las profesiones
Interdisciplinareidad	No (lo elabora y aprueba un colectivo)	Sí
Orientación metodológica	Normativa, convencional.	Deliberativa, considera el problema de la aplicación en situaciones concretas.
Finalidad práctica	Establecer deberes y obligaciones básicos, mediante normas precisas cuya vulneración es objeto de sanción	Orientar decisiones importantes tendiendo al uso de normas generales proponiendo motivaciones o sentido.
Objetivo principal	Elaborar códigos de autocontrol que definan: - competencias y responsabilidades - un marco regulativo del ejercicio - obligaciones básicas para con los clientes o usuarios	Contribuir a un desarrollo moral positivo en el estudio, investigación y ejercicio de la profesión, suscitando el análisis y revisión consciente de las actitudes profesionales (como voluntad de excelencia, espíritu de superación, disposición de servicio, compasión, empatía, sentido de responsabilidad).
Ámbito principal en el que se mueven estos objetivos	Aquellos en los que se pone en juego la legitimidad de la corporación	La vida profesional en su conjunto
Sujeto agente moral	El profesional	El estudiante universitario y el profesional
Tipo de respuesta	Cumplimiento	Conductas (formas de vivir el compromiso profesional) y cursos de acción que marcan la vida profesional
Sujeto paciente moral	Los clientes o usuarios y la sociedad	Los clientes, el propio profesional, la empresa u organización.

⁶⁵⁸ TORRE DÍAZ, Francisco Javier de la. *Ética y deontología jurídica*. Madrid: Dickinson, 2000. p. 107. ISBN: 84-8155-672-6.

4.7. MÉTODOS DE LA ÉTICA APLICADA.

Hemos visto que la Ética Aplicada es un tipo de saber práctico que busca orientaciones adecuadas a actuaciones y decisiones específicas en diferentes ámbitos de la vida humana, como la medicina, la biología, la economía, la empresa, o las diversas profesiones.

Los *problemas* que han sido abordados en estos terrenos tienen las siguientes características⁶⁵⁹: Son problemas morales no resueltos a los que se presupone la necesidad imperiosa de encontrar una solución para los mismos; son de naturaleza normativa, pues son el resultado de la incertidumbre a la hora de orientar nuestros actos; se originan a partir de la vida misma (no de problemas teóricos); están relacionados de modo complejo con cuestiones empíricas (propias del ámbito específico en el que se generan), que requieren conocimientos precisos, por lo que requieren la cooperación interdisciplinar; son problemas específicos limitados a espacios relativamente pequeños.

Para Kurt Bayertz, las *soluciones* que pretende deben ser prácticas y concretas en la vida social, desde ámbitos institucionales, que desbordan el de “pensadores vehementes”. No se hallan empleando instrumentos, sino que se construyen (construcciones no arbitrarias, con diferentes alternativas posibles, con la decisión por una opción en base a criterios externos a la técnica, en un proceso que exige cuidado y conocimientos, que da lugar a algo nuevo, una nueva moral, y que conserva también algo, pues se hace a partir de normas y valores aceptados). Por tanto, la ética aplicada se convierte “en el instrumento para solucionar directamente los problemas, se positiviza; esto es, se convierte en el resultado de la “construcción” o disposición humanas”⁶⁶⁰.

El *sujeto* de la ética aplicada no es ningún erudito, sino más bien alguien llamado a participar en una comisión; el *objeto* es dar consejos prácticos; el proceso no es individual y libre, sino que tiene lugar en el marco de una asociación profesional, siendo la filosofía una voz entre otras; el *producto* final no es habitualmente un texto, sino un protocolo, una opinión, una recomendación o una

⁶⁵⁹ BAYERTZ, Kurt. *La moral como construcción. Una autorreflexión sobre la ética aplicada*. En: RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). Madrid: Tecnos, [2003]. p. 49. ISBN: 84-309-3955-5.

⁶⁶⁰ BAYERTZ, Kurt. *La moral como construcción. Una autorreflexión sobre la ética aplicada*. En: RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). Madrid: Tecnos, [2003]. Ip. 59. SBN: 84-309-3955-5.

directriz, comprometidas a su vez con otros aspectos como la relevancia práctica, la factibilidad, la seguridad jurídica, etc.; el *destinatario* no son otros investigadores, sino un público perteneciente a un ámbito externo a la ciencia.

Para Bayertz la ética aplicada no tiene como finalidad la fundamentación de normas, sino que presupone su validez. La posibilidad de la ética aplicada de ser efectiva en la práctica depende en gran medida de la “capacidad de conectar o de sintonizar que tengan sus propuestas de solución”. Debe por tanto renunciar a especulaciones filosóficas y mostrar preferencia por un sistema de argumentación y pensamiento pragmático. Éste está determinado por la existencia de una pluralidad de convicciones morales divergentes, que si son obviadas, puede hacer que pierda eficacia. Por tanto, en la ética aplicada el pensamiento moral pierde su carácter categórico y se convierte en un medio para igualar intereses diversos; la “verdad” o rectitud de sus resultados tiene que ver con el grado de “adecuación”, “realizabilidad” o “exigibilidad” de sus propuestas⁶⁶¹. Y todo esto, teniendo en cuenta que el pluralismo no es un fracaso de la vida moral de las sociedades modernas, sino el resultado del reconocimiento de la autonomía moral de los individuos y de sus bases políticas y legales en la democracia liberal. Esto hace que las soluciones procedimentales no sean una capitulación o un compromiso, sino una *conquista* moral y política.

Si somos capaces de visualizar el carácter de los problemas a los que nos enfrentamos en las éticas aplicadas, podremos empezar a sospechar qué tipo de método nos conducirá a la solución más adecuada. De lo expuesto, no se puede eludir la importancia de algo sobre lo que llama la atención Kurt Bayertz: los problemas que abordan las éticas aplicadas tienen en común que surgen de la propia vida, en relación con asuntos de naturaleza empírica compleja, requiriendo de forma imperiosa una orientación para la acción, viable y estimable.

4.7.1. *Los métodos de la bioética clínica.*

La cuestión del método surge cuando se hace necesario tomar decisiones para actuar. Pero puede ser entendida de diferentes formas. Puede referirse a la sistemática para la resolución de problemas o podría tratarse de la forma en la que

⁶⁶¹ BAYERTZ, Kurt. *La moral como construcción. Una autorreflexión sobre la ética aplicada.* En: RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). Madrid: Tecnos, [2003]. p. 66. ISBN: 84-309-3955-5.

se justifica una determinada tradición ética. Paolo Dordoni⁶⁶² ha realizado recientemente una revisión de las principales metodologías bioéticas más influyentes en los últimos años, más bien desde la segunda perspectiva de las indicadas. Seguimos el recorrido que nos propone, sintetizándolo en el cuadro que se expone en la página siguiente, que es una adaptación del presentado en su artículo. La principal modificación se refiere precisamente al apartado metodológico, que se ha añadido en una última línea al esquema propuesto por este autor.

De acuerdo con su análisis “hay metodologías más sensibles a la cuestión de la justificación, como sucede con el principialismo; otras más cercanas a la del discernimiento, como la casuística y otras más preocupadas por dar voz a la cuestión del sentido involucrado en la decisión elegida, como la propuesta fenomenológica y narrativa”⁶⁶³.

Desde una perspectiva histórica, cabe subrayar que el primero en abordar el problema del método fue Howard Brody en 1976 que en su libro *Ethical Decisions in Medicine* hacía una propuesta metodológica basada en la teoría de la elección racional. En 1978 se replanteó este asunto en la conferencia titulada “The Humanities in a Clinical Setting” auspiciada por el Colegio de Médicos de Filadelfia y la Society for Health and Human Values⁶⁶⁴. Como hemos visto se han realizado diversas propuestas, entre las que cabe destacar en España las de Diego Gracia⁶⁶⁵ o la de J.J. Ferrer y J.C. Álvarez⁶⁶⁶. Pero, para avanzar nos preguntaremos qué tienen en común estas metodologías.

⁶⁶² DORDONI, Paolo. Metodologías bioética a debate : Una ocasión para abordar con otra mirada la cuestión del método en bioética clínica. *Cuadernos de Realidades Sociales*. 2007, vol. 35, núm. 69-70, p. 27-62.

⁶⁶³ DORDONI, Paolo. Metodologías bioética a debate : Una ocasión para abordar con otra mirada la cuestión del método en bioética clínica. *Cuadernos de Realidades Sociales*. 2007, vol. 35, núm. 69-70, p. 54.

⁶⁶⁴ ÁLVAREZ PÉREZ, Juan Carlos. *Procedimientos y metodología de la decisión*. En: *Principios y aplicaciones de la Bioética*. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2005. D.L.: M. 54142-2005. pp. 131-151.

⁶⁶⁵ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 399. ISBN: 84-7754-045-4.

⁶⁶⁶ ÁLVAREZ PÉREZ, Juan Carlos. *Procedimientos y metodología de la decisión*. En: *Principios y aplicaciones de la Bioética*. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2005. D.L.: M. 54142-2005. pp. 469-509.

	PRINCIPIALISMO <small>667</small>	CASUÍSTICA ⁶⁶⁸	ÉTICA DE LA VIRTUD ⁶⁶⁹	ÉTICA DEL CUIDADO ⁶⁷⁰	ÉTICA NARRATIVA ⁶⁷¹	PROPUESTA FENOMENOL ⁶⁷²
EXPECTATIVA PRINCIPAL	Lograr un marco de referencia compartido para discusión y manejo de problemas de la bioética	Orientar a los médicos a tomar decisiones clínicas éticamente prudentes	Poner de relieve el papel del sujeto agente	Plantear el papel de la empatía en los problemas morales	Detección y descubrimiento de problemas éticos	Enfocar el problema a partir de las vivencias en las que se desarrolla
PREGUNTA DE REFERENCIA POSIBLE	¿Cuál es la norma/acción correcta?	¿Cuál es la decisión clínica éticamente prudente en una situación dada?	¿Cómo actuar de manera excelente? ¿Qué actitudes se requieren?	¿Cómo actuar de forma responsable?	¿Cuál es el punto de vista y el problema ético de quien cuenta esta historia?	¿Cuáles son las vivencias de los sujetos involucrados? ¿Qué papel tienen?
CAMPO DE APLICACIÓN PREDOMINANTE PREOCUPACIÓN DE FONDO ANTE LA QUE SE REACCIONA	Política de investigación biomédica Pluralidad de perspectivas éticas	Clínica Predominio de una ética deductiva	Pedagogía médica Predominio del legalismo o el formalismo	Social, clínica. Desenmascarar la ficción de soluciones impersonales a problemas éticos	Psicológico Clínico Filosófico Predominio de la razón estratégica o de la idea de método	Psicológico Clínico Filosófico Predominio de soluciones impersonales a problemas éticos
INTERESES	Justificar los juicios éticos a partir de principios intermedios entre teorías éticas y normas/reglas.	Lograr un método de saber probable, prudencial	Motivar para la excelencia y lograr los bienes internos propios de una práctica (para una vida humana realizada)	Recuperación de dimensiones emocionales y relacionales en la solución de problemas éticos	Recuperar la dimensión narrativa	Recuperar la dimensión cognoscitiva de las emociones en juego
LEGUAJE EMPLEADO TIPOS DE CASOS	Principios/normas Casos judiciales	Máximas de acción Casos clínicos paradigmáticos	Virtudes Modelos de acción	Emociones, sentimientos Relaciones interpersonales	Valores Narraciones	Vivencias Pacientes concretos
METODOLOGÍA	Equilibrio reflexivo entre principios, juicios aceptados y la instancia de la realidad misma: de la especificación a la ponderación	Recogida de datos del caso (en cuatro áreas fundamentales) y razonamiento analógico comparativo	Centrada en el sujeto y la comunidad de pertenencia, acentúa la relación acción-identidad personal.	Centrada en acciones, sus consecuencias y las virtudes aptas (la compasión, la cercanía o la empatía)	Razón hermenéutica, dirigida a la identificación de los problemas éticos a partir de narraciones	La <i>epoché</i> o suspensión del juicio para describir lo que se nos ofrece e interpretar lo que vive el paciente

⁶⁶⁷ BEAUCHAMP, Tom L. ; Childress, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 5ª ed.. New York: Oxford University Press, 2001. ISBN: 0-19-514331-0.

⁶⁶⁸ JONSEN, Albert R. ; Siegler, Mark ; Winslade, William J.. *Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Barcelona: Ariel, [2005]. ISBN: 84-344-3719-5.

⁶⁶⁹ McINTYRE, Alasdair. *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica, 2004. ISBN: 978-84-8432-170-5.

⁶⁷⁰ Para las referencias empleadas cf. DORDONI, Paolo. Metodologías bioética a debate : Una ocasión para abordar con otra mirada la cuestión del método en bioética clínica. *Cuadernos de Realidades Sociales*. 2007, vol. 35, núm. 69-70, p. 42.

⁶⁷¹ Para las referencias empleadas cf. DORDONI, Paolo. Metodologías bioética a debate : Una ocasión para abordar con otra mirada la cuestión del método en bioética clínica. *Cuadernos de Realidades Sociales*. 2007, vol. 35, núm. 69-70, p. 42.

⁶⁷² Para las referencias empleadas cf. DORDONI, Paolo. Metodologías bioética a debate : Una ocasión para abordar con otra mirada la cuestión del método en bioética clínica. *Cuadernos de Realidades Sociales*. 2007, vol. 35, núm. 69-70, p. 42.

En general las diferentes aproximaciones metodológicas, cuando se enfrentan a la resolución de problemas morales comparten ciertos pasos, como son: 1. Recogida exhaustiva de datos relativos a la situación. 2. Identificación de problemas éticos. 3. Exploración de los posibles cursos de acción, así como de sus consecuencias. 4. Toma de decisión, que propone un determinado curso de acción y justificación.

Sin embargo, quienes más han trabajado y mejor conocen sobre el terreno este tema insisten en la necesidad de contar con ciertas actitudes, dado que el método por sí mismo no parece garantizar una solución adecuada⁶⁷³. Para Dordoni cada una de las propuestas representa un intento por recuperar la dimensión del saber prudencial, tal como lo planteó Aristóteles en la *Ética a Nicómaco*. Así, la prudencia sería entendida por el principialismo como especificación y deliberación de los fines, por la casuística como saber provisional, por la ética de la virtud como saber disposicional, por la del cuidado como saber disposicional y relacional, por la narrativa como saber contextual y por la propuesta fenomenológica como saber hecho vivencia⁶⁷⁴.

Siendo esto así, sería la deliberación, como método de la prudencia, el método común a todas ellas, el “tejido conectivo que abarca a las metodologías en bioética”⁶⁷⁵. Ésta sería entendida como proceso, tanto individual como colectivo, por el que se llega a determinar lo que es bueno/correcto, un método que requiere buena voluntad, capacidad de dar razones, respeto por los otros, deseo de entendimiento, cooperación y colaboración, siguiendo una referencia hecha a Diego Gracia por el propio Dordoni⁶⁷⁶.

Sea como fuere, los ingredientes que parecen imprescindibles para la elaboración de un método para el discernimiento ético en la vida profesional son paralelos a los elementos comunes a todos métodos de decisión moral: apertura a la realidad en la que el profesional se mueve; capacidad -o sensibilidad o habilidad o visión- para identificar y definir los problemas éticos, en este caso, capacidad para

⁶⁷³ FERRER, Jorge J. ; Álvarez, Juan Carlos. *Para fundamentar la bioética*. Madrid: Desclée De Brouwer, 2003. ISBN: 84-330-1814-0.

⁶⁷⁴ Cf. DORDONI, Paolo. Metodologías bioética a debate : Una ocasión para abordar con otra mirada la cuestión del método en bioética clínica. *Cuadernos de Realidades Sociales*. 2007, vol. 35, núm. 69-70, p. 59.

⁶⁷⁵ Cf. DORDONI, Paolo. Metodologías bioética a debate : Una ocasión para abordar con otra mirada la cuestión del método en bioética clínica. *Cuadernos de Realidades Sociales*. 2007, vol. 35, núm. 69-70, p. 59.

⁶⁷⁶ Cf. DORDONI, Paolo. Metodologías bioética a debate : Una ocasión para abordar con otra mirada la cuestión del método en bioética clínica. *Cuadernos de Realidades Sociales*. 2007, vol. 35, núm. 69-70, p. 61

ver la vida profesional como un reto desde el punto de vista ético; toma de decisión apoyada en la deliberación -preferiblemente compartida-, que se concretará en un proyecto profesional que se debería ir remodelando de forma razonable, dependiendo de las circunstancias biográficas, históricas, sociales o políticas que le toque vivir al profesional.

4.7.2. *Carácter hermenéutico de las éticas aplicadas.*

En el terreno metodológico no cabe duda de que se corren ciertos riesgos. Matthias Kettner⁶⁷⁷, desde una perspectiva dialógica, llama la atención sobre los peligros a los que este tipo de reflexión está sometida: a) Puede ocurrir que las profesiones establecidas amplíen su poder político de forma no deseada a través de la aplicación de las teorías de ética aplicada como la de Kohlberg de los niveles de conciencia moral. Aunque este punto no lo aclara completamente, se puede pensar una ética corporativa puesta al servicio de los intereses de un solo grupo profesional⁶⁷⁸. b) Las concepciones que él denomina autónomas respecto a teorías fundamentales (como la casuista) se exponen a un pragmatismo a ultranza, contando con medios teóricos probablemente insuficientes, lo que puede dar lugar malentendidos en relación a las teorías fundamentales y a la utilización oportunista por intereses externos a la filosofía. c) Las concepciones que denomina dependientes, como la que realiza una excesiva simplificación deductivista de las éticas aplicadas, corren el riesgo de esbozar “imágenes distorsionadas de la fenomenología de la reflexión práctico-moral real”, pues desconocen la diferencia entre fundamentación (razones que examinan las normas) y aplicación (razones con las cuales se descubren aspectos moralizables de la realidad). d) Por otro lado, algunas concepciones aplicadas tratan de “eximirse de las molestas exigencias de fundamentación”, pues se apoyan únicamente en consensos superficiales que funcionan pragmáticamente de una forma aceptable, lo cual las aleja de la racionalidad, dado que un juicio moral es justificable cuando puede ser apoyado por un principio moral y cuando dicho principio es defendible racionalmente. e) Si se admite un pluralismo de fundamentaciones aceptando como mero desideratum la

⁶⁷⁷ Cf. KETTNER, Matthias. *Tres dilemas estructurales de la ética aplicada*. En: RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). 8ª ed.. Madrid: Tecnos, [2003]. pp. 145-158. ISBN: 84-309-3955-5.

⁶⁷⁸ En este sentido González Arnáiz apunta que una inflación legal de la moral codicial puede propiciar una situación de riesgo de corporativismo al utilizar los códigos deontológicos, bien para reclamar un estatus especial (con una moral especial), bien para defenderse de las reclamaciones de los clientes o bien para defender los intereses de una profesión frente a otras. GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano. Bioética : ¿Se puede hablar de una ética profesional sanitaria?. *Ágora. Papeles de filosofía*. 2006, vol. 25, núm. 1, p. 135-165.

convergencia de las teorías morales, el “aplicador” se queda en una postura “pseudoliberal relativista”. f) Existe el riesgo de, ante problemas actuales, tender a prescribir unilateralmente una determinada forma de vida, frente a la aspiración al desarrollo de un “discurso racional sobre los ordenamientos de la convivencia humana”. Es decir, existe el riesgo de *priorizar* ideas de la vida buena o *presuponer* tales ideas en el acervo social. De esto debe tomar buena nota la ética de las profesiones, pues también existe este riesgo incluso en el seno de corporaciones con puntos de vista presuntamente más homogéneos. g) Se corre el riesgo de eludir la reflexión sobre los poderes “alejados de la razón”, en el que la reflexión sobre la praxis de la teoría moral lo es sobre la praxis del poder.

Parece, por tanto, que se hace necesario optar por un método que sea capaz de afrontar estos riesgos. Éste al menos debería, tal como corresponde al significado original de esta palabra (*méthodos*), ser vía o camino que nos dirige al lugar que deseamos alcanzar; estar orientado a la búsqueda radical de validez universal; proporcionar rigor, minuciosidad, una sistemática, contar al mismo tiempo con una flexibilidad y apertura, que permita acoger la realidad en sus múltiples formas y manifestaciones; y, en fin, permitir el desarrollo de una ética de las profesiones con capacidad de conciliación de perspectivas.

En la panorámica de las metodologías de la bioética clínica que nos ha ofrecido Dordoni pasa casi desapercibido el papel de la hermenéutica en la metodología empleada en bioética clínica. Sin embargo, se trata de una perspectiva a la cual habría que prestarle más atención. Para Adela Cortina, la ética aplicada, frente a la moral vivida y las teorías éticas tradicionales contiene las siguientes peculiaridades⁶⁷⁹: a) Recurre expresamente a la reflexión y al lenguaje filosófico, aún cuando parta de distintos ámbitos sociales y pretenda aplicación en realidades cotidianas concretas. Por eso utiliza términos y argumentos procedentes de tradiciones como el aristotelismo, el kantismo o el utilitarismo. b) Es expresión de la ética cívica en las distintas esferas de la vida social. c) La mayor parte de las veces las elaboran expertos en diferentes campos, junto con éticos, juristas, teólogos y afectados, que aportan al debate sus convicciones y sus intereses. De forma que el lugar habitual de “descubrimiento” lo constituyen los comités, comisiones y cumbres, más que las reuniones académicas. d) No se construyen desde una sola teoría ética,

⁶⁷⁹ CORTINA ORTS, Adela. *El quehacer público de las éticas aplicadas*. En: *RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). 8ª ed.. Madrid: Tecnos, [2003]. pp. 21-24. ISBN: 84-309-3955-5.

no por eclecticismo, sino porque la realidad es multifacética. Es necesario un discernimiento respecto a cuál es la teoría ética que resulta más fecunda en cada caso. El método de la ética aplicada tiene que ver con la hermenéutica crítica, porque las dicotomías clásicas -éticas teleológicas versus deontológica, de la convicción versus de la responsabilidad, procedimentalistas versus sustancialistas- han de ser superadas por un “tercero” que constituya la verdad de ambas.

Y, por tanto, la estructura de las éticas aplicadas contaría con⁶⁸⁰: 1. Un momento aristotélico, que requiere averiguar qué principios, valores y virtudes permiten alcanzar los bienes internos de la práctica concreta de la que se trate. La aportación de la ética de las virtudes y el contextualismo son imprescindibles en este momento de las éticas aplicadas. 2. El momento estratégico, que requiere contar con unos determinados medios y mecanismos que permitan alcanzar los bienes internos de cada actividad en juego. Esto requiere una ética de la responsabilidad. Con la siguiente cautela: cuando el medio se convierte en fin la actividad es inmoral, o más bien, está “desmoralizada”. 3. El marco jurídico, que exige atenerse a la legislación vigente, aunque esto no basta, pues la legalidad no agota la moralidad. Por eso es necesario... 4. El marco deontológico (momento kantiano) que, constituido por el conjunto de valores que los ciudadanos de una sociedad plural ya comparte, requiere un respeto a los derechos reconocidos por la sociedad y los valores compartidos.

Todo ello lleva a Adela Cortina a considerar que las éticas aplicadas y, en concreto la bioética, tendrían que representar en el espacio público un papel que incluya la creación de espacios de deliberación interdisciplinares, la difusión de informaciones y convicciones morales a la opinión pública, la elaboración de una bioética cívica transnacional y colaborar en la forja del carácter ético de las sociedades y de los distintos ámbitos de actuación para producir en definitiva un “bien público”⁶⁸¹. En este sentido su perspectiva converge en cierto modo con la de Kurt Bayertz, que opina que la ética aplicada supera los límites de la filosofía moral académica y pasa a desempeñar una función pública. Asimismo, coincide con la perspectiva de A. Hortal, que afirma que la ética aplicada tiene que conjugar la relación entre las particularidades de los diferentes ámbitos de la ética aplicada con la unidad de una ética unitaria del vivir humano, de modo que, por ejemplo, cada

⁶⁸⁰ Op. cit. pp. 30-35.

⁶⁸¹ Op. cit. pp. 40-42.

profesión tendrá que plantearse la cuestión de su mejor o peor contribución no solo a los fines específicos propios de su actividad, sino a la vida humana en su conjunto.

Pero yéndonos directamente a la cuestión metodológica, para Adela Cortina la “naturaleza de la ética aplicada es la de una hermenéutica crítica de distintas actividades humana”⁶⁸². En este sentido, Jesús Conill afirma que no se puede perder de vista la función hermenéutica de la aplicación, lo que hace de ésta (la aplicación) parte constitutiva de la comprensión y, por tanto, del conocimiento que pueda aclarar una orientación para la acción⁶⁸³. Esta perspectiva hermenéutica cuenta, por tanto, con la lógica propia de la situación y contribuye a integrarla con los presupuestos de orden normativo, así como a integrar los diferentes horizontes normativos dentro de una perspectiva ética más amplia, capaz de dar mejores respuestas a la situación en cuestión. A. Hortal hace la observación de que “la moral vivida no es mero campo de aplicación de saberes previos, obtenidos mediante un distanciamiento y un ejercicio de depuración conceptual y social”⁶⁸⁴. No se trata, por tanto meramente de un ejercicio de la razón pura. Nos sitúa más bien en un ejercicio denominado por Conill de la “razón experiencial” (que recuerda a la “razón vital” de Ortega), que se diferencia del formalismo de la “razón pura” en que abre su perspectiva estrictamente centrada en el mundo de las ideas. La razón experiencial coloca la experiencia (dicho de otro modo, el mundo de la vida) como centro de atención. Esto a su vez obliga a contar con el factor tiempo, como ocurre en la interpretación del imperativo kantiano que hace Hans Jonas⁶⁸⁵. En este terreno ya no solo está en juego lo formal, lo procedimental, sino además el sentido, los valores vitales, la libertad. Se pasa de un nivel estrictamente lógico-argumentativo a un nivel que busca situarnos en la realidad histórica de las personas.

Para Jesús Conill, a partir de los trabajos de la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences* en los años 1974-1978, surgen dos formas de abordar los conflictos éticos: el principialismo de Beauchamp y Childress y el casuismo de Jonson y Toulmin. Ambos métodos renuncian a una fundamentación determinada. Sin embargo, en el primero prevalece un

⁶⁸² Op. cit. pp. 13-18.

⁶⁸³ CONILL, Jesús. *El carácter hermenéutico y deliberativo de las éticas aplicadas*. En: *RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). Madrid: Tecnos, [2003]. pp. 121-142. ISBN: 84-309-3955-5.

⁶⁸⁴ HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética aplicada y conocimiento moral*. En: *RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). 8ª ed.. Madrid: Tecnos, [2003]. p. 92. ISBN: 84-309-3955-5.

⁶⁸⁵ JONAS, Hans. *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. 2ª ed.. Barcelona: Herder, 2004. ISBN: 84-254-1901-8.

razonamiento de tipo deductivo, en el que, a partir de unos principios básicos se especifican las orientaciones concretas; y en el caso de conflicto de principios se recurre a un criterio consecuencialista⁶⁸⁶. El casuismo⁶⁸⁷, por su lado, parte del principio de que la ética médica no debe partir de grandes principios normativos sino por el estudio de los casos concretos. Convierte la bioética en una disciplina médica, que, a partir de una taxonomía moral, y tras realizar un diagnóstico de la situación concreta, se trata de clasificar el caso con el fin de tomar el curso de acción que se ha mostrado más adecuado en casos similares. Para ello establece cuatro categorías a valorar en cada caso: criterios médicos (basada en el principio de beneficencia), preferencias del paciente (basada en el principio de autonomía), calidad de vida (basada en el principio de bienestar) y factores socioeconómicos (basada en el principio de justicia). Por otro el grado de acuerdo entre posiciones inicialmente discrepantes se construye con cierta fluidez inductivamente a partir del caso, identificando aquellos principios, criterios o máximas que han orientado decisiones surgidas por consenso de una pluralidad de puntos de vista. Para Jesús Conill estas propuestas, si bien (y precisamente porque) tienen un carácter hermenéutico, adolecen precisamente de un déficit de fundamento y de rigor metodológico hermenéutico que, en el caso del casuismo, choca con problemas tan graves como las cuestiones de la “verdad moral” y el papel de las teorías morales en el razonamiento ético.

Para Tomás Domingo Moratalla la ética aplicada contiene un componente narrativo que es fundamental y respondería a un modelo amplio de racionalidad (prudencial, narrativa, hermenéutica). En él no se parte tanto de casos, como de narraciones (casos en contexto). El método narrativo dispone además de un enorme poder sugerente, pedagógico, que a menudo lanza ayudas a la ética⁶⁸⁸.

Por otro lado, siguiendo la síntesis realizada por Diego Gracia se pueden diferenciar en la práctica médica tres grandes periodos históricos caracterizados por tres modelos distintos de entender el ejercicio de esta profesión, que a su vez tienen

⁶⁸⁶ BEAUCHAMP, Tom L. ; Childress, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 5ª ed.. New York: Oxford University Press, 2001. ISBN: 0-19-514331-0.

⁶⁸⁷ JONSEN, Albert R. ; Siegler, Mark ; Winslade, William J.. *Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Barcelona: Ariel, [2005]. ISBN: 84-344-3719-5.

⁶⁸⁸ DOMINGO MORATALLA, Tomás. Vía narrativa de la filosofía. *Duererías : Revista de filosofía*. 2005, núm. 5, p. 167-189.

que ver con una forma de percibir, de mirar y de aproximarse a la realidad que se intenta conocer⁶⁸⁹:

a) La época de la *Medicina especulativa*, cuyo máximo representante es Galeno de Pérgamo que, de acuerdo con la ciencia de su época, vio en la razón especulativa y apodíctica la forma de profundizar en el conocimiento de las enfermedades. Dedicó su obra a la elaboración de un catálogo de “especies morbosas”, definiendo la esencia de las mismas, al igual que se penetra en la esencia de la naturaleza para delimitar las distintas especies de animales y vegetales. El modelo empleado, el de la razón especulativa, presentaba las “especies morbosas” *a priori* respecto a las dolencias concretas que sufrían los pacientes. Dio lugar al desarrollo de la disciplina denominada “nosología”. Por otro lado, existía el estudio de las propiedades (manifestaciones) de las dolencias en los pacientes, que correspondía al trabajo clínico. A menudo no hubo forma de relacionar “especie morbosa” con las propiedades de los problemas de salud que sufrían los pacientes, lo cual llevó a un desprecio del conocimiento clínico que “entró tarde y mal en las Facultades de Medicina”.

b) El momento de la *Medicina objetiva*, en la que la clínica pasa a ocupar el primer lugar. Ésta busca unos criterios de objetividad, que se concretan en el valor dado a determinados síntomas y signos de la exploración física (o de las pruebas complementarias según se han ido desarrollando), así como a la idea de probabilidad estadística (cuyas raíces se encuentran en el empirismo británico de Hume). Un buen ejemplo de esto es la denominada hoy “medicina basada en la evidencia”⁶⁹⁰ (que más adecuadamente debería denominarse “medicina basada en pruebas”), que da un valor máximo a los datos obtenidos en la investigación clínica rigurosa, para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud, y a la que se da un gran valor dentro de la cultura médica actual. El modelo empleado, el modelo científico, tal como se entiende hoy para las ciencias de la salud, está basado principalmente en el contraste de hipótesis con la realidad. El objetivo que se plantea es ante todo determinar la precisión diagnóstica de síntomas, signos y pruebas complementarias en el terreno diagnóstico, y determinar la eficacia y seguridad de los tratamientos en el terreno terapéutico.

⁶⁸⁹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Como arqueros al blanco*. San Sebastián: Triacastela, [2004]. pp. 216-219. ISBN: 84-95840-13-8.

⁶⁹⁰ SACKETT, David L.. *Evidence-based Medicine : How to Practice and Teach EBM*. 2ª ed. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone, 2000. ISBN: 978-0-44-306240-7

c) El momento de la *Medicina hermenéutica y narrativa*, en la que, se reconoce la importancia que tienen los valores, emociones, deseos, creencias y, en general, las vivencias de los pacientes en relación con la enfermedad. Tiene su inicio en Freud y, desde mi punto de vista, una fuerte continuidad en la actual práctica de la Medicina de Familia, que da una relevancia deliberada y consciente a los aspectos subjetivos y biográficos del enfermar, tanto para establecer un buen diagnóstico, como para proponer un buen tratamiento⁶⁹¹. Este modelo tiene, como es lógico, sus implicaciones a la hora de orientar la entrevista clínica⁶⁹². El modelo más utilizado en este terreno es el modelo biopsicosocial propuesto por Engel en 1980⁶⁹³, que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del enfermo, tanto para enfocar un diagnóstico de su problema de salud (muchos problemas de salud se entienden mejor en su contexto psicosocial), como para orientar de un modo comprensivo el tratamiento (que puede aprovechar los datos y recursos provenientes de la esfera psicosocial).

De todo lo anterior se puede subrayar lo siguiente: las éticas aplicadas recurren a un lenguaje filosófico (así como, por supuesto, al de aquellas disciplinas que estén en juego). Pero para ello no pueden restringirse a una sola teoría ética, pues éstas se muestran insuficientes para poder abarcar la realidad en su complejidad: no hay una opción ecléctica, sino una necesidad de acercarse a la realidad desde distintas perspectivas.

Por tanto, habremos de valorar aquellas propuestas que intentan buscar nuevos caminos. Como hemos visto más arriba, el carácter aplicado de la reflexión ética le confiere un carácter hermenéutico, pues éste supone un ejercicio de interpretación inicial de la realidad con el fin de identificar problemas más significativos. Pero además, se requiere un ejercicio hermenéutico para situarse en las tradiciones éticas conocidas. Pero yendo aún más lejos, hemos visto que el conocimiento surge y resurge del mismo ejercicio de la aplicación.

⁶⁹¹ McWHINNEY, Ian R.. *A Textbook of Family Medicine*. 2ª ed.. New York: Oxford University Press, 1989. ISBN: 978-0-19-505986-1.

⁶⁹² LEVENSTEIN, J.H. [et al]. The patient-centred clinical method. I. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*. 1986, vol. 3. p. 24.

⁶⁹³ ENGEL, C.L. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*. 1980, vol. 137, p. 535.

CAPÍTULO 5

Ética para médicos

La vida es breve; la ciencia, extensa; la ocasión, fugaz, la experiencia, insegura; el juicio, difícil. Es preciso no sólo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino además (que colaboren) el enfermo, los que le asisten, y las circunstancias externas⁶⁹⁴.

Se inicia aquí una propuesta de ética aplicada a la profesión médica. Se trata de una ética esbozada, experimentada y justificada *desde* y *para* la práctica médica. Se parte de una fundamentación de orden filosófico en buena parte ligada a la filosofía sobre la inteligencia y la realidad de Xavier Zubiri. En todo caso se hará uso libre de un lenguaje comprensible para quien no está iniciado en los rigores del pensamiento filosófico, sin renunciar a la mayor claridad y precisión posibles.

Esta propuesta ética no es sino un esbozo o construcción racional. Este esbozo ofrece una posibilidad (o mejor, abanico de posibilidades) para la marcha de la razón moral en la práctica médica. Esta propuesta sugiere un modo de comprender y realizar una vida profesional buena. Se trata, simplemente, de un elemento de apoyo para ese camino que cada médico individual no tiene otro remedio que realizar, por su cuenta, cada día de su trabajo.

Al mencionar la marcha de la razón moral no se alude, por tanto, a algo irreal o abstracto, ni a un mero “barniz humanista”⁶⁹⁵, sino a algo que afecta concreta y fundamentalmente a cada uno. Por eso, la razón moral, es biográfica e histórica, y es exploración y transformación efectiva de la realidad. En su virtud, esa marcha consiste en una búsqueda personal deliberativa que pretende discernir lo éticamente válido en la propia vida profesional.

Se trata de un movimiento envuelto en la incertidumbre y muy a menudo en el malestar. La marcha de la razón moral es una indagación consistente en un *tanteo* prudente acerca de qué puede ser lo mejor en cada momento. En cuanto experiencia, es algo inseguro, como se afirma arriba en el texto hipocrático. Por otro lado, también en cuanto experiencia, supone una carga con la que se ha de convivir. Sin embargo, para que haya realmente marcha, se trata necesariamente de

⁶⁹⁴ AFORISMOS. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada.* Fernández Gual, Carlos (*Introducción general*). Madrid: Gredos, [2001]. P. 245. ISBN: 84-249-0893-7.

⁶⁹⁵ GEORGE, D. ; Gosenhauser, I ; Whitehouse, P. *Medical Professionalism : The Nature of Story and the Story of Nature.* En: *PROFESSIONALISM in Medicine : Critical Perspectives.* Wear, Delese (ed.) ; Aultman, Julie M. (ed.). New York: Springer, 2006. p. 63. ISBN: 0-387-32726-6.

una carga muy tolerable, cuando se pondera frente a la complacencia en el bien vislumbrado.

Esta andadura concreta y personal no es entendida aquí como un camino encajonado exclusivamente en los fueros de la lógica. Sin renunciar ni una coma al rigor de la lógica, esta marcha de la razón moral es entendida como un proceso que involucra todos los actos humanos: se entiende como un caminar físico, sentiente, inteligente y moral. Un dinamismo que explora la realidad y la transforma. En lo que a la medicina se refiere, es búsqueda personal activa de qué pueda ser un buen médico y una buena práctica médica. Y esta búsqueda no es una ficción: numerosos datos empíricos sugieren que es posible cambiar actitudes, creencias, razonamientos y conductas específicamente profesionales⁶⁹⁶.

La marcha de la razón moral conduce y es un determinado modo de estar en la realidad. Y para estar adecuadamente en la realidad es necesaria una apertura radical a la misma. Desde la práctica médica esto significa una apertura a ese modo de vulnerabilidad humana que se revela en el hecho de enfermar. Por tanto, la marcha ética en medicina pide una apertura radical al daño de la enfermedad: realidad ésta siempre enigmática, en muchas ocasiones de una gran dureza y, en no pocas veces, con un poder desmoralizante capaz de despojar de los mejores deseos, preferencias y satisfacciones al médico más vocacional.

Pero si ese estar radicalmente asentado en la realidad le exige al médico una apertura al hecho de enfermar, también le plantea la necesidad de saber estar abierto a sus propios límites, a su propia vulnerabilidad como cuidador. Ésta no solo tiene su origen en la confrontación con el daño provocado por la enfermedad. También es vulnerabilidad ligada a su encuentro con poderes a los que confía su propia vida profesional: el equipo con el que trabaja día a día, la organización sanitaria en la que se mueve o los poderes sociales económicos y políticos.

Ningún esbozo moral surge de la nada. Por eso, antes de entrar propiamente en él, se hará una exposición sucinta de los referentes desde los que parte. Estos referentes, que en su conjunto se denominan técnicamente *sistema de referencia*⁶⁹⁷,

⁶⁹⁶ ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION. *Advancing Education in Medical Professionalism* [en línea]. [U.S.A.]: ACGME, 2004. Disponible en: http://www.usahealthsystem.com/workfiles/com_docs/gme/2011%20Links/Professionalism%20-%20Faculty%20Dev..pdf [Consultada: 31 de enero de 2011].

⁶⁹⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

constituyen como se verá, un *apoyo* para el inicio de la indagación moral que se propone y que, como se ha afirmado, no nace de la nada. Por ejemplo, las tablas de los derechos humanos o los códigos deontológicos médicos nacionales e internacionales, en cuanto apoyo, son parte de ese sistema de referencia.

Pero además, los referentes constituyen una clave que permite contrastar la medida o desmedida de los resultados de esa búsqueda. No son una justificación del camino iniciado, sino realidades que, además de ser cimiento y apoyo, son medida o canon con el que se compara lo esbozado. Los referentes permiten hacerse una idea de la adecuación o, por el contrario, la pobreza, exageración o despropósito de la propuesta o posibilidad contemplada. De ahí su gran importancia. Colocan a quien esboza su marcha moral en una situación de libertad creadora pero no arbitraria.

Por otro lado, más allá de los referentes propuestos, en el esbozo que a continuación se presenta se mostrarán dos elementos que son bastante familiares en la cultura médica actual: principios y competencias. Los primeros representan el lado deontológico, el lado de los *deberes básicos* que atañen al médico. Las competencias representan por su parte el lado teleológico, un *horizonte* de cursos de acción hacia los que puede dirigirse la vida profesional del médico. Pretenden una validez que permita su aplicación a lo largo de toda la vida profesional del médico, incluso en un contexto de cambios continuos.

Las competencias que se proponen buscan dar respuesta a los objetivos propios de la medicina, de acuerdo a los principales retos que se le plantean hoy en el mundo sanitario y al actual estado del saber médico. Tienen su punto de partida en el sistema de referencia (ver más adelante). Sugieren cursos de acción muy generales. Metafóricamente podríamos considerarlas como anchas autopistas, con una determinada dirección y con múltiples y diferentes carriles en los que se puede uno colocar.

Estas competencias tienen, como no podía ser de otro modo, unos indicadores de desempeño, que son formulados como hechos que acreditan su efectiva ejecución. Estos indicadores serían, pues, algo así como carteles indicadores de que se circula en la buena dirección, siguiendo la metáfora de la autopista. Esos indicadores tienen que ver con conductas concretas y con medidas relativas a procesos o resultados de la práctica. Pero también tienen que ver con los actos intencionales, que son considerados aquí como hechos. Hechos transparentes solo

para el que los realiza, pero al fin y al cabo hechos clave para definir las actitudes y, como consecuencia, las conductas y los resultados de la práctica profesional.

Por otro lado, los principios que se presentan son realmente muy generales. Se fundan en el análisis de la inteligencia y la realidad de Xavier Zubiri⁶⁹⁸ y en su ética formal de bienes, según ha sido formulada por Diego Gracia⁶⁹⁹. Tienen su razón de ser por su capacidad de orientar y fundamentar éticamente las competencias que se proponen. En este sentido, en cuanto que se “aplican” o ponen en práctica, han tenido una función descendente en la elaboración de las competencias del esbozo. Pero para concretar su formulación también han sido “invocados”⁷⁰⁰, o elaborados a partir de éstas. El esbozo se apoya así en una fundamentación filosófica, pero no renuncia a un círculo interpretativo de la realidad moral en la práctica médica.

Por otro lado, en este esbozo *no* se parte de la hipótesis de que para ser buen médico hace falta ser previamente buena persona. Sino más bien de la hipótesis de que la profesionalidad que exige la atención al enfermo le proporciona al médico un poder, no solo de hacer buena medicina, sino también de hacer buena su persona. De tal modo que la realización de los actos moralmente buenos, necesarios para hacer una buena medicina, contribuirá a construirle como buena persona.

Quien ya tiene las cualidades que estas competencias exigen y descubren, tendrá una parte del camino recorrido. Pero aún así, mediante este esbozo se propone un camino que pretende fortalecer la estructura moral y ampliar esas intenciones, actitudes y cualidades, que confieren al profesional un poder moral éticamente válido y confiable como cuidador, como científico y como ciudadano.

Se trata de un esbozo que surge desde la experiencia acumulada por el autor durante unas tres décadas de práctica clínica, desarrollada en una época histórica en la que se han producido numerosos cambios en la medicina. Este trabajo no representa, por tanto, un mero ejercicio especulativo, sino aquello que el autor comprende que le ha sido útil para orientar su práctica en un contexto social sanitario muy inestable.

⁶⁹⁸ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

⁶⁹⁹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 399. ISBN: 84-7754-045-4.

⁷⁰⁰ HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower, [2002]. p. 100. ISBN: 84-330-1718-7.

Una vez hecho el desarrollo del esbozo, para finalizar se hará una propuesta metodológica de su aplicación. Como ejemplos, se presentarán reflexiones respecto a algunos momentos cruciales de la vida profesional. Situaciones que entrañan dificultades a la hora de enfocar y orientar la vida profesional; que requieren un proceso en el que se va hilvanando o deshilvanando la propia vida profesional. Aunque surgen inspirados desde una perspectiva narrativa, cada uno de ellos será explorado como un momento propio de cualquier ciclo de la actividad clínica. Por tanto, no representan etapas, sino facetas o aspectos clave en la vida moral y profesional del médico. En ellos será aplicado de forma metódica el esbozo previamente planteado.

5.1. LOS REFERENTES ÉTICOS.

“No Señor Hoshino. Eso Nakata no lo sabe. Nakata hace lo que *tiene que hacer*. Pero qué ocurrirá cuando él lo haga, eso Nakata no lo sabe”⁷⁰¹.

En el sistema de referencia nos podemos encontrar con una diversidad de elementos. Su denominador común es el *deber* resultante de las obligaciones que la propia realidad impone, aún cuando, desde la libertad se puedan aceptar o rechazar. Aquí se consideran especialmente relevantes los siguientes elementos: los retos que se deben resolver, los bienes implicados que se deben proteger y los deberes básicos a respetar, los modelos que se deben seguir y la conciencia moral.

En el fondo del sistema de referencia moral subyace siempre un sentido del deber fundado en el carácter vinculante o comprometedor de la realidad: aquello que somos y a lo que pertenecemos. Por otro lado, el sistema de referencia, aunque es apoyo y referencia direccional (“motor de arranque”) y canónica (“la prueba del nueve”), no es un absoluto. Tampoco es justificación última de las opciones de la razón moral. Únicamente es esto: apoyo y medida referente para el inicio de la marcha de la razón moral.

⁷⁰¹ MURAKAMI, Haruki. *Kafka en la orilla*. 3ª ed.. Barcelona: Tusquets Editores, 2007. p. 423 ISBN: 978-84-8310-356-2.

Es necesario señalar que la divinidad ha sido y es parte del sistema de referencia de la práctica clínica para muchos médicos, así como para el propio autor. La divinidad, según la tradición judeocristiana, constituye un referente esencial fundamental como apoyo y canon para la marcha de la razón moral del autor. Es canon, tanto frente a quimeras que desbordan las posibilidades reales humanas, como frente a convencionalismos personales o sociales. Y es apoyo imprescindible. Pero su explicación va más allá del objetivo de este trabajo.

5.1.1. *Los retos.*

“Decidió abandonar todas las obras que había escrito hasta entonces y escribir una nueva historia a partir de una hoja en blanco”⁷⁰².

En realidad, los problemas morales no tienen por qué formar parte del sistema de referencia, pues son otra cosa. Pero en el momento en el que un problema moral, es identificado y considerado como un reto, entonces viene a constituirse en apoyo y orientación concreta para la búsqueda de la razón moral. Es apoyo en la medida en la que, como reto, ya se vislumbra una viabilidad de búsqueda de soluciones. Si ese problema fuera simplemente ignorado o considerado irresoluble, no sería posible un avance moral en relación al mismo. Y es referente orientador en tanto en cuanto la dirección que toma el inicio de la marcha moral es diferente según la formulación que se dé a ese reto.

Los retos morales que surgen en el transcurso de la vida profesional no son pocos y además cambian según el momento histórico de la sociedad y el momento biográfico de la persona. Parece que para una gran mayoría de médicos estos retos tienen que ver en el momento actual, con el incremento de las expectativas de un acceso a la atención y a unos resultados clínicos, tanto por parte de la población como de los políticos; para otros muchos es un reto el mero cambio en los patrones laborales⁷⁰³.

En el momento histórico actual, la población que plantea tales desafíos es una población que ha incrementado su longevidad, una población muy heterogénea culturalmente, con problemas de salud agudos, crónicos y múltiples y que, además,

⁷⁰² MURAKAMI, Haruki. 1Q84. Tusquets Editor, 2011. p. 260. ISBN: 978-84-8383-296-7

⁷⁰³ *DOCTORS in Society : Medical Professionals in a Changing World. Report of a Working Party, December 2005.* Royal College of Physicians of London (col.). London: Royal College of Physicians, 2005. p. 99. ISBN: 978-1860162558.

tiene un fácil acceso a información sanitaria⁷⁰⁴ de diversa calidad. Un porcentaje significativo de esta población, tras ser atendida, hubiera deseado participar más en las decisiones referidas a su propia salud⁷⁰⁵.

Vivimos una época en la que los médicos están sometidos a las presiones de diversas fuerzas sociales^{706,707} que, además de ser vistas como amenaza para la profesión⁷⁰⁸, están dando lugar a cambios que representan verdaderos retos desde el punto de vista moral. Todo lo que podría ser visto como puro problema, como los fenómenos de intermediación de políticos y gestores en la práctica clínica, de burocratización, de mercantilización, de trato de los servicios sanitarios como un producto industrial y de consumo sujeto a mínima variabilidad y coste⁷⁰⁹; todo ello, también puede ser contemplado como un colosal reto moral que lanza en una determinada dirección a cada médico en particular y a la corporación médica en general a la búsqueda de soluciones.

Desde el punto de vista que aquí se asume, contando como agente moral con la persona concreta del médico, se plantea como reto ante todo: cómo lograr una buena práctica médica en un contexto complejo, cambiante y amenazador; y cómo establecer patrones de trabajo diario propios de un buen médico (desarrollando actitudes y conductas apropiadas).

5.1.2. Los bienes implicados.

“Un paciente desdichado va al médico y le ofrece una enfermedad con la esperanza de que al menos esa parte de él (la enfermedad) pueda ser reconocible... La tarea del médico ahí... es reconocer al hombre”⁷¹⁰.

⁷⁰⁴ JOVELL, Albert. *El Futuro de la Profesión Médica : Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI* [en línea], 2001. Disponible en: http://www.fundsis.org/docs_act/166_Documento-de-trabajo-7.pdf [Consultada: noviembre 2011]

⁷⁰⁵ *DOCTORS in Society : Medical Professionalims in a Changing World. Report of a Working Party, December 2005.* Royal College of Physicians of London (col.). London: Royal College of Physicians, 2005. ISBN: 978-1860162558.

⁷⁰⁶ SNYDER, L. American College of Physicians Ethics Manual. *Annals of Internal Medicine.* 2012 Jan., vol. 156, núm 1 Part 2, p. 73 -104.

⁷⁰⁷ BLANK, L [et al]. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter 15 months later. *Annals of Internal Medicine.* 2003 may., vol. 138, núm 10, p. 839-841.

⁷⁰⁸ GRACIA GUILLÉN, Diego. Ética profesional y ética institucional : ¿Convergencia o conflicto? *Revista Española de Salud Pública.* 2006 Oct., vol. 80, núm. 5, p. 457-467.

⁷⁰⁹ CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. *Professionalism in medicine.* Ottawa: CMA, 2001. ISBN: 0-920169-93-7.

⁷¹⁰ BERGER, John ; Mohr, Jean. *Un hombre afortunado historia de un médico rural.* Madrid: Alfaguara, 2008. pp. 81-82. ISBN: 978-84-204-7349-9.

Los bienes implicados son un referente fundamental. Esto es así por que los bienes vinculan en la medida en la que son descubiertos y estimados. Los bienes vinculan con mayor o menor fuerza, pero los hay que se imponen de tal forma que solo es buena la voluntad que los quiere⁷¹¹. Esos bienes suscitan obligaciones que pueden enunciarse como deberes concretos, asumidos libremente.

El principal bien ante el que se encuentra todo médico es el de la realidad humana; y la principal obligación que suscita ese bien es el cuidado de esa realidad. Por obvio que parezca, hay que recordar que la realidad humana ante la que se encuentra el médico no es solo la del paciente. También lo es su propia persona, las personas del equipo con el que trabaja, las que representan a la organización en la que se mueve, la sociedad.

El principal deber que surge de esa obligación sería el del cuidado del “otro”, que aquí se le da un significado por el que se abarca al paciente y todos los afectados por la práctica médica, incluido sí mismo como otro. Esta obligación se podría formular de la siguiente manera: *Toda realidad humana, actual y futura, compromete a la máxima consideración y respeto.*

Pero el médico tiene un modo específico de cuidar de lo humano, que es el cuidado de la salud humana. El abanico de bienes que a partir de aquí entran en liza se abre extraordinariamente. En primer lugar el de la propia salud humana⁷¹²; en segundo lugar el de la práctica médica; en tercer lugar el del papel social que representa el médico como tal; en cuarto lugar los bienes externos a la práctica derivados del trabajo (dinero, prestigio, influencia). Todos estos bienes obligan de distinto modo: no obliga con igual fuerza el cuidado de la salud que el de los bienes externos a la profesión. Cuando éstos se anteponen a aquéllos se produce una deformación de la práctica.

Prescindir del cuidado de lo humano por anteponer otros bienes ha dado lugar a situaciones erróneas en la práctica médica. Por ejemplo, anteponer la práctica médica en su aspecto científico-técnico a la realidad humana ha dado lugar a la

⁷¹¹ TAYLOR, Charles. *Fuentes del yo: la construcción de la identidad moderna*. Paidós: Barcelona, 1996. Citado en: HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower, [2002]. p. 132. ISBN: 84-330-1718-7.

⁷¹² “En la consulta de mi padre aprendí que la salud del paciente puede anteponerse a las necesidades personales y familiares”. En: JOVELL, Albert. “El orgullo de ser médico”. *Medicosypacientes.com* [en línea]. Madrid, 16 de febrero de 2009. Disponible en: http://www.medicosypacientes.com/noticias/2009/02/09_02_16_jovell [Consultada: 21 de diciembre de 2011]

utilización de poblaciones vulnerables para realizar experimentos éticamente injustificables⁷¹³; el dar prioridad a ciertas convenciones sociales, como ocurrió en la época nazi, hizo cómplices a muchos médicos de aquel régimen político⁷¹⁴. Vemos, pues, que en el sistema de referencia hay una diversidad de bienes que obligan y, de ese modo comprometen y ponen en deuda al médico con esa realidad humana con la que trabaja.

5.1.3. *El deber*

“Los *deberes del médico respecto del enfermo* no son otra cosa que el cumplimiento de la regla de oro del arte de curar: procurar el bien de su paciente”⁷¹⁵.

Hemos visto que los bienes implicados generan obligaciones, que pueden ser asumidas libre y responsablemente, y que pueden formularse entonces en forma de deberes. Desde esta perspectiva los deberes no son, pues, algo meramente impuesto desde una instancia ajena al agente moral, sino algo reconocido como propio, por ser apoyo y orientación hacia una promoción positiva e incluso hacia una plenitud humana⁷¹⁶. De forma genérica y formal, el deber de un profesional se puede enunciar, tal como se ha expresado ya anteriormente en este trabajo, con la siguiente máxima: *Ejerce tu profesión apropiándote de las posibilidades que al dar de sí contribuyen de forma efectiva a una positiva promoción humana.*

Según lo expuesto, siguiendo un orden lexicográfico de prioridades, es lógico afirmar que el primer deber para el médico es el cuidado de toda realidad humana con la que se encuentre (incluido sí mismo como otro⁷¹⁷), sea cual sea la fase del ciclo vital de aquélla; y sea cual sea esa realidad: pacientes, colegas, gestores, familia, amigos, etc. El segundo deber es el cuidado de la salud humana del paciente y de sí mismo. El tercero, el cuidado o mejora continua de la práctica médica, dando

⁷¹³ “No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración”. En: ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial : Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos* [en línea], 2008. Disponible en: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> [Consultada: Marzo 2012]

⁷¹⁴ LÓPEZ-MUÑOZ, Francisco ; Álamo, Cecilio. El caduceo y la esvástica (II). La medicina clínica en el nazismo. *Jano. Medicina y humanidades*. 2008, vol. 1700, p. 52-54.

⁷¹⁵ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 183. ISBN: 84-95840-03-0.

⁷¹⁶ “Se le notaba fatigado, pero parecía más satisfecho que cuando salió. Había cumplido un deber y realizado un sacrificio y estaba satisfecho de sí mismo”. En: BRONTË, Charlotte. *Jane Eyre*. Madrid: Espasa Calpe, 2007. ISBN: 84-670-2572-7.

⁷¹⁷ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 109. ISBN: 84-323-0923-0.

cuentas de la misma⁷¹⁸, e incluyendo el cuidado de su cara asistencial, docente e investigadora. Y el cuarto, el cuidado de los bienes externos a la profesión: la posición económica, la influencia y el reconocimiento social.

Estos deberes se fundamenta en máximas normativas recogidas por las grandes tradiciones de la humanidad en general y, en particular, en la tradición de la corporación médica. Muchas de ellas están recogidos en diversos documentos, por ejemplo los de la Asociación Médica Mundial^{719,720,721,722}, el Consejo General de Colegios de Médicos de España⁷²³ o el American College of Physicians⁷²⁴.

La fundamentación de una ética formal de bienes (que no excluye el razonamiento lógico), así como las expresiones de las grandes tradiciones morales constituyen, en la medida de que son elementos morales ya justificados racionalmente -lógica e históricamente- un punto de partida sólido que permite orientar la marcha de la razón moral de una ética de las profesiones para la práctica médica. Sin ser referentes absolutos, sí son referentes sumamente sólidos como apoyo y orientación de la marcha de la razón moral.

5.1.4. Referentes humanos

"A fe que merece simpatía el hombre que me demuestra lo que yo podría haber sido y no soy"⁷²⁵.

⁷¹⁸ JOVELL, Albert. *El Futuro de la Profesión Médica : Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI* [en línea], 2001. Disponible en: http://www.fundsis.org/docs_act/166_Documento-de-trabajo-7.pdf [Consultada: noviembre 2011]

⁷¹⁹ ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. *Código Internacional de Ética Médica* [en línea]. Francia: AMA, 1983. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policias/c8/17a_es.pdf [Consultada: Marzo 2012]

⁷²⁰ La Declaración de la AMM sobre la Promoción de la Salud estipula que: "Los médicos y sus asociaciones profesionales tienen el deber ético y la responsabilidad profesional... y compromiso para promover y asegurar la salud del público." En: ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. *Manual de ética médica* [en línea]. 2ª ed.. Francia: AMA, 2009. p. 74. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf [Consultada: Marzo 2012]

⁷²¹ ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. *Manual de ética médica* [en línea]. 2ª ed.. Francia: AMA, 2009. p. 117. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf [Consultada: Marzo 2012]

⁷²² ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial : Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos* [en línea], 2008. Disponible en: <http://www.wma.net/en/30publications/10policias/b3/index.html> [Consultada: Marzo 2012]

⁷²³ CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS. *Código de deontología médica : Guía de ética médica* [en línea]. Madrid: CGCOM, 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_2011.pdf [Consultada: 10 diciembre 2011]

⁷²⁴ SNYDER, L. American College of Physicians Ethics Manual. *Annals of Internal Medicine*. 2012 Jan., vol. 156, núm 1 Part 2, p. 73 -104.

⁷²⁵ DICKENS, Charles. *Historia de dos ciudades*. Kindle Edition (Spanish ed.).

Las personas, con sus palabras, gestos, conductas y resultados, se muestran a los otros como icono de una vida moral efectiva más o menos válida. Demuestran lo que están dando o han dado de sí en su propia marcha de la razón moral. En este sentido, no son solo modelos posibles (posibilidades), sino evidencia de la vida moral. Siempre ha habido personas capaces de despertar admiración por el modo de conducir su vida. En el campo de la medicina han sido numerosas las figuras que han destacado por algún motivo: Hipócrates, Galeno, Sum Simiao, Maimónides, Aberroes, Osler, etc. La lista es afortunadamente muy larga. El legado de estas personas es una interpelación continua a los modos en los que se puede desarrollar la vida profesional⁷²⁶. Como parte de la realidad constituyen una referencia en tanto en cuanto orientan la propia búsqueda y se muestran como medida de lo que es humanamente posible.

Otro asunto es si la marcha que proponen algunos modelos es éticamente válida o errónea. Son conocidos los estudios que muestran un giro de los ideales al cinismo en los estudiantes de medicina⁷²⁷. Es enorme la influencia que los médicos pueden ejercer en sus alumnos y compañeros. Un buen médico puede ejercer una mayor influencia que muchas lecciones o cursos de ética⁷²⁸.

5.1.5. La conciencia moral

"Ahora soy un poco mejor, creo yo, el problema pareció disminuir a medida que iba haciéndome mayor, pero en aquella época... iba por ahí con la sensación de que mi vida nunca me había pertenecido de verdad, de que siempre había estado ausente de mí mismo, de que jamás había tenido una personalidad real"⁷²⁹.

No es posible dejar de hacer alusión a la conciencia moral como referente de apoyo y orientación en la marcha de la razón moral. La conciencia moral es la instancia subjetiva del deber, aquella que le conecta a uno mismo con su propia realidad. Es, en última instancia, allí donde se pueden apoyar las decisiones más difíciles. Donde se asume coherentemente la responsabilidad del riesgo de error que

⁷²⁶ MARINAS, Jose Miguel. *La razón biográfica : Ética y política de la identidad*. Madrid: Biblioteca Nueva, [2004]. p. 90. ISBN: 84-9742-276-1.

⁷²⁷ HAFFERTY, Frederic. *Measuring Professionalism : A Comentary*. En: STERN, David T.. *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006. p. 291. ISBN: 978-0-19517226-3.

⁷²⁸ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 117. ISBN: 978-0-19508289-0

⁷²⁹ AUSTER, Paul. *Un hombre en la oscuridad*. Barcelona: Anagrama, 2008. ISBN: 978-84-339-7485-3.

siempre supone el elegir. Toda elección está marcada por ese riesgo. La conciencia ayuda y orienta la decisión, aceptando el riesgo.

Con este tema se entra en el ámbito de la intuición (impresión directa e inmediata) de lo que se debe hacer. “En conciencia creo que debo hacer esto o aquello”, se dice. En la conciencia moral se integran ideas, convicciones y sensibilidad; todo lo comprendido sentiente, intelectual y moralmente. Por eso, en el trabajo deliberativo propio de la marcha de la razón moral, es imprudente prescindir de esa intuición. Pero además, prescindir de esta instancia equivale a desgajar al sujeto de sí mismo, arrancarle de su propia realidad como referente.

Si bien la conciencia moral puede y debe ser el fundamento de las decisiones morales del sujeto, en la práctica médica se debe poder justificar (o validar) éticamente. Su validez no depende tanto de si es una instancia subjetiva u objetiva, como de si se puede justificar de un modo lógico e histórico: bien por su coherencia con una buena voluntad que busca razonablemente la promoción positiva humana; bien por sus frutos previsibles o ya efectivos (léase resultados o consecuencias).

Los referentes normativos dan cabida a la objeción de conciencia del médico por convicciones éticas, morales o religiosas, como un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia del ejercicio profesional. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que toda conciencia moral es manipulable; y que hay conciencias patológicas, que van de los extremos de la conciencia laxa a la conciencia escrupulosa⁷³⁰. En la práctica médica se han propuesto las nociones de pseudo-objeción, es decir, objeción falsa o éticamente injustificable; y cripto-objeción, es decir, objeción de conciencia oculta, que se hace efectiva de forma encubierta⁷³¹.

Por tanto, la conciencia moral, sin ser un referente absoluto, no deja de ser una instancia primordial para dar apoyo y orientación a la marcha de la razón moral.

⁷³⁰ ETXEBARRÍA, Xabier. *Temas básicos de ética*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2002. p. 173. ISBN: 978-84-330-1667-6.

⁷³¹ GRACIA GUILLÉN, Diego ; Rodríguez Sendín, Juan José ; González Fandós, Ramiro. *Ética de la objeción de conciencia*. Madrid: Ergon : Fundación de Ciencias de la Salud, 2008. pp. 7-8. ISBN: 978-84-8473-679-0.

5.2. ESBOZO.

"Todas las maneras de pensar tienen una forma y un colorido concretos. E, igual que la Luna, crecen y menguan"⁷³².

Un esbozo es un bosquejo o boceto que se realiza en cualquier obra (especialmente en las artes plásticas), que puede alcanzar un mayor desarrollo⁷³³, porque no ha alcanzado su forma y estructura definitivas. Aquí se entiende por esbozo una representación o construcción racional abierta en la práctica real a adaptaciones, en la que se enuncia verbalmente una determinada opción moral.

Como cualquier otro esbozo, puede dar cuenta de la realidad moral y de las elecciones que propone de un modo acertado o erróneo⁷³⁴. Y puede ser bueno o malo, en la medida que le sirva realmente para lograr una vida profesional buena. Será válido en tanto en cuanto permita avanzar en una experiencia de promoción positiva humana. Y en todo caso, es seguro que será siempre insuficiente, porque la vida moral, como cualquier realidad, no puede ser contenida o encajonada en palabras. La realidad siempre será mucho más rica que el lenguaje.

El esbozo que se propone busca la promoción del bien interno de la medicina (la salud) a través de un fortalecimiento del *poder moral efectivo* del médico. Las competencias representan posibilidades que apelan directamente de la estructura moral humana, es decir, a la volición, a querer personal. Son amplios cursos de acción que proponen fortalecer el poder moral (de la estructura moral) del médico sin dejar de situarse en la línea de lo éticamente válido. El poder que confieren las competencias tendrá una repercusión en el modo de ser del profesional y en el contexto en el que se mueva⁷³⁵.

Esto no tiene por qué ocurrir con las competencias científico-técnicas, ni siquiera con ciertas virtudes. Se puede ser un magnífico científico y técnico,

⁷³² MURAKAMI, Haruki. 1Q84. Tusquets Editor, 2011. p. 666. ISBN: 978-84-8383-296-7

⁷³³ DICCIONARIO de la lengua española [en línea]. 22ª ed. Disponible en: http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=esbozo. [Consultada: abril 2012]

⁷³⁴ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 495. ISBN: 84-7754-045-4.

⁷³⁵ ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION. *Advancing Education in Medical Professionalism* [en línea]. [U.S.A.]: ACGME, 2004. Disponible en: http://www.usahealthsystem.com/workfiles/com_docs/gme/2011%20Links/Professionalism%20-%20Faculty%20Dev..pdf [Consultada: 31 de enero de 2011].

desmoralizado y trabajando de un modo éticamente erróneo. Esto no debería ocurrir con las competencias que aquí se proponen. De ahí que sean consideradas como competencias propiamente éticas, frente a las científico-técnicas, que son morales (por su carácter de bien apropiable), pero éticamente ambiguas. Las competencias propuestas son cursos de acción generales en los que se ponderan principios, poder moral y consecuencias.

Se plantean como “cuidado de”. Cuidado de: la sensibilidad al daño, del interés por el paciente, del saber médico y de la confianza. Se trata, por tanto, de un esbozo que se inscribe en una ética del cuidado responsable, sensible, racional y fiable. Una ética continuamente abierta a un proceso que apela al poder del médico como agente moral para realizar competentemente su trabajo, incluso en situaciones hostiles al mismo.

Lo que en cualquier caso se está presentando son posibilidades de un modo no impositivo, sino propositivo, desde el respeto a la libertad personal de practicar o no la medicina, así como de hacerlo de muy diferentes formas. Pero de ser aceptada esta propuesta de posibilidades, su probación práctica resulta ser sumamente exigente. Con una exigencia y un coste proporcionales al bien del que se hace cargo la medicina.

Se exige constancia, esfuerzo y restricción de posibilidades de elegir lo que se desea. Esto es evidente, por ejemplo, para el estudiante de medicina, cuyo estudio requiere todo lo mencionado anteriormente. Por otro lado, con ser exigente, este esbozo no debería constituirse en una carga insostenible para quien realmente quiere practicar una buena medicina. Los bienes descubiertos a lo largo de la marcha moral que propone son más fuertes que los males confrontados. Por ejemplo, desde la libertad personal que proporciona el poder sanar, se puede soslayar la inevitable pérdida de posibilidades de conseguir otros bienes secundarios.

Tampoco se trata de ir haciendo un balance segundo a segundo de lo conseguido frente a lo perdido: será inevitable el paso por momentos en los que se palpan los propios límites de lo tolerable. La apuesta que propone este esbozo va más allá de lo aprendido de forma directa e inmediata en un momento dado. Es así, porque, sin menospreciar los bienes ya inmediatamente accesibles, busca y quiere descubrir bienes que están siempre más allá de las impresiones inmediatas.

El esbozo, como representación, es por sí mismo un modo peculiar de realidad. Es evidente que a su modo es algo tan real (está ahí y es algo distinto a mí) como lo puede ser un boceto del cuerpo humano. Y se trata de una representación que actualiza (hace presentes) de modo peculiar aquellas realidades a las que alude. Del mismo modo que una radiografía es una representación que actualiza de forma peculiar la realidad de los órganos internos del paciente. Este esbozo lo que pretende actualizar intelectivamente es la realidad moral: deberes, posibilidades, cursos de acción, etc.

5.2.1. *Los principios.*

“Las leyes y los principios no son para observarlos cuando no se presenta la ocasión de romperlos, sino para acordarse de ellos en los momentos de prueba...”⁷³⁶.

Los principios ayudan a orientar la acción. Se trata de elementos de utilidad para la marcha de la razón moral, especialmente en momentos marcados por la confusión o una gran incertidumbre. Los cambios sociales provocan “transiciones sanitarias”⁷³⁷, que tienen como denominador común el ser algo multifactorial, dinámico y que tiende a superar la capacidad de asimilación y reacción. En la práctica tienen que ser aplicados de forma prudente y, por tanto, especificados en forma de normas más concretas y ponderados en caso de conflicto entre ellos⁷³⁸. Esto se explicará mejor más adelante.

Ayudan a evitar la arbitrariedad moral⁷³⁹. Tal como se plantean aquí, son abstracciones que aluden a *realidades* valiosas que a su vez generan obligaciones que comprometen. De ahí que los principios se puedan formular como máximas que expresan reglas generales de conducta. Desde esta perspectiva los principios (meras ideas) como tales no generarían deberes, como a veces se afirma⁷⁴⁰, sino que simplemente los expresan en forma de reglas generales. Son las realidades valiosas

⁷³⁶ BRONTË, Charlotte. *Jane Eyre*. Madrid: Espasa Calpe, 2007. ISBN: 84-670-2572-7.

⁷³⁷ JOVELL, Albert ; Navarro D. *Profesión médica en la encrucijada : hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social*. Documento de trabajo 98/2006 [en línea]. ISBN: 84-96653-21-8. Disponible en: <http://www.falternativas.org/en/laboratory/documentos/documentos-de-trabajo/profesion-medica-en-la-encrucijada-hacia-un-nuevo-modelo-de-gobierno-corporativo-y-de-contrato-social> [Consultada: abril de 2012]

⁷³⁸ BEAUCHAMP, Tom L. ; Childress, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 5ª ed.. New York: Oxford University Press, 2001. ISBN: 0-19-514331-0.

⁷³⁹ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 18. ISBN: 978-0-19508289-0

⁷⁴⁰ SNYDER, L. American College of Physicians Ethics Manual. *Annals of Internal Medicine*. 2012 Jan., vol. 156, núm 1 Part 2, p. 73 -104.

concretas las que generan las obligaciones y deberes, y así son fundamento de los principios. Esta matización sería una sutileza, si no fuera porque es necesaria para no perder pie respecto a lo concreto.

Por esta razón, también hay que matizar que los principios no son entendidos aquí como afirmaciones que derivan de los fines y propósitos de la práctica médica⁷⁴¹, sino afirmaciones que derivan de la propia y concreta realidad, por su carácter vinculante (en lo que al paciente se refiere) y libremente vinculado (en lo que al médico se refiere). Lo que está en juego no son fines (naciones que aludirían a un presunto horizonte natural preestablecido de la práctica médica), sino bienes reales que son vislumbrados, buscados y realizados con gran esfuerzo y a menudo a tientas. Esos bienes pueden esbozarse en forma de objetivos o metas perseguidos, que no son exactamente lo mismo que los fines, tal como se entienden desde una perspectiva naturalista.

Los principios considerados aquí de mayor importancia en la práctica médica son los siguientes: el principio de prioridad del paciente, el principio de responsabilidad y el principio de confianza.

5.2.1.1. Principio de prioridad del paciente⁷⁴²:

“Nunca me había sentido tan solo, tan perdido, tan abandonado, tan absolutamente privado de ayuda”⁷⁴³.

El centro de atención de la práctica médica es en primer término la vulnerabilidad del paciente en cuanto paciente, pero también la de todos los afectados por la práctica médica.

Se entiende aquí por paciente (en un sentido muy lato y deliberadamente poco preciso) toda sustantividad o realidad humana enferma o en riesgo de enfermar en cualquier momento de su ciclo vital. Se refiere a toda criatura propia de la especie humana, existente o por llegar. No se entiende, por otro lado, la palabra paciente como objeto pasivo de atención, ni como mero usuario de un sistema sanitario.

⁷⁴¹ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 22. ISBN: 978-0-19508289-0

⁷⁴² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

⁷⁴³ SACKS, Oliver. *Con una sola pierna*. Barcelona: Editorial Anagrama, [1998]. ISBN: 84-339-0568-6.

El reconocimiento del otro como semejante en la “común filialidad”⁷⁴⁴ y en la vulnerabilidad compartida, es la puerta que abre, ya desde los inicios de la *tékhne iatriké*, la posibilidad del desarrollo de una relación entre médico y paciente. El principio de prioridad del paciente se abre a la posibilidad de toparse en la práctica clínica con una relación en la que paciente y médico co-participan (cada uno a su modo) de su condición humana, de su vulnerabilidad, del daño inflingido por el enfermar y del esfuerzo por evitar ese daño. Y en este sentido, el principio de realidad recuerda que el médico es parte no poco importante del tratamiento⁷⁴⁵.

El principio de realidad no solo alude a “la naturaleza de la enfermedad y las conexiones emocionales naturales entre los individuos”⁷⁴⁶, desde donde a veces se trata de presentar una fundamentación de corte emotivista para la índole de la relación clínica. También se funda en el sentido de realidad (intelección), en el poder de libre apropiación de posibilidades de los individuos (volición) y la fuerza vinculante de la realidad (el “otro”), densa y rigurosamente descritos y argumentados por autores como Zubiri y Levinas.

Como la realidad humana se nos presenta individual y socialmente, según este principio cualquier médico adquiere una obligación, tanto con el individuo que acude a su consulta, como con la sociedad en la cual se realiza esa práctica, en tanto en cuanto esa sociedad está en riesgo de enfermar o está ya enferma. Se asume aquí, por otro lado, la noción de enfermedad ante todo como una alteración de la estructura psico-orgánica que “interfiere con la capacidad de la persona para perseguir sus metas vitales y para funcionar en su contexto social y laboral habitual”⁷⁴⁷. Cuando se alude al “riesgo de enfermar”, se asume una representación de los efectos remotos⁷⁴⁸ de la acción o inacción humana respecto de esta noción.

En el transcurso de la vida profesional, el individuo como discente, asistencial, docente, gestor o investigador, se va a enfrentar a múltiples situaciones en las que intervienen diversos elementos de la realidad que tienden a dispersar su

⁷⁴⁴ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 64. ISBN: 84-95840-03-0.

⁷⁴⁵ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 181. ISBN: 84-95840-03-0.

⁷⁴⁶ STERN, David T.. *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006. p. 17. ISBN: 978-0-19517226-3.

⁷⁴⁷ The GOALS OF MEDICINE : Setting New Priorities Q2. Callahan, Daniel (dir.). *The Hastings Center Report*. 1996, vol. 26, núm. 6, p. S1-S27.

⁷⁴⁸ JONAS, Hans. *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. 2ª ed.. Barcelona: Herder, 2004. ISBN: 84-254-1901-8.

atención. A modo de ejemplo, algunos de esos elementos pueden ser los diversos criterios de inteligir, aprehender y transformar la realidad, la implicación variable de bienes y valores de diversa índole, los cambios sociales en los que intervienen fuerzas que tienden a orientar la práctica médica en diversas direcciones.

Todo ello puede contribuir, paradójicamente, a distraer y desvincular al médico de la realidad que tiene delante, que no es otra que el paciente. El principio de prioridad del paciente reclama una *atención* en cualquier momento y situación de la práctica médica hacia el otro enfermo, proponiendo el desarrollo de cualquier actividad profesional a partir de este principio.

Este principio tiene una mayor relevancia cuanto más se aleje la práctica médica del contacto directo con el paciente. Por ejemplo, en actividades relacionadas con la gestión de los recursos, la gestión de las relaciones entre profesionales, de las relaciones entre la profesión y la sociedad. En esas circunstancias es todavía más necesario tener presente la vulnerabilidad humana ante la enfermedad.

En síntesis, el principio de prioridad del paciente se justifica por el carácter vinculante de la realidad humana, que a su vez tiene su origen en el hecho de su vulnerabilidad para enfermar y, por tanto, de la existencia de individuos y sociedades en riesgo de enfermar o enfermos.

Podría formularse con la siguiente máxima: *Realiza tu práctica médica, ya sea asistencial, docente, investigadora o de gestión, situando siempre al paciente en el centro de atención de la misma.*

5.2.1.2. Principio de responsabilidad⁷⁴⁹:

“Pero ahora mi situación era más compleja y más confusa, y el doctor Swan tenía que bregar con una carga más pesada... la carga de cuidarse de mí durante semanas o meses quizá”⁷⁵⁰.

⁷⁴⁹ “Responsabilidad es el cuidado, reconocido como deber, por otro ser, cuidado que, dada la amenaza de su vulnerabilidad, se convierte en ‘preocupación’”. En: JONAS, Hans. *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. 2ª ed.. Barcelona: Herder, 2004. p. 357. ISBN: 84-254-1901-8.

⁷⁵⁰ SACKS, Oliver. *Con una sola pierna*. Barcelona: Editorial Anagrama, [1998]. ISBN: 84-339-0568-6.

El médico asume la tarea de hacerse cargo de velar por la salud del paciente, así como de los efectos adversos que su ejercicio profesional pueda tener sobre todos los afectados.

El médico no asume la tarea de hacerse cargo de la totalidad del individuo, sino de su salud. No es una responsabilidad como la del padre respecto de su hijo, que se ocupa del niño como totalidad. En el caso del médico se trata de una responsabilidad muy elevada, pero al mismo tiempo, estrictamente limitada⁷⁵¹.

Se asume aquí la noción de salud como un estado de bienestar e integridad psico-orgánica, que posibilita llegar a perseguir las metas vitales en el contexto social habitual, dada una aceptable ausencia de condiciones patológicas⁷⁵². El principio de responsabilidad ante todo obliga con el enfermo. El origen de la noción de responsabilidad no surge de la relación entre adultos autónomos, sino la relación con alguien que necesita protección⁷⁵³. De ahí que obligue más con el más enfermo. Esto no descarga de la tarea de atender preventivamente a quien se encuentra sano, pero en riesgo de enfermar, ni supone desestima de quienes han sido menos dañados por la enfermedad.

Este principio se justifica por el carácter vinculante y vinculado de la realidad humana consigo misma, con el otro y con la realidad en su conjunto. El otro, enfermo, puede conmover o no, puede representar un reto profesional o no, pero está ahí requiriendo una respuesta. Esta es una verdad inequívoca para el médico. El otro es aprehendido y sentido como real. De ahí surge el “*sentimiento de la responsabilidad*, que vincula *este* sujeto a *este* objeto”⁷⁵⁴. El médico está ahí, pretendiendo *en principio* hacerse cargo y cargar de forma preferente con esa realidad. Si el enfermo precisa atención sanitaria, el facultativo quiere prestársela de un modo específicamente médico.

Siendo así, éste no se complace en prestar ayuda de un modo no médico o, quizá, pseudo-médico. Se entiende como actividad médica aquella actividad que vela y cuida de la salud de los individuos y la sociedad utilizando las posibilidades de la

⁷⁵¹ JONAS, Hans. *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. 2ª ed.. Barcelona: Herder, 2004. p. 183. ISBN: 84-254-1901-8.

⁷⁵² The GOALS of Medicine : Setting New Priorities Q2. Callahan, Daniel (dir.). *The Hastings Center Report*. 1996, vol. 26, núm. 6, p. S1-S27.

⁷⁵³ JONAS, Hans. *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. 2ª ed.. Barcelona: Herder, 2004. p. 83. ISBN: 84-254-1901-8.

⁷⁵⁴ JONAS, Hans. *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. 2ª ed.. Barcelona: Herder, 2004. p. 160. ISBN: 84-254-1901-8.

razón científica que la tradición médica pone a su disposición. Por tanto, toda actividad que distraiga al médico de esta tarea tenderá a constituir un problema. Ya se trate de actividades burocráticas, de recaudación de fondos, de mera presencia social, etc. Lo cual no quiere decir que no haya que hacerlas.

A lo largo de la vida profesional existen multitud de situaciones en las que no está nada claro cómo aplicar y desarrollar este principio. Por ejemplo, en los periodos iniciales de formación, el temor producido por la falta de conocimientos y habilidades puede llevar a eludir responsabilidades; el trabajo en equipo y en organizaciones complejas tiende a provocar una dilución de la responsabilidad; finalmente, el peso de una vida profesional dañada o mal enfocada puede suponer un deterioro de la práctica que lleva al médico a dejar de complacerse en su compromiso como tal.

El principio de responsabilidad se especifica en los principios clave de la bioética. El “velar por la salud” significa un compromiso con la beneficencia, la no maleficencia, con la autonomía de las personas y con la justicia. La respuesta dada no debe ser para el paciente (individuo y sociedad) sino un beneficio justamente procurado. El principio de responsabilidad obliga a buscar ante todo la sanación del paciente.

Ni las fuerzas del mercado, ni las presiones sociales, ni las exigencias administrativas⁷⁵⁵ deberían ser más fuertes que esta obligación. Beneficiar presupone evitar el daño, lo que, entre otras cosas, exige un respeto de las preferencias y decisiones competente y autónomamente tomadas por el paciente individual respecto de su salud. Es innegable la aportación que el esbozo de los principios de la bioética ha aportado a la resolución de graves problemas morales, tanto desde la publicación del Informe Belmont⁷⁵⁶, como del clásico texto de Beauchamp y Childress⁷⁵⁷.

El principio de responsabilidad podría formularse con la siguiente máxima:
Realiza tu práctica médica velando ante todo por la salud del paciente de forma no

⁷⁵⁵ BLANK, L [et al]. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter 15 months later. *Annals of Internal Medicine*. 2003 may., vol. 138, núm 10, p. 839-841.

⁷⁵⁶ NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *The Belmont Report : Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. U.S.A.: Department of Health Education, and Welfare, 1979.

⁷⁵⁷ BEAUCHAMP, Tom L. ; Childress, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 5ª ed.. New York: Oxford University Press, 2001. ISBN: 0-19-514331-0.

maleficente, respetuosa, beneficente y justa, y evitando perjuicios a otros afectados.

5.2.1.3. Principio de confianza:

“Soy creyente, a pesar de que no creo en ningún Dios -respondió-. Pero se puede tener fe en algo que es ajeno al limitado campo de la inteligencia...”⁷⁵⁸.

El ejercicio médico requiere necesariamente de una fiabilidad mutua para la cooperación entre el paciente, el médico y la sociedad.

Sin esta cooperación no es posible la práctica médica. No solo es necesario que haya profesionalidad para que haya confianza⁷⁵⁹. También la confianza es necesaria para que se pueda desplegar adecuadamente la profesionalidad.

El principio de confianza pone el acento sobre la dimensión social de la profesionalidad. Antiguamente el papel de la sociedad se limitaba a reconocer el papel social del médico en cuanto tal y a exigirle unos estándares en su forma de ejercer⁷⁶⁰. Sin embargo, actualmente se ha llegado a un punto en el que la actividad clínica se ha reforzado y ampliado socialmente, gracias al papel que la propia sociedad ha jugado financiando y extendiendo el área de actuación de la práctica médica, especialmente a través de las organizaciones sanitarias.

Para que haya cooperación es necesaria una confianza entre paciente, médico y sociedad. La cooperación se funda en la confianza y en la complicidad moral⁷⁶¹ entre las partes. La mayoría de los pacientes confía en su médico⁷⁶², sin embargo, la

⁷⁵⁸ MANKELL, Henning. *Los perros de Riga*. Ediciones Urano, 2008. ISBN: 978-84-838-3521-0.

⁷⁵⁹ BLANK, L [et al]. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter 15 months later. *Annals of Internal Medicine*. 2003 may., vol. 138, núm 10, p. 839-841.

⁷⁶⁰ El *Comes archiatrorum* en la Roma de Teodorico y la ordenanza de Federico II acerca de la titulación obligatoria del médico, revelan una lata estimación de la medicina e indican una inicial confianza del enfermo en quien debía de atenderle. Sin embargo, la paulatina racionalización jurídica de las relaciones dio un giro contractual a la confianza. Por amistosa que sea, la relación médica es un contrato. En: LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 87. ISBN: 84-95840-03-0.

⁷⁶¹ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 117. ISBN: 978-0-19508289-0

⁷⁶² PICKER INSTITUTE EUROPE. *Is the NHS getting better or worse?* [en línea]. Oxford: PIE, 2005. Disponible en:

http://www.pickereurope.org/assets/content/pdf/Survey_data_analyses/million_patients_for_web.pdf

[Consultada: septiembre 2011]

confianza es algo que el médico debe ganarse continuamente⁷⁶³, tanto ante el paciente individual como ante la sociedad, representada en el nivel intermedio por las organizaciones sanitarias y en el nivel macro por las organizaciones políticas. Esto significa que el principio de responsabilidad pide un trabajo proactivo de la confianza de esas instancias. Lo cual requiere un esfuerzo de presencia activa del profesional en la organización en la que trabaja y en las instituciones corporativas, que son las que hacen visible socialmente a la profesión.

Pero la confianza también es algo que el paciente y la sociedad deben ganarse ante el médico. Su ausencia podría justificar la decisión de suspender la asistencia a los pacientes en determinadas circunstancias⁷⁶⁴, el no trabajar en una determinada organización sanitaria o realizar medidas de presión ante las instituciones políticas. Esto solo puede justificarse si se hace desde el principio de responsabilidad (ver arriba) y desde una prudente ponderación de las consecuencias de actos de este tipo.

Los datos empíricos sugieren que para que haya confianza debe haber un desempeño competente del rol profesional y un determinado orden moral persistente⁷⁶⁵ por parte del médico; y por parte del paciente, un ejercicio activo de apoyo en el otro, al poner en sus manos algo que de algún modo le pertenece. En medicina el paciente confía en la propia medicina y en el médico en cuanto tal⁷⁶⁶.

Pero la confianza hace vulnerable a la parte que confía ante quien acoge esa confianza. En una sociedad compleja, en la que se genera un espacio de confianza entre paciente, sociedad y médico, todas las partes se hacen vulnerables y, en este sentido, más o menos dependientes unas de otras. El principio de cooperación moral hace alusión a este hecho y resalta su importancia a la hora de orientar la práctica médica.

El estado de confianza en un momento histórico dado no es algo inmutable. Obliga a su evaluación permanente, individual y colectiva para ver si se cumplen o no

⁷⁶³ JOVELL, Albert. *El Futuro de la Profesión Médica : Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI* [en línea], 2001. Disponible en: http://www.fundsis.org/docs_act/166_Documento-de-trabajo-7.pdf [Consultada: noviembre 2011]

⁷⁶⁴ CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS. *Código de deontología médica : Guía de ética médica* [en línea]. Madrid: CGCOM, 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_2011.pdf [Consultada: 10 diciembre 2011]

⁷⁶⁵ BARBER G. *The Logic and Limits of Trust*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1983.p.9. Citado en: PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 66. ISBN: 978-0-19508289-0

⁷⁶⁶ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 54. ISBN: 84-95840-03-0.

las expectativas de cada una de las partes, especialmente las del paciente, que es la parte más vulnerable; y es algo que, en definitiva, obliga a construir una ética profesional apoyada en ese tipo de relación⁷⁶⁷. Cuanto más compleja y transparente es la red de relaciones, parece que mayor es el escrutinio y la exigencia a la que se ve sometida la práctica clínica y, por tanto, mayor el reto.

Este principio podría formularse con la siguiente máxima: *realiza tu práctica médica construyendo una relación de confianza con tu paciente y su entorno social, así como con tu equipo de trabajo, con la o las organizaciones sanitarias con las que trabajas y, a través de las sociedades corporativas, con la sociedad.*

Estos tres principios, parafraseando a Ignacio Ellacuría, son una propuesta por la que el médico se hace cargo (principio de prioridad del paciente), carga (principio de responsabilidad) y se encarga cooperativamente (principio de confianza) de la realidad que, de un modo preferente preocupa e interesa al médico, que no es otra que el paciente.

5.2.2. Las competencias éticas.

Se entiende aquí por competencia un curso de acción consistente en un desempeño o forma de actuar que logra intencional y efectivamente un bien vislumbrado previamente. En cuanto concepto, se trata de posibilidad o ideal para la razón práctica. En cuanto realización efectiva de ese ideal, se trata de experiencia efectiva de la razón práctica. Como esbozo, las competencias quedan ahora en el ámbito meramente irreal de las posibilidades. Son experiencia en el momento en que alguien concreto efectúa ese desempeño.

En cada una de ellas se realiza una definición y delimitación conceptual, se explica su fundamentación y se justifica. Además, se sugieren indicadores que verifican su desempeño, que son de tres tipos: hechos volitivos (intenciones y actitudes necesarias), rasgos de la personalidad (patrones o hábitos de conducta) y resultados de la práctica.

El término que alude a una forma de actuar del médico globalmente competente es el de *profesionalidad*. Ésta es un modo de ejercer caracterizado por un desempeño intencional efectivo, que trata de verificar el logro de los bienes vislumbrados y ofrecidos por la profesión. En último término supone un “producto

⁷⁶⁷ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. pp. 66-67. ISBN: 978-0-19508289-0

final” demostrable mediante el análisis de hechos observables, concepto éste algo más amplio que el de “conducta observable”⁷⁶⁸ como veremos. La profesionalidad es más que “la suma de las acciones profesionales virtuosas”⁷⁶⁹, aunque las incluye, pues presupone un modo de ser competente.

Epstein y Hudert definen competencia profesional en medicina como “el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores, y la reflexión en la práctica diaria en beneficio del individuo y la comunidad a los que se sirve”⁷⁷⁰. La profesionalidad (la competencia profesional) se apoya a su vez en competencias diversas: técnicas, cognitivas, emocionales, sociales y morales; siendo, sin embargo, algo cualitativamente mayor que la suma de esas otras competencias, por su carácter integrador y por su objetivo de beneficiar al individuo y la sociedad.

En la literatura anglosajona a menudo se separan las competencias científico-técnicas de las humanísticas, vinculando el concepto de profesionalidad a estas últimas. Aquí se asume el concepto de profesionalidad (de acuerdo con Epstein, Hudert, Kao y Reenan, entre otros autores) de un modo amplio, que incluye todas aquellas competencias científico-técnicas, éticas y emocionales necesarias para gestionar un buen servicio asistencial, docente e investigador a los pacientes y a la sociedad⁷⁷¹.

Hay estudios empíricos que muestran que hay diferentes formas de entender esto en la práctica. Sociológicamente se han identificado diversas formas de entender la profesionalidad. Sin embargo todas comparten algunos puntos, como las nociones de altruismo, autonomía, competencia técnica o interpersonal, o moralidad personal⁷⁷². Esto da una idea de la complejidad del asunto y de la diferencia entre las

⁷⁶⁸ SURDYK, PM. Educating form professionalism: What coinés? Who´s conunting? Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2003, vol. 12. pp. 155-160. Citado por: DOUKAS, DJ. *Professionalism*. En: *PROFESSIONALISM in Medicine : Critical Perspectives*. Wear, Delese (ed.) ; Aultman, Julie M. (ed.). New York: Springer, 2006. ISBN: 0-387-32726-6.

⁷⁶⁹ GEORGE, D. ; Gosenhauser, I ; Whitehouse, P. *Medical Professionalism : The Nature of Story and the Story of Nature*. En: *PROFESSIONALISM in Medicine : Critical Perspectives*. Wear, Delese (ed.) ; Aultman, Julie M. (ed.). New York: Springer, 2006. p. 45. ISBN: 0-387-32726-6.

⁷⁷⁰ EPSTEIN, R ; Hundert, E. Defining and Assessing Professional Competence. *The Journal of the American Medical Association*. 2002, vol. 287, núm. 2, p. 226-235.

⁷⁷¹ KAO, A. ; Reenan, J. (American Medical Association). *Wit is not enough*. En: *PROFESSIONALISM in Medicine : Critical Perspectives*. Wear, Delese (ed.) ; Aultman, Julie M. (ed.). New York: Springer, 2006. p. 216. ISBN: 0-387-32726-6.

⁷⁷² CASTELLAN, Brian ; Hafferty, Frederic W. *The Complexities of Medical Professionalism*. En: *PROFESSIONALISM in Medicine : Critical Perspectives*. Wear, Delese (ed.) ; Aultman, Julie M. (ed.). New York: Springer, 2006. ISBN: 0-387-32726-6.

formulaciones teóricas y la realidad práctica. Pero no invalida la búsqueda de un esbozo aplicable en distintas circunstancias.

Hay ciertas similitudes y diferencias entre el concepto de competencia y el de virtud, que conviene señalar. El concepto clásico de virtud alude siempre a una *cualidad* del carácter o forma de ser (que hace al hombre bueno y que haga bien su propio trabajo), que está orientado al logro de la *eudaimonía* (felicidad) o, en caso de los estoicos, al logro de la *apathéia* (ausencia de pasiones) y la *euthymia* (serenidad). En cuanto concepto, la virtud es considerada clásicamente como una cualidad. En cuanto experiencia moral, la virtud es un determinado desempeño (bueno) de la forma de ser, remitiendo al carácter (“llamamos virtudes a los modos de ser elogiados”, afirma Aristóteles⁷⁷³). En cuanto al bien moral perseguido, se trata de una cierta forma de entender la plenitud humana.

El concepto de virtud en el contexto de las prácticas, propuesto por McIntyre es el de “una cualidad humana adquirida, cuya posesión y ejercicio tiende a hacernos capaces de lograr aquellos bienes que son internos a las prácticas y cuya carencia nos impide efectivamente lograr cualquiera de tales bienes”⁷⁷⁴. Esta noción subraya la índole de cualidad humana. La virtud es ante todo una cualidad; otra cosa sería su ejercicio.

Por el contrario, el concepto de competencia desplaza la atención al *desempeño* efectivo, que no tiene tanto que ver con un presunto núcleo interno de la persona (ἦθος), como con el modo de actuar habitual del profesional (ἔθος). El *concepto de competencia que se utiliza aquí se refiere a cursos de acción que describen un desempeño efectivo de los actos humanos, que incluyen la intención, las conductas y los resultados que configuran modelos de profesional y de práctica*. La competencia requiere una *apropiación* de posibilidades (intenciones, actitudes, conocimientos, habilidades, etc), pero representa también una posibilidad de *dar de sí*, que se caracteriza por unos resultados concretos, en el sujeto agente y en los afectados, acorde con ella.

La ética de las virtudes, aplicada a la práctica médica, trata de justificar un modo de ser profesional a partir de un modo de ser general en la vida, asumiendo unos presupuestos ampliamente compartidos en una sociedad moralmente bastante

⁷⁷³ Aristóteles, EN LI, 1102 35a. En: ARISTÓTELES. *Ética nicomáquea : Ética eudemia*. Palli Bonet, Julio (trad.). España: Gredos, D.L. 1985. p. 159. ISBN: 84-249-1007-9.

⁷⁷⁴ McINTYRE, Alasdair. *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica, 2004. p. 237. ISBN: 978-84-8432-170-5.

uniforme. En una sociedad moralmente plural, como la actual, una ética fundada en la competencia profesional parte de las necesidades propias de la vida laboral para definir aquellos modos de ser más adecuados a la práctica profesional concreta.

Es más específica y trata de justificar un modo de ser profesional estrictamente desde las exigencias de la propia vida profesional. Y esto, sin perjuicio de que esas competencias puedan ir a enriquecer la vida personal, necesariamente más amplia, o viceversa. Si la ética de las virtudes presupone un acuerdo moral general que hoy no existe, la ética de las competencias propone un acuerdo moral respecto de las virtudes necesarias para practicar la medicina.

En cierto modo, parecería que las competencias retoman la perspectiva estoica, que convierte las virtudes en deberes; en este caso las competencias en deberes. Pero en ningún caso deberían asimilarse las competencias a los deberes, al menos, tal como son entendidas aquí. En este esbozo las competencias son presentadas simplemente como cursos de acción que pueden contribuir al bien que proporciona la práctica de la medicina. No son vistas como obligaciones, deberes o principios, aunque se fundamenten en ellos, sino más bien formas de vivir el ejercicio de la medicina, asumiendo que en ética lo importante no es tanto la teoría como la manera de vivir⁷⁷⁵.

La relación entre obligaciones, principios o deberes (perspectiva deontológica) y competencias tal como aquí se presentan (perspectiva teleológica) no es de orden lógico sino, en todo caso, de orden antropológico e intelectual. La realidad inteligida es actualizada como obligación y, desde ahí, asumida volitivamente de forma libre como deberes, que justifican, motivan y dan lugar a las competencias necesarias para poder cumplir aquéllos. El desarrollo de ciertas competencias, cuya estructura necesita del poder efectivo de hacer algo, sitúa al médico en la línea y el poder del bien. En su virtud, por ejemplo, conducen a la construcción de una relación clínica funcionalmente buena, a un buen clima laboral y a un orden social sanitario justo.

Por otro lado, siguiendo con la comparación con las virtudes, el bien perseguido es diferente. Las competencias profesionales están pensadas en orden a producir el bien interno a la profesión. Las virtudes, en orden a la felicidad del

⁷⁷⁵ TORRALBA, Francesc. *No pasar de largo : La experiencia ética*. Barcelona: Proteus, [2010]. ISBN: 978-84-15047-35-3.

sujeto agente. Por la virtud el sujeto agente logra un estado de estar bien y de hacer el bien estando bien. El ejercicio profesional competente se cuestiona si ese “estar bien y hacer el bien estando bien” contribuye o no al bien interno de la profesión. La ética de la virtud centra su interés en el sujeto agente moral; la ética de la competencia, en el desempeño y, por ello, tanto en el logro efectivo y real de bienes, tanto para el sujeto paciente como para el agente moral.

Pero hay ciertas similitudes de interés, que conviene señalar. La virtud, en cuanto cualidad real del carácter, podría aludir a un desempeño efectivo de la forma de ser habitual, que es uno de los elementos de las competencias profesionales que aquí se presentan. Virtud sería, en cierto modo, un tipo de competencia orientada a configurar un carácter bueno. Ambas se adquieren por medio de la enseñanza y el ejercicio habitual. Ambas exigen una rectitud o adecuación al bien que persiguen. Ambas pueden contribuir al gozo del agente moral.

El desempeño competente de la profesión tiene grados, y en su mejor expresión, “extraordinariamente competente”, puede ser entendido como sinónimo de excelencia (*areté*, virtud). Si virtud es una combinación de carácter, conocimiento, y elección deliberativa⁷⁷⁶, algo parecido podría decirse de la competencia. Virtud y competencia contribuyen a proporcionar una determinada identidad y papel social.

Competencias y virtudes también son similares en su relación con los principios y deberes. Es cierto que los principios, sin ciertos rasgos del carácter son impotentes y que los rasgos sin principios, son ciegos⁷⁷⁷. Algo similar ocurre con las competencias. Se puede ser un excelente cirujano y se puede operar maravillosamente a quien no necesita esa cirugía. No cabe duda de que, sean cuales sean los criterios y procedimientos de reflexión ética llevados a cabo, si no hay una realización efectiva de los cursos de acción propuestos, por una falta poder para ello, se produce una detención de la marcha de la razón moral. En este sentido, es verdad

⁷⁷⁶ PELLEGRINO, Edmund D. ; Thomasma, David C. *For the Patient's Good : The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press, 1988. ISBN: 0-19-504319-7.

⁷⁷⁷ FRANKENA, W. *Ethics*. New York: Prentice-Hall,1973.p53. Citado en: PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 172. ISBN: 978-0-19508289-0

que las virtudes son condición de posibilidad para la puesta en práctica de los principios y las reglas morales⁷⁷⁸. Lo mismo se asume en las competencias.

No se pretende aquí el desarrollo exhaustivo de un listado interminable de competencias de las que el médico debería disponer, sino más bien al contrario, esbozar de un modo sintético aquellas áreas competenciales de mayor relevancia. No se pretende proponer algo con lo que debe investirse eternamente el médico. Por el contrario, son posibilidades que hay que ir reformulando, matizando y recreando de acuerdo con las exigencias cambiantes de la práctica médica y con los principios.

Para todo ello, nos estamos moviendo con un presupuesto que rompe con el paradigma convencional en la práctica médica de “enfermedad-diagnóstico-tratamiento”, para optar por el paradigma más amplio de “*paciente-comprensión-cuidado*”. Comprensión no se entiende en el sentido de actitud tolerante, sino como aprehensión intelectual rigurosa, comprobada y abierta a todo lo relativo a la salud del paciente que, en realidad, puede ser casi todo lo relativo al paciente. Cuidado es entendido en un sentido muy amplio, e incluye prevención, alivio del dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad, curación y atención a los que no pueden ser curados, prevención de la muerte prematura y velar por una muerte en paz⁷⁷⁹.

Las competencias médicas son todas morales, en el sentido de que son posibilidades apropiables, que se aprenden y que en el momento de su realización efectiva sabemos que han pasado a formar parte de las cualidades de quienes desean ejercer la medicina con profesionalidad. Son cualidades conseguidas moralmente, no han brotado de forma natural, como el color del cabello o un modo de ser similar al de un ancestro.

Hay competencias médicas de orden psíquico (como la gestión de las propias emociones), físicas (como el ejercicio de la fuerza adecuada para realizar un adecuado masaje cardiaco), psicomotrices (como la precisión y equilibrio emocional necesarios para realizar una cirugía de alto riesgo) o cognitivas (como la memorización de ciertos contenidos, o el razonamiento lógico).

⁷⁷⁸ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 28. ISBN: 978-0-19508289-0

⁷⁷⁹ The GOALS OF MEDICINE : Setting New Priorities Q2. Callahan, Daniel (dir.). *The Hastings Center Report*. 1996, vol. 26, núm. 6, p. S1-S27.

Destacamos aquí aquellas competencias esenciales desde el punto de vista ético, es decir, desde el punto de vista de la marcha de la razón ética, que estima, vislumbra y busca el bien propio de la medicina. Se refieren a *actos intencionales* que, efectuados con constancia como consignas asumidas volitivamente (de forma tendente-preferente-disfrutada), *generan actitudes* y, éstas, formas de ser y pautas de conducta que configuran *modelos humanos y de práctica*. Las competencias éticas son competencias profesionales en tanto en cuanto contribuyen a que el profesional haga lo que hace sabiendo el qué y el por qué de su acción; esclareciendo⁷⁸⁰, con el conocimiento que aporta la razón moral, el ejercicio profesional.

5.2.2.1. El cuidado de la compasión.

“...Que no vea en el hombre más que al que sufre” (Maimónides).

Es el cuidado del poder efectivo de comprender el daño actual y potencial del paciente y hacerse cargo del mismo acogiéndolo emocionalmente de un modo médicamente adecuado.

Explicación.

La palabra compasión viene del latín *cum* (con, juntamente, en compañía) y *pati* (sufrir, soportar); y de ahí deriva posteriormente la palabra paciente (*patiens*, el que sufre o soporta)⁷⁸¹. En diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se define compasión como “un sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias”. Y el diccionario María Moliner añade “e impulso de aliviarlo, remediarlo o evitarlo”⁷⁸².

La compasión ha sido vista desde la antigüedad como una cualidad característica de los grandes médicos⁷⁸³. Para Gregory la compasión es también un “incentivo poderosísimo” que estimula los “esfuerzos y facultades para vencer la enfermedad que aflige a su semejante”⁷⁸⁴. Para Percival, la genuina compasión

⁷⁸⁰ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 53. ISBN: 84-95840-03-0.

⁷⁸¹ COROMINAS, Joan. *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. 3ª ed.. Madrid: Gredos, 2008. p. 406. ISBN: 978-84-2493-555-9.

⁷⁸² DICCIONARIOS ONLINE Y ENCICLOPEDIAS [en línea]. Disponible en: http://www.diclib.com/cgi-bin/d.cgi?p=compas%C3%B3n&page=search&vkb=&base=&prefbase=&newinput=1&st=2&diff_examples=1&l=es&category=cat4 [Consultada: abril de 2012]

⁷⁸³ JONSEN, Albert R.. *Breve historia de la ética médica*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas : San Pablo, 2011. p. 91-93. ISBN: 978-84-8468-343-8

⁷⁸⁴ GREGORY, John. *Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios*. Sevilla: Extramuros, [2007]. p. 13. ISBN: 978-84-96909-97-7.

“despierta la atención del alma; da energía a todas sus potencias; sugiere lo conveniente en el peligro; suscita la acción enérgica en la dificultad; y fortalece la mano para ejecutar con prontitud los propósitos de la cabeza”. Pero además, Percival identifica compasión y benevolencia: “...Es benevolencia misma dirigida por fuerza a un objeto específico”⁷⁸⁵.

Para Pellegrino y Thomasma es una virtud esencial en medicina, es decir, una disposición habitual que facilita el propósito de la práctica clínica. Y tiene un “aspecto intelectual”, consistente en la disposición a comprender, valorar y sopesar la dificultad única de este paciente concreto en la enfermedad; y otro “moral”, vinculado a una necesidad de sentir los matices del apuro del paciente en la enfermedad⁷⁸⁶.

Pues bien, este co-padecer con el paciente será aquí entendido ante todo como una competencia. Para diferenciarla de sentimiento y virtud se utilizará el neologismo *compasividad*, formado a partir del sufijo de origen latino (-dad), que toma como base la palabra *compasivo* para formar un sustantivo abstracto. Para que esta competencia sea posible es necesario trabajar la intención, la actitud, las pautas de conducta habituales en la relación clínica y una verificación de los procesos y resultados.

Esta competencia consiste en consentir, dentro de ciertos límites, la conmoción que provoca el daño del otro: es dejarse conmover de un modo adecuado. La adecuación (del lat. "adaequare", de "aequus", igual), consiste en hacer que el estado emocional se adapte a la situación de daño del paciente concreto de un modo funcionalmente eficaz. Esto nada tiene que ver con un modo de ser sentimental, que puede ser incluso una dificultad para el ejercicio adecuado de esta competencia.

Justificación.

Se funda en el principio de realidad, en la presencia del otro dañado por la enfermedad y en la apertura de la intelección sentiente por parte del médico al daño ajeno. El enfermar, incluso el riesgo de enfermar, puede ser leve o grave. Pero siempre hay un cierto grado de daño que evidencia la vulnerabilidad humana. Por otro lado, el rigor de una intelección sentiente sobre el hecho de enfermar reclama

⁷⁸⁵ PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. pp.125-126.

⁷⁸⁶ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 80-83. ISBN: 978-0-19508289-0

una apertura emocional a ese daño potencial o actual. La falta de esa apertura oculta una dimensión del enfermar que reduce las posibilidades de sanación del médico. Del mismo modo que el desconocimiento de la fisiopatología de la enfermedad también merma esas posibilidades.

La *compasividad* representa, de acuerdo con todo lo expuesto anteriormente, un tipo de práctica médica con un *poder* de conexión afectiva con el paciente y un poder efectivo de sanación, pues tiende a disipar la sensación de aislamiento que a menudo provoca el enfermar. Von Leyden afirma que “el médico empieza a tratar al enfermo en el momento de darle la mano”⁷⁸⁷. La ausencia de esta competencia, que se demuestra mediante conductas que manifiestan frialdad, indolencia o indiferencia, da lugar a una pérdida de ese poder sanador.

Por tanto, si la compasión ha sido considerada en la tradición médica como una virtud necesaria y útil para la práctica médica, ahora la consideramos como un curso de acción que debería configurarla para que esa práctica dé de sí lo que le es propio: comprensión en profundidad del proceso de enfermar y ejercicio sanador efectivo.

Pero la *compasividad* es hacerse cargo emocionalmente del daño humano, de un modo funcionalmente adecuado. Esto quiere decir que puede ser suficiente, insuficiente o excesiva en función de su alineamiento con los objetivos de la medicina. Por ejemplo, la respuesta emocional no es la misma ante un paciente crónico, una urgencia vital o un paciente con una enfermedad en fase terminal. Veamos cómo afecta el desarrollo de esta competencia a la intencionalidad, las actitudes, las conductas y a la práctica médica.

Consecuencias respecto a la intencionalidad volitiva.

La compasión como *sentimiento* consiste en un cambio del tono emocional ante el daño ajeno. Este sentimiento me actualiza emocionalmente la realidad del otro y me la aproxima; pero además, suscita una tendencia de aproximación del médico hacia el enfermo. De este modo el otro pasa de ser alguien alejado a ser alguien próximo.

⁷⁸⁷ Citado por: LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 181. ISBN: 84-95840-03-0.

Pero la compasión en cuanto sentimiento solo se produce gracias a una previa *apertura intelectual* a la realidad del paciente. Esta apertura es intencional y, por tanto, supone una opción deliberada por aprender y co-sentir esa realidad. Se trata de un acto volitivo en el que se me actualiza el daño ajeno. No hay sentimiento de compasión si no hay apertura intelectual, ya sea por ignorancia, por falta de una suficiente sensibilidad o por la opción de mirar hacia otro lado.

La compasión en cuanto sentimiento es, por tanto, un modo de empezar a comprender lo que le está ocurriendo al paciente. Es respuesta afectiva que conecta emocionalmente al otro y a su problema de salud. Y si en un primer momento consiste en un cambio del tono emocional (sentir), en un segundo momento suscita un cambio en el querer.

Las emociones que surgen de la compasión pueden ser de conmiseración, lástima o pena. Los matices emocionales pueden ser tan variados que es imposible encajarlos en un solo término. Sin embargo los diversos grados de tono emocional tienen en común una conmoción, capaz de descubrir con-dolientemente, el inmenso valor de lo humano dañado por la enfermedad. Y esa comprensión de lo humano posibilita a su vez un modo de afección, que no es sino *estima*. Y ésta, a su vez, refuerza la obligación y el compromiso con el otro.

Esta estima no puede equipararse a la noción de “amistad”, tal como traduce Laín Entralgo la palabra griega *philanthropie*. Para él, “antes que ayuda técnica, antes que actividad diagnóstica y terapéutica, la relación entre el médico y el enfermo es -o debe ser- amistad, *philia*”⁷⁸⁸. Pero tampoco parece totalmente extraña a ésta, pues se funda, al igual que la *philanthropie* griega en la coparticipación de una realidad originaria y radical que hace semejantes a los humanos (Platón). Y esto último se puede descubrir buscando esa rigurosa comprensión del enfermar que pretende la *compasividad*.

Tampoco supone esta *estima* un modo cristiano de entender la relación clínica. La fe cristiana contempla y confía en la posibilidad de estar atendiendo realmente a la propia divinidad en el paciente concreto. Sin embargo, la *compasividad* sí comparte con éste un movimiento intencional de apertura y

⁷⁸⁸ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. pp. 48-54.75-76. ISBN: 84-95840-03-0.

aproximación al otro, que deja de ser alguien completamente extraño, para ser alguien próximo.

La humanidad y vulnerabilidad que hace a los humanos semejantes son el fundamento de esta competencia, que propone una actitud de compasión benevolente y benéfica, así como un modo de ser compasivo, que abre la puerta al empleo de los sentimientos del médico como un modo inteligente de comprender, sentir y situarse de un modo próximo al paciente.

El sentimiento de compasión se acompaña de un cambio espontáneo en las tendencias, entre la que predomina la de aliviar el daño. Desde aquí se entienden las palabras de Gregory, que califica la compasión de “incentivo poderosísimo”. Y así es. La compasión por el enfermo concreto puede llegar a inspirar, especialmente en el caso de los pacientes graves, una verdadera pasión por sanar. Encontramos, pues, que uno de los bienes que tiende a promover la compasión es una pasión, libremente consentida, por aliviar el daño de quien sufre la enfermedad.

Tanto el momento de sentir (modificación del tono emocional), como en el momento de querer (pretensión de curar), son algo dado. Pero lo que ha abierto la puerta a estos estados es el acto de apertura intelectual al daño humano. Es ahí donde sí hay una intencionalidad volitiva. Esta intencionalidad puede ser esporádica, inconstante, o bien algo firmemente pretendido a lo largo de la vida profesional. Pues bien, cuando esto es así, el *acto* intencional de apertura al daño humano se transforma en *actitud*, únicamente transparente a la intimidad del propio agente moral. Y esa actitud configura un determinado modo de ser.

Consecuencias respecto al carácter, los hábitos y las conductas profesionales.

La *compasividad* propone, como hemos visto, una intención de apertura inteligente al daño humano. Ésta, trabajada con constancia, se transforma en actitud y hábitos de conducta, que contribuyen a configurar un modo de ser compasivo. Así como la intencionalidad es solo visible al propio agente moral, los hábitos de conducta van a ser probablemente más accesibles a un observador externo, que al propio agente moral.

De igual modo que la actitud se aprende con la repetición deliberada y constante de actos por parte del médico, el modo de ser compasivo se puede aprender y también enseñar. La compasión como modo de ser, no es una disposición habitual para “con-dolerse” o “sufrir-con” el paciente. Eso ya se quedó en el terreno

de lo intencional, de las actitudes. La compasión como modo de ser es *expresión* efectiva de esa actitud: la forma de hablar, de mirar, de gesticular, de colocarse, de vestir, de conducirse ante el paciente. Si no hay expresión, la actitud no se comunica, se queda en el terreno de las intenciones.

Por otro lado, el modo de ser que propone la *compasividad* tiene sus límites, pues *debe* ser adecuado al dinamismo benéfico que pretende y busca la práctica clínica. “Sufrir-con” es una posibilidad benéfico que se apropia el médico para ayudar mejor a su paciente. Esta benéfico se produce gracias a una mejor comprensión de las necesidades del paciente y también gracias a la proximidad que crea la coincidencia *afectiva* característica del modo de ser compasivo.

Esta coincidencia surge de un conocimiento del daño humano, entendido éste en su sentido más amplio (sufrimiento, dolor, incapacidad, etc.) y una sensibilidad. No es difícil sentir compasión ante un cuerpo joven, destrozado por un accidente de tráfico. En seguida se capta el daño y su magnitud. No es fácil, en cambio, hacerse cargo del sufrimiento que puede conllevar la pérdida progresiva y lenta de la funcionalidad en un anciano.

La práctica de esta competencia configura un modo de ser compasivo, que *no* es un modo de ser simpático, empático o misericordioso⁷⁸⁹. Es un modo de ser competente a la hora de captar o actualizar inteligentemente el daño o la gravedad que la enfermedad puede llegar a producir en alguien concreto. Su ausencia configura un modo de ser profesional incompetente, por su incapacidad de reconocer el daño sufrido por el paciente.

Quien se regocija en un modo de ser insensible al daño del paciente puede que esté haciendo una opción, o desarrollando espontáneamente mecanismos adaptativos explicables psicológicamente. En cualquier caso se trata de modos de ser injustificables desde una ética de la profesión. Y no hace sino poner en evidencia un error ético o una fragilidad personal. En todo caso, una laguna competencial significativa.

La adquisición y el mantenimiento de la *sensibilidad* y la *expresión* que requiere la *compasividad* exige una actualización docente específica. Requiere

⁷⁸⁹ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 81-82. ISBN: 978-0-19508289-0

objetivos curriculares, métodos docentes apropiados y una evaluación específica⁷⁹⁰. El modo de ser compasivo le exige al médico conductas concretas coherentes con sus propias actitudes y con bien del paciente. En ocasiones requerirá una mayor expresividad, por sobria que sea y, en otras ocasiones un firme dominio en la expresión de esas emociones. En todo caso se trata de sensibilidad al servicio del bien del paciente. La evaluación de las conductas directamente relacionadas con la *compasividad*, debería formar parte de cualquier evaluación de la profesionalidad médica⁷⁹¹.

La sensibilidad y las respuestas emocionales se embotan en situaciones de estrés laboral. De ahí que el cuidado de la compasión requiera un balance personal entre trabajo y descanso, entre acción y meditación. Por otro lado, hay situaciones en las que el médico es excesivamente vulnerable al daño. Esto puede dar lugar a una pérdida de objetividad y a un riesgo de error en la toma de decisiones⁷⁹².

Existen sutiles exageraciones que deforman en el modo de ser compasivo, alejándola de su dinamismo benéfico. Una *compasividad* emocionalmente exagerada, que podría denominarse *compasivismo por sobreactuación*, exagera la conducta (verbal, paraverbal o no verbalmente) ante el daño ajeno generando temores y, por tanto, más daño en el paciente. Y una *compasividad* intelectivamente errónea, que podría denominarse *compasivismo por complacencia*, que lleva a conductas faltas de rigor científico, como a la solicitud de pruebas o prescripción de tratamientos inútiles, innecesarios o, incluso, contraproducentes.

En otro extremo nos encontramos con formas de ser distantes, propias de modelos de relación clínica de contrato, de libre mercado o mecanicista⁷⁹³; ya sea porque manifiestan una insensibilidad o menosprecio por ciertos aspectos del daño humano, ya sea por mera ignorancia de lo que debería ser una práctica clínica de calidad.

⁷⁹⁰ STERN, David T. *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006. ISBN: 978-0-19-517226-3.

⁷⁹¹ ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION. *Advancing Education in Medical Professionalism* [en línea]. [U.S.A.]: ACGME, 2004. Disponible en: http://www.usahealthsystem.com/workfiles/com_docs/gme/2011%20Links/Professionalism%20-%20Faculty%20Dev..pdf [Consultada: 31 enero de 2011].

⁷⁹² SNYDER, L. American College of Physicians Ethics Manual. *Annals of Internal Medicine*. 2012 Jan., vol. 156, núm 1 Part 2, p. 73 -104.

⁷⁹³ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 169-172. ISBN: 978-0-19508289-0.

Consecuencias respecto a la gestión de la práctica médica.

Una práctica médica compasiva está organizada en función del daño que la enfermedad provoca en los pacientes. El daño es entendido como necesidad. Por tanto, una práctica compasiva es una práctica que no se somete a la “ley de cuidados inversos”. Ésta afirma que los recursos se dirigen hacia quien los solicita, no hacia quien los necesita⁷⁹⁴. La *compasividad* organiza la práctica identificándose con “la causa de los pacientes, con aquellos que sufren la tiranía de la enfermedad y sus consecuencias”⁷⁹⁵. De aquí se deduce que es, ante todo, una práctica accesible de forma proporcional a la urgencia y a la gravedad de la enfermedad. Que encuentra los mecanismos para conseguir este objetivo y que los evalúa de forma continuada.

En resumen, la práctica médica compasiva introduce en un espacio de respeto e inclinación hacia el otro dañado. De ese modo se crea y se descubre un vínculo y, por tanto, un interés por el otro que desde la indiferencia no sería posible. La *compasividad* se remite al principio de prioridad del paciente en tanto en cuanto tiende a situar al paciente en el centro de la práctica clínica. Pero de “tender a” a situar realmente al paciente en el centro del ejercicio médico hay todo un trecho. De ahí que la siguiente competencia sea precisamente ésta: situar efectivamente al paciente en el centro de la actividad médica.

5.2.2.2. *Cuidado del interés preferente por el paciente.*

“Que no admita que la sed de ganancia y el afán de gloria me influencien... Que mi espíritu se mantenga claro en el lecho del enfermo, que no se distraiga por cualquier pensamiento extraño”
(Maimónides).

Esta competencia consiste en anteponer en la práctica médica el interés por el paciente, a cualquier otro interés profesional.

Explicación.

No se trata de anteponer el interés por el paciente a todo interés vital del profesional, sino a todo interés relacionado estrechamente con la práctica médica. Queda abierta la cuestión de definir qué grado de interés o de prioridad tendría la

⁷⁹⁴ HART, Tudor. The Inverse Care Law. *Lancet*.1971, vol.1, p. 405-412.

⁷⁹⁵ JOVELL, Albert J.. *Cáncer, biografía de una supervivencia : el esperanzador testimonio de un médico enfermo de cáncer*. Barcelona: Planeta, 2008. ISBN: 978-84-080-7838-8.

práctica médica en el contexto de otras actividades de la vida, asunto que puede fluctuar en la trayectoria del profesional. Esta competencia alude ante todo al momento laboral, aunque su aplicación no se limite al periodo de tiempo laboral.

El concepto de interés es muy amplio. El estar interesado es “estar entre” (*inter-esse*)⁷⁹⁶. *Anteponer el interés por* el paciente consiste en un movimiento en el cual uno pretende (tiende-a) colocar al paciente en el centro de atención, entre otros intereses, haciéndolo presente sentiente, intelectual y volitivamente. *Interesarse por* el paciente lleva a situarse a sí mismo, el propio interés, en función del paciente. Por tanto, se trata de una competencia que consiste en estar centrado en el paciente con-centrando la atención en él. Esto es lo que hace del paciente algo prioritario.

Por otro lado, se trata de un acto en el que uno antepone *su* interés *por* y *en* el paciente, pero no antepone necesariamente el interés *del* paciente: no sería, por tanto, una competencia basada en el altruismo, entendido éste en su sentido habitual, como “diligencia en procurar el bien ajeno aún a costa del propio”⁷⁹⁷. Como base de una moral sistemática, el altruismo, de acuerdo con la idea que en parte proponía el propio Comte, se opone a egoísmo y se justifica como algo que es mejor que el egoísmo, pues es más útil atender a los intereses comunes que a los propios intereses.

El interés *por* el paciente es un interés que *pertenece* al médico, que es *del* médico. De ahí que se alude a un interés *por* el paciente, no al interés *del* paciente. Simplemente se trata de dar prioridad, en el propio elenco de intereses profesionales, al interés por el otro en cuanto paciente, es decir, como ya se ha dicho, en cuanto realidad humana (individual o grupal) potencial o actualmente dañado por la enfermedad. Y, de acuerdo con la idea de Max Scheler, tampoco se sitúa desde la referencia de un mandato de un “amar al prójimo más que a sí mismo” sino, en todo caso, “amar al prójimo como a sí mismo”⁷⁹⁸.

Tampoco se trata de considerar al paciente como mero objeto de interés. Esto sería así, si esta competencia no estuviera anclada en el principio de realidad,

⁷⁹⁶ FERRATER MORA, José. *Diccionario de filosofía. Tomo II (E - J)*. Barcelona: Ariel, 2004. p. 1885. ISBN: 84-344-0502-4 (T.2) : 84-344-0500-8 (O.C)

⁷⁹⁷ DICCIONARIO de la lengua española [en línea]. 22ª ed.. Disponible en: http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=altruismo [Consultada: 1 de mayo de 2012].

⁷⁹⁸ FERRATER MORA, José. *Diccionario de Filosofía. Tomo I (A-D)*. Barcelona: Ariel, 2004. p. 130. ISBN: 84-344-0501-6 (T.1) : 84-344-0500-8 (O.C).

que nos muestra al paciente como un otro, semejante, vulnerable e irreductible a cualquier categoría. Desde esta perspectiva el paciente es mucho más que mero objeto de interés y, por supuesto, es sujeto de máximo respeto⁷⁹⁹.

Es necesario subrayar la importancia de esta competencia porque hay muchos posibles intereses implicados en el ejercicio de la medicina: tanto del médico, del paciente, como de la sociedad. Pero en buena parte convergen de uno u otro modo en el profesional. Ciertamente hay legítimos intereses que pertenecen a los deberes que el médico tiene para consigo mismo (su salud, su vida, un cierto bienestar material, el bien de la propias familia, los amigos, etc)⁸⁰⁰.

Otros ejemplos: el interés por el respeto y admiración de la gente (de un determinado paciente, de los colegas, de los responsables de la organización en la que trabaja), por los logros académicos, por unas determinadas enfermedades, por determinadas formas de ejercicio médico, por determinados desarrollos tecnológicos, por una posición económica elevada o por cumplir con los incentivos de la organización.

Esta competencia se funda en la evidencia de que el bien más valioso con el que se topa cualquier médico en su práctica profesional es el de la propia y concreta realidad humana. Y ello independientemente de cualquiera de sus cualidades: edad, sexo, afiliación política, religión, moralidad, tipo de enfermedad, etc. Esta realidad se caracteriza por su vulnerabilidad y, en el caso del paciente, por su vulnerabilidad ante la enfermedad. Es lógico que el médico se esfuerce en centrar su atención y su interés *por* y *en* esa realidad, si no quiere evitar su propia dispersión en el ejercicio efectivo de la práctica médica.

En una práctica construida desde el interés por el paciente, el riesgo de dispersión se reduce y la paradoja interés-altruismo planteada por Jonsen⁸⁰¹, parece desfigurarse.

El interés por el paciente, en cuanto competencia, consiste en un *poder* frente a otras fuerzas o poderes que tienden a provocar un deterioro de la práctica

⁷⁹⁹ COULEHAN, J. *You Say Self-Interest, I Say Altruism*. En: *PROFESSIONALISM in Medicine : Critical Perspectives*. Wear, Delese (ed.) ; Aultman, Julie M. (ed.). New York: Springer, 2006. p.110. ISBN: 0-387-32726-6.

⁸⁰⁰ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 147. ISBN: 978-0-19508289-0

⁸⁰¹ JONSEN, Albert. Watching the Doctor. *New England Journal of Medicine*. Vol 308, núm. 25, p.1531-1535.

médica dispersando la atención del médico. Algunos ejemplos: la burocratización, las regulaciones administrativas de las organizaciones, la politización partidista, la comercialización, la mecanización cientificista o la instrumentalización hipócrita de la práctica médica. Estas fuerzas actúan dentro del marco legal, de las convenciones sociales, pero pueden paradójicamente relegar a un segundo plano al paciente. Promueven prácticas situadas en el “margen moral”, que tienden al uso del poder y el privilegio⁸⁰², anteponiendo otros intereses al interés por el paciente.

Jonsen ve la paradoja de la medicina como un conflicto incesante entre el propio interés y el altruismo. No es extraño, pues la propia definición de altruismo enfrenta el bien propio y el bien ajeno. De un modo similar al que el lenguaje legal enfrenta los derechos de los pacientes y los derechos del médico. Esta dualidad parece hundir sus raíces en la filosofía de Comte, que es quien introduce el concepto de altruismo⁸⁰³ y con él una vía muy problemática, que se prolonga en la práctica médica hasta nuestros días.

Pellegrino y Thomasma se mantienen en esta disyuntiva, asumiendo el concepto de altruismo, manteniendo con razón que altruismo e interés propio son dos conceptos morales opuestos y aceptando la noción de “beneficencia altruista”⁸⁰⁴. Parece, por lo demás, existir en la comunidad médica un consenso muy amplio en cuanto a que el primer compromiso del médico debe de ser el mejor interés *del* paciente, así como el fomento del altruismo^{805,806,807,808}.

Por otro lado, también hay que señalar el hecho de que “las nuevas generaciones de estudiantes de medicina, residentes y médicos recién titulados son recelosos de lo que ha sido considerado mucho tiempo un distintivo de la profesión

⁸⁰² PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 144-146. ISBN: 978-0-19508289-0

⁸⁰³ FERRATER MORA, José. *Diccionario de Filosofía. Tomo I (A-D)*. Barcelona: Ariel, 2004. p. 129. ISBN: 84-344-0501-6 (T.1) : 84-344-0500-8 (O.C).

⁸⁰⁴ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 146-147. ISBN: 978-0-19508289-0

⁸⁰⁵ SNYDER, L. American College of Physicians Ethics Manual. *Annals of Internal Medicine*. 2012 Jan., vol. 156, núm 1 Part 2, p. 73 -104.

⁸⁰⁶ TAN, SY. Medical Professionalism: Our Badge and Our Pledge. *Singapore Medical Journal*. 2000 Jul., vol. 41, núm. 7, p. 312-316.

⁸⁰⁷ CRUZZ, SR ; Johnston, S ; Cruess, RL. Professionalism for medicine: opportunities and obligations. *Medical Journal of Australia*. 2002 Aug., vol.177, núm. 4, p. 208-211.

⁸⁰⁸ CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS. *Código de deontología médica : Guía de ética médica* [en línea]. Madrid: CGCOM, 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_2011.pdf [Consultada: 10 diciembre 2011]

[altruismo]”. Parece que se trata de algo que en vez de fortalecerles, les hace vulnerables⁸⁰⁹.

Una visión del médico virtuoso y competente como alguien altruista presupone una concepción antropológica que no deja de tener ciertas connotaciones narcisistas y suficiencia moral. Es una concepción que coloca a las personas, en la práctica entre la espada y la pared. La espada de la culpa y la pared de la autocomplacencia. Tiende a situar al médico ante una posibilidad moral que es éticamente muy cuestionable, tanto por su dudosa viabilidad real, como por las consecuencias negativas que tiene la aplicación de su lógica.

Si bien es cierto que ocasionalmente se pueden y probablemente se deben dar conductas heroicas en medicina⁸¹⁰, en las que se procura el bien ajeno a costa del propio, como presunta cualidad moral, el altruismo tiende a colocar al cuidador en un estado de ruptura o fraccionamiento de sus tendencias y deseos, dividiéndole entre su propio bien y el ajeno. Y presupone la imposibilidad de una identidad (no una mera confluencia) del bien ajeno con el propio, muy propia de la ideología liberal, radicalmente individualista.

Esta dicotomía (bien ajeno-bien propio o interés ajeno-interés propio), es fácil que coloque al cuidador en un estado permanente de sospecha moral respecto de sí mismo, al no llegar nunca a resolver el dilema. En el peor de los casos, quien decide apostar por un altruismo radical, puede colocarse en riesgo de un descuido de sí mismo como cuidador. Con consecuencias como un progresivo daño emocional, intelectual y moral, caracterizado por disfunciones del estado de ánimo, dificultades para situarse acertadamente en la realidad y desmoralización.

Anteponer el interés *por* el otro a cualquier otro interés en la práctica médica, no supone necesariamente una tendencia habitual a la anulación o al daño de sí mismo. Por el contrario, tener presente en la práctica médica el propio interés no supone anular la disponibilidad, generosa y libre, de sí mismo como médico.

La competencia que nos ocupa diferencia entre interés y bien. Dicho de otro modo: el interés *por* el paciente (que es una opción que pertenece al médico) lleva a

⁸⁰⁹ HAFFERTY, Frederic. *Measuring Professionalism : A Comentary*. En: STERN, David T.. *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006. p.295. ISBN: 978-0-19517226-3.

⁸¹⁰ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Consideraciones éticas de la gestión sanitaria*. En: GESTIÓN sanitaria : *innovaciones y desafíos*. Llano Señaris, Juan del (dir.) [et al]. Barcelona: Masson, 1998. p.160. ISBN: 84-458-0592-4.

anteponer *el bien que es el paciente* frente a otros bienes implicados en el ejercicio profesional. No es beneficencia altruista, ni dar prioridad al interés *del* paciente, sino genuino interés por un bien primordial, el propio paciente, cuya positiva promoción se busca mediante el cuidado médico de su salud. El bien del médico se identifica aquí con el bien del paciente. Y es esto lo que permite hablar de un auténtico interés preferencial *por* y *en* el paciente.

El interés preferente por el paciente lo es también por todas sus facetas: por sus derechos, sus sentimientos, sus preferencias, su situación clínica y su bienestar. Ofrece una distinción clara entre la noción de profesión, que antepone el interés por el paciente, y la de negocio, que es ambiguo en este punto. Esta competencia logra conciliar diferentes intereses, sin dejar de dar preferencia en la práctica profesional a uno sobre todos los demás.

Consecuencias respecto a la intención volitiva.

En primer lugar, esta competencia precisa de la firme intencionalidad (verificable solo por el sujeto agente) de anteponer el interés por el paciente en cualquier modo de ejercicio de la práctica médica. Para que este interés sea algo más que mero voluntarismo es necesario que esté fundado en una *tendencia* natural hacia el otro, en una *opción* preferencial por el otro (frente a otro tipo de bienes), y en la búsqueda de una *complacencia* en el otro en tanto en cuanto lo que es, no en tanto en cuanto a determinados atributos, cualidades o propiedades suyas.

En segundo lugar, el interés por el paciente no es algo natural, aunque se funda en una pretensión vocacional y, en cierto modo, espontánea. Hay que aprenderlo, y se aprende cuando uno se lo propone firmemente: Volviendo una y otra vez de las preocupaciones secundarias a la preocupación principal, de estar disperso a estar centrado.

Si la *compasividad* hace posible una proximidad al otro, el *interés preferente por el paciente* hace posible un mayor conocimiento del otro en cuanto enfermo. Ese conocimiento, ciertamente, puede provocar interés o rechazo, aún con la motivación que supone la compasión. Pero esta competencia requiere anteponer la disponibilidad hacia el paciente a su rechazo (quedando éste como un interés secundario a aquélla). Aunque ciertamente hay unos límites a esa disponibilidad, éstos no vienen determinados por el rechazo que pueda producir el paciente al médico.

Si la *compasividad* posibilita la estima de otro como semejante vulnerable, el *interés preferencial por el paciente* permite ratificar esa estima con los hechos. Y proporcionando su razón de ser a la docencia, la investigación y al trabajo asistencial. También hace posible encontrar una complacencia en el contacto humano de la relación clínica, así como en tareas más alejadas del trato directo con el paciente. Contribuye a sostener horas y horas de trabajo asistencial, docente o investigador.

El interés por el paciente, en el momento íntimo del acto volitivo tiene un precio. Se hace a costa de otros “quereres” y de otras posibilidades de disfrute. Pero no renuncia a la complacencia en su opción preferente: el otro, el paciente, semejante y vulnerable, como uno mismo. En este sentido se trata de una opción similar a la del *philautos* aristotélico; que demuestra amarse rectamente a sí mismo encontrando una complacencia en la disponibilidad hacia los otros⁸¹¹.

Este interés por el paciente va más allá del concepto griego de amistad, que pide acepción de personas. Renuncia a cualquier tipo de antipatía, de acuerdo con el principio de responsabilidad. La disponibilidad, tal como es entendida para esta competencia, asume el ideal cristiano europeo de la práctica médica a partir de la Edad Media, que busca cumplir con el deber de procurar el bien igualitariamente y lo hace desde un libre y activo dar de sí hacia la realidad y vulnerabilidad del otro (*agápe* o *caritas*).

El interés por el paciente hace de él el centro de atención. Pero puede serlo por diversos motivos: porque es objeto “doliente y menesteroso” de atención , objeto de conocimiento racional, objeto “operante” de la sociedad o porque es objeto de lucro y prestigio⁸¹². En el interés por el paciente pueden entramarse uno o varios de estos motivos. En realidad ninguno de estos motivos constituye un problema por sí mismo, siempre que el interés permanezca abierto a la íntegra realidad del paciente y no solo como objeto, sino como sujeto imposible de encajonar en categorías.

⁸¹¹ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 72. ISBN: 84-95840-03-0.

⁸¹² LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 114-115. ISBN: 84-95840-03-0.

Consecuencias respecto al carácter, los hábitos y las conductas profesionales.

Esta competencia configura, lógicamente, un *modo de ser atento*, que se concreta principalmente en la forma de conducir la entrevista clínica y que puede ser sometido a evaluación⁸¹³.

En términos generales, el modo de ser atento es entendido aquí como el de aquél que: a) se conduce amablemente, respetando normas básicas de cortesía apropiadas para la edad, sexo y cultura del paciente, de un modo especial al inicio de la entrevista y en la exploración física; b) realiza una escucha concentrada e intensa, por la que se captan los menores detalles que expone el paciente; c) delibera abiertamente sobre el modo de acometer el problema, contando con las preferencias, los intereses y el consentimiento del paciente; d) respeta escrupulosamente todo lo relativo a su intimidad, quedando sellado bajo el secreto profesional.

El interés por el paciente también se demuestra mediante conductas de disponibilidad de tiempo y esfuerzo personales. Y esto no es altruismo, sino *un modo de ser generoso*, que consiste en una disponibilidad de sí mismo, más allá de lo establecido contractualmente y sin ánimo de esperar una recompensa inmediata. El modo de ser generoso es sinónimo de un modo de ser desprendido, que consiste en actuar asumiendo el riesgo de una inversión aparentemente sin rentabilidad, aún cuando se esté en la convicción de poder ganar a la postre más de lo que se pueda perder.

Aunque en el lenguaje común se tienden a hacer sinónimos generosidad y altruismo, hay que insistir en sus diferencias. Tal como hemos entendido el concepto de altruismo, éste encierra una lógica por la cual se promueve un modo de ser en el que uno se tiende a anular de sí mismo, cosa que no tiene por qué ocurrir con la generosidad. La lógica de ésta se propone y la de aquél se impone, por eso aquél da lugar a una ruptura interna en el corazón moral del sujeto y ésta no. En el altruismo no se vislumbra un disfrute, porque siempre tiene que haber pérdida, en aquélla sí se vislumbra una ganancia.

Se entiende aquí la noción de generosidad en un sentido amplio (distribuir con desprendimiento los *propios bienes* sin esperar recompensa), que se diferencia del

⁸¹³ HUDON, C. [et al]. Measuring patients' perceptions of patient-centered care : a systematic review of tools for family medicine. *Annals of Family Medicine*. 2011 abr., vol. 9, núm. 2, p. 155-164.

concepto aristotélico de liberalidad en que, en este caso, el bien distribuido es el dinero. En nuestro caso es el propio médico y su práctica.

La generosidad admite una convicción de final ganancia; el altruismo, parece anclarse en la dimensión de pérdida. Éste se queda en el ámbito de lo meramente ideal o conduce al daño propio; aquélla propone un cambio real en la forma de ser que ensancha la posibilidad de libertad y disfrute del ejercicio profesional. La generosidad es algo que se hace “con agrado o sin pena, pues una acción de acuerdo con la virtud es agradable o no penosa, o, en todo caso, la menos dolorosa de todas”⁸¹⁴.

La práctica médica puede prescindir del peso del altruismo, pero nunca podrá prescindir de los bienes que libera la generosidad, tanto para el paciente como para el propio médico. De ahí la insistencia en diferenciar la una del otro. El ejercicio de la medicina puede y debería llevar a descubrir la necesidad de ser generoso y el bien que esto aporta. En la generosidad hay una experiencia paradójica de apropiación en el dar de sí. Parece, incluso, difícil pensar que es posible pasar por la práctica médica sin descubrir el valor sumamente gratificante de la generosidad libremente practicada.

Esto no son solo palabras, justificadas con una cierta lógica. Es algo que también responde a la experiencia. Este curso de acción, por otro lado, se encuentra entre otros cursos extremos o exageraciones: la avaricia, que es el afán exagerado por atesorar riqueza (entendida en este caso en el sentido amplio de todas las posibilidades enriquecedoras de la práctica médica) y el despilfarro, que es del derroche desmedido de bienes (en este caso del propio médico y su práctica). El despilfarro se parece a la prodigalidad aristotélica, en la que el despilfarrador “se arruina a sí mismo, y la destrucción de su riqueza parece ser una especie de ruina de uno mismo, como si la vida dependiera de ella”⁸¹⁵.

El interés preferencial por el paciente facilita ciertas decisiones, pues esta competencia proporciona una claridad y una libertad que equilibra la mirada entre lo ajeno y lo propio, incluso entre lo más próximo (*mi* paciente) y lo más lejano (la sociedad a la que pertenecemos ese paciente y yo, y en la que hay *otros pacientes*).

⁸¹⁴ ARISTÓTELES. *Ética nicomáquea : Ética eudemia*. Pallí Bonet, Julio (trad.). España: Gredos, D.L. 1985. p.212. ISBN: 84-249-1007-9.

⁸¹⁵ ARISTÓTELES. *Ética nicomáquea : Ética eudemia*. Pallí Bonet, Julio (trad.). España: Gredos, D.L. 1985. p.211. ISBN: 84-249-1007-9.

De ahí que esta competencia sugiera un movimiento *hacia un modo de ser justo*. El propio médico y su práctica representan un bien común que hay que distribuir equitativamente. La responsabilidad del médico en esto tiene el límite de sus propias posibilidades: los principales recursos (o bienes) con los que cuenta son su persona, su práctica, su tiempo y la tecnología que la sociedad le proporciona.

Ser justo no es nada fácil. Exige saber. Ya antiguamente se afirmaba que “saber cómo hay que obrar y cómo hay que distribuir con justicia cuesta más que saber qué cosas son buenas para la salud”⁸¹⁶. Pero también exige una fuerte motivación y una firmeza para aplicar ese saber en la práctica médica, pues el médico *se identifica* tradicionalmente mucho más con un modo de ser benéfico, que con un modo de ser justo. Y si esto es así, quiere decir que el modo de ser justo cuestiona y modifica nada menos que la identidad como médico. Y para dar este paso es necesario tenerlo muy claro (saber), estar muy motivado (saber lo que está en juego y estar abierto a complacerse en ello) y tener coraje para aplicarlo.

El interés preferente por el paciente propone poner a su disposición los recursos de un modo justo. El primero de ellos es el propio médico, que debe estar en condiciones adecuadas para hacer su trabajo. Por tanto, ser justo requiere, ante todo, un cuidado de sí mismo como cuidador y, por tanto, de un modo muy especial, del cuidado del propio criterio profesional.

Pero además, el modo de ser justo consiste en dosificarse de forma equitativa. De tal modo que, sea cual sea la especialidad de cada uno, el tiempo dedicado a la asistencia, docencia e investigación de éste o aquél problema de salud, debería ser proporcional al daño por omisión que puede provocar. Esto deja abierto el problema de cuantificar ese daño por omisión, problema que desborda los límites de este estudio. Sin embargo, baste sugerir que la cuantificación del daño tiene en medicina indicadores individuales y poblacionales. Los problemas de salud graves, ya sean poco o muy frecuentes, requieren una mayor dedicación del médico.

Y en relación con la organización, el modo de ser justo no puede ser otro que un modo de ser que juega limpio, dando a la organización aquello que se le debe de acuerdo con los pactos concretos a los que se haya llegado con ella. El juego limpio no debe estar limitado por los posibles abusos de poder de la institución, de los

⁸¹⁶ ARISTÓTELES. *Ética nicomáquea : Ética eudemia*. Pallí Bonet, Julio (trad.). España: Gredos, D.L. 1985. p.263. ISBN: 84-249-1007-9.

cuales el médico en todo caso tendrá que aprender a guardarse, pues también es posible un modo de ser justo o injusto consigo mismo. Esto no tiene tanto que ver con la cuestión de los derechos, como con el respeto que uno se *debe* a sí mismo⁸¹⁷.

El interés preferencial por el paciente requiere, además de un modo de ser atento, generoso y justo, un *modo de ser paciente*. Aquél no es posible sin paciencia. La paciencia es entendida aquí como el poder efectivo de soportar con entereza el peso de la práctica médica. El interés preferencial por el paciente obliga al médico y le hace necesariamente solidario con él. Si el paciente tiene que ser paciente con su enfermedad, el médico, a su modo, también. La paciencia se aprende practicando. Y no van a faltar oportunidades a lo largo de la vida profesional.

La paciencia también es necesaria con los compañeros, con los responsables de la organización sanitaria y con uno mismo. No es un modo de ser resignado. La paciencia es el figura más amable, más inteligente y, probablemente más astuta de la firmeza (“entereza, constancia, fuerza moral de quien no se deja dominar ni abatir”⁸¹⁸). Se demuestra en la capacidad de defender asertiva y firmemente los derechos e intereses del paciente ante el resto del equipo, la organización sanitaria o las instancias políticas. La paciencia se practica también ante las propias limitaciones.

Consecuencias respecto a la gestión de la práctica médica.

El interés preferente por el paciente da lugar a un tipo de práctica cuya gestión, actividad asistencial, docente e investigadora se centra en él y encuentra su justificación en criterios e indicadores de beneficencia y justicia. Desde esta perspectiva, la práctica se orienta a una disposición del acceso, lugar, agendas y mecanismos retributivos que tienen en cuenta los derechos y preferencias del paciente.

Respecto de la gestión de los recursos tecnológicos, baste decir que una práctica centrada en el paciente lleva a una gestión racional de los mismos, basada en pruebas científicas de eficacia y seguridad. En tanto en cuanto las organizaciones sanitarias son un instrumento social para hacer accesible la medicina a las personas, a las organizaciones se les debe juego limpio. El problema no está en elegir entre el

⁸¹⁷ RICOEUR, Paul. *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. p. 175. ISBN: 84-323-0923-0.

⁸¹⁸ DICCIONARIO de la lengua española [en línea]. 22ª ed.. Disponible a partir de: http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=firmeza [Consultada: 29 de mayo de 2012].

bien del paciente individual y el bien de la organización, sino entre el bien del paciente como individuo y el bien común, que incluye al paciente como parte de una población de riesgo.

En una práctica centrada en el paciente las agendas asistenciales se orientan de tal forma que es posible una flexibilidad para dedicar más tiempo a quienes más lo necesitan (no a quienes lo demandan). Los mecanismos retributivos evitan desincentivar la equidad, que proporciona igual acceso, igual tratamiento e igual indicador de resultado a igual necesidad⁸¹⁹.

Desde el punto de vista docente, una práctica centrada en el paciente define su temario en función del paciente y la población atendida. Con prioridad sobre aquellos problemas de salud de mayor repercusión funcional personal y social. Se organiza en torno a un aprendizaje por resolución de problemas, que es sometido a una evaluación formativa y sumativa adecuadas. Desde el punto de vista de la investigación, una medicina centrada en el paciente define su agenda de un modo similar al docente, es decir, orientándose a los problemas más significativos para los pacientes, no a los más rentables. Y hace compatible la obtención de conocimiento con el bienestar del paciente.

Si el equipo sanitario, la organización u otros pacientes sin problemas urgentes ejercen una presión estructural para acortar los tiempos de atención, el interés por el paciente prevalece sobre los intereses de terceros. Si la realización de pruebas complementarias o de interconsultas reporta algún tipo de incentivo o una mayor seguridad legal para el clínico, el interés por el paciente prevalece sobre ese tipo de intereses. Si algo no debe ser registrado en la historia clínica por riesgo a una desprotección de la intimidad del paciente, el interés por el mismo prevalece sobre el interés por contar con la documentación de esos datos.

5.2.2.3. *El cuidado del saber médico.*

“...Grandes y sublimes son los progresos de la ciencia, que tienen como finalidad conservar la salud y la vida de todas las criaturas... Que pueda hoy descubrir en mi saber cosas que ayer no sospechaba, porque el arte es grande, pero el espíritu del hombre puede avanzar siempre...”
(Maimónides).

⁸¹⁹ BOECKXSTAENS, P. [et al]. The equity dimension in evaluations of the quality and outcomes framework: a systematic review. *BMC Health Service Research*. 2011, vol. 11, p. 209.

Consiste en cuidado del aprendizaje, gestión, transmisión y ampliación del saber médico generalizable y del saber sobre el paciente concreto.

Explicación.

El cuidado del saber médico es cuidado del saber teórico (estar adecuadamente informado), del saber hacer (estar adecuadamente entrenado) y del saber actuar prudentemente. Es cuidado de la propia práctica médica, de acuerdo con el deseo y deber asumidos en la tradición médica desde la Grecia clásica⁸²⁰. El saber hacer incluye todas aquellas habilidades diagnósticas y terapéuticas necesarias en la práctica médica: las relativas a la comunicación, las técnicas exploratorias y las técnicas terapéuticas (incluidas obviamente las quirúrgicas), etc. El cuidado de ese tipo de saber requiere un modo de actualización basado en el conocimiento y en la realización de programas formativos basados en talleres específicos de aprendizaje.

Sin embargo, puesto que las habilidades en definitiva se basan en el conocimiento, es el cuidado del saber como conocimiento actualizado lo que va a centrar principalmente, junto con el saber actuar, el curso de acción que representa esta competencia. De este modo nos centramos en lo más específico del modo de ayuda de la práctica médica, esa forma por la que tradicionalmente los médicos han respondido al “instinto” de ayuda. Teniendo en cuenta que todo esto tiene un coste, pues la experiencia dice desde antiguo que la práctica (*tékhne*) es benéfica para el que de ella se sirve (el paciente), pero penosa para el que la posee⁸²¹.

El conocimiento es entendido, en principio, como intelección racional verdadera de la realidad del paciente (como realidad individual y social). La razón es un modo de intelección, pero es entendida en el sentido que le da Zubiri, como un modo de intelección ante todo “*mío*” y como intelección *en profundidad* de la realidad. Y es movimiento o marcha de mi propia razón. Consiste en apertura mental a la riqueza y problematismo de la realidad del paciente (como realidad individual y social) y a su extraordinaria complejidad. Es indagación en movimiento ante una realidad que da que pensar.

⁸²⁰ El médico debe ser ante todo “servidor de su arte” (L.II,636). En: LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 72. ISBN: 84-95840-03-0.

⁸²¹ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 68. ISBN: 84-95840-03-0.

La tarea de la razón es constante, porque nunca agota lo que se propone comprender, dado que lo real en cuanto real es algo siempre abierto. La razón es ante todo un modo de actualizar o hacer presente intelectivamente la realidad del paciente (su mundo), provisional y siempre sujeto a revisión. Es búsqueda de respuestas allí donde lo real aún no ha sido comprendido sino como enigma.

La razón, en cuanto intelección en búsqueda, actualiza lo real en modo de conocimiento. No toda intelección es conocimiento, ni es obvio que la forma suprema de aprender las cosas sea el conocimiento. El conocimiento no consiste solamente en saber, por ejemplo, qué es una determinada enfermedad, sino, ante un paciente concreto, consiste en saber si tal noción de enfermedad concreta, caracterizada por una serie de criterios y que utilizo como hipótesis, me actualiza (o me permite comprender) verdaderamente lo que en el fondo le ocurre al paciente. Pero también consiste en saber cómo afecta la enfermedad al paciente en su proyecto vital, en sus relaciones o en su estado de ánimo.

Una apertura radical a la realidad del paciente en su compleja diversidad, requiere una disposición a que la realidad cuestione (dé que pensar, dé la razón o la quite) incluso los fundamentos de la valoración clínica. El fruto de esa búsqueda es la verdad racional. La enorme productividad bibliográfica de las ciencias biomédicas plantea dificultades, por la cantidad de información científico-técnica que hay que gestionar en la práctica médica a día de hoy. Y la complejidad del paciente plantea la dificultad de emplear hipótesis adecuadas obtenidas del conocimiento generalizable.

Pero para poder justificar y explicar mejor esta competencia es necesario acudir a datos históricos y epistemológicos relacionados con la tradición y el mismo comienzo de la práctica médica (la *tékhne iatriké*). Estos datos nos indican que lo específico de la práctica médica es la sanación por el conocimiento racional del hecho de enfermar.

El asombro por la *physis* y por la razón humana llevó a los médicos de la Grecia clásica a orientar su práctica contando con estas dos realidades (*tékhne iatriké* y *physis*). Manifestaron una profunda estima por el saber (“... el médico debe ser un amante de la sabiduría...”), hasta el punto de que “hay que conducir la

sabiduría a la medicina y la medicina a la sabiduría”⁸²². La práctica médica, ya desde sus raíces, muestra un fuerte “afán que impulsa al conocimiento”⁸²³, algo sumamente estimado.

Puesto que “la inteligencia... conduce después hasta la verdad”⁸²⁴, en los textos hipocráticos se busca un saber que funciona “teniendo como meta la verdad sobre lo que ha sido demostrado”⁸²⁵. Se elogia la teoría “siempre que tome su comienzo a partir del dato objetivo y mantenga la referencia a las realidades visibles”⁸²⁶ y se aprecia el papel del razonamiento en la práctica médica, pues “... son dignos de admiración sus descubrimientos [de la medicina antigua] mediante el razonamiento, por el camino correcto y no por azar”⁸²⁷. En esta nueva *tékhne* se prefiere actuar prestando atención, no a una teoría persuasiva, “sino a la práctica acompañada de la razón”⁸²⁸.

Las generaciones de médicos hipocráticos buscan apropiarse de una posibilidad que no había sido sospechada por generaciones anteriores: el conocimiento de la *physis* para ayudar a los enfermos. Desde ese conocimiento son apreciados la investigación, el conocimiento, la experiencia, el razonamiento correcto y el acierto. Y se menosprecian la ignorancia, la inexperiencia y el error. Las reglas prácticas que van apropiándose los hipocráticos buscan el dominio sobre la enfermedad “con el examen de la inteligencia” a partir de datos sensibles (*aísthesis* o percepción más *logismós* o razonamiento), sin recurrir a postulados vacuos.

La referencia o *métron*, está basada en “la percepción sensible del cuerpo humano (*aístesis tou sómatos*)”, entendido esto como aquello que se deja sentir en el cuerpo humano, en el doble sentido de sensaciones que experimente el paciente en su propio cuerpo y las que son accesibles al médico⁸²⁹. Hay, pues, un propósito

⁸²² SOBRE LA DECENCIA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada.* Fernández Gual, Carlos (Introducción general). Madrid: Gredos, [2001]. p. 102. ISBN: 84-249-0893-7.

⁸²³ PRECEPTOS. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 314.

⁸²⁴ PRECEPTOS. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 312.

⁸²⁵ SOBRE LA DECENCIA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 199.

⁸²⁶ PRECEPTOS. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 312.

⁸²⁷ SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 150.

⁸²⁸ PRECEPTOS. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 311.

⁸²⁹ LARA NAVA, M.D.. (Nota 18) *Sobre la medicina antigua.* En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada.* Fernández Gual, Carlos (Introducción general). Madrid: Gredos, [2001]. p. 146-147. ISBN: 84-249-0893-7.

indeclinable de “partir del dato objetivo” y mantener “la referencia a las realidades visibles”, como referencia previa a cualquier consideración teórica⁸³⁰.

Pero la forma de razonar y, por tanto, de alcanzar verdades racionales, se centraba para los clásicos en la conceptualización y la lógica. Y esto llevó a un enorme desarrollo del razonamiento especulativo en medicina, con un prestigio de la patología, que confiaba en la capacidad humana del inteligir, captando la esencia de las cosas de una forma cierta, demostrativa, sin error. La patología representaba la ciencia, la certeza; la clínica la mera “*doxa*”, la incertidumbre⁸³¹. Posteriormente se produjo un control empírico a lo especulativo que contribuyó decisivamente al desarrollo del conocimiento actual sobre el enfermar; así como un espectacular desarrollo de los recursos diagnósticos, que permiten confirmar o descartar hipótesis en el paciente concreto.

Pues bien, el análisis y descripción pormenorizada de los hechos de la intelección cuestiona radicalmente esta dualidad entre teorizar y practicar la medicina. Desde ese análisis, realizado de forma excepcional por Zubiri, se descubre que la forma fundamental de aprehender consiste precisamente en el aparentemente insignificante hecho de actualizar las cosas como reales, con la forma de realidad. Esto se corresponde con una verdad simple, pero radical⁸³²: que esto lo aprehendo como algo real y no de otro modo. No hay posible error en considerar como real algo que se aprende o capta como real. Lo radical de la intelección humana no sería, pues, el conocimiento, sino poder aprehender las cosas, no solo por sus cualidades, sino porque son reales.

Este hecho de sentir lo real como real le es posible a la inteligencia humana, pero no a la “inteligencia” artificial. Ningún ordenador puede llegar a tener “sentido de realidad”, como no puede tener sentido de sí mismo. El sentido de realidad, esa *forma* en la que los humanos captan intelectivamente las cosas como alteridad, es descubierto, pues, como fundamento de todo conocimiento. La realidad ya no se

⁸³⁰ PRECEPTOS. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada.* Fernández Gual, Carlos (Introducción general). Madrid: Gredos, [2001]. p. 312. ISBN: 84-249-0893-7.

⁸³¹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *La deliberación moral: El método de la ética clínica.* En: *ÉTICA en la práctica clínica.* Gracia, Diego (ed.) ; Júdez, Javier (ed.). Madrid: Triacastela, 2004. p. 23. ISBN: 84-95840-15-4.

⁸³² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad.* 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

identifica con la *physis*, sino con la *formalidad de realidad*, con la forma de realidad con la que se nos presentan las cosas.

La actualización intelectual de la realidad aprehendida en su radical formalidad de realidad, el sentido de realidad, es la forma inicial y canónica de conocimiento. Lo demás se basa en ello. El conocimiento es solo una forma de intelección compleja basada en este hecho aparentemente tan simple. El conocimiento se inscribe dentro de la intelección, es solo un modo de inteligencia de la realidad. El conocimiento recibe toda su riqueza y valor de ser un modo de actualizar la realidad (intelección). La intelección no es conocimiento rudimentario, sino que el conocimiento es solo un bosquejo de intelección ulterior, de intelección sucedánea.

Según esto, quien tiene una intelección formalmente más real (aunque insuficiente) de lo que es una enfermedad es el propio paciente. La conceptualización del médico será solo una tenue sombra respecto a la formalidad de realidad con la que el paciente nota, actualiza o percibe su problema de salud. En ese sentido (solo en ése) el paciente es quien está en mejor posición para sentir intelectivamente (o inteligir sentientemente) su enfermedad. El médico la aprende tenuemente, eso sí, con un conocimiento racional y, por tanto, en profundidad, cuando la asume como diagnóstico. En la aprehensión directa e inmediata hay un mayor sentido de realidad, en el conocimiento racional hay cierta distancia de la realidad, pero una mayor riqueza intelectual⁸³³.

Sea cual sea el modo de captar la realidad (de forma directa o, mediante hipótesis probadas, en tanteo de la realidad no accesible a la percepción directa), aprender es, ante todo, actualizar y reactualizar la realidad, tener presente lo aprendido.

Lo que era la *physis* para los antiguos es ahora para nosotros la realidad. La realidad humana es algo mucho más complejo que su *physis*. Por tanto, interesa a la medicina lo relacionado con la realidad humana (no solo con su *physis*) que puede afectar al hecho de enfermar o de sanar.

El cuidado del conocimiento acerca del enfermar es una competencia que prolonga la tradición específica y propia de la medicina. Ésta ha visto desde sus

⁸³³ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

comienzos que el conocimiento sobre el enfermar es un bien específico, necesario y propio de la práctica médica. Hoy sabemos que el conocimiento racional hay que *abrirlo* de la *physis* a la *realidad* humana en su conjunto. Esta realidad se puede abordar desde su dimensión física, pero también desde otras muchas (psíquica, social, histórica, moral, etc.) que requieren un abordaje racional específico.

En el momento actual, tras un avance espectacular de las ciencias relacionadas con la salud, el conocimiento médico no puede ser sino una determinada comprensión en profundidad sobre el hecho de enfermar y sobre los diversos modos de ayuda médica. Este conocimiento no es entendido aquí como una nube de datos registrados en algún lugar, sino algo *propio* del médico concreto. Y se construye desde la búsqueda rigurosa de verdades racionales, es decir, de verdades probadas mediante la experiencia, ya sea ésta fruto de la investigación o de la práctica clínica.

Tanto una como otra generan conocimiento. Si la investigación aporta datos útiles para un conocimiento y una cierta comprensión de la realidad respecto del hecho general de enfermar, la indagación diagnóstica que se produce en contacto directo con el paciente aporta un conocimiento y una comprensión de la realidad respecto del hecho particular de enfermar de ese paciente. Los datos proporcionados por la investigación aportan hipótesis y un valor predictivo para comprender lo que le ocurre y puede ocurrirle al paciente.

En el ámbito del conocimiento científico-técnico, tal como lo entendemos generalmente, el *hecho experimental* es el modo de abordar el objeto, la *experimentación* es el método, y la *comprobación* es la forma de acceso a la verdad, dentro de este modo, siempre provisional, de acceder a lo real y actualizarlo. Pero no todo conocimiento es científico-técnico, en este sentido restringido. No se puede dejar de insistir en que las ciencias de la naturaleza no serían sino un modo más de conocimiento entre otros.

Esto tiene una gran importancia a la hora de abrir la mirada a otras formas rigurosas de conocimiento racional. El método científico-técnico, la lógica conceptual o la lógica matemática no son la única vía de conocimiento racional posible. Hay otros hechos, otros modos de experiencia y otros modos de probación física de la realidad, y, por tanto, de llegar a verdades racionales, dependiendo del objeto de estudio del que se trate.

Esto supone que al médico se le plantea un esfuerzo considerable de apertura, que le requiere pasar de una mentalidad centrada en la búsqueda de un conocimiento sobre los aspectos físicos de enfermar, a una comprensión racional más amplia. En la tradición médica el concepto de médico humanista siempre ha reflejado una mentalidad abierta a otras dimensiones de lo humano. No es casual que en numerosos países las humanidades médicas incluyan al menos bioética, historia de la medicina, antropología, derecho, literatura, sociología y filosofía⁸³⁴, o que, recientemente, se haya propuesto exigir conocimientos relacionados con las ciencias de la conducta y la sociología para poder acceder al estudio de la medicina⁸³⁵.

El diagnóstico correcto de ésta o aquella enfermedad es un paso en la comprensión de lo real en profundidad. Pero es un paso insuficiente. Esto queda muy patente en el abordaje clínico del dolor. Aquí es necesario contar, no solo con la perspectiva biomédica (que propone identificar los mecanismos nosológicos del dolor), sino con la perspectiva del propio paciente. Esta aproximación pone de relieve, por ejemplo, que los pacientes experimentan el “reto existencial” del cáncer como un tipo de dolor que puede ser mayor que el dolor físico⁸³⁶, algo a lo que la aproximación puramente experimental es ciega.

La comprensión del paciente concreto exige no solo una experiencia probada por un cierto modo de experimentación, que es la realización de exploraciones, pruebas complementarias, etc., sino una experiencia probada por *compenetración*. Este tipo de experiencia aporta un conocimiento sobre ciertas características del sujeto que no son accesibles de forma experimental, como sus sentimientos o sus preferencias. El modo de acceso a ese aspecto de la realidad del paciente es mediante una experiencia por *compenetración*, que necesariamente tiene que ser probada de forma dialógica. Esta experiencia permite un conocimiento racional del mundo interno del paciente. En el ámbito clínico se consigue mediante la entrevista, en el ámbito de la investigación poblacional, mediante la investigación cualitativa.

En resumen, la comprensión de la realidad del paciente lleva, pues, al saber médico. El objeto del saber es la realidad, no la objetividad, ni el ser, ni solo lo físico. Y esto, hay que insistir en ello, abre el horizonte intelectual del médico a todo

⁸³⁴ En línea: <http://medhum.med.nyu.edu/directory.html> [Consultado: 20 de mayo de 2010].

⁸³⁵ KAPLAN RM, Satterfield JM, Kington RS. Building a Better Physician – The Case for the New MCAT. *New England Journal of Medicine*. 2012 Apr, vol. 366, núm. 14, p. 1265-1268.

⁸³⁶ SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. *Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline* [en línea]. Edinburgh: SIGN, 2008. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign106.pdf> [Consultada: diciembre 2009]

lo concerniente al paciente. El objeto del saber no es lo “objetivable”, lo diagnosticable, podríamos decir, sino el propio paciente.

Lo que médicamente hay que pedirle al conocimiento es que sea racional, que se pueda probar y que cuente con unos estándares de evidencia apropiados al objeto de estudio. Pero además, hay que pedir una clara aplicabilidad para la práctica clínica. Lo cual exige ampliar los conocimientos tradicionalmente centrados en los aspectos biológicos del enfermar, a unos conocimientos abiertos a las dimensiones emocionales, sociales, morales y espirituales del enfermar⁸³⁷. Y además exige un esfuerzo de selección y síntesis de conocimientos que permitan y faciliten la tarea de la sanación.

Es necesario tener presente que la máxima riqueza en lo concerniente a la formalidad de realidad se produce en el encuentro clínico, en el cara a cara de la entrevista clínica entre el médico y el paciente. Ese momento va a determinar la vía o vías de diagnóstico del clínico. Éste, cuanto más firmemente asentado esté en la realidad del paciente, mejor orientará su marcha intelectual para lograr una comprensión de lo que le ocurre.

Pero conocer y saber hacer no lo es todo en la práctica médica. Hay que saber actuar. Ese saber actuar es lo que los clásicos denominaron *phrónesis* o sabiduría práctica. Aristóteles lo consideraba un modo de excelencia intelectual que consiste en “un modo de ser racional verdadero y práctico, respecto de lo que es bueno y malo para el hombre”⁸³⁸. Para él, la prudencia requiere “moderación”, como algo que la salvaguarda.

La sabiduría práctica apunta hacia el bien del hombre. Por tanto, hacia el bien de todos los implicados en la práctica médica: empezando por el paciente individual, siguiendo por el paciente como sociedad y terminando por el propio médico y otros afectados. En medicina se trata, por tanto, de una forma de saber que integra sensibilidad, conocimiento, habilidades prácticas y experiencia para lograr la salud del paciente y el bien de todos los implicados, en condiciones de incertidumbre.

⁸³⁷ THE INTERNATIONAL NETWORK FOR PERSON-CENTERED MEDICINE (INPCM) [en línea]. Disponible en: <http://www.personcenteredmedicine.org/mission.php> [Consultada: 20 de mayo de 2012].

⁸³⁸ ARISTÓTELES. *Ética nicomáquea : Ética eudemia*. Pallí Bonet, Julio (trad.). España: Gredos, D.L. 1985. p.275. ISBN: 84-249-1007-9.

La prudencia integra el conocimiento médico teórico conseguido mediante los distintos modos de investigación. Integra las habilidades prácticas, guiando su empleo de forma segura y eficaz con el paciente concreto. E integra el resto de competencias (el cuidado de la compasión, del interés por el paciente y de la confianza) en orden al logro efectivo de la salud del paciente. La prudencia es lo que inscribe cualquier virtud y competencia en el terreno de la validez ética. Es una forma de estar en la realidad que une sensibilidad, conocimiento y una forma de actuar orientada a la promoción positiva incondicional de lo humano.

¿Cómo se configura en la práctica esta competencia? Al igual que en el caso de las anteriores competencias, en hechos concretos relativos a actos intencionales, a la forma de ser del médico y de la práctica clínica, que configuran respectivamente modelos profesionales y de ejercicio.

Consecuencias respecto a la intención volitiva.

En el plano de la intencionalidad, solo evidente para sujeto agente moral (el médico en nuestro caso), la actualización del saber requiere un deseo, preferencia y complacencia en ello. Esto a su vez requiere un cuidado del deseo por saber y, por tanto, del deseo de conocer la verdad y el modo prudente de actuar. Este querer el cuidado del saber médico se inscribe en la tradición médica de la *philotekhnía*⁸³⁹, según la cual el médico se reconoce estimando la medicina.

El peso de la rutina, el exceso de cansancio, los factores de dispersión de la atención hacia otros intereses o la acumulación de tareas pueden acabar dañando gravemente ese deseo, la preferencia y el disfrute por saber. Uno de los hechos, por tanto, característicos de esta competencia es el cuidado constante de ese deseo. Esto requiere suficiente capacidad de autopercepción, un cierto estado de cautela, e identificación de aquello que alienta o destruye esa *philotekhnía*.

Consecuencias respecto al carácter, los hábitos y las conductas profesionales.

Por otro lado, querer saber es querer verdades racionales firmes. De ahí que se trate de un camino consistente en la búsqueda de esas verdades. Y eso requiere un *modo de ser comprometido con la verdad*, que no es otra cosa que deseo, preferencia y complacencia inquebrantables por la verdad racional.

⁸³⁹ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 54. ISBN: 84-95840-03-0.

La verdad racional es entendida aquí como adecuación entre lo inteligido y la realidad, de tal manera que es la realidad la que en último término da o quita la razón. De ahí que conocer sea el modo específicamente médico de cargar con la realidad del paciente, que es la que da o quita la razón a una determinada hipótesis. El rigor metodológico es una de sus cualidades. Son enemigos de este modo de ser comprometido con la verdad: la suficiencia intelectual, que ignora la propia ignorancia y menosprecia los datos ofrecidos por lo real; la razón perezosa, que paraliza la propia marcha de la razón; y la razón estratégica, que no se interesa tanto por el saber como por el poder y el reconocimiento social.

Pero además, esta competencia se manifiesta por un *modo de ser abierto intelectivamente*, por una mentalidad abierta y flexible. Este modo de ser reconoce la necesidad de abordar la realidad compleja desde distintos ángulos, mentalidades, metodologías y criterios de evidencia. La apertura intelectual descubre modos diferentes de conocer, de investigar y de tantear la realidad del paciente. Sin dejar por ello de darle el peso adecuado a cada uno de ellos, según la posibilidad de comprobar hipótesis y la consistencia de los datos obtenidos con la experiencia. La estrechez intelectual ante una realidad compleja como es la humana solo puede dar lugar a formas de atención médica deficientes.

Pero el saber médico no solo consiste en el conocimiento y en el saber hacer determinadas técnicas. Hemos visto que también consiste en un saber actuar en situación. Y esto requiere una *forma de ser prudente*. La prudencia es verdad, habilidad y beneficencia en situaciones concretas. Presupone moderación, que es solo un modo de dominio de sí. El dominio de sí es entendido aquí como un modo de ser libre respecto de las tensiones y deseos internos que apartan del deseo y la acción benéficas. Esas tensiones y deseos pueden tener que ver con el miedo, el estrés, el agotamiento, el consumo de sustancias, el sexo o, como afirman Pellegrino y Thomasma, con algo más sutil como es el uso inapropiado de la tecnología⁸⁴⁰.

El uso prepotente o desmesurado de la tecnología puede dar lugar a un mayor sufrimiento del paciente y su familia, a prolongar el proceso de morir y crear una carga social con un derroche de recursos que podrían aplicarse en situaciones reversibles. El imperativo tecnológico no es sino esa tendencia por la que el uso de la tecnología tiende a imponerse en las propias decisiones médicas, sin un criterio

⁸⁴⁰ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 117. ISBN: 978-0-19508289-0

prudencial claro. El modo de ser prudente conlleva un uso apropiado de la tecnología que evita la obstinación diagnóstica o terapéutica, así como el derroche injusto de recursos.

Consecuencias respecto a la gestión de la práctica clínica.

Una práctica médica en la que se cuida el saber médico es una práctica racional (científica y prudente), segura, eficaz y eficiente.

5.2.2.4. *El cuidado de la confianza.*

“Que mis pacientes tengan confianza en mí y en mi arte”(Maimónides).

Consiste en promover una certidumbre basada en la fiabilidad ante el paciente, la corporación médica y las instituciones sociales y ante sí mismo.

Esta competencia plantea la necesidad de adentrarse, al menos brevemente, en la esquivada noción de la confianza. Ésta ha sido abordada desde perspectivas como la sociológica o la política, pero de un modo sorprendentemente limitado por la bioética y desde la propia medicina. En los siguientes párrafos se hace un somero análisis fenomenológico de los hechos relativos a la confianza. La confianza se otorga, se recibe o se está en ella. Lo común a estas tres situaciones es la certidumbre: ésta se otorga, se recibe o se está en ella.

Qué es la confianza. La confianza es certidumbre que surge en la incertidumbre, porque no se apoya en lo evidente o en lo probado. En este sentido se diferencia de la certeza racional, que sí se apoya en lo evidente y lo probado. La certidumbre es “adhesión a algo conocible sin temor a errar”⁸⁴¹. La palabra confianza viene del latín *fidare*, que significa fiar o afianzar. La confianza es un tipo de certidumbre en la que algo se afianza en incertidumbre. No es posible la confianza, sino en un contexto de incertidumbre.

En ese contexto, a menudo la certidumbre es algo estimado como bueno, es decir, es un bien. Un bien que surge en la incertidumbre. Cómo: mediante un acto intencional o espontáneo, de apertura a esa certidumbre. Es un acto en el que se consiente que surja ese bien estimado, ese valor, que es la certidumbre. Si hay

⁸⁴¹ DICCIONARIO de la lengua española [en línea]. 22ª ed.. Disponible en: http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=certidumbre [Consultada: 31 de mayo de 2012].

intencionalidad, hay co-creación de valor, ya que esa certidumbre es ya algo por sí mismo valioso.

En el otorgar, recibir o estar en confianza, hay certidumbre de algo. La certidumbre es un bien que es envoltorio de otro bien. Al otorgar la confianza se están otorgando la certeza y algo más. Se hace una atribución de valor a aquello o aquél en el que se confía. Y además se entregan otros bienes (como la salud) envueltos en esa certeza. Al recibir confianza se están recibiendo esos bienes. Estar en confianza es disfrutar de la certeza y de los bienes que la certeza protege. Y todo ello en medio de la incertidumbre, sin evidencias, sin pruebas. En la relación clínica esos bienes que envuelve la certeza a menudo son personas (“hiperbienes”).

Aceptar la confianza. El médico, cuando acepta esa confianza, se sitúa en la obligación de agradecer el valor que le es atribuido y de actuar al cuidado de todos esos los bienes: la propia confianza otorgada, las personas, su salud, o lo que sea que se confía en función del ejercicio profesional. Si el que otorga la confianza, pone en las manos del médico esos bienes, el médico, en el momento en el que acepta esa confianza, se encuentra en la obligación de ser fiable o confiable. Se pone en deuda, situándose en un determinado marco de deberes. La confianza aceptada obliga a una fidelidad o lealtad hacia quien la otorga⁸⁴².

Otorgar la confianza. Cuando decido *otorgar mi confianza* a alguien dependo de su buena voluntad, por lo que confiar es una forma de vulnerabilidad aceptada ante la posible, pero no deseable, mala voluntad, falta de buena voluntad o desinterés del otro hacia uno⁸⁴³. Y para entender los riesgos morales de la confianza es importante ver la suerte de vulnerabilidad que introduce el bien que está en juego. No es lo mismo confiarle a otro un céntimo de euro, que la salud (paciente al médico) o la propia vida profesional (médico a la organización sanitaria). Confiamos cuando suponemos que el otro usará los poderes que ejerce libre y prudentemente, de una forma competente y no maliciosa.

Confiar es, pues, dejar a otras personas cuidar de algo estimado por mí, cuando ese cuidado requiere algún ejercicio libre y prudente de cierto poder. Es, en definitiva, dependencia de la voluntad de cuidado y de la competencia de otros para cosas que uno valora y le importan. Si es claro que el paciente acepta una situación

⁸⁴² PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 65. ISBN: 978-0-19508289-0

⁸⁴³ BAIER, A. Trust and Anti-trust. *Ethics*. 1986, vol.96, núm. 2, p. 231-260.

de vulnerabilidad al confiar su salud al médico, también lo es que el médico acepta una situación de vulnerabilidad al confiar su práctica y su vida laboral a la organización en la que trabaja.

Confiar es abrirse un bien (certidumbre) que envuelve y protege otros bienes en incertidumbre. La confianza otorgada (ese movimiento de consentir la certidumbre en la incertidumbre) puede verificarse. Se confía que una determinada expectativa, posibilidad o hipótesis sea viable. Por ejemplo, que este médico me ayude con mi enfermedad. La confianza es aprobada (validada) o reprobada (invalidada) por la realidad. Si se produce una respuesta positiva a las expectativas, la confianza (certidumbre en incertidumbre) sale reforzada; si no es así, la confianza se debilita. Hay, por tanto, acierto y error al confiar. En cuanto algo susceptible de ser comprobado la confianza es racional.

En las relaciones humanas otorgar confianza consiste en la promoción de un bien (la certeza) y en la exploración de posibilidades de bien, en contextos de incertidumbre respecto al valor otorgado al otro y al destino de los bienes que se ponen en sus manos.

Estar en confianza. Annette Baier afirma que la confianza infantil, que no necesita ser ganada pero siempre está ahí (a menos que sea destruida), es un buen ejemplo para comprender las posibilidades y la espontaneidad que entraña el estar confiadamente. Ese estar confiadamente del niño se prolonga en cierto modo en la edad adulta.

Por eso se puede afirmar que vivimos en un clima de confianza como quien vive en la atmósfera: solo nos percatamos del aire cuando falta o se contamina. Por ejemplo, en la práctica médica se está confiadamente cuando se confía en la verosimilitud de determinadas hipótesis que, posteriormente, deberán ser probadas; cuando se acepta el testimonio de los investigadores; cuando se considera que el paciente no está engañando al médico que le atiende; o en el trabajo en organizaciones, cuando se presupone que éstas ofrecen un entorno laboral aceptable.

Es posible detectar en la entrevista clínica la desconfianza del paciente, que provoca enigmáticamente una sensación inconfundible de pérdida de tiempo, malestar y falta de entendimiento con el paciente. Y, por parte de los pacientes, no es extraño presuponer una desconfianza ligada a la opinión de que los médicos están

menos disponibles, más a la defensiva, menos interesados en los pacientes y más interesados en hacer dinero o disfrutar del ocio que en otras cosas⁸⁴⁴.

Para que pueda generarse un “estar en confianza” se hacen necesarias formas de verificación o comprobación de la misma. Esto, en una situación de asimetría, como es la que suele caracterizar la relación clínica, depende principalmente del que recibe la confianza.

Para ello debe demostrar transparencia, competencia y vínculo con respecto a quien otorga la confianza.

Transparencia: Los pactos son una forma de aportar transparencia a las relaciones humanas. Los compromisos explícitos (promesas) y los contratos son una invención social ingeniosa y sofisticada, por la que se busca reafirmar un estado de confianza. Los contratos ofrecen una cierta seguridad al que confía. No solo permiten confiar libremente, sino que reducen al máximo la vulnerabilidad del que confía, distribuyendo riesgos para las partes. Los contratos, no obstante, siempre requieren un acto intencional de confianza en la buena voluntad de la otra parte, así como del uso apropiado de sus poderes discrecionales.

Competencia: La competencia se demuestra ante el paciente, en el contexto de la relación clínica; ante la corporación mediante los sistemas de acreditación de la misma; y ante la organización, con una transparencia de resultados relativos a la seguridad, eficacia, eficiencia y efectividad de la práctica.

Vínculo: Una razón (no la única), para confiar en el buen cuidado por parte de otro de un bien apreciado para mí, es que se trate de un bien común a ambas partes. “Y la mejor razón para pensar que el propio bien de uno es también un bien común es sentirse querido”⁸⁴⁵. En una profesión como la medicina, en la que el bien que se le entrega al médico a menudo son personas, demostrar aprecio es un modo de generar confianza. Sentirse querido (apreciado, estimado, valorado) no es una cuestión meramente subjetiva vinculada a las emociones. Para Laín Entralgo el modo específico de la amistad del enfermo con el médico es precisamente la confianza⁸⁴⁶.

⁸⁴⁴ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 71. ISBN: 978-0-19508289-0

⁸⁴⁵ BAIER, A. Trust and Anti-trust. *Ethics*. 1986, vol.96, núm. 2, p. 231-260.

⁸⁴⁶ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 175. ISBN: 84-95840-03-0.

Validez ética de la confianza. La confianza se desea, se busca e incluso se disfruta. Pero estar confiadamente es algo éticamente ambiguo y problemático. Parece formar parte de la estructura y formalidad humana. Otorgar la confianza, aceptarla o estar en confianza no es garantía de validez ética. Hay relaciones de confianza éticamente erróneas (por ejemplo, las de una mafia). Por otro lado, la sospecha o desconfianza, puede ser algo válido desde un punto de vista ético, por ejemplo la sospecha de que uno puede estar siendo traicionado. Por tanto, la complicidad moral que posibilita un estar en confianza no tiene por qué ser algo éticamente válido.

Para Annette Baier la confianza es racional, es decir, éticamente válida, en primer lugar cuando no es corrupta y no perpetúa “brutalidad, tiranía o injusticia”. Pero además, la confianza es racional en la ausencia de cualquier razón para sospechar motivos fuertes que entren en conflicto con las demandas de fiabilidad, según el punto de vista del que confía. Es decir, en tanto en cuanto que el que confía ve, que aunque haya diferentes motivos, intereses o razones, los que sostienen su confianza ganarán respecto de los que la subvierten.

Para esta autora, la confianza es “moralmente decente” solo si, además, el conocimiento de las razones de cada parte para continuar la relación podría en principio también ser compartido, asumiendo que el conocimiento mutuo sería en sí mismo un bien, no una amenaza a otros bienes. Cuando desde la transparencia la confianza puede prevalecer frente a la sospecha.

Hacerse confiable es éticamente válido cuando contribuye lógicamente (deontológicamente) y efectivamente (consecuentemente) a una promoción positiva de lo humano. En el presente esbozo, hacerse confiable adquiere su dirección moral desde los principios de realidad, responsabilidad y fiabilidad. Son ellos los que guían esta competencia. Supone aceptar el cuidado del bien que el otro necesita o quiere transferir. Es dar una respuesta positiva a las expectativas de competencia benevolente, benéfica y justa por parte del otro, ya se trate del paciente, de un colega o de la organización en la que se trabaja.

Consecuencias respecto a la intención volitiva.

Siempre se ha insistido en la tradición médica sobre la importancia del clínico como agente de confianza, como alguien fiable. Sin embargo, como hemos visto, también es alguien que se ve obligado a *confiar*, especialmente ante entidades

poderosas, como son las organizaciones sanitarias, de las que dependen sus condiciones de trabajo, reconocimiento adecuado y, en definitiva buena parte de su vida profesional.

En el momento en el que el médico ofrece su vida profesional a una determinada organización, está poniendo en las manos de esta organización uno de los bienes más valiosos para él. Por tanto, se está colocando en una posición de vulnerabilidad, desde la cual sus expectativas consisten ante todo en poder hacer bien su trabajo y obtener un adecuado reconocimiento por ello. Si médico y organización comparten el cuidado de un bien, que es la salud del paciente, también hay otros muchos bienes implicados. La organización necesita influencia, prestigio social y recursos materiales para poder ser agente de salud.

Por otro lado, para *hacerse fiable*, de acuerdo con la tradición médica, hay que empezar por quererlo. Encargarse de aquello que transfiere el otro es una responsabilidad temible en la práctica médica⁸⁴⁷. Por tanto, el cuidado de la confianza da lugar a un tipo de médico que quiere cargar con eso, que hace propia esa responsabilidad. La medicina ofrece muchas posibilidades, algunas con mayor carga y otras con una menor carga. El estudiante tiene que discernir, según sus tendencias y preferencias personales, cuál es la carga de responsabilidad que quiere asumir; sabiendo que, incluso la mínima carga es formidable, pues el bien transferido por el paciente al médico es extremadamente valioso.

¿Por qué querer cargar con esta responsabilidad? La fiabilidad del médico tiene un efecto sanador sobre el paciente, que se encuentra en situación de inseguridad y máxima incertidumbre. La fiabilidad ante las organizaciones sanitarias permite ofrecer los servicios médicos a personas que no podrían acceder a los mismos de otro modo por falta de recursos. Finalmente, la fiabilidad también reporta bienes de otro tipo, como el prestigio ante el paciente, otros compañeros o la sociedad, y quizá mayores posibilidades de reconocimiento económico del esfuerzo realizado.

Consecuencias respecto al carácter, los hábitos y las conductas profesionales.

Quien confía a otro un bien como su salud, se sitúa en un estado de expectación, es decir, de cierta tensión ante la incertidumbre. Éste surge de

⁸⁴⁷ Los datos empíricos sugieren que el 70% de los médicos tiene niveles medios de ansiedad y el 20% niveles elevados. De las variables que tienen más impacto en la ansiedad, dos de ellas son la falta de formación pertinente y el sufrimiento del enfermo. En: GÓMEZ ESTEBAN, R. *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Madrid: Fundamentos, 2002. p.218.

expectativas concretas y diversas. Si éstas son satisfechas, la tensión disminuye, generándose el estado de confianza, que se caracteriza por cierta tranquilidad. De no ser así, la tensión persiste o, incluso, empeora.

Serenidad. Parece que ese sentimiento de tranquilidad es un indicador, una medida de la confianza. Por tanto, un modo de ser que inspira confianza es un modo de ser que fomente la tranquilidad. ¿En qué consiste? Es lógico pensar que para tranquilizar es necesario transmitir tranquilidad en la expresión, la forma de moverse, en el lenguaje, etc. Esto resulta espontáneo para un temperamento natural tranquilo, de quien “se toma las cosas con tiempo, sin nerviosismos ni agobios, y que no se preocupa por quedar bien o mal ante la opinión de los demás”⁸⁴⁸.

Para poder tranquilizar intencionalmente, es necesario trabajar el propio modo de ser, para que pueda transmitir *serenidad*. Ésta se refleja en conductas concretas en las que no se presupone nerviosismo, prisa o agobio. Esto responde a las expectativas de muchos pacientes, que se quejan de ver a los médicos siempre muy apresurados y como sin tiempo. Un médico agobiado y apresurado no genera confianza, porque no parece estar en lo que tiene que estar. La serenidad no significa lentitud.

No es fácil decir cómo se logra ganar esa serenidad. Pero probablemente tiene que ver con una buena formación científica y técnica que facilita ganar una confianza en sí mismo; con la experiencia acumulada; con ajustar la agenda y los ritmos de trabajo-descanso de modo que se evite el solapamiento de tareas y la sobrecarga excesiva; y con reservar un tiempo para actividades que, más allá de la vida laboral, ayudan a nutrir por otras vías el propio mundo interno.

Deliberación. Las expectativas de los pacientes van evolucionando y difieren según el momento histórico y cultural. Si bien los pacientes, al menos en nuestro país, manifiestan una gran confianza en la profesión médica, asistimos a un nuevo tipo de paciente que se quiere responsabilizar de su salud y se conduce como consumidor de servicios sanitarios, que espera un trato más personalizado, un mayor tiempo de dedicación y una mayor cantidad de información⁸⁴⁹.

⁸⁴⁸ DICCIONARIO de la lengua española [en línea]. 22ª ed.. Disponible en: http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=tranquilidad [Consultada: 30 de mayo 2012].

⁸⁴⁹ JOVELL, Albert. El paciente del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006 Jan., vol. 29, p. 85-90.

Los datos generales sobre las expectativas de los pacientes pueden ser de cierta ayuda, pero en la relación directa con el paciente no queda otro remedio que estar atento a las expectativas concretas que cada uno trae a la consulta. Para sacarlas a la luz a menudo es necesario preguntar directamente. Se trata de un aspecto más del proceso de conocimiento por compenetración, cuya forma de verificación es el diálogo. Para ello es necesario desarrollar *un modo de ser deliberativo*.

El modo de ser persuasivo, por el que se induce al paciente a tener en consideración la opinión del médico y a que actúe en consecuencia (forma, digamos, suave de paternalismo), ha sido desde la antigüedad el “recurso supremo para suscitar la confianza del paciente en el médico”⁸⁵⁰. En el momento actual el principio de responsabilidad, que incluye el respeto a las personas y a sus decisiones autónomas, sugiere que la persuasión solo puede ser válida bajo ciertas condiciones.

La deliberación, al contrario que la persuasión, no busca inducir una determinada respuesta en el paciente, sino ayudarle para que pueda tomar autónomamente decisiones relativas a su salud. No se trata, pues, de elaborar “bellos discursos” persuasivos, al modo hipocrático, sino de valorar la competencia del enfermo, proporcionarle información correctamente y facilitarle la decisión, aclarando, siempre que sea posible, las dudas que puedan presentársele. La persuasión puede tener un papel en la deliberación, siempre que el paciente lo pida (por ejemplo al preguntar “¿doctor, usted qué haría?”) y siempre que se realice de forma explícita, en un clima en el que quede bien patente el máximo respeto hacia la decisión última de aquél. En todo caso, la deliberación excluiría la manipulación, la coerción y, como es obvio, el engaño⁸⁵¹.

Veracidad. Para que ese diálogo pueda producirse en condiciones adecuadas es necesaria la veracidad, un *modo de ser veraz*. La veracidad tiene que ver con la adecuación entre lo que se dice y lo que se piensa. La veracidad incluye el reconocimiento de la duda o de la ignorancia del propio médico, si fuera preciso hacerlas explícitas. Y esto es aplicable, tanto en las relación clínica, corporativa o con la organización.

⁸⁵⁰ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 60. ISBN: 84-95840-03-0.

⁸⁵¹ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 76. ISBN: 978-0-19508289-0

Una forma habitual de ser veraz no es incompatible con el privilegio terapéutico en la relación clínica, ya que los principios (en este caso el principio de no maleficencia vinculado al de responsabilidad) no dejan en ningún momento de fundamentar las competencias. Lo que sí es incompatible es con el despliegue de estrategias que buscan el uso de pruebas diagnósticas y terapéuticas solo aparentes en su eficacia y seguridad⁸⁵².

Integridad. La construcción de la confianza no puede basarse solo en la complacencia de las expectativas de pacientes, colegas o la organización. En otras palabras: si bien la confianza es algo que hay que conquistar, esto no es a cualquier precio o de cualquier manera.

A veces esas demandas son inadecuadas, bien porque no tienen que ver con la práctica médica, porque la dañan (como la continua solicitud de actividades administrativas, de una productividad en cantidad o ritmo inviables, de trabajo en condiciones precarias) o bien porque son éticamente fraudulentas o problemáticas (solicitud de informes fraudulentos, etc.). Existe, pues, la posibilidad de un exceso de complacencia, que supone aceptar sin más las expectativas del otro.

Si satisfacer estas expectativas supone actuar en contra del propio criterio, se vulnera la propia autonomía del profesional. Esto no es tan raro como pudiera parecer. Por ejemplo, estudios procedentes de diversos países, sugieren que hasta un tercio de las prescripciones inducidas (por los pacientes u otros profesionales) en atención primaria, son realizadas complaciendo la petición, pero estando en desacuerdo con quien las induce⁸⁵³.

Por otro lado, hay ciertas prácticas que tienden a dañar las posibilidades de bien que ofrece el ejercicio médico: por ejemplo, el uso inadecuado de los servicios sanitarios por parte de algunos pacientes, prácticas inadecuadas de médicos que buscan y requieren una complicidad por parte de colegas, o la creación de incentivos inapropiados e incluso perversos por parte de la organización.

Para poner límite a ese tipo de expectativas hace falta trabajar un modo de ser que integra todo lo mejor de una buena práctica basada en la competencia, no

⁸⁵² Arquimetao, según afirma Laín Entralgo, sabía que a veces conviene emplear tratamiento solo aparentes: “Con jarabes, unciones y fomentos, parezcamos lograr (en tales casos) la salud que da la naturaleza...” En: LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 95. ISBN: 84-95840-03-0.

⁸⁵³ ÁLVAREZ MONTERO, Santiago [et al]. Prescripción inducida en atención primaria: perspectiva bioética. *Atención Primaria*. 2012 Feb., vol. 44, núm. 2, p. 62-64.

solo en la complacencia. Parece una cualidad poco precisa, pero es completamente necesaria, porque es necesaria la integración efectiva y coherente de competencias, deseos y modos de ser. El modo de ser íntegro no es un modo de ser perfecto o acabado, sino un modo de ser dinámico, siempre inacabado y, al mismo tiempo sumamente confiable.

Amabilidad. Si, como hemos visto, la confianza requiere la constatación de que se está compartiendo un bien común, y “la mejor razón para pensar que el propio bien de uno es también un bien común es sentirse querido”⁸⁵⁴, significa que la construcción de la confianza requiere un modo de ser no solo atento, sino además *amable* y, por tanto, que refleje la estima que merecen las personas por el hecho de serlo. Esto va más allá del respeto a las reglas básicas de la cortesía por las que se rigen paciente, colegas y organización.

Ser amable no es lo mismo que ser complaciente. Las técnicas asertivas, por las que se aprenden formas de mostrar disconformidad, encuentran en la amabilidad su cauce. La amabilidad “se parece, sobre todo, a la amistad... Pero este modo de ser se distingue de la amistad por no implicar pasión ni afecto hacia los que trata”⁸⁵⁵. La amabilidad puede ser serena, deliberativa, veraz e íntegra. De ahí que sea una cualidad emblemática a la hora de construir una relación de confianza.

Perspicacia. Pero el cuidado de la confianza no solo propone hacerse confiable. También pide una determinada forma de ser a la hora de poner la confianza en otro, o incluso en uno mismo. El médico podría ser vulnerable ante cualquier poder que desborde al suyo propio. Las organizaciones sanitarias y políticas acumulan un enorme poder sobre la vida profesional de los médicos.

La relación entre los médicos y las organizaciones en las que trabajan están marcadas por la tensión. Cuando alguna de las partes implicada en esa relación se apoya en la amenaza efectiva o en falsedades, trampas o argucias, la confianza se debilita. La continuidad de la relación no debería, por tanto, sostenerse en amenazas y tampoco en el encubrimiento⁸⁵⁶. Aún cuando pueda ser cierto que es necesaria una cierta heurística del temor en cualquier relación humana.

⁸⁵⁴ BAIER, A. Trust and Anti-trust. *Ethics*. 1986, vol.96, núm. 2, p. 231-260.

⁸⁵⁵ Aristóteles, EN L IV 1126 20b-25b. En: ARISTÓTELES. *Ética nicomáquea : Ética eudemia*. Pallí Bonet, Julio (trad.). España: Gredos, D.L. 1985. p.230. ISBN: 84-249-1007-9.

⁸⁵⁶ BAIER, A. Trust and Anti-trust. *Ethics*. 1986, vol.96, núm. 2, p. 231-260.

Una forma de ser necesaria a la hora de entregar la confianza a las instituciones es la *cautela*: “precaución o reserva con que se procede”⁸⁵⁷. No se trata de un modo de ser desconfiado, ni se justifica en un principio de sospecha que tiende por su propia lógica a socavar el estado de confianza necesario en cualquier tipo de relación. La cautela presupone perspicacia y, por tanto, una visión capaz de atravesar las apariencias. Permite vislumbrar el fraude, el engaño, la manipulación o la mediocridad.

Probablemente el bien más valioso con el que cuenta el médico es su propia autonomía profesional. La perspicacia no solo ve lo negativo, también es capaz de identificar las expectativas de la organización sin comprometer la autonomía profesional necesaria. El modo de ser perspicaz sorteas las aparentes limitaciones a esa autonomía y evita, incluso, el trabajo con organizaciones que la comprometen significativamente. La justificación de la cautela reside en que viene orientada por los principios de realidad y de responsabilidad, que obligan directa y estrechamente con el paciente, antes que con cualquier organización sanitaria.

La perspicacia vislumbra, por otro lado, la necesidad de un equilibrio entre poderes. No pueden ser solo los economistas o las empresas de servicios quienes establezcan políticas en materia de salud. Es necesario tener en cuenta también a los ciudadanos y a los profesionales. Hace falta, pues, un equilibrio de criterios en la gestión de las organizaciones. De no ser así, es posible que los médicos se vean en la “desagradable circunstancia de no poder ejercer su profesión dignamente”⁸⁵⁸. De ahí la necesidad de llegar a equilibrios estratégicos.

La cautela ve la necesidad de dotar al colectivo médico de un poder suficiente para que se pueda producir una negociación con los poderes sociales en condiciones equilibradas. Negociación cuya finalidad no debe ser otra que la salud de las personas. Por tanto, el médico cauto sabe que debe apoyar y comprometerse con las organizaciones y sociedades profesionales capaces de defender el punto de vista profesional ante otros poderes.

⁸⁵⁷ DICCIONARIO de la lengua española [en línea]. 22ª ed.. Disponible en: http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cautela [Consultada: 2 de mayo 2012].

⁸⁵⁸ GRACIA GUILLÉN, Diego. Ética profesional y ética institucional : ¿Convergencia o conflicto? *Revista Española de Salud Pública*. 2006 Oct., vol. 80, núm. 5, p. 457-467.

Consecuencias respecto a la gestión de la práctica médica.

Es obvio que una práctica médica confiable es una práctica eficaz, segura y eficiente. Pero esto solo es posible que llegue a los interesados si es una práctica transparente. Es, por tanto, la transparencia una condición necesaria para que una práctica pueda ser calificada de fiable.

Esa *transparencia* exige la declaración de posibles conflictos de interés. Y será éticamente válida si cumple estas dos condiciones: a) no vulnera la intimidad del paciente, del médico o de terceros; b) cuando el nivel de información es suficiente para aquellos que se plantean el servicio.

Es la transparencia que exige la comunidad científica de desvelar conflictos de interés en estudios de investigación, o en la evaluación de competencias profesionales; o la que busca la organización para evaluar la calidad y eficiencia del servicio. Desde esta perspectiva, la búsqueda de la confianza ya no se basa en “expedientes extracientíficos”⁸⁵⁹, sino en modos de hacer con un razones sólidas. Datos relativos a la reducción de errores, al incremento de la seguridad del paciente y al uso eficiente de recursos.

5.3. INDICADORES DE DESEMPEÑO.

Los indicadores del desempeño de la profesionalidad perfilan en sí un esbozo. Por eso es problemático considerar solo algunos. Esto es así porque en su conjunto configuran tanto un modelo de médico, como de práctica. Si se reducen a un área, pueden acabar configurando una silueta caricaturesca, si no esperpéntica. En este sentido, es necesario no perder de vista que los indicadores de desempeño *configuran un horizonte*, al menos vagamente.

Para poder definirlos adecuadamente es necesario que haya algo observable al menos por un observador, una adecuada descripción de eso que se ha de observar y, finalmente, si lo que se observa es suficientemente representativo del desempeño

⁸⁵⁹ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 55. ISBN: 84-95840-03-0.

que se pretende evaluar⁸⁶⁰. En este trabajo se proponen indicadores relativos a la intencionalidad (visibles solo al agente moral), a patrones de conducta que reflejan modos de ser del médico y a datos relativos a la propia práctica.

Su función principal no es la de ser esbozo, sino ser una herramienta que permita comprobar la experiencia de la propia marcha moral. En este sentido permiten verificar si lo esbozado previamente es viable, si da lugar a cambios y si esos cambios son positivos. Tendrán que ver, lógicamente, con las actitudes (trabajadas en el terreno de la intencionalidad volitiva), con las formas de ser (trabajadas en el terreno de la interacción personal) y con la práctica médica (trabajadas en el terreno de los indicadores de gestión de la misma).

Son, por tanto, una prueba que demuestra la validez del ejercicio profesional. Se trata de pruebas ante otros y ante uno mismo. De este modo es posible cubrir con esta propuesta todos los estratos de la pirámide de Miller para la comprobación de la competencia⁸⁶¹.

La *elección final* de cada uno de los indicadores en un momento dado no puede sino depender de todos los implicados en cada uno de ellos: el propio médico, el paciente y la sociedad. La implicación del médico es esencial, dado su papel de agente moral, que debe asumir el cuidado de su propia libertad en esa elección. Y debería ser realizada a través del discernimiento que proporciona la deliberación compartida. Aquí solo se van a proponer algunos indicadores clave desde una perspectiva que busca ante todo una síntesis, más que una descripción pormenorizada de un cúmulo interminable de indicadores.

Por otro lado, la *medida* es realizada desde diversas perspectivas, pues la intersubjetividad aporta una mayor riqueza y fiabilidad. Existen muchas herramientas para valorar distintos aspectos de la profesionalidad: entrevistas simuladas, incidentes críticos, escalas de valoración diversas, evaluación por pares, portafolios, diversos sistemas de acreditación de competencias específicas, etc^{862,863}. No es objeto de este trabajo entrar en su valoración.

⁸⁶⁰ STERN, David T. *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006. p.6-7. ISBN: 978-0-19-517226-3.

⁸⁶¹ MILLER, G.E. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*. 1990 sep, vol. 65, núm. 9 Suppl, p. S63-67.

⁸⁶² STERN, David T. *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006. ISBN: 978-0-19-517226-3.

5.3.1. Indicadores relativos a la intencionalidad.

Como ya se ha señalado, estos indicadores son transparentes únicamente al propio agente moral, en nuestro caso, al médico, que es para quien está propuesto este esbozo de posibilidades. Sin embargo, es cierto que las actitudes pueden deducirse de las conductas, por lo cual, las observaciones externas pueden ayudar a identificar, consolidar o modificar actitudes.

Estos indicadores nos sitúan en el núcleo del momento volitivo, en el terreno de las tendencias, los deseos, las preferencias y la complacencia por algo. Desde aquí se puede construir o descuidar la coherencia entre lo que se quiere y lo que se hace, es decir, la autenticidad. Y también desde donde se pueden construir o descuidar otras actitudes. No bastan actos intencionales aislados y erráticos para construir una práctica médica competente. Es necesario darle una continuidad que permita desarrollar actitudes con suficiente poder como para ser expresadas en forma de acciones concretas.

Hay dos indicadores que son considerados aquí de la mayor importancia para verificar una adecuada marcha de la razón moral en el ejercicio profesional: la *perseverancia* y la *complacencia*.

Para que haya actitud es necesario que haya *perseverancia* en los actos intencionales valiosos. Si hay perseverancia, habrá posibilidad de dominio sobre las actitudes. Si no la hay, seguirá habiendo actitudes, pero que escapen al dominio de sujeto agente. Se trata, pues de un primer indicador de competencia en el terreno de la intencionalidad, pues su ausencia representa una laguna competencial significativa. Es, en cuanto actitud, la actitud de las actitudes, clave para el desarrollo de cualquier otra.

Este indicador es reflejo de una disciplina por lo demás muy parecida a la del instrumentista de música, que necesita centrarse en la ejecución del acto concreto durante un tiempo suficiente para poder desarrollar técnicas que faciliten el virtuosismo. Algo parecido ocurre con las actitudes. La actitud es la automatización de un determinado acto intencional sobre el que se ha trabajado suficientemente. A veces se pierden ciertas actitudes y hay que volver a trabajar sobre ellas.

⁸⁶³ GEORGE, D. ; Gosenhauser, I ; Whitehouse, P. *Medical Professionalism : The Nature of Story and the Story of Nature*. En: *PROFESSIONALISM in Medicine : Critical Perspectives*. Wear, Delese (ed.) ; Aultman, Julie M. (ed.). New York: Springer, 2006. pp. 64-70. ISBN: 0-387-32726-6.

Se aprende a ser perseverante perseverando. No parece haber mucho más. Pero se persevera mejor cuando hay motivación. De ahí que se considere la complacencia otro indicador de indicadores . Si no hay complacencia solo queda voluntarismo. Sinónimos de complacencia son satisfacción, alegría, contento, agrado, placer, gusto, deleite y gozo. Los antónimos desagrado, disgusto⁸⁶⁴. Pero lo radicalmente contrario a la complacencia es la insatisfacción. Sin complacencia no hay motivación.

Complacerse con o en algo, es constatar que ese algo satisface. Y puede satisfacer de muchas formas diferentes: produciendo un disfrute directamente vinculado al objeto de complacencia (por ejemplo el uso de determinados recursos tecnológicos), o produciendo estados de alegría, paz, tranquilidad (por ejemplo tras una intervención quirúrgica difícil y exitosa).

La complacencia se encuentra, pero también se busca y experimenta deliberadamente. Es esta actitud de búsqueda y encuentro, intencional y deliberado, de la complacencia lo que se considerada aquí como un indicador clave para el logro de una práctica médica competente. Su ausencia continuada, es decir, un estado de insatisfacción mantenido en el tiempo es un indicador muy significativo de que algo no va bien. Y esto puede tener repercusiones relevantes para un ejercicio profesional competente.

La perseverancia y la complacencia se aplican a aquellos actos intencionales que uno pretende transformar en actitudes. Según todo lo expuesto, los actos intencionales clave para el desarrollo de actitudes necesarias para una práctica médica competente, son los siguientes:

1. En relación con el cuidado de la compasión: apertura emocional al daño ajeno; apertura al conocimiento del fluir de las propias emociones; dominio sobre el grado de implicación emocional.

2. En relación con el cuidado del interés preferente por el paciente: mantenimiento del paciente en el centro de atención (su seguridad, capacidad funcional, bienestar subjetivo, sus preferencias) durante el desarrollo de toda actividad asistencial, docente, investigadora o de gestión de la propia práctica; identificación de la tendencia a situar otros intereses (personales o de terceros) en

⁸⁶⁴ *DICCIONARIO de sinónimos y antónimos*. Alonso, J.I. (ed.). 11ª ed.. Madrid: Espasa-Calpe, 2000. ISBN: 84-239-2170-0.

un lugar que desplaza el interés preferente por el paciente; identificación de una auténtica falta de interés por el paciente (este indicador sugiere un momento grave en la propia vida profesional, que debería llevar a buscar causas y soluciones sin demora).

3. En relación con el cuidado del saber médico: complacencia en la verdad racional proveniente de las ciencias; complacencia por una capacitación profesional continua; identificación constante de lagunas competenciales.

4. En relación con el cuidado de la confianza: complacencia en asumir la responsabilidad que genera la confianza de los otros.

Todos estos indicadores ya empiezan a configurar un tipo de médico que no es ciego a lo que le acontece internamente, que quiere adquirir un conocimiento de sus propias actitudes y posibilidades, y que no solo está abierto a la realidad externa (el paciente, sus problemas de salud, su familia, el equipo de trabajo, la organización, etc.), sino que está abierto a su propio mundo interno.

Es alguien que sabe trabajarse a sí mismo y ponerse en marcha para descubrir espacios morales internos (actitudes) diferentes. Alguien que no teme la incertidumbre que supone mirar hacia sus propias emociones, preferencias, deseos, etc.; que se las arregla para tratar de discernir lo que hay de bueno o malo en ellos y que se aviene a la disciplina interna que requiere ponerse en marcha hacia lo que parece éticamente válido. Es decir, se trata de alguien dispuesto a cambiar su modo de ser⁸⁶⁵ en una dirección que refuerza su estructura moral, dotándola de poder personal efectivo para ejercer la medicina competentemente.

5.3.2. Indicadores relativos al carácter y hábitos profesionales.

Estos son generalmente más accesibles al sujeto paciente moral o a otras personas que presencian cómo actúa el médico, que al propio médico. Se refieren a hábitos o patrones de conducta habituales a los que éste se ha ido *acostumbrando*, ya sea de un modo más o menos espontáneo, ya sea mediante el trabajo previo, constante y disciplinado, de las actitudes. Se sitúan en el terreno de las

⁸⁶⁵ “In other words, becoming a physician involves a *conversión* and *witnessing*, not just the adoption of certain patterns of behavior” (“En otras palabras, ser médico supone una *conversión* y un *testimonio*, no solo la adopción de ciertos patrones de conducta”). COULEHAN, J. *You Say Self-Interest, I Say Altruism*. En: *PROFESSIONALISM in Medicine : Critical Perspectives*. Wear, Delese (ed.) ; Aultman, Julie M. (ed.). New York: Springer, 2006. p.106. ISBN: 0-387-32726-6.

interacciones personales y, por tanto, tienen mucho que ver con las habilidades de comunicación.

Las herramientas para ello son todas aquellas que permiten valorar esas interacciones. La evaluación puede ser realizada por el propio médico sobre su modo de ser, por ejemplo reflexionando sobre una determinada entrevista o visualizando videos de su trabajo. Pero la mejor forma probablemente será implicando al sujeto paciente y a cualquier afectado (familiar, miembros del equipo de trabajo, miembros de la organización).

Esta evaluación es difícil porque remite a aspectos de la personalidad del médico sensibles, arraigados y de difícil modificación. Éste pasa durante la evaluación, de ser sujeto agente a ser sujeto paciente (al ser evaluado). Pone su forma de ser en las manos de la evaluación de otro, lo cual le coloca en una situación francamente vulnerable. De ahí que esta evaluación deba contar con su permiso, con formas de evaluación y con evaluadores apropiados para esta tarea.

Los indicadores que se proponen son:

1. En relación con el cuidado de la compasión: hábitos corporales y verbales de respuesta emocional (generalmente de baja intensidad, pero perceptible) apropiada al daño asociado al problema de salud referido por el paciente; actuación resolutiva en situaciones de grave riesgo de daño para un paciente (emergencias); impresión subjetiva de los pacientes de que el médico habitualmente se hace cargo del daño que su problema de salud les está provocando y actúa de forma proporcional a ello.

2. En relación con el cuidado del interés preferente por el paciente: hábito corporal y verbal de escucha activa empática⁸⁶⁶; conductas de búsqueda de consentimiento del paciente; tiempo de atención proporcional a la gravedad del problema de salud, aún a pesar de la presión de otros pacientes o de la organización para hacer lo contrario.

⁸⁶⁶ Se asume el concepto de empatía como la “habilidad para comprender las perspectivas de otra persona, sus experiencias internas y sus sentimientos sin una implicación emocional intensa”. HOJAT, M [et al]. An Operational Measure of Physician Lifelong Learning: Its Development, Components and Preliminary Psychometric Data. *Medical Teacher*. 2003, vol. 25, núm. 4, p. 433-437. Citado en: STERN, David T. *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006. p.23. ISBN: 978-0-19-517226-3.

3. En relación con el cuidado del saber médico: anamnesis, exploración física y pruebas complementarias orientadas a una comprensión integral y médicamente justificable de lo que le ocurre al paciente; veracidad en la forma de transmitir la información; indicadores curriculares de actualización del saber; participación en estudios de investigación.

4. En relación con el cuidado de la confianza: conductas de acogida cordial al paciente; conductas de interés por el grado de comprensión, motivos de preocupación y preferencias por parte del paciente; conductas de diálogo deliberativo; ausencia de conductas de manipulación o presión coercitiva sobre el paciente.

Todos estos indicadores tienden a configurar un tipo de médico hacia el cual es posible orientar el propio modo de ser. Se trata de un médico capaz de ver en el otro algo más que un determinado patrón nosológico, competente para co-sentir emocionalmente con el paciente; para comprender con empatía y en profundidad los aspectos biológicos, psíquicos, sociales y morales del enfermar; para cuestionarse y actualizar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para practicar una buena medicina; y alguien capaz de ganarse la confianza⁸⁶⁷ del otro de un modo éticamente válido.

5.3.3. Indicadores relativos a la práctica médica.

Estos indicadores configuran a grandes rasgos el modelo de práctica médica hacia el que van orientando principios y competencias. Son indicadores que aluden a la gestión de la propia práctica. Estos indicadores interesan tanto a los médicos, a los pacientes, como a los responsables de la organización en la que trabaja el médico. Y configuran un determinado modelo de ejercicio de la medicina.

Se proponen los siguientes:

En relación con el cuidado de la compasión: flexibilidad en la accesibilidad al servicio médico para atender lo que el paciente considera urgente; ausencia de quejas o reclamaciones formales a la organización por trato “poco humano”.

⁸⁶⁷ FUNDACIÓN EDUCACIÓN MÉDICA ; Pardell H. *El médico del futuro* [en línea]. Fundación Educación Médica, 2009. Disponible en: <http://www.educmed.net/sec/serMedico2009.pdf> [Consultada: Febrero, 2012].

En relación con el cuidado del interés preferente por el paciente: tiempo de espera entre la hora de cita y la entrada a consulta; tiempo de dedicación percibido por el paciente; adecuación de la estructura del centro sanitario (limpieza, estética, etc.) percibida por el paciente; formación continuada basada en la resolución de los problemas que los pacientes plantean en consulta (documentación de tiempo y temas dedicados a este tipo de formación); en la investigación clínica, uso adecuado y riguroso del documento de consentimiento informado; ausencia habitual de quejas o reclamaciones del paciente por cualquier motivo; medidas de satisfacción de los pacientes.

En relación con el cuidado del saber médico: acreditación de la formación; en investigación, rigor metodológico y veracidad en la difusión de los resultados; en gestión, veracidad en el registro y difusión de resultados relativos a seguridad, eficacia y eficiencia.

En relación con el cuidado de la confianza: transparencia ante el paciente respecto a conflictos de interés potenciales o actuales; indicadores de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción.

Estos indicadores configuran un modelo de práctica médica razonablemente accesible, actualizada en todos sus aspectos (conocimientos, habilidades, actitudes, competencias, etc.), orientada a un modo de investigación que respeta escrupulosamente los estándares de referencia y una práctica que, en definitiva, es transparente al escrutinio de su calidad, tanto desde instancias propiamente médicas, como desde las perspectiva del propio paciente o de la organización sanitaria.

5.4. LA DELIBERACIÓN Y APLICACIÓN DEL ESBOZO.

Una cosa es el método para diseñar un determinado esbozo o esquema para la marcha de la razón moral y otra el método para aplicarlo en la situación concreta de cada uno. La deliberación es posible cuando hay un margen de maniobra (“nadie delibera... sobre las cosas que ocurren ya de una manera ya de otra, por ejemplo, sobre las sequías y las lluvias”⁸⁶⁸). Se delibera “sobre lo que está en nuestro poder y es realizable”⁸⁶⁹ y sobre aquello cuyo desenlace plantea incertidumbre. En nuestro caso, sobre las actitudes, las conductas y los modos de ejercer la medicina.

Se propone la siguiente sistemática: Primero: concretar y definir el problema. Segundo: aplicar el esbozo que se ha explicado (referente, principios y competencias). Tercero: desplegar el curso o cursos de acción posibles. Cuarto: toma justificada de decisión. Quinto: contraste con el referente (como canon) de partida. Sexto: actuar.

5.4.1. El sistema de referencia.

Como referente (apoyo y canon) se proponen dos premisas:

A) *Toda realidad humana obliga la máxima consideración y respeto.* Se refiere a toda realidad humana situada en el ámbito del ejercicio profesional: pacientes, profesionales, responsables en la gestión de las organizaciones sanitarias, o cualquier otro afectado presente o futuro por el ejercicio profesional.

B) *Ejerce tu profesión haciendo tuyas las posibilidades que contribuyen de forma general, incondicional y efectiva a una promoción positiva humana.* Esas posibilidades han sido probadas lógicamente, históricamente y biográficamente. Son de carácter social (marco exigencial legislativo), de carácter profesional (marco exigencial formativo) y de carácter personal (marco exigencial de la conciencia moral).

El sistema de referencia es apoyo, pues la marcha de la razón moral no parte de cero. Las máximas no pretenden ser sino una síntesis de toda una tradición moral aplicada a la ética de las profesiones. El médico hace su búsqueda partiendo, por

⁸⁶⁸ Aristóteles, EN III 1112a 20-25. En: ARISTÓTELES. *Ética nicomáquea : Ética eudemia*. Pallí Bonet, Julio (trad.). España: Gredos, D.L. 1985. p.187. ISBN: 84-249-1007-9.

⁸⁶⁹ Aristóteles, EN III 1112a 30. En: ARISTÓTELES. *Ética nicomáquea : Ética eudemia*. Pallí Bonet, Julio (trad.). España: Gredos, D.L. 1985. p.188. ISBN: 84-249-1007-9.

tanto, de un conocimiento del marco legislativo y deontológico, sin olvidar la instancia que es su propia conciencia moral.

Por otro lado, además de apoyo, el sistema de referencia ayuda a verificar si la decisión tomada se ajusta a un curso de acción válido. En este sentido el sistema de referencia es canon o medida de validez. Frente a él se evalúa la mesura o desmesura del curso de acción elegido.

PRINCIPIOS	COMPETENCIAS
<p>Principio de prioridad del paciente El centro de atención de la práctica médica es en primer término la vulnerabilidad del paciente en cuanto paciente, pero también la de todos los afectados por la práctica médica.</p>	<p>Cuidado de la compasión Es el cuidado del poder efectivo de comprender el daño actual y potencial del paciente y hacerse cargo del mismo acogiéndolo emocionalmente de un modo médicamente adecuado.</p> <p>Cuidado del interés preferente por el paciente Consiste en anteponer en la práctica médica el interés por el paciente a cualquier otro interés profesional.</p>
<p>Principio de responsabilidad El médico asume la tarea de velar por la salud del paciente, así como de los efectos adversos que su ejercicio profesional pueda tener sobre todos los afectados.</p>	<p>Cuidado del saber médico Consiste en cuidado del aprendizaje, gestión, transmisión y ampliación del saber médico generalizable y del saber sobre el paciente concreto.</p>
<p>Principio de confianza El ejercicio médico requiere necesariamente de una fiabilidad mutua para la cooperación entre el paciente, el médico y la sociedad.</p>	<p>Cuidado de la confianza Consiste en promover una certidumbre basada en la fiabilidad ante el paciente, la corporación médica y las instituciones sociales y ante sí mismo.</p>

5.4.2. Los principios.

Se deben *especificar* en las situaciones concretas. Se aplican de un modo descendente, interpretándolos y concretándolos mediante fórmulas útiles en el aquí y ahora. Este modo de aplicarlos es especialmente útil cuando hay que elaborar un curso de acción en máxima incertidumbre, lo cual es muy habitual en la reflexión sobre las directrices que debe llevar la vida profesional.

El principio de prioridad del paciente se especifica definiendo cuáles son los principales bienes implicados que en ese momento se ponen en cuestión o en

conflicto. Esto permite tener presente qué bienes están en juego y cómo conseguir un curso de acción que, en la medida de lo posible, los proteja a todos.

El principio de responsabilidad se despliega en los principios de respeto a las personas (autonomía), beneficencia, no maleficiencia y justicia. Desde una ética de las profesiones, el principio de respeto a las personas delimita desde el primer momento el grado de implicación profesional que va a recibir el paciente.

El principio de beneficencia se ha definido como “hacer bien una actividad y hacer el bien a otros mediante esa actividad bien hecha”⁸⁷⁰. Es decir, con un ejercicio competente. Su especificación obliga a tener presente que el bien interno de la medicina (salud del paciente) se antepone a los bienes externos (reconocimiento, riqueza, influencia).

El principio de no maleficiencia obliga a tener presente la seguridad del paciente. Y el de justicia obliga a ceñirse al sistema de referencia, a una equidad en la asignación de los recursos (que orienta hacia una entrega de los mismos durante la práctica clínica proporcional a la necesidad) y a que el propio médico no deje de considerarse a sí mismo también como merecedor de un trato justo consigo mismo.

El principio de confianza obliga a considerar la confianza como condición de posibilidad para que lo anterior sea viable.

Pero si los principios requieren una especificación, en determinadas situaciones, como en la valoración de casos individuales complejos, también necesitan una *ponderación*. Esto es así porque, si bien los principios orientan la acción *prima facie*, pueden entrar en conflicto entre sí. En ese caso hay que sopesar cuáles tienen preferencia. Aquí se asume, con una salvedad, la propuesta de Diego Gracia. Él ordena los cuatro principios de la bioética en dos niveles. El nivel 1 o de gestión privada, con los de autonomía y beneficencia; el nivel 2 o de gestión pública, con los de no maleficiencia y justicia. Los primeros serían de obligación imperfecta (no exigibles de manera estricta) y los segundos de obligación perfecta (exigibles incluso coercitivamente).

Aceptando esta clasificación jerárquica, sin embargo habría que matizar que la legislación actual ha transformado el principio de autonomía en un principio de

⁸⁷⁰ HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower, [2002]. p. 116. ISBN: 84-330-1718-7.

obligación perfecta. Por tanto, los principios de respeto a las personas, de no maleficencia y de justicia serían de obligación perfecta y prevalecerían sobre los demás. En último término, en un ejercicio de ponderación, habrán de tenerse en cuenta las consecuencias, de acuerdo con la propuesta de Beauchamp y Childress.

Pero los principios también pueden invocarse para explicar o justificar un determinado curso de acción. En ese caso ayudan a comprender por qué ese curso de acción se presenta como aparentemente válido. En este caso los principios ayudan a comprender su justificación y se comportan como referente.

5.4.3. Cómo aplicar las competencias.

Son una ayuda en el proceso de especificación de los principios. Tienen una función vertebradora de los cursos de acción a definir. Son un mero esbozo que el agente moral debe completar en su propia situación personal. Se encuentran en un punto intermedio entre los principios y el curso de acción decidido. La función vertebradora depende de que se incluyan sistemáticamente las líneas generales que proponen: actitudes, conductas habituales y resultados esperados.

Pero las competencias también tienen una función orientadora, en cuanto que configuran, al menos vagamente, un horizonte. Este horizonte tiene que ver con los bienes esperados de la práctica médica. En él se establecen algunos criterios que aportan validez ética en la marcha de la razón moral. Son de especial relevancia los resultados relativos a seguridad, eficacia y eficiencia de la práctica. También lo es un determinado tipo de médico con un modo de ser compasivo, atento, prudente, amable y cauto. Y también lo son actitudes como la perseverancia y el cuidado de la propia complacencia en el ejercicio competente de la profesión.

5.5. MOMENTOS CLAVE EN LA PRÁCTICA MÉDICA.

A continuación se hará una sucinta reflexión en torno a momentos clave del ejercicio de la medicina. No se trata de ahondar exhaustivamente en los temas que se plantean, sino más bien de señalarlos y ejemplificar esquemáticamente la aplicación de una sistemática deliberativa según se ha propuesto anteriormente. Para ello se hará un planteamiento del problema y una aplicación del esbozo, que se despliega en tres apartados: bienes implicados, cursos de acción y justificación. Cada uno de los momentos ha sido precedido de un breve texto del libro de Sinclair Lewis “Doctor Arrowsmith”, que aporta una breve perspectiva narrativa que ayuda para contextualizarlos.

5.5.1. Querer o no querer ser médico. Vocación versus fascinación por ser médico.

“Verás... esos malditos estudiantes no están intentado aprender ciencia; solo están aprendiendo una profesión. Lo único que quieren es conseguir unos conocimientos que les permitan ganar dinero. No hablan de salvar vidas sino de ‘perder casos’... ¡de perder dólares! ¡Y hasta no les importaría perder casos si se tratase de una operación sensacional que les proporcionase publicidad! ¡Me ponen malo!”⁸⁷¹.

El problema.

No es lo mismo motivación que vocación. La práctica médica puede ser vista como un mero oficio, como una carrera o como vocación. El primero requiere la motivación de una retribución, el segundo la del prestigio o la influencia. El tercero se beneficia de esas motivaciones, pero no depende totalmente de ellas. Las motivaciones para ser médico pueden ser múltiples, e incluso mostrar la práctica de la medicina como algo fascinante. Pero son meros incentivos, y pueden llevar hacia espacios en los que uno descubre que en realidad no quiere estar.

⁸⁷¹ LEWIS, Sinclair. *Doctor Arrowsmith*. Madrid: Nórdica Libros, 2011. p.38. ISBN: 978-84-92683-34-5.

La noción de vocación es problemática, pero sigue siendo imprescindible para definir la medicina; y las nuevas generaciones están de acuerdo con esto⁸⁷². Tradicionalmente se considera que la vocación por la medicina tiene sus raíces en la *philoteckhnía* (amor al arte de curar) y la *philanthropía* (amor al hombre)⁸⁷³.

Los datos empíricos indican que muchos médicos cambiarían de trabajo a lo largo de su vida profesional, lo que indica que la cuestión vocacional no es solo asunto de los estudiantes de medicina. Las dudas sobre la pretensión de ejercer la medicina parece que pueden surgir por distintos motivos en cualquier momento de la vida profesional.

La vocación es entendida aquí sencillamente como un modo en el que se me actualiza mi propia realidad. Ese modo es ante todo pretensión: un deseo que alude siempre a la aspiración de lo que quiero ser, cómo quiero actuar, con qué me identifico, cómo me siento en acuerdo conmigo mismo. Tiene que ver con la cuestión del conocimiento de sí mismo. Ese conocimiento no solo responde a la pregunta de qué quiero; también a la de qué puedo; y, una vez que he podido, a la de si eso era lo que realmente quería.

Bienes implicados.

En la práctica médica el bien principal es el paciente. Y el médico lo es en tanto en cuanto cuidador. La dureza de la práctica médica no tiene consideración con la fragilidad de ciertas motivaciones, como el prestigio, la influencia o la remuneración. Un bien muy importante en la cuestión de la vocación es la estructura moral del propio médico: sus deseos y preferencias, su complacencia. La ausencia de vocación supone la ausencia de un cierto sentido moral⁸⁷⁴. Si las motivaciones tienen que ver con los bienes externos de la profesión, la vocación tiene que ver con los bienes internos.

La protección de esos bienes internos (todos aquellos directamente relacionados con la salud del paciente) requiere una estructura moral consistente. Y

⁸⁷² *DOCTORS in Society : Medical Professionalims in a Changing World. Report of a Working Party, December 2005.* Royal College of Physicians of London (col.). London: Royal College of Physicians, 2005. ISBN: 978-1860162558.

⁸⁷³ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *El médico y el enfermo.* 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. p. 183. ISBN: 84-95840-03-0.

⁸⁷⁴ BELLAH R.N. ; Madsen R. ; Sullivan W.M. ; Swidler A. ; Tipton M.. *Hábitos del corazón.* Madrid: Alianza; 1989. pp. 96-102. Citado en: HORTAL ALONSO, Augusto. *Siete tesis sobre la ética profesional* [en línea]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/37132286/Siete-Tesis-Sobre-Etica-Profesional> [Consultada: 14 de enero de 2012]

esa consistencia se basa en un *querer realmente* ser médico y en una complacencia en lo que eso exige: una complacencia en lo humano y en la propia práctica médica. Pero también tiene que ver con una complacencia en identificarse con el tipo de persona que supone ser un buen médico⁸⁷⁵.

Cursos de acción.

Los cursos de acción no tienen por qué ser dicotómicos: ejercer o no ejercer la medicina. Sin embargo esto no es necesariamente así. El futuro estudiante de medicina o el propio estudiante puede aproximarse al mundo sanitario de uno u otro modo y tener un contacto directo. El médico en ejercicio puede buscar diferentes formas de realizarlo.

El cuidado de la propia libertad requiere que las posibilidades significativas (incluso el abandono de la medicina) permanezcan abiertas durante toda la vida profesional. De lo contrario se renuncia al propio poder moral de elegir. Esa renuncia no es sino menosprecio de la propia autonomía y renuncia a mantener un dominio sobre el rumbo de la propia vida. La resignación, en este sentido y en este contexto, puede ser moralmente devastadora. El combate por defender la propia y radical capacidad de decisión no hace sino fortalecer una moral imprescindible en un ejercicio competente de la medicina.

El momento en el que es posible discernir motivación y vocación es el de las dificultades. Allí donde dar de sí como médico da lugar a un malestar que bordea lo tolerable o que, incluso, deviene en verdadero sufrimiento. El momento de la dificultad pone a prueba cualquier esbozo, imagen o ideal que uno se haya hecho de uno mismo. Ahí es donde se discierne si la vida profesional, tal como se está viviendo, es algo que merece o no la pena. Ahí es donde ciertas motivaciones como las mencionadas son insuficientes. Donde el querer (la propia estructura moral) se robustece o queda radicalmente cuestionado.

También en ese momento es necesario discernir si se trata de un problema vocacional o de adecuada gestión del trabajo. O de ambos. Hay quien va dándose cuenta de que, aún queriendo ser médico, hay especialidades que es incapaz de soportar o de disfrutar, porque el coste es para él excesivo.

⁸⁷⁵ HORTAL ALONSO, Augusto. *Siete tesis sobre la ética profesional* [en línea]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/37132286/Siete-Tesis-Sobre-Etica-Profesional> [Consultada: 14 de enero de 2012]

Justificación.

Si no hay médico, no hay práctica médica. Para que ésta sea posible es necesario que aquél esté sostenido por la confianza en sí mismo y en sus posibilidades de lograr los estándares que se le exigen. Si no existe esa confianza es improbable que la experiencia sea positiva.

El tanteo de la marcha de la razón moral en su proceso de búsqueda tiene unas consecuencias. En la cuestión de la vocación, la más significativa es si uno se descubre conforme o disconforme consigo mismo. Las pretensiones que le van llevando a uno a estar cada vez más a disgusto o insatisfecho consigo mismo, no pueden ser sino espejismos: falsas pistas que pueden conducir a la amargura, al cinismo, al desánimo, a la angustia o a la desmoralización.

Hay una vocación radical que es ésta: estar en concordia con uno mismo, no estar en permanentemente dividido. La renuncia a esta pretensión radical de sosiego interno, puede ser algo más o menos cómodo, pero no deja de ser una forma de resignación, que no tiene nada de paz o sosiego interno. Por el contrario, convivir y acoger esa pretensión de estar conforme con uno mismo, es aceptar un principio interno de tensión, energía y compromiso. Hay una experiencia de libertad vinculada al poder que proporciona el saber médico que, para el que tiene y descubre su vocación médica, compensa la renuncia a otras muchas posibilidades.

5.5.2. El momento del ajustamiento y las exigencias. Ajustamiento a un "êthos" profesional convencional exigente versus multiplicidad de las tendencias. Ser buen médico supone aprender a estar en deuda permanente. Una buena práctica médica se ajusta a estándares evaluativos.

“Pero Martin insistió:

—Por favor, doctor Davidson, ¿de qué sirve aprender todas esas recetas de memoria? Olvidaremos la mayoría de ellas y además siempre podemos mirarlas en el libro.

Davidson apretó los labios, luego dijo:

—Arrowsmith, no me gusta contestarle a un hombre de su edad como le contestaría a un niño de tres años, pero al parecer eso es lo que he de hacer. Así que, debe aprender usted las propiedades de los medicamentos y el contenido de las recetas *¡Porque lo digo yo!* Si no fuese porque no quiero hacer perder el tiempo al resto de la clase, intentaría convencerle de que lo que yo digo debe aceptarse, no por

mi humilde autoridad, sino porque se trata de las conclusiones de hombres sabios, hombres más sabios o, desde luego, un poco mayores que usted, amigo mío... a lo largo de varios siglos.”⁸⁷⁶

El problema.

La práctica médica es, ya desde los primeros años de formación, una continua *exigencia* de ajustamiento a un determinado orden convencional marcado por la tradición médica, según la ha ido asimilando la sociedad. Ésta está representada en primer lugar por la corporación profesional, que asume el respeto a un determinado marco legislativo; pero también por los responsables de las organizaciones sanitarias. Las exigencias sociales de uno u otro tipo son formas por las que la realidad obliga, coactivamente incluso, a respetar ciertas reglas.

El problema de las exigencias razonables provenientes de la autoridad está en la dificultad para su cumplimiento efectivo. Esta dificultad proviene de la limitación de los recursos, del efecto que tiene descubrir las propias lagunas competenciales, de la valoración crítica que esas exigencias generan y de la sensación de restricción de la autonomía que provocan en el médico. Suponen un reto significativo.

Bienes implicados.

El abanico de bienes implicados en este problema es amplísimo. A primera vista parece que los más significativos son los bienes externos a la profesión: para el estudiante, los relacionados con el estatus formal de médico; y para el clínico en ejercicio, con el estatus laboral. Cumplir con las exigencias de la autoridad da acceso a esos bienes. Si se rompe con las reglas impuestas por la instancia de poder, se coloca uno en riesgo de perder aquello que esa instancia de poder puede proporcionar.

Sin embargo, en último término y al fondo de todo esto se encuentra el bien interno que la profesión proporciona. La sociedad impone unas condiciones mínimas por las que ese bien debe proporcionarse. Afortunadamente esas condiciones son la mayoría de las veces muy razonables. Aunque esto no siempre es así, asumiremos una situación en la que se trata de exigencias razonables.

⁸⁷⁶ LEWIS, Sinclair. *Doctor Arrowsmith*. Madrid: Nórdica Libros, 2011. p.38 ; .p.61. ISBN: 978-84-92683-34-5.

Cursos de acción.

En determinados contextos laborales hay quien puede optar por proteger los bienes externos en detrimento de cualquier otro. Esta opción obvia las obligaciones relacionadas con la responsabilidad que se asume con la práctica médica, que no es otra que velar por la salud del paciente. Se compra la seguridad que proporcionan los bienes externos quizá a costa de la calidad del trabajo o del propio criterio. Esto puede suceder en contextos laborales de baja autonomía profesional, con rigideces estructurales del marco laboral y con sistemas de incentivación disfuncionales. Las consecuencias no pueden ser otras que un deterioro de la calidad y una profunda insatisfacción laboral.

Otro curso de acción posible consiste en cumplir con las exigencias impuestas, sin cuestionar su validez o la posibilidad de excepciones en situaciones particulares. Esto supone renunciar a la aplicación prudente de las normas. Supone una actitud pasiva, un modo de ser sumiso o un tipo de práctica basada en reglamentaciones, cuyo mejor ejemplo es el de la llamada medicina defensiva. Esto vulnera el principio de prioridad del paciente, al situar a las normas y no al paciente en el centro de atención y puede vulnerar el principio de responsabilidad, al anteponer el criterio de cumplimiento de las convenciones generales a la búsqueda de la seguridad y el bienestar particular del paciente.

Las exigencias requieren generalmente un esfuerzo. Y hay múltiples tendencias que suponen una resistencia a ese esfuerzo: la tendencia a la pasividad, a negar las propias deficiencias, a no cuestionar determinadas reglas, a quedarse instalado en las rutinas y hábitos del día a día, y a considerarse víctima de dichas exigencias. Por tanto, en primer lugar habría que mirar hacia el mundo de las tendencias.

Frente a esas tendencias es posible orientar las actitudes en una dirección éticamente positiva. Es posible considerar las exigencias razonables como una oportunidad de mejora y, por tanto, como un momento para la acción. Es posible valorar la razonabilidad de esas exigencias: su repercusión directa o indirecta en el paciente. En caso de que sean razonables, es posible aceptar desde la complacencia en la verdad, las propias lagunas. Es posible orientar la actividad profesional para cumplir con esas exigencias y es posible practicar prudentemente la medicina, de forma que las exigencias no sean causa de daño para el paciente u otros afectados.

Esto configura un modo de ser médico: alguien permeable a exigencias razonables, comprometido con la verdad y la autoformación, que sabe ser justo a la hora de cumplir con las normas sociales y prudente a la hora de aplicarlas. Los resultados tendrán que ver con los indicadores evaluadores que la autoridad competente quiera establecer, ya sean los relacionados con el saber médico o con la eficacia, seguridad y eficiencia de la práctica.

Justificación.

El principio de prioridad del paciente pide que la práctica médica esté realmente centrada en el paciente, el de responsabilidad obliga a tener como principal tarea el hacerse cargo de su salud y el principio de confianza plantea la necesaria cooperación de todas las partes. Cualquier instancia de poder que contribuya de forma exigente al desarrollo de estos principios está promocionando positivamente a la práctica médica.

5.5.3. El momento de la relación clínica: disfrute versus aburrimiento. El problema de las rutinas tóxicas. Ser buen médico es saber disfrutar de la relación clínica. Una buena práctica médica se cualifica en el momento de la entrevista clínica.

“Martin se daba cuenta de que, a menos que luchase... acabaría cayendo en una rutina de recetas y vendados”⁸⁷⁷.

El problema.

La relación que se establece entre médico y paciente es una relación de ayuda. Ahí se pone en juego la eficacia, seguridad y eficiencia de la práctica médica, y donde se desarrolla buena parte de la vida del médico. Pero no es fácil lograr una experiencia positiva de esa relación. Históricamente, la profesión ha vivido un cambio de modelo al ser cuestionada la relación paternalista.

Pero hay otros patrones de conducta médica que generan modelos distorsionados de la misma. Por ejemplo, el uso creciente de registros informáticos y la presión para registrar y hacer un seguimiento de datos clínicos. A pesar de que la media por visita aumenta, la impresión de los pacientes es que disminuye. Muchos pacientes ven a sus médicos muy apresurados y poco receptivos. Y los médicos, por

⁸⁷⁷ LEWIS, Sinclair. *Doctor Arrowsmith*. Madrid: Nórdica Libros, 2011. p.232. ISBN: 978-84-92683-34-5.

su parte, calculan que un porcentaje elevadísimo de su actividad se dedica a tareas administrativas⁸⁷⁸.

En un estudio norteamericano, los pediatras de atención primaria utilizaron el ordenador durante un 27% del tiempo de entrevista y en todos los momentos de la misma, excepto en el momento de la exploración física⁸⁷⁹. En otro estudio realizado en Israel, se observó que el uso de registros informáticos dio lugar a un riesgo de errores asociados a las interrupciones y a los automatismos informáticos, y a una repercusión negativa en la comunicación⁸⁸⁰.

El problema de la relación clínica tiene que ver, al menos en buena parte, con el problema de los hábitos, de las rutinas aprendidas a las que uno se ha ido acostumbrando. Estas rutinas fácilmente pasan desapercibidas al médico, aunque no tanto a los pacientes. Ambos pueden sufrirlas si son tóxicas. La identificación de rutinas es, por tanto el primer problema.

Bienes implicados.

Los principales bienes que están en juego son, además del paciente y su salud, la propia calidad de la relación. El paciente necesita un médico atento y centrado en él; que le trate de un modo cooperativo, no competitivo; que sepa escuchar y captar con detalle y rigor aquello que se le dice; que tenga criterio y que encuentre la relación personal como algo personalmente gratificante la mayoría de las veces.

Cursos de acción.

El médico puede llegar a sentirse razonablemente cómodo como mero “técnico superior sanitario”. Puede optar por tomarse la relación clínica como una competición en la cual hay que saber inculcar al paciente ciertas cosas que le convienen o que le convienen al sistema sanitario. Los pacientes necesitan algo más que eso.

Para el médico, hay un malestar que surge de la mediocridad de la práctica: sensación de “caos”, de “chapuza”, de “sinsentido”, de profunda insatisfacción, en

⁸⁷⁸ OKIE, S. The Evolving Primary Care Physician. *New England Journal of Medicine*. 2012, vol. 366, núm. 20, p. 1849-1853.

⁸⁷⁹ FIKS, A.G. [et al]. Electronic medical record use in pediatric primary care. *Journal of the American Medical Association*. 2011 feb., vol. 18, núm. 1, p. 38-44.

⁸⁸⁰ SHACHAK, A. [et al]. Primary Care Physicians' Use of an Electronic Medical Record System: A Cognitive Task Analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2009 mar, vol. 24, núm. 3, p. 341-348.

definitiva. Identificar ese malestar es un curso de acción. Cuando ese sentimiento se instala de un modo prolongado, quizá estamos ante un indicador clave a la hora de ponerse a buscar e identificar esas rutinas. Es mucho más fácil encontrar razones en situaciones externas a la propia práctica (la escasez de tiempo, la mala organización, etc.) que identificar rutinas moralmente tóxicas en la propia práctica, que a su vez dependen de las propias actitudes.

Los momentos puntuales en los que ese malestar se presenta pueden estar dando claves: por ejemplo, al realizar una prescripción con la que en realidad uno no está completamente de acuerdo; al dedicar demasiado tiempo a lo administrativo; al transmitir abiertamente al paciente el propio mal humor; o al tomar decisiones que a uno le dejan intranquilo.

Probablemente uno de los modos más eficaces para identificar patrones de conducta sea el registro de imágenes de entrevistas reales. Por ejemplo, es sorprendente lo sumamente largo que se hace el visionado de la imagen del médico tecleando en el ordenador y el paciente aguardando a que termine.

Pero una vez identificada la conducta, se trata de ver cómo modificarla. Aquí no solo se trata de elegir entre un curso de acción y otro. Se trata de *poder* realizar efectivamente ese curso de acción elegido. La dificultad estriba en el mantenimiento de las conductas. Y esto a su vez tiene que ver con las múltiples tendencias entre las que se mueve el médico durante la entrevista. Por ejemplo, en el caso del uso del ordenador, el médico tiende a escuchar al paciente, actualizar intelectivamente sus datos previos, introducir los actuales, contemplar la amigable pantalla, comprender el quizá poco atractivo problema que trae el paciente, acabar en un tiempo razonable la entrevista, etc.

Si es verdad que hacen falta técnicas concretas de comunicación, no es menos verdad que es necesaria una firme y constante intencionalidad a la hora de aplicarlas correctamente. Y esto hasta desarrollar el hábito de determinados actos intencionales, es decir, hasta desarrollar la actitud concreta.

Justificación

Los pacientes necesitan médicos que sean capaces de hacerse cargo de su daño, de su salud y de una relación clínica eficaz, saludable, satisfactoria para el paciente y gratificante para el médico. Necesitan un médico suficientemente perspicaz como para identificar las rutinas que intoxican la relación clínica,

haciéndola insatisfactoria o incluso iatrogénica, pues de otro modo se perpetuarán conductas que tenderán a deteriorar la calidad y disfrute del trabajo.

5.5.4. El momento de la búsqueda del bien del paciente. Asumiendo problemas graves. La ética profesional como ejercicio de deliberación y responsabilidad. Ser buen médico es ser prudente. Una buena práctica es cuestionada continuamente.

“Y se predicó a sí mismo, como Max Gottlieb le había predicado a él en otros tiempos, la lealtad al inconformismo, la fe en la duda frecuente, el evangelio de no berrear evangelios, la sabiduría de admitir la probable ignorancia de uno mismo y de todos los demás, y la aceleración enérgica de un Movimiento para ir muy despacio”⁸⁸¹.

El problema.

En diversos estudios se demuestra que un clínico experimentado puede plantearse dudas un par de veces por semana. Sin embargo, cuando se le pregunta, se ve que puede tener lagunas que afectan significativamente a la práctica muchas más veces (hasta 60 veces por semana, dependiendo del contexto clínico)⁸⁸². Estos datos se refieren a problemas de índole científico-técnica. Pero probablemente ocurre algo muy parecido en el dominio de los problemas éticos.

La bioética clínica se ha ocupado, desde una perspectiva pluridisciplinar, de identificar, reflexionar y buscar solución en torno a los graves problemas éticos que han ido surgiendo a lo largo del siglo XX en la práctica médica. La cuestión que aquí se plantea es cómo identificar, reflexionar y buscar solución a los problemas éticos durante el ejercicio profesional.

Bienes implicados.

Lo primero que está en juego es el bien del paciente, pero también el bien de la sociedad y el bien del propio médico. Cada una de estas instancias tiene su propia perspectiva.

⁸⁸¹ LEWIS, Sinclair. *Doctor Arrowsmith*. Madrid: Nórdica Libros, 2011. p.312. ISBN: 978-84-92683-34-5.

⁸⁸² COVELL, DG ; Uman, GC ; Manning, PR. Information needs in office practice: are they being met? *Annals of Internal Medicine*. 1985, vol. 103, p. 596-599.

Cursos de acción.

Los problemas éticos saltan a la vista cuando se produce la impresión de duda moral, que normalmente representa un conflicto de valores. Por ejemplo, en pacientes con enfermedades terminales, el conflicto entre el alivio del sufrimiento con determinados analgésicos y el del respeto a la vida del paciente.

Pero también hay problemas éticos, como ya se ha visto, relacionados con los hábitos de trabajo. Esos hábitos ya constituyen un modo de experiencia moral asumida de un modo más o menos reflexivo. En esos hábitos hay ya una decisión tomada. Por ejemplo, ante una prescripción inducida y realizada en disconformidad con el propio criterio. En este caso hay también un conflicto de valores (el mejor interés del paciente frente al propio criterio) ante el cual se ha tomado postura.

La identificación de problemas éticos requiere un trabajo formativo. Pero éste siempre pasa por el mundo interno del agente moral. Éste debe ser competente para actualizar la *impresión de duda* que una determinada situación le provoca. La impresión de duda puede poner en marcha la razón para buscar el conocimiento necesario que permita resolverla. Pero si no hay impresión de duda, no hay posibilidad de indagación.

A partir de esta impresión de duda se abre un abanico de posibilidades de indagación para la razón. El problema puede ser científico-técnico, de habilidades, legal, moral o de gestión de los recursos. Cuando parece claro todo aquello que técnicamente se puede hacer, pero aún persiste la duda, puede que nos encontremos ante un problema legal o moral.

A veces se encuentra en la ley una respuesta de manual deontológico a los problemas morales, que disipa razonablemente la impresión de duda. Pero otras veces, persisten lagunas de conocimiento que mantienen en la impresión de duda. Cuando se han resuelto las dudas científico-técnicas y legales, pero persiste realmente una *impresión de duda*, hay que plantearse que uno puede estar ante un problema ético.

Al igual que es imprudente seguir practicando medicina sin resolver los problemas científico-técnicos o legales que plantean los pacientes, también es imprudente seguir adelante sin resolver los problemas éticos. Si los primeros afectan a los pacientes principalmente, los otros afectan tanto al paciente, como al médico, como a la sociedad en su conjunto.

Justificación.

El principio de responsabilidad obliga al cuidado del saber médico. Éste incluye un conocimiento de lo que puede ser realmente bueno para el paciente concreto y con el descubrimiento, experiencia y comprensión de nuevos espacios morales de vida profesional. Se trata de una marcha de la razón moral individual y compartida. De ahí la importancia de los comités de ética asistencial, como lugares en los que se genera un conocimiento moral ampliado por diversas perspectivas.

Lo contrario consiste en instalarse en la seguridad aparente que proporciona no cuestionarse lo que se está haciendo, detener el proceso de capacitación continua y configurar una práctica cerrada a la mejora.

5.5.5. El momento del cuidado de sí mismo. Dar de sí o romperse. Ser buen médico es saber buscar y lograr el propio bien. Una buena práctica médica es algo saludable y estimulante.

“Cuando tuvo que regresar a su laboratorio tres veces para poder convencerse de que había cerrado la ventana, se sentó, fríamente, se informó a sí mismo de que estaba al borde del precipicio y consideró con toda la seriedad posible si debía atreverse a seguir. No fue una consideración muy positiva: estaba tan ensoberbecido por su obra en marcha que no podía tomar demasiado en serio a su yo”⁸⁸³.

El problema.

En un estudio se encontró que los médicos tienen unas tasas de salud física similares a la población general, pero algunos problemas como la depresión, la automedicación, el abuso de sustancias y el suicidio parecen ser más frecuentes en los médicos que en la población general. Se ha observado una asociación entre los problemas de salud mental con falta de sueño, agotamiento emocional, bajo nivel de autonomía sobre el propio trabajo, escasez de tiempo, interrupciones y pacientes muy exigentes⁸⁸⁴.

⁸⁸³ LEWIS, Sinclair. *Doctor Arrowsmith*. Madrid: Nórdica Libros, 2011. p.433. ISBN: 978-84-92683-34-5.

⁸⁸⁴ TYSEN, R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Industrial Health*. 2007 oct., vol. 45, núm. 5, p. 599-610.

Bienes implicados.

El cuidado de sí mismo tiene que ver con bienes como el propio bienestar y la propia salud, pero también con el de la satisfacción con el trabajo.

Aún sabiendo que la respuesta no es solamente ética, desde el punto de vista del esbozo propuesto aquí, se propone un curso de acción que parte de los principios de realidad (que cuenta con todos los implicados), de responsabilidad (por el que el médico se hace cargo ante todo del paciente, pero también de su propia vulnerabilidad) y de confianza (por el que se previenen errores y se presenta una imagen saludable para generar confianza).

Es obvio que el cuidado de la propia salud física y psíquica es una forma del cuidado de sí mismo. Pero además, si hay una estructura moral que explica los actos de la volición, es decir, el desear, preferir, disfrutar, apropiarse posibilidades y dar de sí; si esto es así, entonces se puede hablar también de una salud de esa estructura, se puede hablar de la salud moral. El principio de realidad presenta la moral, la propia en este caso, como una realidad que obliga y compromete a su cuidado. El principio de responsabilidad y los datos empíricos sugieren que de ella depende la calidad de lo producido y el bien que se proporciona.

Cursos de acción.

En un estudio realizado en Alemania se observó la relación entre ciertos patrones de conducta de los médicos y su salud mental. Se describieron cuatro patrones de conducta: “salud”, “sin ambición”; “sobreesfuerzo”; y “desgaste”. Solo un tercio de los médicos reconocía una satisfacción laboral alta o muy alta, aunque el 64% escogería de nuevo esta carrera. El 40% pertenecía al patrón “sin ambición”, el 22% al “desgaste”, 20% al “sobreesfuerzo” y el 18% al “salud”. Hubo una relación estadísticamente significativa entre los patrones “sobreesfuerzo” y “desgaste” con el riesgo de problemas de salud mental, no así con los otros dos patrones⁸⁸⁵.

Los patrones representan modelos psicológicos que aluden tangencialmente a principios y a competencias de la práctica médica. La mayor parte pertenece a un patrón “sin ambición” caracterizado por bajo compromiso e indiferencia hacia el trabajo. En este patrón no hay un coste significativo en el bienestar emocional,

⁸⁸⁵ VOLTMER, E. [et al]. Work-related behavior and experience patterns and predictors of mental health in German physicians in medical practice. *Family Medicine*. 2010 jun., vol. 42, núm. 6, p. 433-439.

conservando una experiencia de la vida en general positiva y sin repercusión significativa en la propia salud. Parece que el problema, según los autores, reside en la motivación. Para muchos es de hecho una opción aceptable.

Si consideramos este patrón como una forma de experiencia moral y, desde ahí, como posible modelo y, por tanto, posibilidad para la propia marcha de la razón moral, parece un curso de acción que mantiene un cuidado de sí mismo. Sin embargo, el bajo nivel de compromiso y la indiferencia respecto al trabajo señalan actitudes por las que se renuncia a una cierta *intensidad* en la práctica médica. Sin cuestionar la repercusión en la calidad del trabajo (a la que no se alude en el estudio), esas actitudes parecen adolecer de una limitación para desear, preferir y disfrutar la medicina, un trabajo al que los médicos suelen dedicarle un número muy elevado de horas semanales y, por tanto, de su vida.

El patrón “desgaste” (“*burnout*”) representa en sus características nucleares el modelo de profesional quemado, que se abordará más adelante y que no es probablemente para nadie un curso de acción deseable. El modelo “sobreesfuerzo” se caracteriza por un gran compromiso con el trabajo, pero con dificultades para mantener una distancia emocional del mismo. Se caracteriza por emociones negativas y por una dificultad para resolver en situaciones de estrés.

Aquí parece haber una fuerte adhesión al principio de responsabilidad, pero una débil consideración del principio de prioridad del paciente, que además de centrar la práctica en el paciente, obliga a tener en cuenta a los demás implicados, entre ellos al propio médico. Las consecuencias en la propia salud son negativas. Y lo que es peor, estas consecuencias representan, por razones obvias una amenaza al ejercicio competente de la práctica médica.

A pesar de ser minoría, el patrón “salud” demuestra que es posible la experiencia moral de médicos que son capaces de desarrollar una actitud sana ante el trabajo. Este patrón alude a personas ambiciosas, pero capaces de mantener una distancia emocional. Dan puntuaciones elevadas en aspectos relacionados con la resistencia al estrés y en todas las dimensiones manifiestan emociones positivas.

Justificación.

El cuidado de sí mismo no es una forma de egoísmo, ni una exaltación del amor propio (como arrogancia). Sin embargo sí que requiere una estima o un respeto de lo propio (de la salud física, psíquica y moral) y, además, una obligación o sentido

del deber hacia lo propio. El trabajo de ese respeto impone el deber de crecer en un conocimiento de sí mismo.

Éste consiste tanto en una *impresión* directa e inmediata de lo que a uno le ocurre en tiempo real, como en una *comprensión* en profundidad de las propias posibilidades, mediada por la experiencia de probación de esas posibilidades. Sin esa impresión (sin la propiocepción de lo que acontece en el propio mundo interno) se vive como quien ha perdido la sensibilidad termo-algésica. Cuando el individuo se quiere dar cuenta, la agresión física ya ha producido un daño excesivo en la parte anestesiada.

Por otro lado, los datos empíricos sugieren que son necesarias además competencias para una gestión del tiempo que pondere un balance trabajo-descanso, que permita trabajar intensa y eficientemente, pero sin agobio y que limite taxativamente las interrupciones. Hay indicadores que representan verdaderas señales de alarma: malestar emocional, automedicación de ansiolíticos o consumo de etanol u otras sustancias. Estos indicadores deberían cuestionar y hacer reflexionar al médico. Por el contrario, serían indicadores positivos un estado de *ánimo* adecuado, una *intensidad* no agobiante en la implicación laboral y una impresión general de *complacencia* con lo que se hace, un sentimiento íntimo de que realmente merece la pena.

5.5.6. El momento de la autonomía profesional. Autonomía profesional versus justicia social. La práctica médica en el seno de las organizaciones. Ser buen médico en instituciones justas es ser alguien libre. Una buena práctica médica defiende su autonomía y su poder de sanación.

“Admiro su precaución, pero debe usted comprender Martin, que el objetivo básico de esta institución es la derrota de la enfermedad, ¡no redactar bonitas notas científicas!”⁸⁸⁶

El problema.

El hecho de que los médicos trabajen a menudo en el seno de instituciones plantea numerosos problemas éticos, inabarcables aquí. Nos centraremos en el problema de la autonomía profesional en el seno de las organizaciones sanitarias.

⁸⁸⁶ LEWIS, Sinclair. *Doctor Arrowsmith*. Madrid: Nórdica Libros, 2011. p.439. ISBN: 978-84-92683-34-5.

Éstas hacen viable un acceso justo y necesario a los servicios sanitarios. Sin embargo plantean problemas para la gestión de la autonomía profesional.

El economista británico Julian Le Grand, sugiere que las políticas públicas se basan en la concepción de los seres humanos como “caballeros” (motivados por la virtud), “rufianes” (motivados por el interés personal) o “títeres” (víctimas pasivas de sus circunstancias). Según el tipo de individuo, las políticas serán permisivas, punitivas o prescriptivas respectivamente⁸⁸⁷.

Aplicado al mundo sanitario estadounidense, parece que, coincidiendo con el incremento de los costes y el escrutinio sobre la calidad (con pruebas sobre variabilidad de la práctica, despilfarro e incluso fraude), la sociedad ha empezado a ver a los médicos como un obstáculo para el funcionamiento del sistema sanitario. Parece que tiende a ser visto como un rufián o un títere y solo a veces como un caballero. Se sugiere que es de la mayor importancia comprender y conseguir las verdaderas motivaciones (“*to understand and get ‘true motivations’ right*”)⁸⁸⁸. No parece exagerado asumir esta reflexión también para nuestro entorno, aún con ser un entorno tan diferente.

La falta de autonomía en las instituciones sanitarias es una queja de los profesionales y un factor asociado a problemas de salud mental en los médicos. Un estudio finlandés observó diferencias significativas en el bienestar de los médicos según el contexto de trabajo, siendo mayor el bienestar en el sector privado⁸⁸⁹. La autonomía tiene que ver con el movimiento moral de la apropiación de posibilidades y del dar de sí que la profesión proporciona. Ese movimiento se caracteriza por la impresión de libertad y su descubrimiento progresivo.

Bienes implicados.

Los principales bienes implicados son la libertad de ejercicio y la accesibilidad generalizada (universal) a los servicios sanitarios.

La libertad se nota en las posibilidades reales de elegir (área de libertad) y en el poder hacer lo que realmente se quiere (grado de libertad). El acceso a los

⁸⁸⁷ Le GRAND, Julián. *Motivation, Agency, and Public Policy : Of Knights, Knaves, Pawns & Queens*. New York: Oxford University Press, 2003. ISBN: 0-19-926699-9.

⁸⁸⁸ JAIN, SH ; Cassell, CK. Societal Perceptions of Physicians: Knights, Knaves, or Pawns? *The Journal of the American Medical Association*. 2010 ago., vol. 304, núm. 9, p. 1009-1010.

⁸⁸⁹ KUUSIO, H. [et al]. Differences in well-being between GPs, medical specialists, and private physicians: the role of psychosocial factors. *Health Service Research*. 2012 feb., vol. 47, núm. 1 Pt 1, p. 68-85.

servicios sanitarios es debido en buena medida a la existencia de las organizaciones sanitarias.

Cursos de acción.

Es posible un cuidado de la propia libertad de ejercicio. Los truhanes quizá tengan la impresión de contar con una gran área de libertad, aunque es cuestionable su grado de libertad. Los caballeros restringen su área de libertad a lo que consideran la virtud, pero no les preocupa porque experimentan un gran poder por hacer lo que realmente desean. Los títeres carecen de ambas dimensiones de la libertad: ni pueden elegir, ni hacen lo que desean.

El cuidado del área de libertad en el ejercicio profesional exige al menos: estar *siempre preparado para un cambio* de trabajo, una consolidación y la coherencia con el *propio criterio*, a mantener un cierto grado de *control sobre la propia agenda*, sobre la *propia formación* y sobre los temas de *investigación*.

Pero la libertad no solo se cuida respetando su área, es decir, el abanico de posibilidades de elección. También hay un grado de libertad. En el ejercicio profesional, el grado de libertad se mide por el poder efectivo de desenvolverse con profesionalidad. Ese poder depende de factores o recursos externos, pero también depende de factores o recursos internos: deseo, preferencia y complacencia por ejercer con profesionalidad (intencionalidad volitiva) y desarrollo constante y laborioso de actitudes coherentes con esa intencionalidad.

Justificación.

Por ser el ejercicio profesional un ejercicio básicamente moral, la libertad debe formar parte del ejercicio competente y saludable de la vida profesional. La ausencia de libertad inhibe ese ejercicio y debilita la estructura moral del profesional: des-moraliza.

El cuidado de la libertad se justifica por el principio de realidad, que asume que los pacientes necesitan médicos moralmente sanos (funcionales), con capacidad de iniciativa y compromiso. Y también en el principio de responsabilidad, que obliga a respetar el propio criterio, algo esencial a la tarea de sanar, ya sea diagnosticando, prescribiendo o gestionando el tiempo. Las consecuencias de descuidar todo esto ya se han mencionado anteriormente.

Dado que a menudo se trabaja en un contexto relacional y organizacional, se hace imprescindible conciliar ese cuidado de la libertad, que surge de los principios de realidad y de responsabilidad, con el cuidado de la confianza. Ésta se trabaja demostrando competencia ante las organizaciones en el uso racional de recursos, pues el trabajo médico solo será accesible a todos si los recursos que requiere son socialmente aceptables.

5.5.7. *El momento de la ambición y el reconocimiento. La ética de los máximos profesionales. La cuestión de la excelencia. Ser buen médico es dar continuamente aún más de sí. Una buena práctica médica siempre está en una mejora continua.*

“... No acudía ya al Maestro buscando soluciones a los arduos interrogantes. Cuando se enfrentó a problemas de difusión, empezó a proyectar un aparato propio y, ya fuese porque poseía un talento innato o fuese solo por su entrega furiosa al trabajo, resultó tan competente en la tarea que se ganó de Terry una alabanza casi abrumadora: ‘¡Vaya, eso no está nada mal, Slim!’”⁸⁹⁰.

El problema.

¿La excelencia se busca o se topa uno con ella? La palabra griega *areté* (traducible como excelencia) proviene de *areíon*, comparativo de *agathós* (bueno). Por tanto, *areté* significa mejor que otro⁸⁹¹. Clásicamente la palabra *areté*, traducida por los latinos como *virtus*, se asocia a un modo de ser que acerca a una cierta plenitud (forma de ser plenaria, felicidad).

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define excelencia como “superior calidad o bondad que hace digno de singular aprecio y estimación algo”⁸⁹². Presupone una comparación con otros que, además, proviene ante todo de otros. No parece que se refiera a una noción de “singular aprecio y estimación” de sí mismo, expresión que sugeriría al menos cierto engruimiento, cosa que parece alejarse de cualquier connotación de excelencia.

⁸⁹⁰ LEWIS, Sinclair. *Doctor Arrowsmith*. Madrid: Nórdica Libros, 2011. p.554. ISBN: 978-84-92683-34-5. Lewis S. *Doctor Arrowsmith*. Madrid: Nórdica Libros; 2011.

⁸⁹¹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Consideraciones éticas de la gestión sanitaria*. En: *GESTIÓN sanitaria : innovaciones y desafíos*. Llano Señarís, Juan del (dir.) [et al]. Barcelona: Masson, 1998. p.155. ISBN: 84-458-0592-4.

⁸⁹² DICCIONARIO de la lengua española [en línea]. 22ª ed.. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=excelencia [Consultada: 23 mayo 2012].

En el terreno de la ética de las profesiones, se afirma que en la intersección entre la bioética, la ética de la empresa, calidad y sistemas de evaluación o acreditación parece haberse instalado la noción de excelencia. Ésta ha surgido con fuerza en la segunda parte del siglo XX tendiendo a hacer intercambiables los términos calidad, excelencia, ética y éxito económico. En las empresas sanitarias la excelencia tiene que ver con la deliberación acerca de la manera correcta de conseguir una utilización de los medios necesarios para lograr el fin de la organización, que no es otro en este caso que la satisfacción de las necesidades de los pacientes en orden a mejorar su salud⁸⁹³

Aquí asumimos la excelencia como la cualidad de algunos médicos, que por la superior calidad o bondad de su trabajo, se hacen dignos de singular aprecio y estimación por parte de pacientes, colegas y sociedad (organización sanitaria, corporación médica, etc.). Visto así, la búsqueda de la excelencia es problemática, pues tiene que ver con la búsqueda del aprecio del otro. Y esto puede poner en riesgo el principio de realidad, por el cual la práctica se centraría ante todo en el paciente, para pasar a estar centrada en el aprecio y estimación del otro, lo que a su vez, puede dar lugar a una práctica más centrada en el propio médico que en el paciente.

Según esto, la calificación de excelencia por otros, no sería paradójicamente un elemento nuclear que deba regir la práctica médica. Siendo, no obstante, un bien tan importante como para suscribir la afirmación de que “la vida social se degrada cuando las personas que tienen en sus manos las dimensiones más sagradas de la existencia, como la religión, la justicia o la salud, no aspiran a la excelencia”⁸⁹⁴, ¿dónde situar, pues, esta noción de la excelencia en la orientación de la vida profesional?

Bienes implicados.

En el problema de la excelencia, según lo anterior, los bienes implicados serían la estima social y la mejora continua.

⁸⁹³ *ÉTICA de las organizaciones sanitarias : nuevos modelos de calidad*. Simón, Pablo (ed.). Madrid: Triacastela, 2005. p.63-77. ISBN: 84-95840-22-7.

⁸⁹⁴ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Consideraciones éticas de la gestión sanitaria*. En: *GESTIÓN sanitaria : innovaciones y desafíos*. Llano Señarís, Juan del (dir.) [et al]. Barcelona: Masson, 1998. p.157. ISBN: 84-458-0592-4.

Cursos de acción.

La excelencia, como forma de reconocimiento, no se busca de forma directa, en todo caso se aspira a ella de forma indirecta, manteniendo la atención centrada en el paciente. Cuando la comparación se aplica a uno mismo, entonces el concepto de excelencia se abre a una noción que incorpora la idea de un dinamismo de *mejora continua*, asociado a su vez a un proceso que va más allá de la obra *bien* hecha: busca la obra *mejor* hecha, no solo respecto de otro, sino respecto de mí mismo como otro. Esto se potencia en un contexto laboral al mismo tiempo cooperativo (donde es posible mostrar las propias deficiencias) y competitivo (donde uno se puede confrontar con los otros).

En el momento actual, las exigencias sociales son tan elevadas que son cada vez más los deberes de obligación perfecta (por tanto, de obligado cumplimiento). Desde el principio de responsabilidad, que incluye como hemos visto los cuatro principios de la bioética, el médico sabe que está socialmente obligado, al menos en el marco legislativo español, a la no maleficencia, a la justicia y al respeto a las decisiones autónomas de las personas. Estos principios representan una ética de mínimos. Pues bien, la excelencia, va más allá de estos mínimos y trata de desarrollar con intensidad el principio de beneficencia, que plantea un deber de obligación imperfecta, pues no es necesariamente correlativo con ningún derecho vinculante.

El desarrollo del principio de beneficencia lleva a implementar de un modo efectivo y creciente las competencias que se han propuesto: el cuidado de la compasión, del interés preferente por el paciente, del saber médico y de la confianza.

Pero además, la excelencia, tal como se entiende aquí está ligada a un dinamismo de mejora continua, que no solo no teme, sino que busca el escrutinio necesario para comprobar la marcha de la razón moral y lograr una mejor comprensión de las realidades que se promueven o se dejan de promover: indicadores de seguridad, de eficiencia, de satisfacción, de eficacia. Ante la cruda realidad, el médico excelente ni sería demasiado consciente de ello hasta que su excelencia no es reconocida expresamente por otros, ni necesitaría interesarse demasiado por ella. Sabe que siempre podrá mejorar. En este sentido, la excelencia no se disfruta, más bien se sufre.

Justificación.

La excelencia se basa en el principio de prioridad del paciente, de responsabilidad y de confianza. Por tanto, tiene por centro al paciente, es benéfica, no maléfica, respetuosa, justa y transparente. Y tiene como consecuencia una mejora continua y extraordinaria de los indicadores de calidad. Lo paradójico en relación con la aspiración a la excelencia es que no se busca directamente, se acompaña de un esfuerzo y una intensidad profesional, pero también de un disfrute de la práctica que supera con creces los costes. La excelencia no parece compatible con una experiencia de repulsa hacia el propio trabajo. Aunque sí con la insatisfacción del que sabe que siempre se puede mejorar.

5.5.8. El momento de los límites que impone la [terca] realidad al deseo. Hacia una moral médica posconvencional. Ser buen médico es saber hacerse cargo, cargar y encargarse de la realidad. Una buena práctica no pierde su intensidad.

“Le vino al pensamiento que Gottlieb [antes su maestro, ahora su jefe], en su aislada inocencia, no se había dado cuenta de lo que significaba obtener permiso para experimentar en medio de la histeria de una epidemia”⁸⁹⁵.

El problema.

Siempre hay una desproporción entre lo que un profesional sabe que podría y desearía hacer y los recursos disponibles para ello. Las posibilidades profesionales nacen de un *ethos* profesional adquirido durante la capacitación profesional. Esta capacitación proporciona un ideal profesional determinado. Este ideal representa un verdadero esbozo que convencionalmente se le ofrece a la razón moral, respecto de lo que podría ser o dar de sí esa profesión.

Por otro lado, hay responsabilidades profesionales, pero también de otro tipo: familiares, sociales, ciudadanas, globales... Estas otras responsabilidades en ocasiones pueden entrar en conflicto con las responsabilidades profesionales. Muchos médicos desean hacer compatible un compromiso fuerte con la medicina y un tiempo personal y, por ejemplo, disfrutar de la vida familiar⁸⁹⁶. Para una mayoría, uno de los retos

⁸⁹⁵ LEWIS, Sinclair. *Doctor Arrowsmith*. Madrid: Nórdica Libros, 2011. p.513. ISBN: 978-84-92683-34-5.

⁸⁹⁶ *DOCTORS in Society : Medical Professionals in a Changing World. Report of a Working Party, December 2005*. Royal College of Physicians of London (col.). London: Royal College of Physicians, 2005. p. 2. ISBN: 978-1860162558.

relacionados con la profesionalidad, tiene que ver con el incremento de las expectativas respecto a la vida familiar⁸⁹⁷.

La realidad, pues, pone límites al desarrollo del ideal profesional aprendido. Anclarse en él sin querer mirar cara a cara a la realidad lleva a un idealismo. La resolución inadecuada del conflicto entre la realidad y el deseo, puede dar lugar a situaciones como la de aquéllos estudiantes que tienden a perder sus ideales profesionales muy pronto, con indicadores de cinismo al final de la carrera más elevados que, por ejemplo, los estudiantes de enfermería⁸⁹⁸.

Ese idealismo puede basarse en una determinada concepción de la profesionalidad. De hecho, tanto la inmensa mayoría de los estudiantes, como de los profesionales en ejercicio consideran la medicina como una ciencia (92-93%) además de una profesión⁸⁹⁹. Es lógico pensar que un esbozo científico-técnico de la práctica médica da lugar al predominio del denominado “imperativo tecnológico”.

El problema viene cuando la realidad desafía ese esbozo. No es extraño que muchos profesionales vivan ese encontronazo con la realidad como una pérdida, como una situación emocionalmente estresante o como un progresivo proceso de desmotivación y desmoralización personal.

Bienes implicados.

Los principios de realidad y de responsabilidad, que anteponen la atención y la preocupación por el paciente a cualquier otra consideración, no hacen sino poner de relieve la dificultad que entraña asumir los límites, especialmente cuando la práctica se desarrolla atendiendo a pacientes con problemas de salud graves. Sin embargo, estos principios incluyen también a todos aquellos afectados por la práctica médica: al propio médico, su familia y la sociedad. Por tanto, se trata de encontrar cursos de acción que salven todos los bienes implicados: la calidad de la atención, la calidad de la vida familiar, etc.

⁸⁹⁷ *DOCTORS in Society : Medical Professionalims in a Changing World. Report of a Working Party, December 2005.* Royal College of Physicians of London (col.). London: Royal College of Physicians, 2005. p. 99. ISBN: 978-1860162558.

⁸⁹⁸ KIRK, LM. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 2007 Jan, vol. 20, núm. 1, p.13-16.

⁸⁹⁹ *DOCTORS in Society : Medical Professionalims in a Changing World. Report of a Working Party, December 2005.* Royal College of Physicians of London (col.). London: Royal College of Physicians, 2005. p. 99. ISBN: 978-1860162558.

Cursos de acción.

Parece que algunos tienden a resolver este problema convirtiéndose (resignadamente) en “técnicos asalariados” más que en profesionales autoexigentes⁹⁰⁰, adoptando patrones de conducta que mantienen a salvo el propio bienestar, pero con baja implicación profesional. Otros, como ya se ha visto, parece que tienden a resolverlo con una gran implicación, que se produce con un fuerte estrés y un coste sobre la propia salud⁹⁰¹.

El curso de acción que trata de salvar todos los bienes implicados exige profesionalidad y *algo más* que profesionalidad. Acudiendo al principio de realidad, habremos de convenir que si los recursos son limitados, esto es un hecho. Es posible trabajar por ir ampliando esos recursos o buscar un lugar donde haya unos recursos mínimos aceptables. Por otro lado, si es verdad que un paciente grave precisa de la atención de un buen médico, no es menos cierto que un niño necesita de la atención de su padre o su madre, o que la relación de pareja requiere una mutua atención y reciprocidad. Se ha utilizado el altruismo médico como una excusa para desatender las relaciones familiares⁹⁰².

Afortunadamente, una de las ventajas del trabajo en organizaciones sanitarias es la posibilidad de mantener una continuidad de la atención médica mediante el trabajo coordinado en equipo. Esto permite una dedicación equilibrada a las responsabilidades profesionales, familiares o de otro tipo. Esto no es incompatible con el mantenimiento de unas determinadas actitudes y conductas que construyen una forma de ejercer compasiva, centrada en el paciente, continuamente actualizada y confiable.

Es posible revisar y reformular el esbozo nacido de un determinado *êthos* convencional entregado de generación a generación. La propia e ineludible marcha de la razón moral, que cada uno debe hacer al desarrollar su vida laboral exige la revisión de ese esbozo. Es posible evitar la deriva al cinismo, al agobio o al

⁹⁰⁰ PARDELL, H ; Gual, A ; Oriol-Bosch, A. ¿Qué significa ser médico, hoy? *Medicina Clínica (Barcelona)*. 2007 Jun, vol. 129, núm. 1. p. 17-22.

⁹⁰¹ VOLTMER, E. [et al]. Work-related behavior and experience patterns and predictors of mental health in German physicians in medical practice. *Family Medicine*. 2010 jun., vol. 42, núm. 6, p. 433-439.

⁹⁰² INVITATIONAL CONFERENCE COSPONSORED BY THE ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES AND THE NATIONAL BOARD OF MEDICAL EXAMINERS. *Embedding Professionalism in Medical Education : Assessment as a Tool for Implementation* [en línea]. Baltimore: NBME, 2003. Disponible en: <http://www.nbme.org/PDF/Publications/Professionalism-Conference-Report-AAMC-NBME.pdf>

[Consultada: Febrero, 2012]

desánimo. Es posible, si fuera necesario, revisar una concepción demasiado restringida de la medicina para adaptarla inteligentemente a las nuevas circunstancias y exigencias, sin que renuncie a ella misma. Es posible también evitar los convencionalismos sociales que quieren hacer de la medicina un mero objeto de comercio político o económico.

Justificación.

Si la medicina es ante todo una práctica fundada en el conocimiento racional (proporcionado por las ciencias de la naturaleza, así como por las ciencias humanas y sociales), la realidad es terreno en el que puede crecer o ahogarse esa práctica, es referencia que da o quita la razón y es también lugar para la creatividad y la innovación.

No es mejor médico el que trabaja en un hospital terciario con numerosos recursos, que el que trabaja en un campo de refugiados en un país sin recursos. Tampoco tiene por qué ser mejor medicina (ni más o menos científica) la que hace el primero que la que hace el segundo. Los idealismos (no los ideales) no son sino formas por las que se esclerosan ciertos ideales a los que la realidad no les está dando la razón. Los ideales son imprescindibles, pero representan únicamente esbozos utilizados por la razón moral cuya validez hay que ir revisando continuamente.

5.5.9. El momento de la desmoralización y las distorsiones de la vida profesional: la contradicción de vivir aquello que no se debe, ni se desea, ni se prefiere, ni en lo que se complace uno. Ser buen médico es saber reconocer y evitar el propio daño moral. Una buena práctica incorpora señales de alarma y recursos contra la desmoralización.

“El auténtico fallo de ese año suyo de Chicago era que no vivía a lo largo de todo su día de trabajo. Con manos rápidas, y una décima parte de su cerebro, efectuaba análisis de sangre, de orina y wassermanns, además de las raras necropsias, y durante todo ese tiempo estaba muerto, en un ataúd de azulejos blancos”⁹⁰³.

⁹⁰³ LEWIS, Sinclair. *Doctor Arrowsmith*. Madrid: Nórdica Libros, 2011. p.371. ISBN: 978-84-92683-34-5.

El problema.

Aquí nos vamos a centrar en el problema de la desmoralización del médico. El paradigma de la desmoralización es el denominado *burnout* o desgaste profesional. Hay un elevadísimo porcentaje de profesionales que muestran signos de *burnout*: cansancio emocional, cinismo y falta de realización personal⁹⁰⁴. Los datos empíricos señalan que el desgaste profesional afecta a las esferas emocionales, cognitivas, conductuales y sociales del profesional. Es lógico pensar que esto va también a afectar al desempeño de las competencias médicas clave. De hecho, este fenómeno se asocia al nivel de satisfacción de los pacientes⁹⁰⁵, a los hábitos de prescripción⁹⁰⁶, a las pautas de interconsulta, a una peor calidad del trabajo y a una mayor probabilidad de incurrir en errores médicos y en litigios⁹⁰⁷. A esto hay que añadir las consecuencias sobre la propia salud del médico⁹⁰⁸.

Bienes implicados.

Así como el poder intelectual del médico tiene que ver con los actos que le hacen posible actualizar la realidad, el poder moral del médico tiene que ver con los actos que le hacen posible desear, preferir y disfrutar de algo. Y esos actos en su formas más complejas, a su vez, son los que le permiten ir apropiándose de las posibilidades que le ofrece la vida para dotarse de ciertas cualidades. Esas cualidades configuran su modo de ser y le permiten ir dando de sí: un ir creciendo personalmente y modificando sus circunstancias. La estructura moral humana es el principal bien implicado aquí: lo que posibilita la propia realización y los cambios que esta realización promueve.

Cuando se habla aquí de desmoralización, se está aludiendo por tanto a un proceso por el cual se pierde ese poder de realización personal y social. Se alude a un debilitamiento de la moral como estructura (o parte de la estructura) humana. Los indicadores de desmoralización serían, pues, aquellos vinculados a ese poder

⁹⁰⁴ MINGOTE ADÁN, José Carlos ; Moreno Jiménez, Bernardo ; Gálvez Herrer, Macarena. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 2004 Sep., vol. 123, núm. 7, p. 265-270.

⁹⁰⁵ HAAS, JS. [et al]. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine*. 2000 feb., vol. 15, núm. 2, p. 122-128.

⁹⁰⁶ GROL, R. [et al]. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Family Practice*. 1985 sep., vol. 2, núm. 3, p.128-135.

⁹⁰⁷ SHANAFELT, T.D. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *Journal of American Medical Association*. 2009 sep., vol. 302, núm. 12, p. 1338-1340.

⁹⁰⁸ VOLTMER, E. [et al]. Work-related behavior and experience patterns and predictors of mental health in German physicians in medical practice. *Family Medicine*. 2010 jun., vol. 42, núm. 6, p. 433-439.

moral: al poder desear, al poder preferir, al poder disfrutar. Se entiende aquí desmoralización como una pérdida del poder para realizarse y realizar. Se trata de un deterioro de la estructura moral, aquella que permite construir, crear o promocionarse⁹⁰⁹. La desmoralización así entendida no puede sino ser asumida como un daño.

Parece que el problema de la desmoralización, visto desde un punto de vista ético, no tiene tanto que ver con un conflicto de valores concreto como con el menosprecio de un bien que en realidad es clave para la práctica médica: el de la propia moral. Solo el 60% de los estudiantes de medicina están de acuerdo con que uno de los propósitos y las consecuencias de la profesionalidad es mantener o mejorar la moral de los médicos. En los médicos en ejercicio solo un 45% está de acuerdo en que uno de los propósitos de la profesionalidad es mantener o mejorar la moral. Sin embargo, hasta un 71% opina que la profesionalidad mantiene o mejora de hecho la moral del clínico. Hay que tener en cuenta que el término *professionalism* en el mundo anglosajón a menudo se asocia únicamente a la dimensión ética de la práctica médica.

Cursos de acción.

Parece que un curso de acción válido en el ejercicio profesional pasa por prestar atención y reflexionar sobre el propio estado moral. Los indicadores positivos tienen que ver con el deseo y el disfrute por practicar la medicina. Es algo que a uno le merece la pena. Los indicadores negativos son los contrarios: la imposibilidad de compadecerse o de interesarse por el paciente, o el descuido por la propia formación médica. Otro indicador negativo tiene que ver con los actos de cinismo: calificativos irrespetuosos con los pacientes, menosprecio del propio trabajo o críticas generalizadas a la institución. El cinismo puede ser opción o síntoma. En este caso lo interpretamos en su versión como síntoma de daño moral.

Ante este tipo de conductas se deberían encender todas las alarmas. Es fácil que un profesional quemado tienda a ver que todo va mal y carezca de visión para sospechar o detectar su propio daño moral. En cualquier caso y antes de buscar cualquier solución, parece que el curso de acción más necesario es el ser capaz de actualizar, de darse cuenta, del propio daño. Puede haber muchos problemas en el

⁹⁰⁹ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. ISBN: 978-84-206-9035-3.

entorno laboral inmediato que contribuyen a la desmoralización, pero éste, si reproduce, es un problema añadido a todos los demás, cuya resolución es clave para poder dar respuesta a todos los demás.

Justificación.

Aquí se está asumiendo que la ética tiene mucho que decir sobre el cuidado del poder moral del clínico. Desde el principio de realidad se incluye la consideración de la estructura moral médica como una realidad que vincula y obliga. Desde el principio de responsabilidad se incluye el cuidado de sí mismo, como cualquier otro afectado por la práctica médica. Desde el principio de confianza se asume que, lógicamente, un médico con una estructura moral fuerte va a poder generar más confianza que un médico desmoralizado. Aunque también es verdad que es posible una estructura moral fuerte que genere desconfianza, pues la estructura moral en sí no garantiza que ese poder de realización se oriente en la línea del bien. Las consecuencias de desatender estos principios ya se han mencionado.

5.5.10. El momento de la integración y la integridad. Vida buena versus coste personal. El buen médico es alguien íntegro, o sea, competente. La buena práctica médica es una práctica sólida: segura, eficaz, justa, sostenible y gratificante.

“El tono [de la discusión entre colegas] era belicoso, y Martin se sentía feliz todo el tiempo porque estaba seguro de haber llegado a casa”⁹¹⁰

El problema.

Lamentablemente se producen una serie de hechos que nada tienen que ver con una práctica médica competente: médicos experimentados y prestigiosos actúan sin resolver conflictos de interés, publican datos sesgados, seleccionados y estratégicamente distorsionados, demuestran una tremenda insensibilidad hacia los pacientes, no les piden consentimiento o toleran de forma cómplice la incompetencia de colegas⁹¹¹; algunos representan un “médico mercenario”, interesado preferentemente por conseguir dinero; otros se aprovechan de sus

⁹¹⁰ LEWIS, Sinclair. *Doctor Arrowsmith*. Madrid: Nórdica Libros, 2011. p.381. ISBN: 978-84-92683-34-5.

⁹¹¹ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 177-178. ISBN: 978-0-19508289-0

pacientes teniendo relaciones sexuales con ellos⁹¹²; o se opta por no informar de errores significativos, mentir o no declarar conflictos de interés⁹¹³.

Pero hay otras formas de conducta poco competentes y que se mueven en un terreno éticamente fronterizo: son prácticas legales, socialmente aceptables y a menudo toleradas, pero muy cuestionables. Por ejemplo, eludir el trato con pacientes contagiosos, denegar un servicio a quien está en dificultades económicas o fuera de cobertura, plegarse a incentivos perversos, poner trabas a una asistencia necesaria cuando hay alguna dificultad administrativa, derivación a centros con los que se comparte un interés económico, publicidad de pruebas o tratamientos de dudosa eficacia, o aceptación de ciertas dádivas de las compañías farmacéuticas⁹¹⁴.

Hay datos que documentan verdaderos agujeros negros que cuestionan la competencia de la práctica médica en su conjunto: especialmente preocupantes son los relacionadas con la seguridad de la misma (los datos de efectos adversos por mala praxis o por errores son abrumadores⁹¹⁵); con la eficacia, por ejemplo, en las tasas de tratamiento de hipertensos o en las tasas de derivaciones hospitalarias evitables⁹¹⁶; con la eficiencia, que llega a plantear el problema del gasto sanitario como un problema directamente vinculado al “despilfarro” de recursos⁹¹⁷.

El clínico se encuentra trabajando en medio de una serie de fuerzas externas (sociales, políticas, económicas) y de fuerzas internas (las propias tendencias) que le colocan continuamente en encrucijadas morales. Parece que, más que nunca, es necesario una solidez del propio criterio, así como la integración de todas aquellas competencias que hacen de la práctica médica un bien socialmente imprescindible.

El momento de la integración es ese momento en el cual se plantea la necesidad y el problema de cómo conseguir una marcha de la razón moral firme y

⁹¹² SETHURAMAN, K.R.. Professionalism in medicine. *Regional Health Forum*. 2006, vol. 10, núm. 1, p. 1-10.

⁹¹³ IEZZONI, LI, [et al]. Survey Shows That At Least Some Physicians Are Not Always Open Or Honest With Patients. *Health Affairs*. 2012 Feb., vol. 31, núm. 2, p. 383 -391.

⁹¹⁴ PELLEGRINO, Edmund D. y Thomasma, David C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 145. ISBN: 978-0-19508289-0

⁹¹⁵ STARDFIELD, Barbara. Is U.S. Health really the best in the world? *Journal of the American Medical Association*. 2000, vol. 284, núm. 4, p. 483-485.

⁹¹⁶ ATLAS VPM. Atlas e Informes. Productos del proyecto Atlas VPM. *Variaciones en cirugía, hospitalizaciones pediátricas, oncología* [en línea]. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/nodoUser.navegar.do?idObjeto=27&hijos=462&indice=1&subindice=0&nieto=15&marcado=1> [Consultada: 26 mayo 2012]

⁹¹⁷ BRODY, Howard. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *New England Journal of Medicine*. 2012 may., vol. 336, núm. 21, p. 1949-1951.

consistente, frente a una marcha con dirección cambiante y dividida por la perplejidad o la incoherencia.

Bienes implicados.

Aquí quedan incluidos todos los bienes que en cada momento se involucran. En esos bienes hay una jerarquía que tiene en su cúspide el bien del paciente. El reto está en la salvaguarda de los bienes más significativos en cada situación.

Cursos de acción.

Si parte de la autonomía profesional ha consistido en proporcionar una buena atención, tal como ha venido siendo entendida por el propio médico y por la corporación médica, se hace necesario reconsiderar la propia y autónoma concepción del trabajo bien hecho *contando con* la perspectiva de todos los afectados por el mismo. Desoír esas perspectivas equivale a hacer caso omiso del principio de realidad. Y la experiencia histórica indica que la vulneración de ese principio, por una profesión encerrada en un determinado concepto de sí misma, ha llevado a que aquélla sea considerada como algo prescindible socialmente.

Esto no quiere decir que haya que desarrollar una práctica basada en la pura complacencia, pero sí es razonable ir hacia una práctica consentida por el paciente, sostenible y justa. Suficientemente accesible y activamente orientada a quienes más la necesitan. Puede suponer una reestructuración profunda de los equipos de trabajo, distribuyendo las tareas de tal forma que el médico quede suficientemente liberado como para liderar la gestión de esa accesibilidad y para poder atender de forma accesible, segura y eficaz a los pacientes más complejos o graves⁹¹⁸.

Por otro lado, parece más necesaria que nunca por parte del médico una búsqueda constante y consistente de su propio bien. Él es uno de los afectados por su propia práctica. El principio de realidad le lleva a contar consigo mismo. Obviar esta búsqueda es una quimera y además un riesgo para sí mismo como cuidador. Parece haber un acuerdo en que los médicos desean y esperan de la sociedad una remuneración razonable, un balance aceptable entre la vida laboral y personal, una cierta seguridad en el trabajo, un respeto y una autonomía.

⁹¹⁸ GHOROB, A. ; Bodenheimer, T.. Sharing the Care to Improve Access to Primary Care. *New England Journal of Medicine*. 2012, vol. 366, núm. 21, p.1955-1957.

Pero en el día a día, la definición precisa de lo que se quiere y se pretende pasa ineludiblemente por identificar y optar entre las distintas tendencias o fuerzas internas. Se hace necesario especialmente prestar atención a la tendencia a la pasividad, que instala en las rutinas y que elude los compromisos concretos; la tendencia a una falta de autocrítica y a una hipercrítica del otro, que suscita una cultura de la queja y el victimismo; la tendencia a anteponer la propia seguridad jurídica al interés por el paciente (medicina defensiva); la tendencia a anteponer incentivos económicos, de poder o de prestigio al interés por el paciente; y la tendencia a una indiscriminada complacencia, que hace dejación de responsabilidades y competencias propiamente médicas.

Justificación.

La integridad personal del médico no es equivalente a su perfección. Pero sí tiene que ver con un modo de ser que busca hacer converger todas aquellas competencias que va descubriendo necesarias, para poder dar la mejor respuesta médica al paciente. Está en juego la salud del paciente y una vida profesional con sentido, gratificante, merecedora de esfuerzos. Esta tarea es posible, no es una fantasía o una especulación. Sin embargo es tarea de cada uno, pues la marcha de la razón moral es algo propio y dinámico.

Actuar en función de cierto tipo de tendencias negativas no hace sino apartar de uno u otro modo de los objetivos de la medicina, dificultar el desarrollo de las competencias necesarias, configurar un tipo de médico muy poco fiable y contribuir a deteriorar de uno u otro modo la calidad de la práctica.

El trabajo se realiza con el paciente, con los colegas y con otras fuerzas sociales. Pero, antes de eso, es un trabajo con uno mismo. Una práctica médica competente exige la integración de una correcta visión del bien y un poder para lograr ese bien. Así, un médico íntegro es un médico prudente, compasivo, generoso, paciente, justo, de mentalidad abierta, veraz, perspicaz y fiable. La integridad es leal con los deberes y obligaciones, y está orientada a una práctica médica que trata de ser confiable, segura, racional, eficaz, sostenible, justa y gratificante.

Conclusiones

La práctica de la medicina se ha transformado extraordinariamente en las últimas décadas, llegando a ser sumamente problemática. Una de las cuestiones a las que se enfrentan los médicos es la de cómo orientar la vida profesional en su conjunto, algo diferente de los problemas éticos concretos ante determinados casos. El objetivo principal de este estudio ha sido el de la elaboración de una ética de las profesiones desde la práctica médica.

Lectura de la noología de Zubiri desde la práctica médica.

Se ha optado por una fundamentación basada en la obra de Xavier Zubiri por las siguientes razones: construye su obra filosófica desde un contexto histórico próximo al de la medicina actual; su gran conocimiento de la historia de la filosofía y de la historia de las ciencias de la naturaleza lo sitúa entre la mentalidad filosófica y la mentalidad científica; metodológicamente, se ciñe a datos y hechos concretos; proporciona una perspectiva de la realidad, del sentir, del inteligir y del la estructura moral humana; en su obra se basan algunas de las propuestas de fundamentación ética más fructíferas que han surgido en los últimos años, como la desarrollada por Diego Gracia.

El pensamiento de Zubiri desarrolla una metafísica que gira en torno al inteligir humano y a la realidad. En su trilogía, *Inteligencia y realidad* realiza una descripción pormenorizada de los hechos de la intelección. En su análisis muestra que lo radical en ella no es la comprensión conceptiva del ser, tal como lo ha entendido la tradición filosófica occidental, sino el sentido de realidad. Este aprehender realidad es el acto elemental y radical de la inteligencia humana. En él, sentir e inteligir no son dos actos numéricamente distintos, sino dos momentos de un solo acto de aprehensión de lo real.

La realidad queda formalmente en la aprehensión como actualidad, es decir como algo presente; como alteridad (algo otro, “en propio”); desde la “cosa”, con una radicalidad que la hace ser aprehendida como en sí y por sí misma (“de suyo”). Asimismo queda como *prius*, es decir, anterior en el orden de la aprehensión, por el que toda actualidad intelectual lo es “de” lo real. Zubiri descubre la realidad como *principio* para la marcha de la razón, en sentido de “fundamento” realizándose desde sí mismo, en y por sí mismo, no como mero comienzo o principio lógico.

La intelección tiene tres modalidades: aprehensión primordial de la realidad, logos y razón.

La modalidad primaria y radical de inteligir es la aprehensión primordial de la realidad, en la que ésta se muestra en toda su riqueza y radical formalidad de realidad, de forma directa (no a través de representaciones), inmediata (no fundada en razonamientos) y unitaria. Si esto es así, hay que admitir que también hay una aprehensión directa, inmediata y unitaria de la realidad al enfermar. Puesto que hay diversos modos de sentir, también hay diversos modos de presentación de la realidad. En el caso de la enfermedad, se presenta en modo de algo nocivo, perjudicial o dañino que el paciente inteligir de forma directa, inmediata y unitaria como real.

La verdad (realidad presente en la intelección) primaria y radical de la intelección sentiente es la simple *ratificación* de la propia realidad, actualizada en cuanto tal realidad. Es verdad real porque no se admite posibilidad de error: si algo me parece real, es formalmente real. Toda impresión de realidad es ratificante, verdad real. Este es el tipo de verdad que trae a menudo consigo el paciente cuando acude a la consulta. Su verdad real o simple es, sencillamente, que se siente mal. Si el médico menosprecia esta verdad simple puede perder datos clave para el diagnóstico y el tratamiento, pero además, puede aislar al paciente en la realidad nociva en la que se encuentra instalado.

Desde la perspectiva zubiriana no se puede ser enfermo sin estar enfermo, pues no se identifica realidad con ser, sino con la forma en que se actualizan las cosas al inteligir humano. De ahí la importancia de conceptualizar de un modo adecuado la noción de enfermedad, que debería aludir al modo de estar del paciente. La entificación de la enfermedad conlleva el riesgo de construir una medicina ficticia, especulativa y alejada, por distintos intereses, de la realidad de estar enfermo.

La segunda modalidad de la intelección es el logos. Ocurre cuando la cosa se aprehende diferenciadamente “entre” otras, topando con una dualidad: por ejemplo, estar sano o estar enfermo. Cuando aprehendemos de este modo, lo hacemos en una determinada zona de lo que podemos abarcar impresivamente, denomina *campo* de la realidad, que incluye todo aquello que pueda inteligirse diferencial e impresivamente como real. El campo es un ámbito físico, abierto y dinámico.

En el encuentro clínico hay un campo de cosas reales en el que están incluidos el médico, el paciente, acompañantes, mobiliario, lo hablado entre ellos, el ruido ambiental, etc. Todo ello constituye el “campo perceptivo”. Pero también hay un

campo “no visible”, pero que queda formal y físicamente como real, perteneciente al fuero de lo sentido o de lo inteligido: en el campo del médico una de las primeras cosas que aparecen son las hipótesis de diagnóstico; en el campo del paciente, por ejemplo, el deseo de ser atendido con amabilidad.

El campo de realidad se muestra como un elemento de la práctica clínica modificable y de gran relevancia. Fuera del campo de atención del médico pueden quedar multitud de realidades que pueden contribuir a mejorar su práctica: lo relativo a los sentimientos, preferencias o creencias del paciente, a la propia vida profesional o lo relativo a elementos organizacionales que afectan al trabajo diario. El primer plano del campo intelectual en el encuentro clínico sería lógicamente el paciente, pero no siempre es así. A menudo hay demasiadas preocupaciones que lo colocan en el fondo. La práctica médica exige apertura, flexibilidad y criterio en la modificación del campo de realidad con el que se las tiene que haber el clínico. Una mentalidad que reduce habitualmente el campo intelectual pierde posibilidades diagnósticas y terapéuticas, pero además, puede contribuir a una práctica médica deshumanizada, al prescindir de dimensiones humanas fundamentales, como las de las preferencias o las emociones del paciente.

El método clínico centrado en el paciente, cuya clave consiste en situar en el centro del campo de la realidad al propio paciente, propone ante todo una escucha activa, por la cual el médico es capaz de abrirse a todas las claves verbales, no verbales o paraverbales (incluso a las más sutiles), que ofrece el paciente al expresarse. Éste sería un modo radical de situarse en la realidad porque busca apoyarse firmemente en ella: el “otro” como alguien enfermo. La tarea de discernir síntomas y signos clínicos corresponde a la intelección diferencial propia del *logos*.

El encuentro clínico es el momento que va a determinar la vía o vías de investigación del médico. Éste, cuanto más firmemente asentado esté en la realidad del paciente, probablemente mejor orientará su marcha intelectual para lograr una comprensión de lo que le ocurre. Todas las demás intelecciones que hagamos sobre este paciente aquí y ahora dependen necesariamente de esta forma directa e inmediata de estar en la realidad.

La tercera modalidad de intelección es la razón. Ésta es actividad pensante, consistente en intelección en búsqueda la realidad del mundo (lo que está fuera del lo aprehendido impresiva y diferencialmente en el campo). Es ante todo un modo provisional de actualizar intelectivamente la realidad, una búsqueda de aquello que

aún no ha sido inteligido sino como enigma. La realidad, al dar que pensar, se impone con la fuerza de tener que darle un contenido.

En la práctica clínica: se busca un camino que conduzca desde los datos recogidos en la entrevista (actualización campal) a un conocer qué es lo que le ocurre en el fondo al paciente (actualización mundanal). Esto se hace mediante la elaboración hipótesis que surgen desde los primeros comienzos de la entrevista. El contenido de esas primeras hipótesis pasará a formar parte del campo de realidad. La formalidad de realidad de esas hipótesis es tal que puede afectar al médico, hasta el punto de bloquear su marcha, dirigirla por caminos erróneos o, por el contrario, hacerla muy directa y eficiente.

Podría pensarse que la intelección (simplemente sentir la realidad en su formalidad de realidad) es un modo de conocimiento rudimentario. Sin embargo esto no es así: el conocimiento se inscribe dentro de la intelección. El conocimiento recibe su consistencia por ser un modo de intelección. La intelección no es conocimiento rudimentario, sino que el conocimiento es solo un bosquejo de intelección ulterior y sucedánea. La actualización intelectual de la realidad aprehendida sentientemente en toda su radical formalidad de realidad es la forma principal y canónica de conocimiento. Lo demás (logos y razón) se basa en ella.

Quien cuenta con una intelección formalmente más real (aunque insuficiente) de lo que denominamos enfermedad es el que se siente realmente enfermo. La conceptualización del médico será solo una tenue sombra respecto a la formalidad de realidad con la que el paciente nota su enfermedad. En ese sentido (solo en éste) el paciente es quien está en mejor posición para inteligir su enfermedad. El médico la entiende tenuemente, eso sí, con un conocimiento racional y, por tanto, en profundidad cuando la asume como diagnóstico.

El conocer racional tiene tres momentos: objeto, método y verdad racional. Objeto es la cosa real en cuanto queda resaltada como algo por conocer. En el método clínico centrado en el paciente es el propio paciente el objeto principal de conocimiento en profundidad. El *método* para Zubiri es ante todo vía del conocer en cuanto tal, algo en definitiva más radical y universal que el método científico. El método, a su vez, tiene tres momentos: *sistema de referencia, esbozo y experiencia*.

El campo, lo sentido del mundo, es *sistema de referencia* para la activa intelección del mundo (lo no accesible impresivamente). Así, elucubrar diagnósticos

sin contar con los datos ofrecidos por el paciente es dar rienda suelta a la imaginación, por muy lógica y coherente que ésta sea. Es hacer un juego intelectual ajeno al paciente. La cosa cambia al elaborar diagnósticos centrando la atención en datos del escenario clínico.

Las “ingenuidades” de la razón se reducen siempre a una misma cosa: a “pensar que el mundo es formalmente idéntico a lo sentido en él, al campo”, como el realismo ingenuo y el positivismo. También hay ingenuidades en la práctica clínica, como la de considerar que se ha comprendido a un paciente cuando se le ha diagnosticado de una enfermedad. En este caso, el propio diagnóstico pasa a formar parte del campo intelectual. Entender el enfermar en los términos de un diagnóstico nosológico puede obviar que lo que le ocurre realmente al paciente es mucho más que lo que el médico entiende por ese diagnóstico.

El positivismo es una concepción de la intelección campal, siendo ciego a la intelección mundanal. Desconoce el carácter dinámico de la intelección racional y es ciego al carácter creador de esa marcha. Si el mundo no tiene una estructura lógica, sino una formalidad de realidad, entonces la filosofía de Zubiri abre el campo de la comprensión racional del paciente mucho más allá de lo que permite la estrecha perspectiva positivista. Invita y permite una apertura intelectual sin límites, dado que la realidad no tiene límites. La cuestión, desde un punto de vista médico, es cómo modular esa apertura intelectual de una forma adecuada a la práctica médica.

Los *esbozos* son el segundo paso del método del conocimiento racional. Representan posibilidades de lo que pueda ser la realidad en el fondo. Hay diferentes modos clínicos de realizar esbozos: el más frecuente es el de las hipótesis o posibilidades diagnósticas.

El tercer paso es la *experiencia*, o probación física de los esbozos en la realidad. Y hay cuatro *modos de experiencia*: experimentación, compenetración, comprobación y conformación. En la *experimentación* se fuerza a lo campal a mostrar su realidad, lo que ocurre tanto en los procesos de diagnóstico y tratamiento de problemas orgánicos como psíquicos, como en la investigación clínica.

La *compenetración* consiste en tratar de vislumbrar el mundo del paciente desde su propia perspectiva. El objeto de la razón sería la interioridad del paciente: cómo el paciente experimenta su propia vulnerabilidad, sus preferencias respecto al

tratamiento. En la clínica se realiza mediante la escucha activa, que incluye la utilización de esbozos (de orden fenomenológico y narrativo principalmente) y el diálogo, por el que se va probando la adecuación de esos esbozos. La compenetración es tanto más difícil cuanto que el paciente tenga vivencias que el médico aún no ha experimentado personalmente. El clínico equipado con las herramientas adecuadas se situará en una posición de ayuda óptima.

La *conformación* es experiencia de mi propia realidad profunda (no accesible a lo campalmente inteligido). El objeto de intelección, de indagación, es uno mismo. Conocerse a sí mismo no es algo abstracto, es probarse en conformación de lo esbozado (generalmente en modo narrativo, como el papel de médico) en la propia realidad.

El tercer momento de la intelección racional (además del objeto y el método) es el de la *verdad racional*, entendida como el encuentro entre el esbozo y la realidad. En ella hay confirmación y cumplimiento del esbozo. Es lo real lo que confiere su verdad a la intelección, la “verdadea” según su propia alteridad de realidad. En medicina hay un conocimiento racional de tipo general, procedente de la investigación y un conocimiento racional particular, procedente de la práctica clínica asistencial. En este caso, hay verdad racional cuando se comprueba una hipótesis diagnóstica de un paciente, pero también cuando se confirman sus preferencias en un ejercicio de compenetración con el mismo.

De todo lo anterior se deduce que la actividad clínica, orientada a menudo a la comprensión de la realidad inaccesible impresivamente del paciente, a la luz de la filosofía de Zubiri, no puede tener sino un estatuto de plena racionalidad: es intelección racional efectiva en continuo dinamismo.

La actividad intelectual plenaria de la razón es la comprensión: experiencia comprobada de la realidad. Esto, en el ejercicio clínico, es mucho más que elaborar un diagnóstico. Éste no es más que un esbozo en el cual difícilmente cabe la complejidad de la realidad humana. La clásica tarea del médico de diagnosticar abre su horizonte intelectual a la tarea de comprender. Porque el objeto del saber médico ya no es “lo objetivo”, o el “ser” del paciente (su enfermedad, la entidad nosológica concreta), sino un aspecto determinado de la concreta realidad del paciente. Y porque la forma plenaria de intelección es quedar comprensivamente en la realidad: volver y volver a ella (al paciente, en nuestro caso) una vez inteligida como logos y

razón, con la ayuda, entre otros elementos, de las posibilidades diagnósticas esbozadas nosológicamente.

El médico se aproxima a la realidad humana, que es extraordinariamente compleja. Esto le exige una mentalidad abierta. Si el médico se cierra al estudio de su paciente en clave exclusivamente científico-técnica, puede perder aspectos de la realidad de enfermar que tienen gran importancia a la hora de poder ayudarlo. Una mentalidad así puede ser ciega al fenómeno del sufrimiento y del dolor.

En la tradición médica el concepto de médico humanista siempre ha reflejado una mentalidad abierta a todo lo humano. Desde esta perspectiva el humanismo médico pasa a formar parte esencial de una capacitación profesional médica de calidad. Ésta se orientaría a formar una mentalidad suficientemente abierta como para poder lograr una comprensión mejor de la realidad humana, capaz de proporcionar una respuesta satisfactoria a las necesidades planteadas por los pacientes.

Sin embargo, lo científico-técnico requiere un gran esfuerzo cognitivo en ciertas especialidades altamente tecnificadas. En ellas puede tener un efecto invasor, acaparando completamente la atención del médico, que deja de ver un paciente y no ve más que un conjunto de síntomas, signos, posibilidades diagnósticas, etc. Esto representa una distorsión ontológica de la práctica médica, que se encuentra ante el reto de integrar diferentes modos de experiencia para la comprensión del paciente y sus problemas de salud.

La dimensión moral humana.

Si bien la principal aportación de Zubiri es su análisis de la intelección, sus reflexiones sobre el sentimiento y la volición aportan elementos útiles para una ética de las profesiones desde la práctica clínica.

Para él *los sentimientos*, son afecto sentiente de lo real, es decir, un modo de versión a la realidad en la que ésta se actualiza afectivamente. Esto sugiere que los sentimientos del profesional no tienen por qué ser un estorbo, sino un modo más de estar en la realidad, que puede aportar datos de utilidad para el inicio de una marcha de la razón.

Y *la volición* es un modo de actividad intencional. Así, los actos volitivos tienen una triple dimensión: tendente, preferencial y de complacencia en algo real.

Esa actividad (desear-preferir-complacerse) se puede fortalecer o debilitar. Pero además, una de las consecuencias a las que lleva, es que el ser humano queda en un determinado estado afectivo. Desde esta perspectiva, se puede decir que el desgaste profesional, definido como un estado de agotamiento, insensibilidad y falta de realización personal, representa un debilitamiento de la estructura volitiva en la que ésta pierde poder de desear-preferir-complacerse en la profesión.

La *dimensión tendente* está relacionada con el *problema de la libertad*. En aquélla, el sujeto se encuentra de una encrucijada de tendencias (o pre-tensiones) en las que tiene necesariamente que orientarse. Ahí hay inscrito un momento de libertad, que surge exigitivamente de la inconclusión de tendencias (o pretensiones) propia de la sustantividad humana, y que consiste en un modo de dominio, en el que se está concediendo a su vez un poder a la realidad en la que se depone el querer. La repetición deliberada de actos libres da lugar a un estado volitivo de libertad, a una habitud de libertad, que es un modo de ser libre.

En este sentido podríamos decir que los seres humanos son realidades que, inspiradas por tendencias que les habitan, pueden elegir (al menos hasta cierto punto) lo que quieren querer. Esas tendencias consisten en pretensiones, que por su momento de realidad y, en virtud de la atención que se les preste, pueden formar parte del campo intelectual del individuo y, por tanto, de un sistema de referencia para la marcha de la razón moral. La estructura de ese querer tendente es poder: poder de atención a esos anhelos que lo habitan, de preferencia y de decisión; así como poder de realizar efectivamente lo querido, de pasar de la realidad sida a la realidad querida. Este poder es, en definitiva una realidad que consiste en un dominio efectivo de la propia realidad.

La *dimensión preferencial* está relacionada con el *problema del bien y del mal*. Aquélla se encuentra precedida por el acto de estimación, que es el acto radical en el que se abre la línea del bien. El término del acto de la estimación es la línea del bien, al igual que el término del acto de intelección es la verdad. En el acto estimativo la realidad queda en su condición de realidad valiosa: ahí es donde reside su objetividad, pues lo real se presenta como algo independiente y, aún más, como algo con una prioridad sobre la intelección. Es el bien (la realidad en su condición de buena) lo que funda el valor, no al contrario.

La realidad en su condición de estimanda es lo que consituye el bien, es decir lo preferible. Bien y mal hace referencia a la condición buena o mala de las

cosas respecto a la realidad humana. Si las cosas promueven una plenitud positiva de lo humano, entonces son de buena condición, son un bien. Si promueven disconformidad con esa plenitud positiva (“el *bonum* de la condición humana”) entonces hablamos de cosas malas, del mal.

El problema del bien se enraíza en que la condición moral de la realidad humana es un dinamismo susceptible de mejorar o empeorar, de experimentar beneficio o maleficio, de hacerse benevolente o malevolente, de realizar beneficencia o maleficencia, y de contribuir a realizar la bondad o la maldad en el mundo. De ahí que el problema del bien consista en un discernimiento y búsqueda de lo mejor. Y, por tanto, que el problema del bien esté inscrito a priori en el acto volitivo.

La *dimensión fuente* de la volición está relacionada con el *problema de la justificación*. Aquella consiste en la complacencia en algo en cuanto real. Esta complacencia no tiene por qué estar asociada a un bienestar o malestar, pues la posibilidad en la que se complace la volición puede conllevar en determinados momentos cualquiera de esos estados. En el acto de complacencia hay un ejercicio de apropiación de posibilidades de realización humana. Lo moral estaría constituido por aquellas propiedades que la realidad humana tiene por apropiación. Lo moral (bienes, valores, deberes) solo es posible en una realidad moral. Así, un oficio, una profesión son lo moral de un determinado individuo. Si estas propiedades surgieran espontáneamente de forma natural, no serían morales. Esto revela el carácter radicalmente moral de las profesiones.

En la dimensión fuente del acto volitivo, el individuo se nutre, configura y realiza, con aquello en lo que deposita su complacencia. Se trata de un poder por el que la realidad actual pase a ser la realidad querida: a la que se tiende, la que prefiere y en la que se complace. Este poder se acrecienta en la repetición de logros en los que se consigue esto. Dejar de pretender-preferir-complacerse supone, por el contrario, optar por una vida no examinada, no reflexionada, no elegida, lo que equivaldría a una vida des-moralizada, desapropiada, a la deriva. El estado de des-moralización no es sino una pérdida de este poder.

Pero el individuo puede complacerse en muchas cosas, de ahí la cuestión de la justificación. La respuesta está en tanto en cuanto en el ser humano se encuentran arraigadas la tendencia, la preferencia y la complacencia de su propia promoción, cuya forma plenaria ha sido denominada desde la antigüedad como *eudaimon*,

beatitudo o felicidad. En la propia realidad humana se encuentra arraigada la exigencia u obligación con esa promoción plena. Para Zubiri el deber es aquella posibilidad que se impone, no por su carácter lógico de imperativo incondicional y categórico, sino por ser la más “conducente” a la felicidad humana.

Ética de las profesiones.

Para Diego Gracia hay un logos estimativo, que no puede considerarse en rigor moral normativa, aunque sí su condición de posibilidad. Por eso entra necesariamente en juego una visión posidente o posesión vidente que, más allá de lo apreciado campalmente, inicia su marcha hacia una búsqueda, no solo de lo estimado aquí y ahora, sino de lo estimable, no solo de lo mejor dado en el campo de lo aprehendido impresivamente, sino de lo que en el fondo es lo mejor. Este sería el inicio de la marcha de la razón moral. En ella, el sistema de referencia tiene el nombre de “deber”⁹¹⁹; el esbozo moral lo es de posibilidades apropiables; y la experiencia moral es apropiación, que se verifica mediante la justificación moral.

La marcha de la razón moral busca la comprensión de lo que en el fondo pueda ser el bien humano. La comprensión moral no solo incluye lo aprehendido intelectivamente como moralmente bueno, sino que incluye una comprensión fruenta de esa bondad.

En el ámbito del ejercicio profesional *la experiencia de la razón moral* dependerá del objeto. A la hora de abordar el problema de lo que es y debe ser la profesionalidad nos encontramos con diversas áreas que son objeto de nuestro escrutinio: conductas concretas -que pueden ser consideradas hechos científicamente constatables-, el mundo propio del paciente -al que accedemos por compenetración- y carácter del profesional -que modifica mediante conformación. Por tanto, la experiencia deberá realizarse de modos diferentes.

Esto es especialmente difícil para una mentalidad afianzada en el conocimiento experimental por constatación, como es la de los profesionales de áreas científico-técnicas, con una cultura muy afianzada en una perspectiva empírica y positivista. Se corre el riesgo de mostrar una figura pobre, mutilada y deforme de lo que sea la profesionalidad.

⁹¹⁹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 487. ISBN: 84-7754-045-4.

Por otro lado, quien entienda la profesionalidad fundamentalmente como realización personal, aún cuando no lo haya expresado y razonado de este modo, también puede estar dejando de comprender aspectos de su profesionalidad muy importantes. Nos podemos encontrar con médicos muy satisfechos de sí mismos, pero con indicadores alarmantes, como el de una elevada mortalidad por causas propiamente médicas.

Quien entienda la profesionalidad como un ejercicio personalmente satisfactorio, técnicamente correcto, orientado a determinados logros, con los mejores medios, olvidando el mundo propio del paciente, también estará conociendo de un modo muy parcial lo que sea la profesionalidad. En este caso le queda velado el conocimiento por compenetración con el paciente.

Por otro lado, quien no sea capaz de entender la profesionalidad como un modo de realización personal, aún cuando valore ciertos indicadores constatables (como los indicadores de calidad o competencia) o la propia perspectiva del paciente, corre el riesgo de entrar en un dinamismo de desmoralización y, por tanto, de desprofesionalización progresiva.

En definitiva, podríamos afirmar que la experiencia de lo que es y debe ser un buen ejercicio profesional, que le compete al profesional ante todo, hay que realizarla contando con la perspectiva del paciente (por compenetración); con la de la sociedad (por compenetración -con estudios cualitativos relativos a las preferencias-, y por constatación de los resultados y la viabilidad social de una determinada oferta profesional); y con la del profesional (por compenetración con profesionales excelentes, por conformación con la forma de ser un buen profesional y por constatación de resultados relativos al bien específico promovido profesionalmente).

La justificación en la marcha de la razón moral en el marco de una ética de las profesiones plantea el problema de ver en qué medida las profesiones contribuyen con bienes específicos a la promoción de lo humano. Serían justificables éticamente aquellas profesiones que, en su ejercicio efectivo, contribuyen a su modo a una promoción positiva de lo humano, que incluye la protección y despliegue felicitante de lo humano. No serían éticamente justificables las profesiones que proponen, para su desarrollo efectivo, la aniquilación, daño psico-orgánico, ignorancia, pérdida de libertad o sufrimiento humanos. Y tampoco serían

justificables aquellos actos profesionales que dan lugar a una promoción negativa humana.

Desde esta perspectiva el término *profesión* hace referencia a una actividad especializada realizada por una comunidad de profesionales con una capacitación compleja, que es reconocida como tal por la sociedad, y que está orientada a proporcionar un bien interno que contribuye a la promoción positiva humana. Así, lo que el lenguaje común a menudo identifica vagamente como profesional, se correspondería en rigor con un mero experto (práctico, hábil, experimentado, perito); lo que identifica laxamente como profesión, se correspondería en rigor con mera práctica o actividad; y lo que identifica de forma imprecisa con profesionalidad, se correspondería en rigor con mero profesionalismo, es decir, la utilización de una disciplina como medio de obtención de ganancia o provecho. Si bien todas las profesiones son formlemente justificandas y todas pueden ser más o menos estimables, solo algunas son racionalmente justificables.

Los agentes que pueden proporcionar una impronta racionalmente válida al ejercicio profesional son las sociedades, definiendo y regulando la propia existencia de las profesiones éticamente justificables; las corporaciones profesionales, con una serie de exigencias compartidas por el colectivo; y los propios individuos, aceptando la responsabilidad de contar con unas reglas del juego básicas impuestas socialmente y asumiendo un determinado nivel de autoexigencia.

Para poder extrapolar el método de la razón moral propuesto por Diego Gracia a una ética de las profesiones partimos de una concepción en la que la *ética de las profesiones es una indagación dinámica, metódica y deliberativa de la razón moral que busca conocer sistemática, reflexiva y críticamente la vida moral en el ámbito profesional, para descubrir y proponer posibilidades de ejercicio profesional, que contribuyan efectivamente a una promoción positiva humana.*

Esa indagación *partirá de un sistema de referencia* que es el lugar de las realidades, los hechos, los bienes, los valores e, incluso, esbozos formales probados por la tradición. *Descubrirá o propondrá posibilidades* reales (viables) elaborando esbozos de diversa índole. En tercer lugar *efectuará y hará examen de la experiencia* de esas posibilidades y, finalmente, *validará* las posibilidades propuestas de forma lógica, frente al sistema de referencia, y de forma histórica, confirmando que se produce una efectiva promoción de los bienes promovidos y, por tanto, de una promoción positiva de lo humano.

Ética para médicos.

Se trata de una ética de las profesiones desde y para la práctica médica. En ella se considera como agente moral al médico, desenvolviéndose en el contexto de la relación clínica. La marcha de la razón moral que se propone es entendida en un sentido físico, sentiente, inteligente y moral. Gravita en competencias éticas, por las que apela propositivamente al cuidado del poder efectivo del médico, como agente moral, para realizar adecuadamente su trabajo, incluso en situaciones hostiles al mismo.

Le exige al médico estar abierto a su vulnerabilidad, ligada a la confrontación con la enfermedad, así como a su encuentro con poderes a los que confía su propia práctica profesional (como la organización sanitaria en la que se mueve o los poderes sociales económicos y políticos). Surge de la experiencia acumulada por el autor durante unas tres décadas de práctica clínica. Este trabajo no representa, por tanto, un mero ejercicio especulativo, sino aquello que el autor comprende que le ha sido útil para orientar su práctica en un contexto social sanitario complejo.

Se parte de una ruptura con el paradigma convencional en la práctica médica de “enfermedad-diagnóstico-tratamiento”, para optar por el paradigma más amplio de “paciente-comprensión-cuidado”. Se asume el presupuesto de que un buen ejercicio profesional le proporciona al médico un poder tanto de hacer bien a otros, como de hacer buena su persona.

El *objeto* de atención es la práctica médica en su conjunto, entendida como expresión o modo de ser complejo del profesional. Este modo de ser se analiza desde los hechos clasificados en tres categorías: los hechos de la volición (intenciones, observables solo por el agente moral), del carácter profesional (cualidades del carácter acreditadas por hábitos y conductas significativos observables) y a la práctica (procesos y resultados).

Los *referentes éticos* tienen diversos contenidos, pero se sitúan en el sistema de referencia en tanto en cuanto quedan formalmente ante el agente moral como deber. Éste se funda en los bienes y valores implicados en el campo de la realidad de la práctica médica. Se podría formular afirmando que toda realidad humana, actual y futura, compromete a la máxima consideración y respeto (premisa ontológica); o también como actúa ejerciendo la profesión apropiándose de aquellas posibilidades que contribuyen de forma efectiva a una positiva promoción humana (premisa

deontológica). Los referentes considerados más relevantes son: los retos, los bienes implicados, los deberes formales, los modelos de excelencia y la conciencia moral.

El *esbozo* que se propone presenta unos principios y unas competencias. Los primeros son el principio de prioridad del paciente, el principio de responsabilidad y el principio de confianza. Además, se propone la búsqueda de la promoción del bien interno de la medicina (la salud) a través de un fortalecimiento del poder moral efectivo del médico, mediante el desarrollo de ciertas competencias éticas. Éstas son: el cuidado de la compasión, el cuidado del interés por el paciente, el cuidado del saber médico y el cuidado de la confianza.

Los principios aluden a realidades valiosas (bienes), que a su vez generan obligaciones que vinculan. Sirven ante todo para orientar y justificar las competencias, evitando la arbitrariedad. Se han formulado como máximas que expresan obligaciones asumidas en relación a bienes y valores reales que son vislumbrados, buscados y que piden ser realizados:

1) *Principio de prioridad del paciente*: El centro de atención de la práctica médica es en primer término la vulnerabilidad del paciente en cuanto paciente, pero también la de todos los afectados por la práctica médica. Se entiende aquí por paciente toda realidad humana enferma o en riesgo de enfermar en cualquier momento de su ciclo vital. Se fundamenta en el carácter vinculante de la realidad humana. Se puede formular: Realiza tu práctica médica, ya sea asistencial, docente, investigadora o de gestión, situando siempre al paciente en el centro de atención de la misma.

2) *Principio de responsabilidad*: El médico asume la tarea de hacerse cargo de velar por la salud del paciente, así como de los efectos adversos que su ejercicio profesional pueda tener sobre todos los afectados. Si el enfermo precisa atención sanitaria, el facultativo se complace en prestársela de un modo específicamente médico: con las posibilidades de la razón científica que la tradición médica pone a su disposición. Ni las fuerzas del mercado, ni las presiones sociales, ni las exigencias administrativas deberían ser más fuertes que esta obligación. Se formula así: Realiza tu práctica médica velando ante todo por la salud del paciente de forma no maleficente, respetuosa con su autonomía, benéfica y justa, y evitando perjuicios a otros afectados.

3) *Principio de confianza*: El ejercicio médico requiere necesariamente de una fiabilidad mutua para la cooperación entre el paciente, el médico y la sociedad. Se formula con la siguiente máxima: realiza tu práctica médica construyendo una relación de confianza con tu paciente y su entorno social, así como con tu equipo de trabajo, con la o las organizaciones sanitarias con las que trabajas y, a través de las sociedades corporativas, con la sociedad.

Las competencias se refieren a cursos de acción generales que describen un desempeño efectivo de los actos humanos, que incluyen la intención, las conductas y los resultados de la práctica, que en su conjunto configuran modelos profesionales. En cuanto concepto, son posibilidad o ideal para la razón práctica. En cuanto realización efectiva de ese ideal, se trata de experiencia efectiva de la razón práctica. Se asocian a determinados indicadores de verificación. La profesionalidad es entendida como el conjunto de todas aquellas competencias científico-técnicas, éticas y emocionales necesarias para proporcionar un buen servicio asistencial, docente e investigador a los pacientes y a la sociedad.

Una ética de las virtudes y una ética de las competencias se diferencian en lo siguiente: el bien principal buscado en la primera es la felicidad, en la segunda el bien interno de la profesión; la primera centra su interés en el sujeto agente moral para formar un carácter bueno, la segunda amplía su escrutinio a los frutos de la práctica profesional. Se parecen en que: ambas se adquieren por medio de la enseñanza y el ejercicio habitual; exigen una rectitud o adecuación al bien que persiguen; pueden contribuir al gozo del agente moral; en su relación con los principios, ya que éstos, sin poder efectivo de aplicación son impotentes y las virtudes y competencias sin principios, son ciegas.

Las competencias médicas son todas morales, en el sentido de que son posibilidades apropiables, que se aprenden y que en el momento de su realización efectiva sabemos que han pasado a formar parte de las cualidades de quienes desean ejercer la medicina con profesionalidad. Aquí se destacan aquellas competencias esenciales desde el punto de vista ético. Se proponen las siguientes:

1) *El cuidado de la compasión*. Es el cuidado del poder efectivo de comprender el daño actual y potencial del paciente, y de hacerse cargo del mismo acogiéndolo emocionalmente de un modo médicamente adecuado. Esta competencia consiste en consentir, dentro de ciertos límites, la conmoción que provoca el daño del otro: es dejarse conmover de un modo funcionalmente eficaz. Esto nada tiene

que ver con un modo de ser sentimental, que puede ser incluso una dificultad para su ejercicio.

Se funda en el principio de prioridad del paciente y en la posibilidad de apertura intelectual del médico al daño ajeno. Manifiesta un poder de conexión afectiva con el paciente y un poder efectivo de sanación, pues tiende a disipar la sensación de aislamiento que a menudo provoca el enfermar. Y esa comprensión de lo humano posibilita a su vez un modo de afección, que no es sino *estima*, por la que el médico descubre con-dolientemente, el inmenso valor de lo humano dañado por la enfermedad. Su ausencia oculta una dimensión del enfermar que reduce las posibilidades de sanación del médico. Existen modelos profesionales distantes, propios de estilos de relación clínica de contrato, de libre mercado o mecanicista.

El hecho intencional (actitud) que exige esta competencia es de apertura intelectual que consiente un cierto impacto emocional. La práctica de esta competencia configura un carácter compasivo, que es un modo de ser competente a la hora de captar o actualizar inteligentemente el daño o la gravedad que la enfermedad puede llegar a producir en alguien concreto. Las respuestas emocionales se embotan en situaciones de estrés laboral. Por eso el cuidado de la compasión requiera un balance personal entre trabajo y descanso, entre acción y contemplación. Da lugar a una práctica accesible, de forma proporcional a la urgencia y a la gravedad de la enfermedad.

2) *El cuidado del interés preferente por el paciente.* Consiste en anteponer en la práctica médica el interés por el paciente, a cualquier otro interés profesional. Incluye un interés por sus derechos, sus sentimientos, sus preferencias, su situación clínica y su bienestar. Se trata de un acto en el que uno antepone *su* interés *por* y *en* el paciente, pero no antepone necesariamente el interés *del* paciente: no sería, por tanto, una competencia basada en el altruismo (entendido como diligencia en procurar el bien ajeno aún a costa del propio).

Representa un *poder* frente a otras fuerzas o poderes, que tienden a provocar un deterioro de la práctica médica dispersando la atención del médico, como la burocratización, las regulaciones administrativas de las organizaciones, la politización partidista, la comercialización, la mecanización científicista o la instrumentalización hipócrita de la práctica médica.

Esta competencia se funda y justifica porque el bien más valioso con el que se topa cualquier médico en su práctica profesional es el de la realidad humana, independientemente de su edad, sexo, afiliación política, religión, moralidad, tipo de enfermedad, etc. Por eso lleva a anteponer *el bien que es el paciente* frente a otros bienes implicados en el ejercicio profesional. De ahí surge un genuino interés por el propio paciente, cuya positiva promoción se busca mediante el cuidado médico de su salud. El bien del médico se identifica aquí con el bien del paciente. Y es esto lo que permite hablar de un auténtico interés preferencial *por y en* el paciente.

En el terreno intencional exige una complacencia y una opción preferencial por el otro en tanto en cuanto lo que él es. Configura un *modo de ser atento* (que es cortés, que escucha, que delibera, respeta las preferencias y la intimidad del paciente); *un modo de ser generoso*, (con disponibilidad de sí mismo, más allá de lo contractual y sin ánimo de esperar una recompensa inmediata); *un modo de ser justo* (al dosificarse de forma proporcional, dando preferencia a los pacientes con problemas de salud más graves y prevalentes); *un modo de ser paciente* (con poder efectivo de soportar con entereza el peso de la práctica médica). Finalmente, da lugar a un tipo de práctica asistencial, docente e investigadora centrada en el paciente, buscando el respeto de sus derechos, la accesibilidad y la equidad en la asignación del tiempo de dedicación.

3) *El cuidado del saber médico*. Consiste en cuidado del aprendizaje, gestión, transmisión y ampliación del saber médico generalizable y del saber sobre el paciente concreto. Consiste en el cuidado del saber racional (estar actualizando conocimientos), del saber hacer (estar entrenado) y del saber prudencial (estar de un modo éticamente válido).

Para poder justificar y explicar esta competencia es necesario acudir a datos históricos y epistemológicos relacionados con la tradición y el mismo comienzo de la práctica médica (la *tékhne iatriké*). Estos datos nos indican que lo específico de la práctica médica es la sanación por el conocimiento racional del hecho de enfermar. La referencia o *métron*, está basada en la percepción sensible del cuerpo humano (*aístesis tou sómatos*). Hay un propósito indeclinable de partir del dato y de mantener la referencia a las realidades visibles.

La forma de razonar se centraba para los clásicos en la conceptualización y la lógica, lo que llevó a un gran desarrollo del razonamiento especulativo en medicina, con un prestigio de la patología, que representaba la ciencia, en detrimento de la

clínica, que no era sino mera “*doxa*” u opinión. Desde la modernidad se produjo un control empírico a lo especulativo que contribuyó a un espectacular desarrollo de la medicina.

En el siglo XX Zubiri descubre que la forma fundamental de aprehender consiste precisamente en el aparentemente insignificante hecho de actualizar las cosas como reales, con la formalidad de realidad. La *physis* para los antiguos es ahora para nosotros la realidad. Sabemos que el conocimiento racional hay que abrirlo de la *physis* a la realidad humana en su conjunto. El conocimiento médico no puede ser sino una determinada comprensión en profundidad sobre el hecho de enfermar y sobre los diversos modos de ayuda médica. Este conocimiento no es una nube de datos registrados en algún lugar, sino algo *propio* del médico concreto. Y se construye desde la búsqueda rigurosa de verdades racionales, es decir, de verdades probadas mediante los diversos modos de experiencia, ya sea ésta fruto de la investigación o de la práctica clínica.

En el ámbito del conocimiento científico-técnico, tal como lo entendemos generalmente, el *hecho experimental* es el modo de abordar el objeto, la *experimentación* es el método, y la *comprobación* es la forma de acceso a la verdad, dentro de este modo, siempre provisional, de acceder a lo real y actualizarlo. Pero no todo conocimiento es científico-técnico, en este sentido restringido. No se puede dejar de insistir en que las ciencias de la naturaleza no serían sino un modo más de conocimiento entre otros.

Esto supone que al médico se le plantea un esfuerzo considerable de apertura, que le requiere pasar de una mentalidad centrada en la búsqueda de un conocimiento sobre los aspectos físicos de enfermar, a una comprensión racional mucho más amplia. Esto supone una eliminación del dualismo “medicina y humanidades”. Lo que médicamente hay que pedirle al conocimiento es que sea racional, que se pueda probar y que cuente con unos estándares de evidencia apropiados al objeto de estudio, además de una clara aplicabilidad para la práctica clínica.

Pero conocer no lo es todo en la práctica médica. Hay que saber actuar. Ese saber actuar es lo que los clásicos denominaron *phrónesis* o sabiduría práctica. La sabiduría práctica apunta hacia el bien humano, el de todos los implicados en la práctica médica. En medicina se trata, por tanto, de una forma de saber que integra

sensibilidad, conocimiento, habilidades prácticas y experiencia para lograr la salud del paciente y el bien de todos los implicados, en condiciones de incertidumbre.

La prudencia integra el conocimiento médico teórico conseguido mediante los distintos modos de investigación. Integra las habilidades prácticas, guiando su empleo de forma segura y eficaz con el paciente concreto. E integra el resto de competencias (el cuidado de la compasión, del interés por el paciente y de la confianza) en orden al logro efectivo de la salud del paciente. La prudencia es lo que inscribe cualquier virtud y competencia en el terreno de la validez ética. Es una forma de estar en la realidad que une sensibilidad, conocimiento y una forma de actuar orientada a la promoción positiva incondicional de lo humano.

En el plano de la intencionalidad, esta competencia requiere un deseo, preferencia y complacencia en saber, lo que se inscribe en la tradición médica de la *philotekhnía*. El peso de la rutina, el exceso de cansancio y ciertos factores de dispersión pueden acabar dañandola gravemente. Son actitudes negativas la suficiencia intelectual, la razón perezosa y la razón estratégica. Pero además, requiere: una *mentalidad abierta* (que reconoce la necesidad de abordar la realidad compleja desde distintos ángulos) y una *forma de ser prudente*. Por otro lado, una práctica médica en la que se cuida el saber médico es una práctica racional (científica y prudente) actualizada.

4) *El cuidado de la confianza*. Consiste en promover una certidumbre basada en la fiabilidad ante el paciente, la corporación médica, las instituciones sociales y ante sí mismo. La confianza es un tipo de certidumbre. La confianza se acepta, se otorga, se está en ella y es objeto de escrutinio respecto a su validez ética.

El médico, cuando acepta la confianza del paciente y la sociedad, adquiere la obligación de ser fiable o confiable. El paciente, al otorgar confianza al médico, le deja al cuidado de algo estimado (la salud), que requiere el ejercicio libre y prudente del poder profesional. Desde la perspectiva del paciente es abrirse a un bien (certidumbre en la incertidumbre) que envuelve y protege otros bienes (salud). En este ejercicio de otorgar confianza puede haber acierto y error.

Vivimos inevitablemente en un clima de confianza, del que solo nos percatamos si falta o se contamina. En la práctica médica se está confiadamente cuando se confía en la verosimilitud de determinadas hipótesis que, posteriormente, deberán ser probadas; cuando se acepta el testimonio de los investigadores; cuando

se considera que el paciente no está engañando al médico que le atiende; o en el trabajo en organizaciones, cuando se presupone que éstas ofrecerán un entorno laboral aceptable.

Para que pueda generarse un “estar en confianza” se hacen necesarias formas para su verificación o comprobación. La confianza se demuestra con transparencia, competencia y vínculo (sentirse estimado). Y es éticamente válida cuando no perpetúa “brutalidad, tiranía o injusticia” (Baier) y en tanto en cuanto que el que confía ve que, aunque haya diferentes motivos, intereses o razones, los que sostienen su confianza ganarán respecto de los que la subvierten; y cuando desde la transparencia, la confianza puede prevalecer frente a la sospecha. Hacerse confiable es éticamente válido cuando contribuye lógicamente y efectivamente a la promoción positiva humana.

Esta competencia requiere querer (desear-preferir-complacerse en) *hacerse fiable*. Es una responsabilidad temible en la práctica médica. En el carácter requiere: *Serenidad* (modo sereno, no necesariamente lento, de conducirse); *un modo de ser deliberativo*; *un modo de ser veraz*; *amabilidad*; *integridad* (pues esta competencia no puede basarse solo en complacer las expectativas de pacientes, colegas o la organización); y *cautela* (que presupone perspicacia y es precaución o reserva con que se procede). Finalmente, configura una *práctica transparente*, que declara posibles conflictos de interés, sin vulnerar la intimidad y mostrando un nivel de información suficiente para los afectados.

En esta propuesta de ética médica se presentan algunos *indicadores de desempeño de las competencias*. Su función principal es ser una herramienta que permita comprobar la experiencia de la propia marcha moral, por tanto, prueba de la validez del ejercicio profesional. Se proponen indicadores de intencionalidad (visibles solo al agente moral), de conductas significativas (reflejo del carácter del médico) y de datos relativos a la propia práctica (procesos y resultados).

Finalmente, se han analizado sucintamente los problemas relacionados con ciertos *momentos clave de la práctica médica*: El de querer o no querer ser médico (vocación versus fascinación por ser médico); el de las exigencias (ajustamiento a un “*êthos*” profesional convencional exigente); el de la relación clínica (el problema de las rutinas tóxicas); el de la búsqueda del bien del paciente (asumiendo problemas graves, deliberación y responsabilidad); el del cuidado de sí mismo (dar de sí sin romperse); el de la apertura (la práctica médica en el seno de las organizaciones); el

de la ambición y el reconocimiento (la cuestión de la excelencia); el de los límites (la [terca] realidad versus el deseo); el de la desmoralización y las distorsiones de la vida profesional (la contradicción de vivir aquello que no se debe, ni se desea, ni se prefiere, ni en lo que se complace uno); el de la integración (competencia y seguridad, eficacia, justicia, sostenibilidad y gratificación personal).

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA FUNDAMENTAL

10 palabras clave en ética de las profesiones. Cortina Ors, Adela (dir.) ; Conill, Jesús. (dir.). Navarra: Verbo Divino, 2000. ISBN: 84-8169-359-6.

ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones.* Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. ISBN: 84-87840-50-7.

ÁLVAREZ PÉREZ, Juan Carlos. *Procedimientos y metodología de la decisión.* En: *Principios y aplicaciones de la Bioética.* Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2005. D.L.: M. 54142-2005.

ARISTÓTELES. *Ética nicomáquea : Ética eudemia.* Pallí Bonet, Julio (trad.). España: Gredos, D.L. 1985. ISBN: 84-249-1007-9.

AYUSO DÍEZ, Jesús María. *Presentación de la edición española.* En: LÉVINAS, Emmanuel. *Ética e infinito.* Madrid: Antonio Machado Libros, 2008. ISBN: 978-84-7774-541-9.

BAIER, A. Trust and Anti-trust. *Ethics.* 1986, vol.96, núm. 2, p. 231-260.

BAYERTZ, Kurt. *La moral como construcción. Una autorreflexión sobre la ética aplicada.* En: *RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista.* Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). Madrid: Tecnos, [2003]. ISBN: 84-309-3955-5.

BEAUCHAMP, Tom L. ; Childress, James F. *Principles of Biomedical Ethics.* 5ª ed.. New York: Oxford University Press, 2001. ISBN: 0-19-514331-0.

BERLANT, Jeffrey L.. *Profesión and Monopoly : A Study of Medicine in the United States and Great Britain.* Berkeley: University of California Press, 1975. ISBN: 978-0-52-002734-3.

BLANK, L [et al]. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter 15 months later. *Annals of Internal Medicine.* 2003 may., vol. 138, núm 10, p. 839-841.

CADORÉ, Bruno. *A Hermeneutical Approach*. En: *CLINICAL Bioethics : A Search for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005]. ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. *Professionalism in medicine*. Ottawa: CMA, 2001. ISBN: 0-920169-93-7.

CASTELLAN, Brian ; Hafferty, Frederic W. *The Complexities of Medical Professionalism*. En: *PROFESSIONALISM in Medicine : Critical Perspectives*. Wear, Delese (ed.) ; Aultman, Julie M. (ed.). New York: Springer, 2006. ISBN: 0-387-32726-6.

CHARON, Rita. *Narrative Medicine : Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006. ISBN: 978-0-1953-4022-8.

CONILL, Jesús. *El carácter hermenéutico y deliberativo de las éticas aplicadas*. En: *En: RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). Madrid: Tecnos, [2003]. ISBN: 84-309-3955-5.

CORTINA ORTS, Adela.

- *El sentido de las profesiones*. En: *10 palabras clave en ética de las profesiones*. Cortina Ors, Adela (dir.) ; Conill, Jesús. (dir.). Navarra: Verbo Divino, 2000. ISBN: 84-8169-359-6.
- *Ética mínima: introducción a la filosofía práctica*. 11ª ed.. Madrid: Tecnos, 2006. ISBN: 978-84-309-4375-3.

COULEHAN, J. *You Say Self-Interest, I Say Altruism*. En: *PROFESSIONALISM in Medicine : Critical Perspectives*. Wear, Delese (ed.) ; Aultman, Julie M. (ed.). New York: Springer, 2006. ISBN: 0-387-32726-6.

CRUESS, SR ; Johnston, S ; Cruess, RL. Professionalism for medicine: opportunities and obligations. *Medical Journal of Australia*. 2002 Aug., vol.177, núm. 4, p. 208-211.

DOCTORS in Society : Medical Professionalims in a Changing World. Report of a Working Party, December 2005. Royal College of Physicians of London (col.). London: Royal College of Physicians, 2005. ISBN: 978-1860162558.

DOMINGO MORATALLA, Tomás.

- Bioética y hermenéutica : La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas*. 2007, vol.II, núm. 17, p. 281-311.
- Vía narrativa de la filosofía. *Duererías : Revista de filosofía*. 2005, núm. 5, p. 167-189.

DORDONI, Paolo. Metodologías bioética a debate : Una ocasión para abordar con otra mirada la cuestión del método en bioética clínica. *Cuadernos de Realidades Sociales*. 2007, vol. 35, núm. 69-70, p. 27-62.

EPSTEIN, R ; Hundert, E. Defining and Assessing Professional Competence. *The Journal of the American Medical Association*. 2002, vol. 287, núm. 2, p. 226-235.

ÉTICA de las organizaciones sanitarias : nuevos modelos de calidad. Simón, Pablo (ed.). Madrid: Triacastela, 2005. ISBN: 84-95840-22-7.

ÉTICA y gestión sanitaria. Amor, José R. (ed.) ; Ferrando, Iñaki (ed.) ; Ruiz, Julián (ed.). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2000. ISBN: 84-89708-82-7.

ETXEBARRÍA, Xabier.

- *Temas básicos de ética*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2002. ISBN: 978-84-330-1667-6.

FERRAZ FAYOS, Antonio. *Zubiri: Realismo radical*. Madrid: Cincel, 1988. ISBN: 978-84-7046-453-9

FERRER, Jorge J. ; Álvarez, Juan Carlos. *Para fundamentar la bioética*. Madrid: Desclée De Brouwer, 2003. ISBN: 84-330-1814-0.

FREIDSON, Eliot. *Professionalism, the third logic : On the Practice of Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press, 2001. ISBN: 0-226262-03-0.

GADAMER, Hans-Georg. *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme, 1977. ISBN: 84-301-1270-7.

GARCÍA-MARZÁ, Domingo. *Ética empresarial : del diálogo a la confianza*. Madrid: Trotta, 2004. ISBN: 84-8164-694-6.

GAZZANIGA, Michael S.. *El cerebro ético*. Barcelona [etc.]: Paidós Ibérica, [2006]. ISBN: 84-493-1885-8.

GEIDERMAN, Joel M. Ethics seminars: Physician complicity in the Holocaust: Historical Review and Reflections on Emergency Medicine in the 21st Century, Part I. *Academic Emergency Medicine*. 2002, vol. 9, núm. 3, p. 223-231.

GEORGE, D. ; Gosenhauser, I ; Whitehouse, P. *Medical Professionalism : The Nature of Story and the Story of Nature*. En: *PROFESSIONALISM in Medicine : Critical Perspectives*. Wear, Delese (ed.) ; Aultman, Julie M. (ed.). New York: Springer, 2006. ISBN: 0-387-32726-6.

GEWIRTH, A. Professional Ethics : The Separatist Thesis. *Ethics. An International Journal of Social, political and legal philosophy*. 1986 Jan., vol. 96, núm. 2, p. 282-300.

The GOALS OF MEDICINE : Setting New Priorities Q2. Callahan, Daniel (dir.). *The Hastings Center Report*. 1996, vol. 26, núm. 6, p. S1-S27.

GONZÁLES ANLEO, Juan. *El contexto*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. ISBN: 84-87840-50-7.

GONZÁLEZ R. ARNÁIZ, Graciano.

- Bioética : ¿Se puede hablar de una ética profesional sanitaria?. *Ágora. Papeles de filosofía*. 2006, vol. 25, núm. 1, p. 135-165.
- *Lévinas: Humanismo y ética*. Madrid: Ediciones Pedagógicas, [2002]. ISBN: 84-411-0083-7.

GRACIA GUILLÉN, Diego ; Cortina Orts, Adela. *La cuestión del valor : Discurso de recepción del académico de número Excmo. Sr. D. Diego Gracia Guillén*. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, 2010. ISBN: 978-84-7296-332-0.

GRACIA GUILLÉN, Diego ; Rodríguez Sendín, Juan José ; González Fandós, Ramiro. *Ética de la objeción de conciencia*. Madrid: Ergon : Fundación de Ciencias de la Salud, 2008. ISBN: 978-84-8473-679-0.

GRACIA GUILLÉN, Diego.

- Las razones del corazón. *Naturaleza y Gracia*. 2004, vol. 2, núm. 3, p. 345-392.
- *Como arqueros al blanco*. San Sebastián: Triacastela, [2004]. ISBN: 84-95840-13-8.
- Ética profesional y ética institucional : ¿Convergencia o conflicto? *Revista Española de Salud Pública*. 2006 Oct., vol. 80, núm. 5, p. 457-467.
- *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. 2ª ed.. Bogotá : D.C.: El Búho, 2000. ISBN: 978-95-894-8219-3.
- *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. ISBN: 84-7754-045-4.
- *La deliberación moral: El método de la ética clínica*. En: *ÉTICA en la práctica clínica*. Gracia, Diego (ed.) ; Júdez, Javier (ed.). Madrid: Triacastela, 2004. ISBN: 84-95840-15-4.
- *Presentación*. En: ZUBIRI, Xavier. *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1993. ISBN: 84-206-9046-5.
- *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991. ISBN: 84-7754-083-7.
- *The Foundation of Medical Ethics in the Democratic Evolution of Modern Society*. En: *CLINICAL Bioethics : A SEARCH for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005]. ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.
- *Consideraciones éticas de la gestión sanitaria*. En: *GESTIÓN sanitaria : innovaciones y desafíos*. Llano Señarís, Juan del (dir.) [et al]. Barcelona: Masson, 1998. ISBN: 84-458-0592-4.
- *Voluntad de verdad: para leer a Zubiri*. Barcelona: Labor, 1986. ISBN: 84-335-1740-6.

GREGORY, John. *Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios*. Sevilla: Extramuros, [2007]. ISBN: 978-84-96909-97-7.

GUILLOT, Daniel E. *Introducción*. En: LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. ISBN: 84-301-0486-0.

HAFFERTY, Frederic. *Measuring Professionalism : A Comentary*. En: STERN, David T.. *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006. ISBN: 978-0-19517226-3.

HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada*. Fernández Gual, Carlos (Introducción general). Madrid: Gredos, [2001]. ISBN: 84-249-0893-7.

HORTAL ALONSO, Augusto.

- *Ética aplicada y conocimiento moral*. En: RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). 8ª ed.. Madrid: Tecnos, [2003]. ISBN: 84-309-3955-5.
- *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower, [2002]. ISBN: 84-330-1718-7.
- *La Ética profesional*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. ISBN: 84-87840-50-7.

HUME, David.

- *Investigación sobre los principios de la moral*. López Sastre, Gerardo (trad.). Madrid; Espasa-Calpe, [1991]. ISBN: 84-239-7242-9.
- *Investigación sobre el conocimiento humano*. Madrid: Alianza, 2005. ISBN: 84-206-3754-8.

JONAS, Hans.

- *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. 2ª ed.. Barcelona: Herder, 2004. ISBN: 84-254-1901-8.

- *El principio de responsabilidad ensayo de una ética para la civilización tecnológica.* Barcelona: Herder, 1995. ISBN: 84-254-1901-8.

JONSEN, Albert R. ; Siegler, Mark ; Winslade, William J.. *Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica.* Barcelona: Ariel, [2005]. ISBN: 84-344-3719-5.

JONSEN, Albert R.

- *Breve historia de la ética médica.* Madrid: Universidad Pontificia de Comillas : San Pablo, 2011. ISBN: 978-84-8468-343-8.
- *Watching the Doctor.* *New England Journal of Medicine.* Vol 308, núm. 25, p.1531-1535.

KANT, Immanuel.

- *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres.* Aramayo, Roberto R. (trad.). Madrid: Alianza, 2005. ISBN: 978-84-206-7295-3.
- *La metafísica de las costumbres.* Cortina Orts, Adela (trad.) ; Conill Sancho, Jesús (trad.). 4ª ed.. Madrid: Tecnos, [2005]. ISBN: 978-84-309-4342-5.
- *Crítica de la Razón Práctica.* AK V, 162. Madrid: Alianza, [2000]. ISBN: 84-206-3543-X.

KAO, A. ; Reenan, J.. *Wit is not enough.* En: *PROFESSIONALISM in Medicine : Critical Perspectives.* Wear, Delese (ed.) ; Aultman, Julie M. (ed.). New York: Springer, 2006. ISBN: 0-387-32726-6.

KETTNER, Matthias. *Tres dilemas estructurales de la ética aplicada.* En: *RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista.* Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). 8ª ed.. Madrid: Tecnos, [2003]. ISBN: 84-309-3955-5.

KIRK, LM. *Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching.* *Baylor University Medical Center Proceedings.* 2007 Jan, vol. 20, núm. 1, p.13-16.

LAÍN ENTRALGO, Pedro.

- *El médico y el enfermo*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2003. ISBN: 84-95840-03-0.
- *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1979. ISBN: 84-345-1418-4.

LARA NAVA, M.D.. (Nota 18) *Sobre la medicina antigua*. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada*. Fernández Gual, Carlos (Introducción general). Madrid: Gredos, [2001]. ISBN: 84-249-0893-7. p. 146-147.

Le GRAND, Julián. *Motivation, Agency, and Public Policy : Of Knights, Knaves, Pawns & Queens*. New York: Oxford University Press, 2003. ISBN: 0-19-926699-9.

LÉVINAS, Emmanuel.

- *Ética e infinito*. Guillot, Daniel E. (trad.) 3ª ed.. Madrid: Antonio Machado Libros, 2008. ISBN: 978-84-7774-541-9.
- *Totalidad e infinito*. 7ª ed.. Salamanca: Sígueme, 2006. ISBN: 84-301-0486-0.

LÓPEZ ARANGUREN, Jose Luis. *Obras completas. Vol II, Ética*. Madrid: Trotta, 1994. ISBN: 84-8164-010-7.

LÓPEZ DE LA OSA, José Ramón. *La moral profesional: La corporativización en el ejercicio profesional*. En: ACTAS DEL SIMPOSIO DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICA DE COMILLAS : 28-30 de Enero de 1993. *Ética de las profesiones*. Fernández Fernández, José Luis (comp.) ; Hortal Alonso, A. (ed.). Madrid: UPCO, 1994. ISBN: 84-87840-50-7.

LOZANO, Josep Maria. *Ética y empresa*. Madrid: Trotta, 1999. ISBN: 84-8164-347-5.

MANSELL, Henning. *Los perros de Riga*. Ediciones Urano, 2008. ISBN: 978-84-838-3521-0.

MARINAS, Jose Miguel. *La razón biográfica : Ética y política de la identidad*. Madrid: Biblioteca Nueva, [2004]. ISBN: 84-9742-276-1.

McINTYRE, Alasdair.

- *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica, 2004. ISBN: 978-84-8432-170-5.
- *¿La ética aplicada se basa en un error?.* En: RAZÓN pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). 8ª ed.. Madrid: Tecnos, [2003]. ISBN: 84-309-3955-5.

McWHINNEY, Ian R.

- *A Textbook of Family Medicine*. 2ª ed.. New York: Oxford University Press, 1989. ISBN: 978-0-19-505986-1.
- *The Evolution of Cinical Method*. En: TOOMBS, S. Kay. *Handbook of phenomenology and medicine*. Dordrecht ; Boston: Kluwer Academic, 2001. ISBN: 978-1-40-200151-2.

MILLER, G.E. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*. 1990 sep, vol. 65, núm. 9 Suppl, p. S63-67.

MINGOTE ADÁN, José Carlos ; Moreno Jiménez, Bernardo ; Gálvez Herrero, Macarena. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 2004 Sep., vol. 123, núm. 7, p. 265-270.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *The Belmont Report : Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. U.S.A.: Department of Health Education, and Welfare, 1979.

ORTEGA Y GASSET, José.

- *Obras Completas, Tomo V*. Madrid: Alianza Editorial : Revista de Occidente, 1983. ISBN: 84-206-4305-X.
- *Origen y epílogo de la filosofía y otros ensayos de filosofía*. 2ª ed.. Madrid: Alianza, 1989. ISBN: 84-2064-112-X

PARDELL, H ; Gual, A ; Oriol-Bosch, A. ¿Qué significa ser médico, hoy? *Medicina Clínica (Barcelona)*. 2007 Jun, vol. 129, núm. 1. p. 17-22.

PELLEGRINO, Edmund D.

- *The Philosophy of Medicine Reborn : A Pellegrino Reader*. Indiana: University of Notre Dame Press, 2008. ISBN: 978-0-268-03834-2.
- *The Telos of Medicina and the Good of the Patient*. En: *CLINICAL Bioethics : A Search for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005]. ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.
- *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press, 1981. ISBN: 978-0-19-502789-2.

PELLEGRINO, Edmund D. ; Thomasma, David C.

- *A Philosophical Basis of Medical Practice : Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York ; Oxford: Oxford University Press, 1981. ISBN: 0-19-502789-2.
- *For the Patient's Good : The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press, 1988. ISBN: 0-19-504319-7.
- *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. ISBN: 978-0-19508289-0

PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conducto of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803.

PICORNELL GALLAR, Damián. *Estructura de la razón moral : Diálogo teológico con la noología de Xavier Zubiri* [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2005.

PINTOR-RAMOS, Antonio. *Realidad y sentido desde una inspiración zubiriana*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, 1993. ISBN: 84-7299-309-4.

POSE, Carlos. *Lo bueno y lo mejor : Introducción a la bioética médica*. Madrid: Triacastela, 2009. ISBN: 978-84-95840-37-0.

RAZÓN *pública y éticas aplicadas : los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Cortina, Adela (ed.) ; García-Marzá, Domingo (ed.). 8ª ed.. Madrid: Tecnos, [2003]. ISBN: 84-309-3955-5.

RECAS BAYÓN, Javier. *Hacia una hermenéutica crítica*. Madrid: Biblioteca Nueva, [2006]. ISBN: 84-9742-520-0

RECUERO, José Ramón. *La cuestión del bien y del mal*. Madrid: Biblioteca Nueva, [2009]. ISBN: 978-84-9742-950-4.

RICOEUR, Paul.

- *Amor y justicia*. 2ª ed.. Madrid: Caparrós, 2000. ISBN: 978-84-8794-370-6.
- *Sí mismo como otro*. Madrid [etc.]: Siglo XXI, 1996. ISBN: 84-323-0923-0.

SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel.

- *Ética, bioética y globalidad*. Madrid: Editorial Cep, 2006. ISBN: 84-9833-620-1.
- *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson [etc], [2003]. ISBN: 84-458-0733-1.
- La bioética que se puede enseñar: sus contenidos y estrategias docentes. *Cuadernos de Realidades Sociales*. 2007; vol. 35, núm. 69-70, p. 63-86.

SETHURAMAN, K.R.. Professionalism in medicine. *Regional Health Forum*. 2006, vol. 10, núm. 1, p. 1-10.

SHANAFELT, T.D. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *Journal of American Medical Association*. 2009 sep., vol. 302, núm. 12, p. 1338-1340.

SNYDER, L. American College of Physicians Ethics Manual. *Annals of Internal Medicine*. 2012 Jan., vol. 156, núm 1 Part 2, p. 73 -104.

STERN, David T. *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006. ISBN: 978-0-19-517226-3.

TAN, SY. Medical Professionalism: Our Badge and Our Pledge. *Singapore Medical Journal*. 2000 Jul., vol. 41, núm. 7, p. 312-316.

TAYLOR, Charles. *La ética de la autenticidad*. Barcelona [etc.]: Paidós [etc.], 1994. ISBN: 84-7509-993-9.

TEN HAVE, Henk. *A Communitarian Approach to Clinical Bioethics*. En: *CLINICAL Bioethics : A Search for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005]. ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.

THOMASMA, David C. *Clinical Bioethics in a Post Modern Age*. En: *CLINICAL Bioethics : A Search for the Foundations*. Viafora, Corrado (ed.). Países Bajos: Springer, [2005]. ISBN: 978-84-1-4020-3592-6.

TOOMBS, S. Kay. *Handbook of phenomenology and medicine*. Dordrecht;Boston: Kluwer Academic, 2001. ISBN: 978-1-40-200151-2.

TORRALBA, Francesc. *No pasar de largo : La experiencia ética*. Barcelona: Proteus, [2010]. ISBN: 978-84-15047-35-3.

TORRE DÍAZ, Francisco Javier de la. *Ética y deontología jurídica*. Madrid: Dickinson, 2000. ISBN: 84-8155-672-6.

WEBER, Max.

- *El político y el científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1998. ISBN: 84-206-3964-8.
- *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Istmo, 1998. ISBN: 84-7090-314-4.

WULFF, Henrik R ; Pedersen, Stig A. ; Rosenberg, Raben. *Introducción a la filosofía de la medicina*. 2ª ed.. Madrid: Triacastela, 2002. ISBN: 84-95840-01-4.

ZUBIRI, Xavier.

- *Estructura dinámica de la realidad*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1989. ISBN: 84-206-9045-7.
- *Inteligencia sentiente. T.I, Inteligencia y realidad*. 6ª ed. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2001. ISBN: 84-206-9011-2 (T.I).

- *Inteligencia sentiente. T.II, Inteligencia y logos.* Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2008. ISBN: 978-84-206-9012-4 (T.II).
- *Sobre el hombre.* Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. ISBN: 978-84-206-9035-3.
- *Sobre el sentimiento y la volición.* Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 1994. ISBN: 84-206-9046-5.
- *Sobre la esencia.* 3ª ed. Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1963

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA.

ÁLVAREZ MONTERO, Santiago [et al]. Prescripción inducida en atención primaria: perspectiva bioética. *Atención Primaria*. 2012 Feb., vol. 44, núm. 2, p. 62-64.

AUSTER, Paul. *Un hombre en la oscuridad.* Barcelona: Anagrama, 2008. ISBN: 978-84-339-7485-3.

BERGER, John ; Mohr, Jean. *Un hombre afortunado historia de un médico rural.* Madrid: Alfaguara, 2008. ISBN: 978-84-204-7349-9.

BIBLIA, LA. 6ª ed.. [Madrid]: La Casa de la Biblia, [2002]. ISBN: 84-208-1061-3.

BLAS ORBÁN, Carmen. *Responsabilidad profesional del médico : Enfoque para el siglo XXI.* Sevilla: J.M. Bosch : Previsión Sanitaria Nacional, 2003. ISBN: 84-7698-685-8.

BOECKXSTAENS, P. [et al]. The equity dimension in evaluations of the quality and outcomes framework: a systematic review. *BMC Health Service Research*. 2011, vol. 11, p. 209.

BRODY, Howard. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *New England Journal of Medicine*. 2012 may., vol. 336, núm. 21, p. 1949-1951.

BRONTË, Charlotte. *Jane Eyre.* Madrid: Espasa Calpe, 2007. ISBN: 84-670-2572-7.

BROWNELL, A.K. ; Côté, L. Senior residents- views on the meaning of professionalism and how they learn about it. *Academic Medicine*. 2001, vol. 76, núm. 7, p. 734-737.

CABOT, Richard C.. *The Meaning of Right and Wrong*. New York: The MacMillan Company, 1933.

CASSELL, Eric J. *The nature of suffering : and the goals of medicine*. New York: Oxford University Press, 1991. ISBN: 978-0-1951-5616-4.

COETZEE, J.M.. *Esperando a los bárbaros*. 7ª ed.. Barcelona: Random House Modadori, 2007. ISBN: 978-84-9759-335-9.

COROMINAS, Joan. *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. 3ª ed.. Madrid: Gredos, 2008. ISBN: 978-84-2493-555-9.

COVELL, DG ; Uman, GC ; Manning, PR. Information needs in office practice: are they being met? *Annals of Internal Medicine*. 1985, vol. 103, p. 596-599.

DICCIONARIO de sinónimos y antónimos. Alonso, J.I. (ed.). 11ª ed.. Madrid: Espasa-Calpe, 2000. ISBN: 84-239-2170-0.

DICKENS, Charles. *Historia de dos ciudades*. Kindle Edition (Spanish ed.).

ENGEL, C.L. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*. 1980, vol. 137, p. 535.

FERRATER MORA, José.

- *Diccionario de filosofía Tomo IV (Q-Z)*. Barcelona: Ariel, 2004. ISBN: 84-344-0504-0 (T.4) : 84-344-0500-8 (O.C)
- *Diccionario de Filosofía. Tomo I (A-D)*. Barcelona: Ariel, 2004. ISBN: 84-344-0501-6 (T.1) : 84-344-0500-8 (O.C)
- *Diccionario de filosofía. Tomo II (E - J)*. Barcelona: Ariel, 2004. ISBN: 84-344-0502-4 (T.2) : 84-344-0500-8 (O.C)
- *Diccionario de filosofía. Tomo III (K-P)*. Barcelona: Ariel, 2004. ISBN: 84-344-0503-2 (T.3) : 84-344-0500-8 (O.C)

FIKS, A.G. [et al]. Electronic medical record use in pediatric primary care. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2011 feb., vol. 18, núm. 1, p. 38-44.

GARCÍA GARCÍA, Emilio. *Mente y cerebro*. Madrid: Síntesis, 2001. ISBN: 978-84-773-8832-6.

GÓMEZ ESTEBAN, Rosa. *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Madrid: Editorial Fundamentos, [2002]. ISBN: 84-245-0911-0.

GROL, R. [et al]. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Family Practice*. 1985 sep., vol. 2, núm. 3, p.128-135.

GUNDERMAN, Richard B.. *Archiving Excellence in Medical Education*. London: Springer, 2006. ISBN: 978-1-84628-813-5.

HAAS, JS. [et al]. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine*. 2000 feb., vol. 15, núm. 2, p. 122-128.

HART, Tudor. The Inverse Care Law. *Lancet*.1971, vol.1, p. 405-412.

HUDON, C. [et al]. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Annals of Family Medicine*. 2011 abr., vol. 9, núm. 2, p. 155-164.

IEZZONI, LI, [et al]. Survey Shows That At Least Some Physicians Are Not Always Open Or Honest With Patients. *Health Affairs*. 2012 Feb., vol. 31, núm. 2, p. 383 -391.

JAIN, SH ; Cassell, CK. Societal Perceptions of Physicians: Knights, Knaves, or Pawns? *The Journal of the American Medical Association*. 2010 ago., vol. 304, núm. 9, p. 1009-1010.

JOVELL, Albert J.

- *Cáncer, biografía de una supervivencia : el esperanzador testimonio de un médico enfermo de cáncer*. Barcelona: Planeta, 2008. ISBN: 978-84-080-7838-8.
- El paciente del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006 Jan., vol. 29, p. 85-90.

KAPLAN RM, Satterfield JM, Kington RS. Building a Better Physician – The Case for the New MCAT. *New England Journal of Medicine*. 2012 Apr, vol. 366, núm. 14, p. 1265-1268.

KUHN, Thomas S.. *La estructura de las revoluciones científicas*. Solís Santos, Carlos (trad.). 3ª ed.. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 2006. ISBN: 968-16-7599-1.

KUUSIO, H. [et al]. Differences in well-being between GPs, medical specialists, and private physicians: the role of psychosocial factors. *Health Service Research*. 2012 feb., vol. 47, núm. 1 Pt 1, p. 68-85.

LEVENSTEIN, J.H. [et al]. The patient-centred clinical method. I. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*. 1986, vol. 3. p. 24.

LEWIS, Sinclair. *Doctor Arrowsmith*. Madrid: Nórdica Libros, 2011. ISBN: 978-84-92683-34-5.

LÓPEZ-MUÑOZ, Francisco ; Álamo, Cecilio. El caduceo y la esvástica (II). La medicina clínica en el nazismo. *Jano. Medicina y humanidades*. 2008, vol. 1700, p. 52-54.

LÓPEZ PIÑERO, José Mª ; Terrada Ferrandis, María Luz. *Introducción a la medicina*. Barcelona: Crítica, 2000. ISBN: 84-8432-045-6.

LÓPEZ PIÑERO, José Mª. *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza, 2005. ISBN: 84-206-3953-2.

MARÍAS, Julián. *Historia de la filosofía*. Zubiri, Xavier (prol.) ; Ortega y Gasset, José (epil.). Madrid: Alianza Editorial, 2006. ISBN: 84-206-8183-0.

MASIÁ CLAVEL, Juan.

- *Tertulias de Bioética : Manejar la vida, cuidar personas*. Cantabria: Sal Terrae, 2005. ISBN: 84-293-1614-0.
- *Bioética y antropología*. 2ª ed.. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2004. ISBN: 84-8468-142-4.
- *La gratitud responsable : Vida, sabiduría y ética*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas : Descleé De Brouwer, 2004. ISBN: 84-8468-146-7.

MELLONI RIBAS, Javier. *El Deseo esencial*. Santander: Sal Terrae, 2009. ISBN: 978-84-2931-829-6.

MOYNIHAN, R. ; Heath, I ; Henry, D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*. 2002 Abr., vol 324, núm. 7342, p. 886-891.

MURAKAMI, Haruki.

- *1Q84*. Tusquets Editor, 2011. ISBN: 978-84-8383-296-7
- *Kafka en la orilla*. 3ª ed.. Barcelona: Tusquets Editores, 2007. ISBN: 978-84-8310-356-2.

NISHIDA, Kitaro. *Indagación del bien*. Barcelona: Gedisa, 1995. ISBN: 84-7432-541-2.

OKIE, S. The Evolving Primary Care Physician. *New England Journal of Medicine*. 2012, vol. 366, núm. 20, p. 1849-1853.

ORTEGA Y GASSET, José.

- *Ideas y creencias*. Madrid: Revista de Occidente : Alianza Editorial, 2004. ISBN: 84-206-4129-4.
- *¿Qué es filosofía?*. 19ª ed.. Madrid: Revista de Occidente : Alianza Editorial, 2005. ISBN: 84-206-4105-7.
- *Meditación de la técnica : y otros ensayos sobre ciencia y filosofía*. Madrid: Revista de Occidente : Alianza editorial, 2004. ISBN: 84-206-4121-9.
- *Unas lecciones de metafísica*. 7ª ed.. Madrid: Revista de Occidente : Alianza Editorial, 2003. ISBN: 84-206-4114-6.

SACKETT, David L.. *Evidence-based Medicine : How to Practice and Teach EBM*. 2ª ed. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone, 2000. ISBN: 978-0-44-306240-7

SACKS, Oliver. *Con una sola pierna*. Barcelona: Editorial Anagrama, [1998]. ISBN: 84-339-0568-6.

SHACHAK, A. [et al]. Primary Care Physicians' Use of an Electronic Medical Record System: A Cognitive Task Analysis. *Journal of Geneneral Internal Medicine*. 2009 mar, vol. 24, núm. 3, p. 341-348.

SÁNCHEZ CUESTA, Manuel. *La ética de los griegos*. Martínez Díez, Alfonso (dir.). Madrid: Ediciones Clásicas, 2001. ISBN: 84-7882-478-2.

STARDFIELD, Barbara. Is U.S. Health really the best in the world? *Journal of the American Medical Association*. 2000, vol. 284, núm. 4, p. 483-485.

STORIES Matter : The Role of Narrative in Medical Ethics. Charon, Rita (ed.) ; Montello, Martha (ed.). New York ; London: Routledge, 2002. ISBN: 0-415-92837-0.

TORRALBA ROSELLÓ, Francesc. *¿Qué es la dignidad humana? : Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris*. Barcelona: Herder : Institut Borja de Bioètica : Universitat Ramón Llull, 2005. ISBN: 84-254-2407-4.

TYSSEN, R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Industrial Health*. 2007 oct., vol. 45, núm. 5, p. 599-610.

VOLTMER, E. [et al]. Work-related behavior and experience patterns and predictors of mental health in German physicians in medical practice. *Family Medicine*. 2010 jun., vol. 42, núm. 6, p. 433-439.

PÁGINAS WEB CONSULTADAS.

ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION. *Advancing Education in Medical Professionalism* [en línea]. [U.S.A.]: ACGME, 2004. Disponible en: http://www.usahealthsystem.com/workfiles/com_docs/gme/2011%20Links/Professionalism%20-%20Faculty%20Dev..pdf [Consultada: 31 de enero de 2011].

ATLAS VPM. Atlas e Informes. Productos del proyecto Atlas VPM. *Variaciones en cirugía, hospitalizaciones pediátricas, oncología* [en línea]. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/nodoUser.navegar.do?idObjeto=27&hijos=462&indice=1&subindice=0&nieto=15&marcado=1> [Consultada: 26 mayo 2012]

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL.

- *Código Internacional de Ética Médica* [en línea]. Francia: AMA, 1983. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policias/c8/17a_es.pdf [Consultada: Marzo 2012]
- *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial : Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos* [en línea], 2008. Disponible en:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

[Consultada: Marzo 2012]

- *Manual de ética médica* [en línea]. 2ª ed.. Francia: AMA, 2009. Disponible en:

http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf [Consultada: Marzo 2012]

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS. *Código de deontología médica : Guía de ética médica* [en línea]. Madrid: CGCOM, 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_2011.pdf [Consultada: 10 diciembre 2011]

FUNDACIÓN EDUCACIÓN MÉDICA ; Pardell H. *El médico del futuro* [en línea]. Fundación Educación Médica, 2009. Disponible en: <http://www.educmed.net/sec/serMedico2009.pdf> [Consultada: Febrero, 2012].

HEIDEGGER, Martin. *Ser y tiempo*. Madrid: Trotta, 2003. ISBN: 84-8164-608-3.

Hno. RICHARD. Bendecidos en nuestra fragilidad : La humanidad del Hijo de Dios y la nuestra según el relato de las tentaciones [en línea]. *Los cuadernos de Taizé*. 2009, núm. 11. Disponible en: https://www.taize.fr/IMG/pdf/cahiers11es_web.pdf [Consultada: marzo 2012]

HORTAL ALONSO, Augusto. *Siete tesis sobre la ética profesional* [en línea]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/37132286/Siete-Tesis-Sobre-Etica-Profesional> [Consultada: 14 de enero de 2012]

INVITATIONAL CONFERENCE COSPONSORED BY THE ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES AND THE NATIONAL BOARD OF MEDICAL EXAMINERS. *Embedding Professionalism in Medical Education : Assessment as a Tool for Implementation* [en línea]. Baltimore: NBME, 2003. Disponible en: <http://www.nbme.org/PDF/Publications/Professionalism-Conference-Report-AAMC-NBME.pdf> [Consultada: Febrero, 2012]

JOVELL, Albert J.

- *El Futuro de la Profesión Médica : Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI* [en línea], 2001. Disponible en:

http://www.fundsis.org/docs_act/166_Documento-de-trabajo-7.pdf

[Consultada: noviembre 2011]

- “El orgullo de ser médico”. *Medicosypacientes.com* [en línea]. Madrid, 16 de febrero de 2009. Disponible en:

http://www.medicosypacientes.com/noticias/2009/02/09_02_16_jovell

[Consultada: 21 de diciembre de 2011]

PICKER INSTITUTE EUROPE. *Is the NHS getting better or worse?* [en línea]. Oxford: PIE, 2005. Disponible en:

http://www.pickereurope.org/assets/content/pdf/Survey_data_analyses/million_patients_for_web.pdf [Consultada: septiembre 2011]

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. *Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline* [en línea]. Edinburgh: SIGN, 2008. Disponible en:

<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign106.pdf> [Consultada: diciembre 2009]

ANEXO

Una revisión de la historia de la ética médica

INTRODUCCIÓN.

Puesto que el método de una ética de las profesiones pasaría por un sistema de referencia, esbozo, experiencia y justificación, es apropiado, antes de adentrarse en una propuesta concreta desde la medicina, realizar, sin pretensión de exhaustividad, una revisión histórica desde esta misma perspectiva. No se trata de ver cómo se ha aplicado de forma sistemática este método históricamente, sino más bien de indagar si es posible encontrar, al menos algunas notas o trazos de una figura de la razón moral desde las coordenadas zubirianas y de una ética formal de bienes a lo largo de la historia de la medicina.

Para ello se hará un ejercicio de interpretación de los principales acontecimientos que han jalonado la historia de la medicina, en concreto de la historia de la ética médica, identificando los sistemas de referencia, esbozos, formas de experiencia y justificación que han podido estar implicados. Se trata, por tanto, de situar esos acontecimientos dentro del sistema de categorías interpretativas que nos proporciona la filosofía de Zubiri y la ética formal de bienes.

Este proceso se apoya en diferentes autores, especialmente en Pedro Laín Entralgo⁹²⁰, Albert R. Jonsen⁹²¹ y Diego Gracia⁹²². La pregunta que nos planteamos es la de cuál ha sido, al menos a grandes rasgos, el sistema de referencia, esbozos, formas de experiencia y justificación moral en distintas fases de la historia de la ética en la práctica médica. No siempre se aludirá a todos y cada uno de estos momentos del método de la razón moral.

En ocasiones parecerán estar entremezclados, ya que desde una mirada retrospectiva es difícil diferenciar unos de otros, pues a menudo los datos de la experiencia de conformación moral han pasado a formar parte de la comprensión de la realidad moral y, por tanto, pasan a ser también sistema de referencia. Y lo mismo ocurre con la justificación moral, si es sólida, tiende a constituir un elemento más del sistema de referencia. Solo desde una perspectiva prospectiva, la del sujeto agente moral que inicia su marcha moral, es posible discernir con claridad un sistema

⁹²⁰ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1979. ISBN: 84-345-1418-4.

⁹²¹ Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011.

⁹²² GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 399. ISBN: 84-7754-045-4.

de referencia que consiste en punto de partida y apoyo, una experiencia progresiva de conformación moral y una justificación de todo ese proceso.

Jonsen, por otro lado, recorre la historia de la ética médica desde tres categorías fundamentales: la deontología, el decoro y la ética política de los médicos. Es una referencia clarificadora, pero algo problemática desde el análisis que se está realizando ahora. ¿Cómo encajan estas categorías con las categorías que nos proporciona el método de una ética formal de bienes?

Parece claro que la deontología, entendida en sentido amplio como deberes expresados en forma de reglas más o menos generales o específicas de conducta, constituye un tipo de esbozo que puede, según su validez (su aprobación o reprobación en virtud de su carácter beneficioso o dañino para la realidad humana), pasar formar parte de un sistema de referencia.

Algo similar ocurre con el decoro. Los datos referidos al decoro (ya sean en forma de modelos personales reales, ficticios, narrados de una u otra forma) configuran esbozos, modelos de médico, que, según su validez moral (ya sea como modelo o como anti-modelo) puede pasar a formar parte del sistema de referencia. Jonsen entiende el decoro en el sentido que hoy denominamos “protocolo”, pero incluyendo cualidades morales íntimas (“virtudes”). En un sentido amplio, hace referencia tanto a las convenciones protocolarias (o de etiqueta) más superficiales, como a las características morales profundas⁹²³.

Pero en relación a la ética política la cosa no está tan clara. Jonsen entiende este concepto como la ética que “explicaría la responsabilidad social del médico para con sus pacientes como clase social, para con sus colegas y para con la sociedad y el estado”⁹²⁴. Parece tratarse de una categoría de naturaleza diferente a las dos anteriores. Aquí no queda claro de qué tipo de esbozo se trata, pues cabrían diferentes esbozos. Y es que no se trata de un tipo de esbozo, como los anteriores, sino que alude a una dimensión o perspectiva moral de la práctica médica. Que, a su vez, podría quedar incluida en esbozos postulados, como el deontológico, o de modelos, como el del tipo de médico o el paradigma de práctica clínica.

⁹²³ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 44.

⁹²⁴ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 36-37.

El objeto de trato en los dos primeros casos suele ser la realidad humana en cuanto realidad enferma, como unidad de atención individual: reglas de trato al enfermo, modo correcto de presentarse ante él. El objeto de trato en el tercer caso es la realidad humana en tanto en cuanto colectivo: clase social del enfermo, corporación médica, la sociedad en su conjunto. Se trata de explicar, bajo la perspectiva ética, de la expansión que puede o debe tener la práctica médica más allá del paciente individual. Para ello habrá que ver qué sistema de referencia se emplea a lo largo de la historia de la ética médica, qué esbozos de posibilidades, que formas de examinar las consecuencias y de qué forma la realidad humana aprueba o reprueba los esbozos contruidos.

Lo que nos interesa es hacer esta revisión principalmente desde el punto de vista de la ética, por lo que la atención se dirigirá especialmente a un análisis del ejercicio profesional en su perspectiva moral.

EL PROBLEMA DE LA RAZÓN MORAL EN LA PRÁCTICA MÉDICA

El problema de la razón moral surge en el proceso de intelección sentiente de lo real. El sentir consiste en aprehender impresivamente las cosas. Tiene un momento de afección sentiente, otro de alteridad (en el que hay presentación de “algo otro” que formalmente desencadena una respuesta) y un momento de fuerza de imposición de lo sentido. Pero cuando ese “algo otro” está presente formalmente como realidad, deja de presentarse e imponerse como mero estímulo, para actualizarse como realidad (formalidad de lo “otro”, que no desencadena una respuesta meramente determinada por el sentir) y con la fuerza de la realidad. En el primer caso hay impresión estímúlica, en el segundo impresión de realidad⁹²⁵.

Pues bien, si ante el sentir algo otro como alguien que padece enfermedad caben sentimientos diversos como la compasión, el rechazo, el miedo, el desprecio, etc..., sin que se haga uno necesariamente problema del asunto, ante la intelección sentiente del otro enfermo, también caben respuestas diversas, basadas en este caso no solo en la impresión que causa, sino en lo que el otro enfermo es como realidad. La intelección sentiente del otro enfermo como realidad no solo permite una

⁹²⁵ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 92-93. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

distancia que puede modular (reforzando o anulando impresiones) la impresión dada por esa realidad, sino que permite asumir esa realidad como problema.

Esto es así porque la realidad se impone sentientemente, con la “fuerza irrefragable de ser realidad”. Pues bien, el médico tiende a asumir esa realidad como problema, prefiere hacerlo así y, en cierto modo, disfruta (o pone su complacencia) en ello. El “otro enfermo” es algo evidente, es problema que lanza a la búsqueda de una solución. Y es obvio (porque es evidente el carácter negativo de estar enfermo) que la solución de ese problema consiste en la evitación, liberación o alivio de esa condición de “enfermo”.

Pues bien, la práctica sanadora se ha apoyado en respuestas de carácter espontáneo, empírico y mágico durante siglos. Respuestas que perviven de una u otra forma hasta nuestros días. Se ha confiado en la espontaneidad, en la experiencia y en el poder de ciertas rituales de carácter religioso para dar respuesta a ese problema del “otro enfermo”.

La práctica predominantemente empírica confía en la experiencia transmitida de generación a generación y en la experiencia personal. En la Grecia antigua (de forma similar a otras culturas antiguas), hubo hábiles quiroprácticos (*kheirourgein*), expertos en herboristería medicinal (*rhizotomos*) o en la prescripción de ejercicio (*gymnástai*). Por otro lado, las prácticas mágico-religiosas confiaban en el poder de las fórmulas mágicas de los sanadores para gobernar el curso de los hechos o en el poder de la divinidad para hacer cesar el dolor o la enfermedad⁹²⁶. Solo a partir de la Grecia clásica se rompe abiertamente con estas formas de sanación, comenzando la *tékhne iatriké*.

Aquí se produce un cambio clave de mentalidad. Si la mentalidad consiste en contar con un principio canónico y un sistema de sugerencias intelectivas⁹²⁷, podemos afirmar que el canon y sistemas de sugerencias basados en la experiencia, la magia o la religión, son radicalmente cuestionados por los pioneros de la medicina técnica.

Podemos afirmar que el “otro enfermo”, se ha presentado siempre y a lo largo de la historia como una realidad que precisa, que pide una determinada comprensión sobre lo que está ocurriendo. El problema de la razón consiste en una búsqueda de lo

⁹²⁶ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1979. pp. 54-55. ISBN: 84-345-1418-4.

⁹²⁷ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 148. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

que pueda ser en el fondo esa realidad. Esta marcha tiene un punto de partida en determinadas realidades campales: para el sanador el punto de partida no ha sido sino el “otro enfermo”. El otro como realidad dañada.

La mentalidad mágico religiosa atribuye el poder sanador al poder de ciertos rituales y al poder de la divinidad. Se trata de modos de ser intelectivos que, partiendo de un determinado canon elaboran una serie de posibilidades. Así, la mentalidad mágica comprende la realidad como algo manipulable mediante ritos mágicos; y la mentalidad religiosa, mediante ritos de carácter religioso capaces de movilizar la divinidad.

Pero los conceptos de *physis* o naturaleza y *tékhne* o arte modifican estas formas de comprender el mundo y al otro enfermo. La naturaleza es considerada principio genético y fundamento de todo el universo, algo que esencialmente se construye como un conjunto ordenado y bello. La *tékhne*, consiste en un modo productivo de actividad humana que “excluye enérgicamente de sí toda maniobra de carácter mágico” y en la que, el oficio se eleva sobre sí mismo cuando el que lo hace conoce lo que maneja⁹²⁸.

La genialidad de los médicos griegos consistió, por un lado en la ruptura con los sistemas de posibilidades previos, dogmáticamente entregados de generación en generación. Y por otro lado, en su capacidad para atenerse modestamente a la realidad y escuchar su voz, una “voz que clama en concreto”⁹²⁹, haciendo de la naturaleza principio y canon de su marcha intelectual; y abriéndose a la elaboración de nuevos sistemas de posibilidades. Esta búsqueda que es abierta y continua, no se ha clausurado todavía.

Por tanto, el problema de la medicina a lo largo de su historia no ha sido sino la comprensión del “otro enfermo”. Podríamos considerar el propio problematismo de la realidad como parte del sistema de referencia, ya que es algo previamente inteligido y que imprime una dirección determinada a la marcha de la razón. Sin embargo, más que apoyo es lanzamiento o impulso para dar una solución. La realidad campal en cuanto inteligida como problema, en definitiva, es considerada aquí como punto de partida que lanza o impulsa la marcha de la razón moral.

⁹²⁸ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1979. pp. 56-57. ISBN: 84-345-1418-4.

⁹²⁹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 96-97. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

Si hay alguna realidad que persiste a lo largo de la historia médica de las diversas civilizaciones es el daño de la estructura de la realidad humana. Es éste el elemento más firme y persistente del que parte toda actividad relativa al ejercicio profesional de la medicina. Es el hecho de enfermar, de sufrir un daño en su estructura humana, lo que define un punto de partida para la marcha de la razón, que busca dar una respuesta a ese hecho, que se presenta como problema. Es verdad que hay muchas formas de enfermar, pero todas ellas constituyen un daño mayor o menor a lo humano.

Pero el problematismo de la realidad para la razón moral en la práctica médica, no concluye en el “otro enfermo”, que encarna la física y concreta realidad. Además, forma parte de la realidad y su problematismo, la realidad de la práctica médica (sus deficiencias en lo dado por la marcha de la razón teórica, pero también de la razón moral), así como la realidad social en la que se desarrolla. El problema está, por tanto, en el enfermo, en la práctica médica y en la realidad social en la que se desenvuelve.

SISTEMA DE REFERENCIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA.

Para poder avanzar con rigor, hay que volver a revisar sucintamente el concepto de sistema de referencia de Zubiri. Para que haya conocimiento no es suficiente con que haya un objeto como la vida moral o bien humano. Ese objeto debe entenderse desde otros objetos del campo de la realidad, no tanto para constatar su diferencia con ellos, como para, desde ellos, iniciar la marcha de la razón inquiriente.

En ese sentido, la intelección racional utiliza el *sistema de referencia*, es decir, *lo previamente entendido a modo de apoyo*, para seguir su marcha. Este apoyo puede ser muy variado, pues está constituido por el campo mismo. En el campo hay cosas, representaciones, ideas, pero todos esos elementos *son sistema de referencia en tanto en cuanto imprimen una dirección determinada a la marcha de la razón*. El sistema de referencia es, pues, *todo lo sentido cuando actúa como apoyo en referencia direccional*.

“El campo como sistema de referencia no es formalmente un concepto de la realidad, sino que es la “realidad” campal misma en su propia y formal índole física de realidad. Es la realidad física del campo la que en tanto que física, constituye el

sistema de referencia para la intelección de esa misma realidad mundanalmente inteligida. Esta intelección es por tanto una actividad que intelectivamente se mueve en la realidad misma”⁹³⁰.

Por otro lado, ciertos conceptos y expresiones son “indicaciones parcelarias de la realidad profunda”⁹³¹. Así, por ejemplo, los bienes estimados campalmente ya sean afirmados como valores, o simplemente como cosas estimadas, pueden ser representación parcial de una realidad o un bien mayor. En ese sentido serían, en un momento dado, referencia direccional de una marcha creadora para la razón moral, que busca una posibilidad de lo que podría ser el bien humano en profundidad.

Pero además, la posibilidad se concreta en el esbozo. Para Zubiri “esbozo es la conversión del campo en sistema de referencia para la intelección de la posibilidad del fundamento. La posibilidad sentida, en cuanto sentida, es según vimos, sugerencia. La posibilidad sentida como sistema de referencia es esbozo. Naturalmente, todo esbozo se funda en una sugerencia”⁹³².

Según esto, en la actividad de la razón moral, tendencia, deber (sentirse lanzado a actuar en orden a la felicidad), estimación, pretensiones de esto o aquello sentidas, serían sugerencias. Pero cuando pasan a ser valores afirmados, deberes formulados, diversas máximas y principios, serían esbozos y, por tanto, sistema de referencia para una marcha de la razón moral.

Por tanto, a la hora de buscar los sistemas de referencia utilizados a lo largo de la historia de la ética tendremos que ver qué realidades y que esbozos han sido utilizados como apoyo y referencia direccional para el inicio una marcha inquiriente de la razón moral. Hay que señalar que, si estuviéramos hablando de los sistemas de referencia propios de la razón teórica habría que incluir otros elementos, pero nos vamos a ceñir a aquellos aspectos del campo de la realidad que han sido inteligidos en un determinado momento histórico como punto de apoyo para una vida moral profesional.

Desde esta perspectiva habría que tener en cuenta al menos dos aspectos:

⁹³⁰ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 211. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

⁹³¹ ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 214. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

⁹³² ZUBIRI, Xavier. *Inteligencia sentiente. T.III, Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. p. 219. ISBN: 84-206-9016-3 (T.III).

En el primero aquellas visiones del mundo que determinan en tanto en cuanto referentes de un modo u otro la marcha moral.

Y en el segundo aspecto habrá que tener en cuenta las distintas expresiones que han sido apoyo y referencia en orden a la promoción positiva de lo humano: modelos profesionales (personales, colectivos, de práctica médica), propuestas éticas verbales de cualquier orden (lo estimado por la profesión y por la sociedad, compromisos, normativas, máximas, etc.), esbozos para la resolución de problemas morales y otras formas de medir el logro profesional.

Podríamos pensar que, siendo rigurosos, sería necesario discernir si los datos históricos con los que contamos se refieren propiamente a esbozos que tienen un ulterior desarrollo o más bien a resúmenes de ideas pedagógicas anteriores sintetizadas por su importancia y utilidad en la práctica real. En el primero de los casos no se trataría de referencias, sino de simples esbozos lanzados para su ulterior probación. En el segundo sí serían parte de un sistema de referencia que orienta la búsqueda de la razón moral de quienes tratan de comprender en sentido zubiriano, el bien que puede representar la práctica médica.

Sin embargo, esta diferenciación es extraordinariamente problemática y, a menudo, imposible de certificar con evidencias históricas razonables⁹³³. Como el análisis se hace desde la época actual, recopilando textos que han tenido o tienen aún una vigencia en la práctica médica, asumimos que los esbozos históricamente relevantes han pasado de hecho a formar parte del sistema de referencia para la marcha de la razón moral de la práctica médica, al menos en algunos periodos de la historia de la medicina. Por tanto, consideraremos todo esbozo como parte del sistema de referencia, asumiendo que son posibilidades consideradas como una referencia para la marcha de búsqueda de la razón moral.

La historia de la medicina se remonta al estudio de las culturas prehistóricas (unos 10.000 a 5.000 años a. C.), abarca el estudio de la práctica médica en estas culturas, en las culturas arcaicas extinguidas (mesopotámica, egipcia, iraní) y pervivientes (con pervivencia no creadora, como la china, india, israelí, o americana; o con pervivencia creadora, como la griega); e incluye las medicinas desarrolladas a

⁹³³ INTRODUCCIÓN A LA LEY. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada.* Fernández Gual, Carlos (Introducción general). Madrid: Gredos, [2001]. p. 89. ISBN: 84-249-0893-7.

partir de la mentalidad técnica: la griega y romana, la bizantina, la árabe, y la europea desde la Edad Media hasta nuestros días.

LA MEDICINA PRETÉCNICA Y LA MEDICINA CULTA DE INDIA Y CHINA.

Laín Entralgo denomina medicina pretécnica a la que todavía no ha desarrollado un modo de pensar técnico en el sentido dado por los griegos del siglo V a.C. y que, por tanto carece de la conciencia de que practican un modo mágico de interpretar, diagnosticar y tratar la enfermedad. Bajo este concepto incluye la medicina en los pueblos primitivos, de culturas arcaicas extinguidas (la asirio-babilónica, la del antiguo Egipto y la del antiguo Irán) y de culturas arcaicas pervivientes (China antigua, India antigua, Japón antiguo, Israel antiguo y la medicina americana precolombina).

Algunas de estas culturas (como la egipcia, la china y la india) tuvieron sanadores que no estaban influenciados por una mentalidad mágica. Pero hay dos rasgos comunes a todas ellas: no aparece en ellas la menor repulsa a este tipo de concebir las cosas y es raro que falten alusiones a procedimientos de carácter mágico como amuletos, conjuros o encantamientos. En estas culturas conviven los métodos de sanación espontáneos, empíricos y mágicos, pero carecen de un planteamiento técnico como el surgido en la antigua Grecia. Por tanto, podemos considerar que esa comprensión de la realidad (como algo manipulable mágicamente) determina las formas en las que se configuran los ejercicios de sanación.

Ya en los pueblos primitivos se sabe que hubo personas que realizaban una función especial como sanadores dentro de su comunidad. Según los distintos lugares reciben nombres diferentes: chamanes, hechiceros, brujos, videntes... El mejor caracterizado es el chamán, inicialmente descrito en las tribus de Siberia. Los chamanes representarían un modelo humano real (no mítico), que tras recibir una llamada religiosa y después de pasar un periodo iniciático ante sí y ante sus compañeros de tribu, adquieren la capacidad para una serie de actividades entre las que se encuentran la magia, utilizada como forma de sanación y ser maestro de vida. Es un papel reconocido socialmente, distinguido y que se suele transmitir de forma heredada.

Pero los datos históricos sugieren una gran variedad de tipologías humanas de individuos dedicados a la sanación. Dentro de las culturas arcaicas extinguidas se

conoce la existencia de personas especialmente dedicadas a la cura de enfermedades en Asiria y Babilonia (*asû* era el nombre genérico, pero también hubo *bârû* -vidente-, *âshipu* -exorcista-, *gallupu* -cirujanos barberos, éstos de condición laica-). En el antiguo Irán (su periodo de esplendor fue entre el nacimiento de Zoroastro -800 a.C.- y la invasión de Alejandro Magno -330 a.C.-) los sanadores oficiales eran sacerdotes, pero existieron curanderos de diverso tipo, que actuaban sobre todo entre las clases sociales bajas. En Israel el médico se consideraba a sí mismo (y así era reconocido socialmente) como un “ayudante del Señor”.

En la América precolombina también hubo individuos “singularmente versados” en prácticas terapéuticas de tipo empírico y mágico. Se han descrito entre los esquimales, nutras, algonquinos y cherokees en América del Norte, en toltecas, mayas y aztecas en Centroamérica y en incas, chibchas, guaraníes y araucanos en Sudamérica. En el imperio incaico hubo médicos del Inca (*hampa camayoc*) y médicos del pueblo (*ccamasmas*) que practicaban una terapéutica empírico-mágica. El médico maya (*ah-men*) pertenecía a la clase sacerdotal y su actividad tenía carácter hereditario. El comienzo de su actividad era de tipo iniciático. Hay códices, como el de Sahagún y el Badiano que informan de los médicos aztecas. Hernán Cortés llegó a pedir a Carlos V que no permitiera pasar médicos españoles a México porque la destreza y los conocimientos de los médicos aztecas los hacía innecesarios (atribuye esta referencia Laín Entralgo a F. Guerra).

En la mentalidad pretécnica se establece con frecuencia un vínculo directo entre enfermedades de causa desconocida y vida moral, siendo interpretada la enfermedad como la consecuencia de una trasgresión moral. Todo ello, que como se ha visto, hizo que el sacerdote asumiera primitivamente funciones de sanador, presupone toda una visión del mundo, del hombre así como un modelo normativo aceptado socialmente que forma parte de un sistema de referencia.

La principal consecuencia de todo esto radica en que las consideraciones de tipo moral atraviesan ya desde los albores de las civilizaciones la práctica de la medicina, entendida ésta en sentido lato, como actividad que busca la sanación. El sanador debía cumplir unos requisitos que le hicieran moralmente respetable ante su comunidad y el paciente ponía en sus manos su salvación física y moral, buscando una purificación de su persona para así alejar el castigo de la divinidad. El médico tenía en este caso un papel sacerdotal. El paciente vería con naturalidad la actuación del médico y su papel era someterse a los ritos religiosos y mágico-terapéuticos.

En buena parte de los casos, el sanador constituye una institución social en los pueblos primitivos y en las grandes culturas de la antigüedad, presta un servicio específico a la comunidad a la que pertenece, se dedica de un modo estable a su actividad, obteniendo de ella su medio de vida, y accede a este papel tras un periodo iniciático o formativo. Todo ello configura un tipo de individuo socialmente diferenciable y modelo referencial para los iniciados. Se puede afirmar, que ya desde muy antiguo su actividad consistía en un trabajo profesionalizado, en el sentido amplio, tal como se asume actualmente⁹³⁴. En estos contextos culturales podemos reconocer modelos, esbozados a través de narraciones, que describen figuras míticas de médicos.

En *la antigua India*, casi al tiempo que Píndaro cantaba a Asclepios, el “incomparable médico”, un poeta indo-ario aludía a los Ashvini o “médicos de los dioses”, maestros de la curación utilizando ensalmos y hierbas. Eran tipologías esbozadas narrativamente, que vinculaban el rol de médico a la divinidad, referencia clave. La medicina llegaría a los hombres como un conocimiento divino que debía ser utilizado conforme a la voluntad divina que lo otorgaba⁹³⁵, de modo que podemos deducir que esa sabiduría, poder y voluntad divinos constituían un verdadero sistema de referencia moral. De ahí la importancia de las normas que configuran la vida religiosa de las grandes religiones y culturas.

En dos obras clásicas en sánscrito, *Caraka Samhita* y *Susruta Samhita* (II-III a.C.) atribuidas a Agnivesa y Susruta, dos médicos legendarios hindúes, se enumeran las cualidades éticas que contribuyen a la salud e todos los individuos y, que por tanto, comprometen a los implicados en la práctica de la curación: respeto a los dioses, a las vacas, a los Brahamanes, a los maestros y a los ancianos, así como cumplimiento de los ritos religiosos; limpieza escrupulosa, amabilidad con todas las criaturas, conciliación, consuelo, compasión con los pobres, tolerancia, no mentir, no robar, no desear las esposas de los demás, no revelar secretos⁹³⁶.

Los buenos médicos deberían seguir estos preceptos y tener conocimientos y habilidades propios de su trabajo. Y se presentan contra-modelos reprobables: “los peores entre los idiotas que emprenden la medicina sólo con el objetivo de ganarse

⁹³⁴ HORTAL ALONSO, Augusto. *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brower, [2002]. p. 51. ISBN: 84-330-1718-7.

⁹³⁵ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p.82-83.

⁹³⁶ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 86-88.

el sustento”, que se esconden cuando han de responder a las preguntas de los expertos, atrapan a los enfermos engañándoles y luego los abandonan cuando se presentan problemas.

En el *Susruta Samhita* se presentan esbozos en los que se sugieren deberes y principios que orientan la conducta. Según ellos, el médico debe ser inteligente y firme, respetar la verdad (“*satya*”) y el deber (“*dharma*”) como los principios más sagrados de la vida. Vemos cómo se apela al respeto a categorías vinculadas respectivamente a las dimensiones intelectual y a volitiva, situando como referencia los principios generales de la verdad y el deber.

En el *Caraka Samhita* se presentan deberes concretos en forma de reglas de conducta: “te esforzarás por aliviar al paciente con toda tu alma y todo tu corazón. No abandonarás ni dañarás a tu paciente ni siquiera por tu propia vida ni por ganarte el sustento”... Se le exige al médico entrar en casa del paciente solo con su permiso, respetar a las mujeres y nunca seducirlas, estudiar con diligencia y llegara un conocimiento a partir de fuentes fiables. También se presentan modelos humanos que se caracterizan por limpieza y modestia en la vestimenta, educación y veracidad en el lenguaje, elusión de riñas y disputas.

Y se proponen, además, normas de actuación de carácter social (orientadas a mantener un determinado orden de convivencia que van más allá de la relación médico-enfermo), como la de advertir que no debe tratar a los enemigos del rey ni a proscritos, que se debe tratar a los pacientes sin tener en cuenta el beneficio personal⁹³⁷. Los médicos pertenecientes a una determinada clase social no podían tratar a enfermos de otra clase con la que la interrelación estuviera prohibida.

En la *medicina budista*, sin embargo, no se produce esta discriminación. En el siglo VI a.C. Siddartha Gautama ofrece su enseñanza sobre la consecución de la sabiduría y la virtud, como formas de superar el sufrimiento, extendiéndose por India y Asia. Es la superación del sufrimiento una justificación esencial en la práctica budista. Al propio Buda se le denomina “Gran Médico”. Y se recurre al esbozo de las virtudes para señalar la importancia de la compasión, es decir, el deseo de aliviar los sufrimientos de los demás seres vivos. Se establecía el cuidado de los enfermos como

⁹³⁷ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 89.

virtud principal. Mediante esbozos narrativos se busca motivar para el cuidado y se establecen obligaciones para el cuidado de los enfermos⁹³⁸.

En *China*, con una historia que precede ampliamente la llegada de las medicinas budista y ayurvédica, se muestra como sistema de referencia fundamental, desde el siglo III a.C., el pensamiento social y político de Confucio y el de Lao-Tsé (siglo IV a.C.)⁹³⁹. La principal virtud es la “*ren*” (amor a la humanidad), propia del hombre bueno (“*junzi*”), que dirige la creación hacia una armonía entre la vida personal y social. El respeto a los padres y a los ancianos, que es considerado como raíz y, en cierto modo, justificación de la humanidad, coloca la realidad humana en un primer plano y, por tanto, elemento importante del referencia de la vida moral.

El *Nei Jing*, equivalente chino a la Colección Hipocrática y a las *Samhitas* de la India se remonta al siglo II a.C. En este texto la asociación entre virtud y salud es constante. La salud personal radica en un cumplimiento de las reglas y rituales morales, manifestando rectitud, humanidad y compasión. La salud social estaba relacionada a su vez con la salud personal. El modelo de buen médico incluía la erudición de Confucio: el conocimiento científico del cielo, de la tierra y del hombre.

En *El libro de la naturaleza y de la inteligencia*, atribuido a Lao-Tsé, se afirma que la inteligencia consiste en actuar según la naturaleza, que a su vez se asienta en tres principios que conviene adoptar y seguir: delicadeza, frugalidad y humildad. Cuando, en el siglo I d.C. entra el budismo en China, la compasión (“*ci*”), se añade a la humanidad (“*ren*”), se constituyen en la principal elemento de referencia de los médicos grandes o iluminados (“*da yi, ming yi*”).

La enseñanza de Confucio influía en la organización social de la medicina, que surgía como forma de veneración a los padres: “Todos los médicos con renombre de los tiempos antiguos... comenzaron a practicar la medicina porque sus madres enfermaron”⁹⁴⁰. El sabio del confucionismo estaba instruido en todas las técnicas necesarias par ala vida social, incluida la medicina. No se propició la existencia de médicos profesionales, sino funcionarios a los que tras aprobar rigurosas pruebas sobre el conocimiento de los clásicos, se les otorgaba el título de “médicos de

⁹³⁸ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 91-93.

⁹³⁹ Seguimos a Jonsen. Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 94-115.

⁹⁴⁰ Unshuld. Medical Ethics in Imperial China. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press; 1979. Citado en: Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 101.

Confucio” (“*ru yi*”). De ahí que no surgiera una profesión independiente y cohesionada como en Occidente.

Llama la atención el uso del lenguaje como expresión de la experiencia de la marcha moral realizada desde distintos sistemas de referencia. En el apogeo de la medicina clásica china (VII-X d.C.), confucionismo, taoísmo y budismo eran la referencia en el pensamiento médico. La burocracia imperial nombró funcionarios médicos. Pero en el siglo IX d.C. el budismo cayó en desgracia, por ser considerado un producto extranjero amenazante. Los hospitales, hospicios, orfanatos y enfermerías regentados por monjes budistas fueron sometidos a la administración del gobierno: entonces, los hospicios budistas, llamados “prados compasivos”, pasaron a denominarse “recintos de pacientes” por los burócratas.

Ambas expresiones tienen fuerza descriptiva. La primera hace alusión a lugares (categoría intelectual) donde se practica una determinada competencia moral (categoría volitiva), la compasión. El segundo hace referencia simplemente a un lugar donde se encuentran reunidos ciertos tipos de personas (categoría meramente intelectual).

La primera obra sobre ética médica china fue escrita por un médico perteneciente a la clase humilde: Sun Simiao (581-682 d.C.), adquiriendo gran renombre. Fue invitado repetidamente a convertirse en médico de la corte, pero declinó dichas invitaciones, practicando la medicina en el medio rural. Extrajo de las tres grandes tradiciones los elementos de su ética.

Al comienzo de su tratado sobre medicina mágica y farmacológica (*Qianjin fang* o *Recetas de las mil onzas de oro*) recurre a un esbozo de modelo profesional que denomina Gran Médico: domina los fundamentos de la medicina y se dirige al paciente con suma atención y concentración para detectar la enfermedad. También propone un esbozo de deberes: estar mentalmente relajado, tener una disposición compasiva. Señala virtudes: firmeza a la hora de esforzarse por salvar a toda criatura viva.

Y plantea un sistema de referencia exigente, de imparcialidad e incondicionalidad en el trato: “Un Gran Médico no debería prestar atención a la posición social, ni a la riqueza ni a la edad, ni debería cuestionarse si la persona es atractiva o no, si es un enemigo o un amigo, si es chino o extranjero, ni finalmente si es culo o inculto. Debería recibir a todos de la misma manera; debería actuar

siempre como si pensara en sí mismo... Ningún paso de montaña peligroso ni ningún momento del día, ni las condiciones meteorológicas, ni el hambre, ni la sed, ni la fatiga deberían evitar que el médico ayude de manera incondicional”.

Además sugiere cuál es el modo de conducta del Gran Médico: modo de hablar educado, no dejarse impresionar por la riqueza, no permitirse consumir buenas comidas y bebidas en casa de sus pacientes, no envanecerse por sus habilidades. En ese modo de ser, alude a competencias morales como la buena voluntad, la compasión, la magnanimidad. Y plantea que el objetivo es ayudar a los enfermos, no la reputación ni la riqueza.

Unos 150 años después Lu Zhi, médico confuciano, afirma en un breve tratado que “la medicina es practicar la humanidad” (“*ren shu*”). La calidad de esa práctica, que debe ser motivada por la educación y la práctica, implica una disposición para aliviar rápidamente a los enfermos sin pensar en el propio beneficio, reputación o acumulación de riqueza. El médico interesado en “obtener un beneficio” debería “ser considerado un ladrón”⁹⁴¹.

Kou Zongshi, otro médico confuciano, presentó un fundamento pragmático que se muestra a modo de justificación de la virtud de los médicos: “Cuando el médico no se guía por la compasión ni por la humanidad, el paciente comienza a dudar y a despremiar al médico”⁹⁴².

Jiang Chou, que escribió el tratado *Yigong baoyin -Retribuciones por el servicio médico-*, recurre a modelos y antimodelos en doce breves relatos sobre los buenos y malos médicos; usa máximas como “cuando otra persona está enferma, es como si yo mismo lo estuviera”; y justifica la necesidad de actuar de una u otra forma en base a las consecuencias para la vida actual y futura de esos médicos. Sin embargo, en la práctica, los testimonios sobre los médicos son muy críticos “cuando visitan a los ricos, son concienzudos, pero cuando tratan a los pobres actúan de

⁹⁴¹ Unshuld. *Medical Ethics in Imperial China*. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press; 1979. p. 35. Citado en: Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 107.

⁹⁴² Unshuld. *Medical Ethics in Imperial China*. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press; 1979. p. 37. Citado en: Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 107-8.

forma imprudente” (Gong Tingxian, siglo XVII)⁹⁴³, lo cual muestra una vez más el propio ejercicio de la medicina como una realidad en sí misma problemática.

El modelo de médico ideal que perdura en la tradición médica china es una “persona instruida y experta, generosa y compasiva, contenida y moderada, cortés y elegante, y atenta a las necesidades tanto de los ricos como de los pobres, de los nobles como de los plebeyos”⁹⁴⁴. Se justifica en base a un principio de “compensación” que responde a la confianza depositada en el médico por los propios pacientes y en el criterio confuciano de humanidad: “ver sufrir a los demás despierta la compasión y la piedad dentro de uno mismo. La esperanza y la confianza del paciente son infinitas. ¿Quién debería ayudarles sino yo?” (*Yi-zhen* o *Consejos para médicos*, de Huai Yuan, s. XIX)⁹⁴⁵.

Si bien la medicina occidental entra en China en el siglo XVI con los misioneros jesuitas, no es hasta el siglo XX que se asume oficialmente. Los médicos modernos vieron que la ética médica china no estaba desfasada. En 1933 el doctor Song Guobin, con formación occidental, publicó *La ética de la práctica médica*, en la que se apoya en los conceptos de humanidad (entendida como fraternidad, que incluye tratar a los pacientes pobres gratuitamente si fuera necesario) y de rectitud (entendida como lo que se lleva a cabo conforme a la humanidad, que requiere ser competente, no dañar, no utilizar la vulnerabilidad de paciente en propio beneficio, no realizar experimentos en vano y evitar favoritismos).

La responsabilidad que asume el médico es la de tratar la enfermedad, procurar la salud y aliviar el sufrimiento, lo que justifica su tarea. Sus virtudes serían la diligencia, dedicación, afecto y dignidad. Su carácter ha de ser organizado en cuerpo y espíritu, pues, de otro modo, difícilmente podrá arreglar el cuerpo y el espíritu de sus pacientes. Plantea la obligación de la confidencialidad (aunque no incondicional). Ante los colegas debe haber respeto, cordialidad y modestia. Rechazó

⁹⁴³ Unshuld. *Medical Ethics in Imperial China*. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press; 1979. p. 74. Citado en: Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 109.

⁹⁴⁴ Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 109.

⁹⁴⁵ Unshuld. *Medical Ethics in Imperial China*. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press; 1979. p. 101-102. Citado en: Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 109.

el aborto y la anticoncepción. El libro de Song fue un clásico moderno sobre la ética médica, sobre todo en el ámbito académico⁹⁴⁶.

Para Jonsen, en la medicina culta de India y China pueden encontrarse analogías en la deontología y el modo de ser del médico, con respecto a la tradición occidental. Por tanto, parece que hay una forma compartida de esbozos y elementos de referencia que orientan en una dirección muy similar la marcha moral. El principio hindú del respeto por la vida, así como por las virtudes de honestidad, generosidad y hospitalidad, recuerdan la veneración judeocristiana del carácter sagrado de la vida y la obligación de practicar la caridad. La deontología china que se nutre de los criterios de humanidad y compasión, recuerda a los principios de beneficencia y no maleficencia de las medicinas hipocrática y judeocristiana. Se comparten obligaciones como las de aprender y ser competente, la prohibición de la explotación sexual y económica.

Las *reglas de protocolo* son extraordinariamente similares: sus modales y lenguaje le harán amable ante el paciente. Jonsen alude al detalle de que tanto Hipócrates como Lao-Tsé aconsejan a los médicos evitar peinados y tocados recargados. En las culturas orientales y occidentales con una “medicina culta” parece que se imponen universalmente determinados preceptos y consejos: primero, *el respeto por la vida*; segundo, *la posesión de conocimiento y habilidades*; tercero, *ser compasivo con los enfermos*; cuarto, *no buscar beneficio personal a costa de los enfermos*; quinto, *ser casto sexualmente*; sexto, *ser amable con los pacientes*; séptimo, *no hacer discriminaciones* entre ricos y pobres.

También comparten la falta de alusión a la autonomía del paciente, formas muy limitadas de confidencialidad, y a penas se menciona la obligación de decir la verdad, hasta el siglo XIX. Entre las diferencias señala que tanto en India como en China no hay una ética política de la profesión, dado que esta no fue fomentada como tal en el sentido occidental del término. En Oriente la moralidad médico se enraizó en las creencias religiosas y filosóficas. De todo ello surge la cuestión de si no existe “una atmósfera moral universal e intrínseca que caracteriza a la actividad de la curación”⁹⁴⁷.

⁹⁴⁶ Song Guo-Bin. *Ethics of Medical Practice*. Shangai: Gouguang Bookstore;1933. Citado en: Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 112.

⁹⁴⁷ Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 112-115.

Resumiendo, podemos afirmar que en las culturas primitivas se sitúan como sistema de referencia los siguientes elementos:

Lo humano como realidad en condición sufriente y enferma, situada en una disposición expectante para poder superar de algún modo esa situación, más allá del problema que supone para el sanador, representa un punto de partida y de referencia clave. Ante esta realidad, algunos se sienten conmovidos y se reconocen en la obligación de aliviar ese sufrimiento. Entre ellos, unos pocos ven que es necesario actuar intensificando su fe, sus conocimientos y su querer (su fortaleza moral) para realizar esa tarea. En la tradición confuciana destaca la virtud del amor a la humanidad (*ren*) y en la tradición budista la del cuidado del sufriente, que serán referentes para la práctica médica.

Estos elementos, recordémoslo, son parte del sistema de referencia en tanto en cuanto son apoyo direccional de una marcha de la razón moral. La razón moral parece jugar con la posibilidad de considerar el mundo como algo manipulable mágicamente, característica de la mentalidad mágica. Pero además, desde una mentalidad religiosa, se presupone un vínculo muy estrecho entre muchas enfermedades y la vida moral, de tal modo que las cualidades éticas contribuirán a una vida más sana. También estos elementos constituyen una referencia para la realización de propuestas morales (esbozos) que permitan iniciar y sostener esa búsqueda moral.

Sin embargo, en China no se produce esa diferenciación, pues son funcionarios con conocimientos médicos. Unos pocos se consideran personas elegidas por la divinidad, ejercen una influencia social con una autoridad por la que son respetados y temidos, transmitida de generación a generación; gozan de una ciertos privilegios e impunidad y se trata de individuos y familias que viven una cierta segregación social⁹⁴⁸. Son éstos los que parecen ejercer a lo largo de la historia una influencia que se traduce en llegar a ser referente significativo para la práctica médica. Son, por tanto, referente como colectivo.

En los modelos profesionales hay que destacar dos categorías de notas positivas: las relativas al carácter y las relativas a la apariencia. Tanto en las tradiciones India como China destacan entre las primeras: inteligencia, preparación,

⁹⁴⁸ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Como arqueros al blanco*. San Sebastián: Triacastela, [2004]. p. 248. ISBN: 84-95840-13-8.

sabiduría, veracidad; buena voluntad, “amor a la humanidad” (*ren* de Confucio), compasión, generosidad y firmeza en el cumplimiento del deber (ver abajo deberes), imparcialidad (entendida de un modo más o menos abierto). Entre las segundas: limpieza, modestia en el vestir, estar relajado y atento al paciente, hablar educado, contenido y moderado, no entrando en disputas.

Como principios generales hay que destacar los principios chinos de *humanidad*, entendido como que “ver sufrir a los demás despierta la compasión”; y el principio de *compensación*, entendido como la respuesta necesaria a la confianza depositada en el médico.

Como deberes explícitos cabe destacar en India (*Caraka Samhita*) aliviar al paciente, no abandonarle, no dañarle, respetar su intimidad (entrar en casa solo con permiso), no hacer abuso de la posición para explotar sexual o económicamente a las personas, estudiar, no tratar a enemigos... Y en China (*Qianjin Fanj*) no prestar atención a la posición social, riqueza, edad, atractivo, amistad, cultura, o a las dificultades físicas para llegar allí donde esté el paciente; ayudar de manera incondicional; no abusar de la posición para comer bien; ayudar a los enfermos, no conseguir reputación o riqueza.

Si nos preguntamos acerca de medidas de logro profesional, que configuran la práctica clínica a modo de esbozo evaluativo de referencia, encontramos que son la confianza-duda y el aprecio-desprecio del paciente, dos indicadores clave. Como hemos visto, el médico confuciano Kou Zongshi presentó como fundamento pragmático para la práctica médica este criterio: “Cuando el médico no se guía por la compasión ni por la humanidad, el paciente comienza a dudar y a despreciar al médico”⁹⁴⁹. Del mismo modo, Jiang Chou en su *Yigong baoyin -Retribuciones por el servicio médico-*, afirma que los buenos médicos obtienen como recompensa el elogio de los demás. Estas notas podrían ser consideradas también una justificación de determinadas conductas por parte de los médicos.

Otro indicador de buena práctica es la meticulosidad con la que se procede al ejercer. Algunos testimonios sobre los médicos son muy críticos “cuando visitan a los

⁹⁴⁹ Unshuld. *Medical Ethics in Imperial China*. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press; 1979. p. 37. Citado en: Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 107-8.

ricos, son concienzudos, pero cuando tratan a los pobres actúan de forma imprudente” (Gong Tingxian, siglo XVII)⁹⁵⁰.

LA GRECIA CLÁSICA.

La ética médica actual occidental tiene sus raíces en la medicina de Grecia y Roma clásicas, que abarcan un periodo desde el siglo V a.C hasta el siglo III d.C. Comienza con Hipócrates de Cos (460-370 a.C.) y finaliza con Galeno (129-199/216 d.C.).

En contraste con las formas espontáneas, empíricas y mágicas de tratar las enfermedades, a lo largo del siglo V a.C. surge un modo nuevo de entender el mundo, el hombre, la enfermedad y la relación entre salud-enfermedad, así como vida moral de ser humano enfermo. Surge en este contexto la *tékhne iatriké* o técnica médica que consiste en una práctica en la que se cree saber qué se hace y por qué se hace. Se trata de una virtud dianoética (*tékhne*) y por tanto, una forma de ser productiva consistente en ayudar a la naturaleza en la tendencia que ésta tiene a la curación, fundado sobre un conocimiento de la naturaleza misma, lo cual no hace más que señalar su carácter moral, ya desde sus inicios.

La enfermedad es entendida como un desorden en el equilibrio de la *physis* del enfermo. Y las causas de la enfermedad se interpretan de dos formas: por azar o determinación contingente (*tykhe*) o por forzosidad o necesidad fatal, ineludible (*anánke*). Pero además, las enfermedades podían ser externas (como un traumatismo) o internas, siendo éstas agudas (las más funestas) o crónicas. Éstas son las que, según afirma Laín Entralgo, entre el vulgo conservaron la condición de “mancha moral”.⁹⁵¹

En Grecia el sanador era, ya desde Homero, uno de los pocos operarios del bien del pueblo. Inicialmente los médicos hipocráticos practicaron la cirugía y tenían una categoría social modesta. Pero fueron elevando su posición a medida que adquirieron un mayor fundamento filosófico teórico y desdeñaron el trabajo manual,

⁹⁵⁰ Unshuld. *Medical Ethics in Imperial China*. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press; 1979. p. 74. Citado en: Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 109.

⁹⁵¹ LAÍN ENTRALGO, Pedro. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1979. p. 95. ISBN: 84-345-1418-4.

propio de las clases bajas. Su mayor prestigio se alcanzó cuando Alcmeón y los hipocráticos hicieron de la sanación una *tékhne*.

Hipócrates fue abiertamente elogiado por Platón y Aristóteles. Está claro, afirma Laín Entralgo, que el médico griego contaba con una elevada consideración y que ésta dio lugar, posteriormente, a la concesión de exenciones tributarias que, desde César y Augusto, gozaron los médicos en Roma. Hubo niveles intelectuales y sociales muy distantes: existía el médico que, como un artesano (*demiurgo*) distinguido, ejercía trasladándose de una ciudad a otra, anunciando en el ágora su presencia, montaba allí su modesto *iatreion* y en él y a domicilio atendía a los enfermos.

También existían aquellos que ejercían de forma estable en la ciudad, o frecuentaban círculos selectos, o escribían textos como *Sobre el médico* y *Sobre la decencia*, que son dos escritos hipocráticos tardíos en los que diseñan el retrato de los que “el buen médico” profesional y socialmente debe ser; también existió el médico real o de cámara regia (*iatrós basilikós*), que fue una figura bien perfilada en la sociedad helenística. Aristóteles distingue en un pasaje de su *Política* entre el médico empíricamente formado, el maestro del arte de curar y el que de éste ha aprendido tal arte. Hubo también en Grecia médicos públicos (*demioseúontes*) contratados por la ciudad para realizar tareas asistenciales (dirigidas a estratos sociales bajos) o forenses.

Los médicos de la Grecia y Roma clásicas tuvieron conciencia de pertenencia a un grupo social con una función diferenciada. En la obra hipocrática *Sobre la enfermedad sagrada*, se habla despectivamente de los conjuradores y charlatanes que usan encantamientos y tratan la epilepsia como una enfermedad sagrada, compitiendo con los médicos laicos⁹⁵². Tuvieron una alta concepción de sí: se autodenominaron asclepiadas, esto es varones de la estirpe del divino Asclepio, con un importante poder para ayudar técnicamente a sus semejantes.

Tanto en Grecia como en Roma fue una actividad enteramente libre. No fue necesario para acceder a ella título alguno, sólo la acogida del público a quien a sí mismo se presentaba como *iatrós*. Esto no impidió que hubiese una enseñanza médica organizada. Ya en el siglo VI a.C. existieron las escuelas de Cirene, Crotona,

⁹⁵² SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel. *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson [etc], 2003. p.. 137-142. ISBN: 84-458-0733-1..

Rodas, Cnido y Cos, entre las más antiguas e importantes. Se educaron teóricamente y en la práctica al lado del maestro; se les adiestraba en la discusión, para poder defender ante el enfermo sus juicios clínicos. Y el alumno pagaba por su aprendizaje, salvo que perteneciese a la familia de sus maestros.

Sin duda convivieron médicos formados técnicamente, empíricos y sanadores teúrgicos (sacerdotes de Asclepio en Grecia o, de Esculapio entre los romanos) pero se puede afirmar que, al menos entre los médicos técnicos griegos y romanos se dieron las características que conforman lo que hoy llamamos profesión: se produce un proceso de especificación del papel del sanador, que se diferencia con claridad del papel del sacerdote; existe un cuerpo de conocimientos propio que va creciendo cualitativa y cuantitativamente al que se accede mediante un periodo formativo; existe un sentido de pertenencia a un colectivo que trata de proporcionar a la sociedad un bien específico; empieza a haber expresiones formales del carácter institucional, como los *collegia* romanos; y cuentan con prestigio social.

Varios tratados fueron dedicados a las distintas formas en las que los médicos debían comportarse: “Los preceptos”, “El arte”, “La ley”, “El decoro”, “El médico” y “El juramento”. Sin embargo, lo que parece el primer planteamiento sobre ética aparece en un libro totalmente clínico y epidemiológico: “Epidemias I”. Hacia la mitad de esta obra se hace una afirmación aparentemente fuera de contexto: “En cuanto a las enfermedades, acostúmbrate a hacer dos cosas: ayudar y no causar daño”⁹⁵³. Jonsen interpreta, en el contexto de un tratado sobre el pronóstico, que el médico debía asumir el cuidado solo cuando “la enfermedad no excede la fortaleza de los cuerpos” y el paciente puede beneficiarse de la ayuda médica⁹⁵⁴. Por tanto, el daño al que se referiría el texto de *Epidemias I* sería someter a los rigores de la medicina a quienes no pueden ya recuperarse.

Incluso en un primer planteamiento de carácter deontológico, con un imperativo de por medio, “acostúmbrate”, lleva al médico a adquirir ciertos hábitos o costumbres. Y es que la ética clásica pone un fuerte acento en el decoro médico, entendido como un modo de ser auténtico, capaz de ganarse la confianza del enfermo y, de ese, modo de ayudarlo a vencer la enfermedad. De este modo, parece que la cuestión moral para el médico es más un asunto de conformación a un modo

⁹⁵³ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 21-22.

⁹⁵⁴ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 23-24.

de ser, que el estricto cumplimiento de ciertas reglas, aunque sin éstas no es posible aquello. Parece tratarse más bien de un ajustamiento a un modo de ser que el ajustamiento a normas.

Desde la mentalidad naturalista griega se busca imitar a la Naturaleza (lo que nace o brota), consiguiendo que “broten” en el médico ciertas cualidades que se logran por aprendizaje. Y si a la naturaleza pertenecen como propiedades formales la verdad, la bondad y la belleza, lo que habrá que aprender será lo verdadero, lo bueno y lo bello⁹⁵⁵. En su virtud, lo natural es lo estimable, lo que aprueba la razón moral. Lo contrario, enfermedad, fealdad o falsedad, son vicios que alteran el orden natural.

Y los vicios, si dependen de la voluntad humana, son censurables: “Nadie censura a los que son feos por naturaleza, pero sí a los que lo son por falta de ejercicio y abandono. Y lo mismo ocurre con la debilidad y los defectos físicos: nadie reprendería al que es ciego de nacimiento, o a consecuencia de una enfermedad o un golpe, más bien lo compadecería; pero al que lo es por embriaguez o por otro excesos, todos lo censurarían. Así, pues, de los vicios del cuerpo se censuran los que dependen de nosotros; los que no dependen de nosotros no”⁹⁵⁶. Desde esta perspectiva, ciertas enfermedades son consideradas como consecuencia de un desarreglo de las costumbres⁹⁵⁷. Estas requerirán como tratamiento cierta educación y aprendizaje por parte del paciente.

Así, los vicios que no dependen de nosotros no son objeto de censura, en todo caso de compasión; pero los que sí dependen de nosotros sí son objeto de censura. Vamos vislumbrando que un campo de lo real de los griegos en el que se encuentra lo que resulta estimable: la Naturaleza (lo que nace o brota), como espacio de belleza, bondad y verdad, es asumida como parte de todo un sistema de referencia moral. Ha surgido una visión del mundo en la que la noción de *physis* o naturaleza, nacido en el seno de la filosofía jonia, que va a permitir un descubrimiento de posibilidades que se orientarán en último término hacia una racionalización de la medicina griega, cuestionando la mentalidad mágica, religiosa o meramente empírica.

⁹⁵⁵ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 28. ISBN: 84-7754-045-4.

⁹⁵⁶ Aristóteles. EN III,5: 1114a25-30.

⁹⁵⁷ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 37. ISBN: 84-7754-045-4..

Según esta nueva visión, la naturaleza tiene un orden en el que son posibles el descubrimiento de la verdad, la belleza y el bien, es punto de apoyo para una marcha de la comprensión sobre el bien humano. La virtud consiste en imitar a la naturaleza. Los vicios consisten en un desajuste en relación al orden natural. De éstos, los que dependen de nosotros son los censurables.

El médico se encuentra en un camino de búsqueda intelectual de saber qué está ocurriendo en la *physis* del enfermo y así actuar sabiendo qué se hace y por qué se hace, para ayudar a la paciente a recobrar su orden natural. En este contexto surgen escuelas de medicina que inician una tradición que se ha prolongado hasta nuestros días.

En la Grecia clásica existen múltiples documentos procedentes del Corpus Hippocraticum, además del conocido Juramento Hipocrático, que contienen indicaciones éticas por parte de sus autores, que van dirigidas a aquellos que quieran ejercer la Medicina. Se despliegan en forma de deberes que obligaban con el enfermo, con la polis y con los compañeros. Destacan entre estas obligaciones la de ayudar o por lo menos no perjudicar, la de abstenerse de actuar cuando la muerte o la incurabilidad parecen fatalidades invencibles (decretos *kat' anánken* de la divina y soberana *physis*); los relativos a la forma honesta de cobrar los honorarios.

En este último aspecto es de señalar que el propio Asclepio habría sido fulminado por haberse lucrado con una intervención sanadora -Píndaro-; en el Corpus Hippocraticum es descalificado el “lucro deshonesto” (o si el médico no ha procurado perfeccionar de algún modo su arte -“curar aprendiendo-); y, por otro lado, la asistencia gratuita sólo se justifica para devolver un favor o tratar de conseguir renombre entre los conciudadanos. En la relación con los compañeros se aconseja el trato “como a un hermano” o por lo menos cooperando correctamente con ellos.

Como un vínculo entre ética y el avance de la práctica profesional, destaca Laín Entralgo el “original nervio ético” de la cirugía “utópica” de los médicos Alejandrinos cuando, tratando de apurar al máximo su actitud ante la *physis*, comienzan a sentirse “gobernadores” y no sólo “servidores” de ésta. En la misma línea destaca la postura de Areteo, cuando afirma que “la mayor desdicha del médico” es no poder hacer nada a favor del enfermo. Se presenta así la *philanthropía* entre los deberes del médico. A la época helenística perteneció la frase “donde hay amor al arte (de curar) hay también amor al hombre” (*philanthropíe*, en dialecto jónico).

Un rasgo característico de esta época, que perdurará hasta nada menos que el siglo XVIII, es el paternalismo en la forma de ejercer la profesión médica. Éste consiste en la búsqueda del bien de otra persona desde un nivel ventajoso, que permite prescindir de la opinión de esa otra persona, tendiendo a beneficiar o evitar daños a un paciente atendiendo a los criterios y valores del médico antes que a los deseos u opciones del enfermo, aunque éste sea competente para decidir.

Hoy el paternalismo es algo criticado. Pero en esta época la filosofía, y en particular la ética, identificaba lo bueno con el orden de la naturaleza. Ésta constituía una realidad objetiva esencialmente buena, que, en el caso de los desastres naturales o la enfermedad había sido alterada y apartada de su orden propio. Lo natural es la salud, la bondad y la belleza. Y la enfermedad no sólo representaba un trastorno del equilibrio de la naturaleza en el ser humano; además, perturbaba el juicio moral, la capacidad de ser prudente y mostraba un rostro antiestético, grotesco a veces y antinatural del hombre.

Como consecuencia, el enfermo necesitaba una clara orientación respecto a lo que debía hacer si quería recuperar la salud. Era el médico, representando la salud, el conocimiento del orden natural, y la sensatez moral, por tanto, el que asumía el papel de orientador de la vida de enfermo y, desde un papel profesional de dominio. Con autoridad para obligarle por su propio bien, le indicaba todo aquello que debía hacer para curarse.

Era un papel basado en el rol sacerdotal, que se expresaba por otro lado en una forma de vida decorosa y digna. Era alguien semidivino, un filósofo de la naturaleza y un moralista en el sentido expresado antes: orientador de la vida de las personas en lo relativo a los cuidados y recuperación de la salud. En cualquier caso, la opinión del enfermo (desorientado por el padecimiento) importaba poco, lo que importaba era que se plegara disciplinadamente a las recomendaciones que le hacía el médico.

Son clásicas las citas de Hipócrates (s. V a. C.): “Haz todo esto (el diagnóstico y el tratamiento) ocultando al enfermo durante tu actuación la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura, y distrae su atención; repréndele a veces estricta y severamente, pero otras anímale con solicitud y amabilidad, sin mostrarle nada de lo que va a pasar ni de su estado actual”; o de Galeno (s. II): “Es necesario no omitir nada que sea provechoso para el enfermo;

además, es necesario que el enfermo obedezca al médico y que no sea indulgente con su propia voluntad”.

El tipo de dominación que el médico antiguo tenía, consistía en una forma eficaz de hacerse obedecer no por la fuerza coercitiva, sino por la capacidad del médico de persuadir al enfermo para que adoptara los tratamientos indicados. Se trataría de una dominación basada en la autoridad que la tradición le concede al médico, así como en la confianza que el carisma del médico inspirara⁹⁵⁸.

Diego Gracia entiende que en todos los siglos que duró esta visión no existió verdadera ética médica, en sentido de una moral autónoma de los médicos y los enfermos. Afirma que, por tratarse de una moral heterónoma (definida por el *telos* que representa el orden natural, asumido como tal como el orden divino por la cultura cristiana occidental) la ética médica la hicieron los moralistas y la aplicaron los confesores. Los teólogos decían a los médicos qué era lo bueno y lo correcto, y éstos aceptaban sus orientaciones. Esto explicaría, según él, por qué los médicos nunca han sido competentes en cuestiones de “ética”, ya que su actividad se reducía a la “ascética” (cómo formar al buen médico) y a la de la “etiqueta” (qué normas de urbanidad debían perfilar el ejercicio de la profesión)⁹⁵⁹.

Juramento (Hórkos)

Es un texto que con frecuencia se ha considerado un paradigma de la ética médica. Sin embargo, no parece un producto de las exigencias de la actividad médica, sino un sistema de referencia de convicciones morales, con una seriedad que no encaja con la figura del artesano médico, interesado en forjarse una reputación de alguien fiable en un terreno especializado. Suele considerarse un ejemplo de deontología manifestado solemnemente y asumido rigurosamente.

Juramento llegó a considerarse desde el siglo I d.C. hasta el XVIII como algo ahistórico, entendiéndose, desde una lectura naturalista, como expresión de lo inmutable y necesario de la práctica médica. Sin embargo, a partir de la crítica

⁹⁵⁸ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 72-3. ISBN: 84-7754-045-4. Aquí Diego Gracia cita a Weber, que define la dominación como “la presencia actual de alguien mandando eficazmente a otro” y que distingue tres tipos fundamentales “puros” de la estructura de la dominación: el basado en las normas, en la autoridad fundada en la tradición y el basado en la autoridad en la “consagración a lo extraordinario” y el “carisma”. Weber M. *Economía y Sociedad*. Esbozo de sociología comprensiva. México: FCE; 1979.p. 43.

⁹⁵⁹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 18. ISBN: 84-7754-045-4.

sintáctica (textual) iniciada en el siglo XIX, semántica (relacionada con la historia de las ideas) iniciada a comienzos del siglo XX, y de la crítica pragmática (relacionada con la historia social) a finales de ese mismo siglo, su interpretación se modifica sustancialmente⁹⁶⁰.

En cualquier caso, no deja de ser sorprendente la vigencia de *Juramento* durante siglos. Se trata de una referencia ética clave compartida por generaciones. Se trata de un esbozo utilizado durante siglos como referente para el inicio de una marcha moral del colectivo médico. Esto no puede ser sino hecho demostrativo de su aprobación por parte de ese colectivo, por los pacientes y por la sociedad. ¿Cómo se justifica esto? La respuesta a esta pregunta tendría que consistir en dar razones a favor de su contribución efectiva a una promoción positiva humana. Para varias generaciones de médicos que se han apoyado en este esbozo para su práctica, así parece haber sido, sin embargo, no se trata de evaluar este punto ahora.

Sus *contenidos* constan de una primera parte con un “compromiso” (*xyngraphé*) para con las relaciones en la fraternidad médica; una segunda parte que Diego Gracia denomina fundadamente “terapéutica” (*therapeía*), en la que se dan normas a seguir en la práctica médica; y, antes de la primera y después de la segunda, una parte consistente en las fórmulas inicial y final, que imprimen al texto la formalidad de juramento⁹⁶¹.

Un juramento es un compromiso solemne realizado ante Dios, poniéndole explícitamente como testigo y aceptando su premio o castigo en caso de cumplimiento o incumplimiento. Los juramentos fueron frecuentes en todas las civilizaciones antiguas⁹⁶². Y a menudo constituían un rito sacerdotal por el que un iniciado se incorporaba al colectivo religioso, adquiriendo unas determinadas características que lo identificaba con el mismo. En Grecia, algunas profesiones se habrían constituido siguiendo ese modelo sacerdotal.

De ese modo, se adquiere una responsabilidad especial, una responsabilidad “fuerte”, “responsabilidad profesional”, afirma Diego Gracia; frente a la responsabilidad normal (o “débil”) de quienes, ejerciendo sus oficios, tenían que

⁹⁶⁰ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 47-8. ISBN: 84-7754-045-4.

⁹⁶¹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 45. ISBN: 84-7754-045-4.

⁹⁶² GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 50. ISBN: 84-7754-045-4.

responder jurídicamente en un determinado marco legal⁹⁶³. Así, el médico que asumía formalmente el contenido de Juramento, sería un profeso, como también lo fueron los sacerdotes. El documento tiene, por tanto, en su origen un carácter marcadamente religioso, en el que se adquiere el compromiso de respetar ciertas reglas⁹⁶⁴.

Juramento comienza su fórmula inicial convocando a las divinidades: “Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higiea y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos”; esta fórmula está orientada a manifestar la voluntad de dar cumplimiento a un determinado compromiso bajo ciertas condiciones: “en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi propio criterio”. El texto, en su fórmula final, expresa hasta qué punto es elevada la responsabilidad que se asume ante la divinidad: de seguirlo lealmente, “séame dado el gozar de mi vida y de mi arte, rodeado de la consideración de todos los hombres”; en caso de quebrantarlo, todo lo contrario.

Parece razonable asumir que el principal sistema de referencia de quien auténticamente suscribe estas afirmaciones no es otro que la divinidad, desde la convicción de que se trata de un poder del que depende en último término la propia vida o el propio destino. Pero esto no es todo. En el mismo sistema de referencia se incluyen cuatro elementos muy concretos y relativos a la realidad humana, pero que forman parte del mismo en tanto en cuanto son apoyo direccional de la marcha moral: el deseo de cumplir algo, la medida de las propias fuerzas, el acuerdo con el propio criterio y la expectativa del disfrute (de la vida y del arte) y la consideración humana. La alusión al propio criterio hace que este juramento no anule la propia autonomía, sino que la incluya.

Desde el análisis del acto volitivo (con sus momentos tendente, preferencial y fuente) podemos afirmar que, en la formalidad del juramento, se puede identificar una determinada pre-tensión (deseo), una determinada preferencia y la expectativa de un determinado modo de disfrutar la vida. El deseo es el de dar cumplimiento a algo, es decir, el de asumir la responsabilidad de comportarse de un modo determinado. La preferencia lo es de un determinado bien que se espera: un concreto modo de ser y reconocimiento felicitantes. Y el culmen de ese acto volitivo

⁹⁶³ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 52. ISBN: 84-7754-045-4.

⁹⁶⁴ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 57. ISBN: 84-7754-045-4.

es la apropiación fruenta (gozosa) de ese bien. Por tanto, podemos afirmar que en ese sistema de referencia se encuentran la divinidad y la propia realidad humana en tanto en cuanto realidad moral.

Pero además, en ese sistema de referencia, se encuentra una alusión no casual a la realidad humana en cuanto algo limitado: “en la medida de mis fuerzas”. Podemos suponer que no se refiere tanto a las fuerzas para lograr los contenidos del compromiso, pues si no, no se asumiría; como a la pre-tensión o deseo de no caer en la *hýbris*, la desmesura, el exceso temerario de confianza en sí mismo; grave falta desde la perspectiva griega. Sea como fuere, hay una conciencia de los límites de la realidad humana para llevar a cabo el compromiso. Y esa limitación pasa a formar parte del sistema de referencia moral desde el que se promueve el juramento.

Desde este sistema de referencia básico, se inicia la relación de una serie de compromisos concretos que configuran un esbozo de posibilidades preferidas: estimar al que “me enseñó este arte” y a sus hijos (“considerar a sus hijos como hermanos”, y enseñar a quien haya “suscrito el compromiso”; usar el conocimiento médico (“régimen dietético”) “para ayuda del enfermo”; evitar el “daño y la injusticia”; no usar recursos fuera de la propia práctica médica, tal como era entendida (“no haré uso del bisturí”); evitar “agravio intencionado o corrupción” al adentrarse en la intimidad del enfermo (“cualquier casa que entrare”), incluido callar “aquello que jamás deba trascender” de la “vida de los hombres”.

Estas posibilidades preferentes representan obligaciones aceptadas y asumidas. Estas obligaciones lo son respecto de ciertas realidades muy concretas a las que uno se ob-liga, es decir, a las que se vincula deliberadamente y con determinación: primero hay una obligación consigo mismo, del propio sujeto que asume Juramento, aunque no sea mencionado expresamente; en segundo lugar, hay obligación con “el que me enseñó”, “sus hijos”, “los discípulos que hayan suscrito el compromiso”, “el enfermo”, cualquiera que pida un fármaco letal, personas en general, “ya sean hombres o mujeres, esclavos o libres” .

Por tanto, todas esas realidades formarían parte del sistema de referencia intelectual y moral de quien asume el compromiso. Sin embargo, la fuerza de la obligación no es la misma. Como veremos, la mayor fuerza de obligación es con uno mismo; después con la corporación médica; después con el enfermo; y después con otras personas con las que se pueda encontrar en la atención al enfermo. Se trata de obligaciones que conllevan un nivel proporcional de exigencia, pero que, en último

término y tomado Juramento en su conjunto, colocan al médico en una posición de solidaridad con todas las realidades a las que se alude: con su corporación, con los pacientes y con la sociedad.

El mayor nivel de obligación y exigencia se producen entre quien asume y suscribe *Juramento* y él mismo. Lo que se pone en juego no es ni la hacienda, ni la salud. El bien implicado en el compromiso es nada menos que el del propio destino y la propia vida. De entrada, se ponen en acción un deseo de “*dar cumplimiento*”, las propias fuerzas y el propio criterio. Es decir, se expresa un tipo de acto volitivo cuya naturaleza exige la puesta en marcha de dos elementos clave: todas las fuerzas con las que se cuenta (cuya medida limitada se reconoce y manifiesta) y el propio criterio. Esfuerzo y libertad. Dos momentos clave del acto volitivo, que posibilitan en el mismo su consistencia y su despliegue efectivo.

En la línea de compromiso u obligación fuertes consigo mismo, más adelante se afirma: “En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte”. ¿Qué pudo significar esto? Diego Gracia afirma que esta afirmación tiene un sentido “fisiológico”, según el cual las cosas son buenas o malas, santas o impías por naturaleza, y por eso agradan o no a los dioses. Así, la santidad sería una parte de la justicia, aquella para con la divinidad, que se concreta en la “veneración o servicio divino, *therapeía*”⁹⁶⁵. En *Juramento*, esa santidad tendría este sentido en el contexto de la administración de fármacos, en el que la administración de sustancias que purifican al enfermo exige la pureza en el médico.

Sea como fuere, la afirmación no deja de contener un fuerte sentido de exigencia, que viene subrayado por el carácter santo (por su propia *naturaleza*, agradable a la divinidad) de la tarea, la trascendencia religiosa que el que suscribe le da a la misma, y las instancias ante las que se realiza: la divinidad (con poder sobre el propio destino) y el propio criterio (en otras palabras, la propia conciencia). Pero, por si esto fuera poco, el final de *Juramento* vincula el propio destino del que lo suscribe a la fidelidad al mismo. Un destino que se vislumbra en una encrucijada en la que se puede optar por un camino de felicidad y reconocimiento si se es fiel, o, si se transgrediera cometiendo perjurio, “todo lo contrario”. Este punto es el que hace solidario el propio destino, con el de la corporación, el de los pacientes y el de la sociedad.

⁹⁶⁵ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 66-7. ISBN: 84-7754-045-4.

Aquí se alude al momento fuente del deseo: “gozar de mi vida y de mi arte” y ser “siempre celebrado entre todos los hombres”. No solo se trata de disfrutar de ejercer la medicina; también se trata de lograr un reconocimiento de los otros. Podemos pensar en un deseo de buena reputación, como medio útil para lograr lo anterior y el propio sustento; pero también se puede entender como la fama y renombre inmortales, la gloria entre generaciones futuras⁹⁶⁶.

Por todas estos datos podemos deducir que el grado de obligación adquirido del que suscribe *Juramento* es máximo consigo mismo.

Pero si continuamos, vemos que hay una referencia muy especial “al que me enseñó este arte”, a quien se obliga a tener en igual estima que a los progenitores; a “sus hijos” ante quienes se obliga a considerarlos “como hermanos míos”. Los deberes que se derivan de esas realidades con las que el sujeto se obliga solidariamente se orientan a hacerse cargo de las necesidades más básicas del “que me enseñó”, a enseñar fraternalmente a sus hijos y a los propios, así como de quienes hayan suscrito el juramento y estén sometidos a la ley médica... Pero a nadie más.

Las relaciones con los educadores y los aprendices tenían un carácter familiar, dado que los vínculos asumidos eran equiparables a los familiares. Por tanto, se puede afirmar que “la fraternidad médica tenía un carácter “familiar””⁹⁶⁷. Esto contribuye a llegar a considerar que los deberes que se derivan de este tipo de obligaciones tienen un carácter más moral y religioso que jurídico⁹⁶⁸.

La moral profesional, en su aspecto relacionado con el colectivo médico, desde la perspectiva de *Juramento*, se sitúa por tanto en un plano de obligación muy especial. Expresa la voluntad de establecer un tipo de vínculos que implican una gran exigencia, una exigencia fuera de los cauces normales de la vida pública articulada en torno a las reglas de normal convivencia. Este tipo de vínculos, al referirse a una determinada comunidad familiar especial, lógicamente trae consigo cierta segregación. Esa segregación no procede tanto del compromiso que surge del

⁹⁶⁶ Nota 10. JURAMENTO. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada. Fernández Gual, Carlos (Introducción general)*. Madrid: Gredos, [2001]. p. 83. ISBN: 84-249-0893-7.

⁹⁶⁷ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 59. ISBN: 84-7754-045-4.

⁹⁶⁸ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 61. ISBN: 84-7754-045-4.

ejercicio de la medicina, como del compromiso de pertenencia a un grupo social especial que, por otro lado, era llave y puerta para poder practicar ese tipo de medicina.

Pero si continuamos con la lectura de *Juramento* desde el análisis del grado de obligación o compromiso que adquiere el que lo suscribe, vemos un tercer nivel, que se correspondería con el del trato dado al “*enfermo*”. La segunda parte del contenido del mismo, como hemos visto, se refiere a la forma de practicar la medicina. En ella la principal realidad de referencia es ahora el paciente. Al menos se alude a él de forma directa o indirecta en cinco ocasiones. Pero la forma de obligarse a esa realidad, la forma que adquiere la solidaridad, es diferente.

Se asume el compromiso de utilizar ciertos *recursos*, como el “*régimen de vida*” o fármacos, y no otros, como “*el bisturí*”. Estos recursos representan la forma que ha adquirido el arte en ese momento histórico. Pero además, se alude a *reglas* muy concretas que obligan a hacer un uso determinado de esos recursos: según la propia capacidad y entender, ni más ni menos; evitando el daño y la injusticia; no usando fármaco letal para facilitar o infligir la muerte, o pesario abortivo; no usar el bisturí. El objetivo último de las reglas para el uso de los recursos propios del arte consiste en lograr un ajustamiento al orden natural. “Del daño y la injusticia le preservaré”: La justicia sería aquí un ajustamiento al orden de la naturaleza, que consiste en un tipo de armonía propia del desarrollo de la vida.

El arte y las reglas para su aplicación son la forma en la que se concreta la obligación del médico con la realidad del enfermo. Ese arte y esas reglas serían algo auténticamente querido y libremente preferido, algo deseado con tal fuerza que es capaz de ser expresado en forma de juramento, y algo que compromete el propio destino personal.

Finalmente, en un último grado de compromiso, se expresa la consideración hacia aquellos que, no siendo enfermos, tienen alguna relación con el enfermo: las personas en general (ya sean hombres o mujeres, esclavos o libres). Hacia ellos se trata de evitar agravios intencionados o corrupción que desnaturalice el carácter del acto de “asistencia del enfermo”. Yendo más lejos, afirma su compromiso de callar todo aquello, que por razón de la práctica médica, tenga que ver con “la vida de los hombres” y “jamás deba trascender”. El texto es sumamente abierto a cualquier tercera persona implicada en el proceso asistencia. Y también sumamente abierto al dejar al criterio del propio médico qué sea aquello que jamás deba trascender.

Para cerrar este comentario de *Juramento* desde una interpretación realizada con las claves proporcionadas por el análisis de los actos de la intelección y de la volición, así como desde una ética formal de bienes, podemos concluir que es un documento en el que se hace expresión de una determinada pre-tensión, de un deseo propio (“dar cumplimiento” a algo), de unas preferencias fundadas en lo que más se estima (la divinidad, la propia vida y el arte médico, los miembros de la fraternidad médica, el enfermo y las personas en general) y de unas expectativas de disfrute en caso de se fiel al compromiso adquirido.

Se trata de un acto volitivo (el juramento en sí) cuyo término no sería, como puede parecer, la propia práctica médica, sino el *compromiso* que ella conlleva, y el documento como símbolo tangible del aquél. Es el propio juramento el objeto al que se tiende (la pre-tensión), que se prefiere y que ya se disfruta en el mismo momento de suscribirlo. Se trata de un acto volitivo en el que no hay negación de sí mismo, ni anulación del propio criterio, sino respeto al mismo; no hay expectativa de anulación personal, sino de esfuerzo (“en la medida de mis fuerzas”) y de gozo (“séame dado... gozar de mi vida y de mi arte”). En ese sentido, no es posible dejar de entender Juramento, sino como expresión solemne y compartida de un poderoso y arriesgado acto volitivo que se sitúa en el punto de partida del ejercicio profesional.

Pero además de ser punto de partida, *Juramento* muestra un sistema de referencia en el que se sitúan ciertas realidades: principalmente el colectivo médico (“el que me enseñó”, etc.), una determinada forma de practicar la medicina y el propio enfermo. Además hay una visión de la realidad que es referencia clave: la divinidad (testigo y fuente de premio o castigo); el ser humano, como alguien capaz de ser volitivamente fuerte, de tener criterio propio, de estimar, de querer y comprometerse con algo; capaz de disfrutar de su vida y de su arte, y de ser alguien capaz de reconocimiento.

En cuanto esbozo-referencia, Juramento hace una aportación que, paradójicamente no pasa desapercibida: es expresión explícita del deseo y compromiso de adquirir una responsabilidad fuerte, especial, más exigente que el marco normativo corriente. Además, presenta un modelo de médico de tipo sacerdotal, volitivamente fuerte, con criterio propio, prudente (“en la medida de mis fuerzas”), capaz de comprometerse y de asumir ciertos deberes. Entre éstos: estimar al que me enseñó y a sus hijos, enseñar la medicina, ayudar al enfermo con unos

recursos determinados (el conocimiento médico), evitarle el daño y la injusticia, evitar el agravio intencionado y la corrupción, guardar el secreto.

Si nos planteamos qué medidas de logro, en cuanto parte del sistema de referencia (no en cuanto probación experiencial y verificadora ese logro), se presentan en Juramento, habría que decir que son: en primer lugar, “dar cumplimiento” al propio juramento en su conjunto, lo que incluye todos los compromisos que contiene; pero también podemos vislumbrar al menos otras dos medidas de logro o fracaso, asociadas a las consecuencias del primer criterio de logro (el cumplimiento): disfrutar de la propia vida y del arte por un lado, y conseguir la consideración de los demás.

Si la experiencia es probación física de la realidad mediante un determinado esbozo de posibilidades, en la vida moral consiste en apropiación efectiva de las posibilidades presentadas esbozadamente. Se trata de una experiencia de “conformación”, un proceso continuo de discernimiento⁹⁶⁹. Y esto es así, porque la realidad que aprueba o desaprueba el esbozo, es la propia realidad humana. En este proceso, se da razón del “preferir”, y se justifica en último término la “figura que el hombre adquiere y que el hombre describe”⁹⁷⁰. La cuestión de la justificación se ha de plantear en términos de por qué prefiere quien suscribe Juramento ese compromiso y no otro.

Y no es fácil encontrar una respuesta explícita en el propio Juramento. Se pueden interpretar las palabras finales como una expresión de la razón última que lo sostiene: “séame dado, si a este juramente fuere fiel y no lo quebrantare gozar de mi vida y de mi arte, siempre celebrado entre todos os hombres”. Pero sería una justificación de carácter meramente consecuencialista, que parece muy insuficiente para explicar la preferencia por un compromiso así.

Entendiendo la justificación como mera la aprobación o reprobación por la realidad. Desde la perspectiva del profesional, como realidad humana que asume un compromiso de este tipo, no cabe duda de que la vigencia durante siglos de *Juramento* en la tradición de la comunidad médica no ha sido casual. Podemos afirmar que ha resultado una fórmula *aceptable* para generaciones de médicos, así

⁹⁶⁹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 498-9. ISBN: 84-7754-045-4.

⁹⁷⁰ ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 351,354,360. ISBN: 978-84-206-9035-3.

como para las sociedades en las que se han movido. Y sin embargo, este hecho constata una justificación (una preferencia mantenida durante siglos), pero no da razón de la misma.

En un contexto como el actual *Juramento* parece haber perdido vigencia para muchos clínicos. Sin embargo se trata de una síntesis tan completa de aspectos morales relacionados con la práctica médica, que no deja de ser sumamente interesante. En primer lugar, su formalidad como compromiso permanente y estable; en segundo lugar su contenido, que abarca elementos tan vigentes como la relación con el colectivo profesional, la relación con el paciente (especialmente en su aspecto de evitación del daño y de respeto a su intimidad y fragilidad) y, en definitiva, la relación con terceros implicados (los *stakeholders*, que se diría actualmente desde la *business ethics*).

Hoy no es viable incluir la divinidad en un sistema de referencia compartido por la comunidad médica. Aún cuando para muchos médicos sea efectivamente sistema de referencia esencial y fuente de energía y motivación para su práctica. Tampoco se puede hablar del colectivo médico como una fraternidad, en el sentido de *Juramento*. Los contenidos y las reglas de la práctica médica han cambiado desde entonces. En el momento actual sería difícil delimitar qué pertenece a la práctica médica y qué no. Precisamente este es un problema al que se enfrenta la comunidad médica en nuestros días. Tampoco hay consenso en relación a cuestiones como el aborto o la eutanasia.

Juramento no parece surgir como un documento de consenso, sino todo lo contrario. Encaja más bien con un rito iniciático al que no debía ser fácil acceder, y en el que quien lo suscribe se incorpora a un grupo selecto o, por decirlo de otro modo, a un consenso previamente establecido y con un alto nivel de exigencia. Por tanto, la preocupación del que elabora y suscribe *Juramento* no es tanto alcanzar consenso como embarcarse en un determinado modo de practicar la medicina, monopolizado por una comunidad de profesos cuyo mayor dominio es el de poseer y guardar los poderosos secretos del arte que practica.

Otros escritos hipocráticos.

Así como *Juramento* tienen un carácter marcadamente deontológico, los otros escritos hipocráticos tienen a menudo un carácter teleológico, mostrando un modelo de médico ideal, capaz de conseguir la colaboración del paciente para vencer la

enfermedad. Este modelo tiende a representar los atributos formales de la naturaleza, ajustándose todo lo posible a los patrones de belleza, bondad y verdad. Pero no se trata de una imagen estática, sino más bien de una imagen dinámica, que muestra un modo determinado de ser y, por ello, de relacionarse con el paciente.

Diego Gracia ve en estos escritos un paternalismo hipocrático, en el cual habría tres actitudes: una de dominación paternal (que impide que el paciente decida sobre su propia enfermedad); otra de disponibilidad maternal (haciendo lo más grata posible la enfermedad al enfermo); y una tercera de mediación sacerdotal entre la divinidad y la condición humana⁹⁷¹. Según esto, el rol social del médico, que se correspondería con el *éthos* griego debería tender a encajar en las nociones de bondad, belleza y verdad características de la Naturaleza.

Así, en *Sobre la decencia*, se aconseja: “Haz todo esto (el diagnóstico y tratamiento del enfermo) con calma y orden, ocultando al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura, y distrae su atención; repréndele a veces estricta y severamente, pero otras, anímale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual; pues muchos acuden a otros médicos por causa de esa declaración, antes mencionada, del pronóstico sobre su presente y futuro”⁹⁷².

El paternalismo hipocrático explica el carácter sacerdotal que tienen los escritos hipocráticos sobre las propiedades físicas y morales que deben pertenecer a los médicos. Estos escritos son similares a los de formación de sacerdotes y príncipes⁹⁷³.

En el tratado *El médico* se aconseja tener un aspecto sano, estar aseado y bien vestido y así ser del agrado de los pacientes. El médico “como hombre prudente, debería vivir una vida normal, ser discreto en el discurso, serio y amable para todos, en definitiva, un hombre íntegro”. Urge a ser “serio pero no riguroso..., puesto que el rigor es tomado como arrogancia y falta de amabilidad, mientras que un hombre de risa descontrolada y de alegría excesiva es considerado vulgar... él

⁹⁷¹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 43-4. ISBN: 84-7754-045-4.

⁹⁷² SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada. Fernández Gual, Carlos (Introducción general)*. Madrid: Gredos, [2001]. p. 209. ISBN: 84-249-0893-7.

⁹⁷³ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 44. ISBN: 84-7754-045-4.

debe ser justo en todo”. La confianza de los pacientes hace que “los médicos se encuentren con las esposas, doncellas y con preciadas posesiones, hacia los que debe emplearse el autocontrol”.

El libro *El decoro* hace un elogio de la sabiduría: “El médico debe ser un amante de la sabiduría, es decir, un filósofo, y de esta forma, se convertirá en un ser divino”. El médico con su aspecto, lenguaje y comportamiento tranquilizará al paciente y suscitará su confianza. En la misma línea está la recomendación de no “estar ansioso por fijar los honorarios”. Y “a veces deberás ofrecer tus servicios a cambio de nada... Si se presentara la ocasión de servir a un desconocido con apuros económicos, préstale total asistencia”. Porque “donde hay amor por la humanidad (filantropía), hay amor por el arte (filotecnia)”. Si bien el término filantropía podría traducirse por “gusto”, cosa que Jonsen considera algo más prosaico⁹⁷⁴.

Otros tratados con alusiones de carácter moral como *Los preceptos*, *La ley* y *El arte*, siguen en la misma línea, que describe la conducta apropiada para el médico. Esta mejorará su reputación, que sería reflejo de la identidad interior hacia los demás, o la manifestación externa de la virtud moral. Aquí hay una ambigüedad moral, que señala Jonsen: por un lado atraerá a los pacientes al médico, pero por otro lado ejerce un efecto beneficioso en el paciente: “Algunos pacientes, aunque son conscientes de que su estado es precario, recuperan su salud simplemente gracias a que se encuentran satisfechos por la amabilidad del médico”⁹⁷⁵.

Las dos principales obras de carácter deontológico en la literatura hipocrática son *Epidemias I* y el *Juramento*, así como una amplia exposición de *El decoro*, que puede considerarse un tratado de la virtud y del carácter del buen médico. Los textos hipocráticos no mencionan obligación alguna de servir a todas las personas que precisan atención médica. Parece que en caso de epidemias sí habría esa obligación. Y no aparece obligación alguna de cuidar de los enemigos. El mundo antiguo no tenía modo de formalización de la actividad médica en forma de concesión de licencias. Y la relación entre el estado y los médico queda expresada de forma muy imprecisa.

Sea como fuere, lo que ahora nos estamos preguntando es cómo se enfrentan los hipocráticos a la realidad en tanto en cuanto problema; cuál el apoyo o conjunto

⁹⁷⁴ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 34.

⁹⁷⁵ Preceptos. Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 35.

de puntos de apoyo que se sitúan al inicio de la marcha de la razón moral para orientar su actividad; cuál fue su experiencia; y cuál es la justificación de su preferencia a por la *tékhne iatriké*. Para ello tendremos en cuenta que el médico hipocrático fue pionero, pero también heredero y transmisor de la tradición en la que se encontraba.

La realidad como problema moral.

Hay que partir, por obvio que sea, que de los escritos del Corpus Hipocraticum se desprende una atención *preferente* por la concreta realidad del otro enfermo. Y es esa realidad (o esa parte de ella) la que asumen como problema. En los tratados hipocráticos el “otro enfermo” es aquel en el que la práctica médica puede apartar sus padecimientos o mitigar los rigores de sus enfermedades. Sin embargo no serán objeto de los rigores de la medicina aquellos que parecen ya dominados por las enfermedades y en los que el médico es consciente de que no tiene poder su práctica⁹⁷⁶. La realidad del otro enfermo es, pues el primer problema, tanto para proporcionar una ayuda, como para clarificar los límites precisos de esa ayuda.

Esa atención a la realidad del otro enfermo, está vinculada a un poderoso “afán que impulsa al conocimiento”⁹⁷⁷. Afán, que se puede entender como trabajo o premura, pero que, en su contexto (como alternativa a la prescindible “ganancia... al margen del conocimiento”) bien puede entenderse como deseo, pretensión o preferencia de ese conocimiento⁹⁷⁸.

Un conocimiento peculiar, cuya modesta, pero admirable “pretensión” no es otra que “el restablecimiento de alguno de los enfermos de dolencias internas”. Pretensión que, por cierto, no tiene parangón entre ninguna de las “profesiones descubiertas”⁹⁷⁹. Hay, pues, deseo de atender al enfermo y deseo de conocimiento. Hasta el punto de que “hay que conducir la sabiduría a la medicina y la medicina a la sabiduría”⁹⁸⁰. Por tanto, el otro enfermo es objeto de atención y problema. ¿Problema práctico o problema teórico?

⁹⁷⁶ SOBRE LA CIENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada. Fernández Gual, Carlos (Introducción general)*. Madrid: Gredos, [2001]. p. 111. ISBN: 84-249-0893-7.

⁹⁷⁷ PRECEPTOS. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 314.

⁹⁷⁸ Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición [Internet]. [visitado 16 de septiembre de 2011]; disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=af%C3%A1n

⁹⁷⁹ SOBRE LA CIENCIA MÉDICA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 120.

⁹⁸⁰ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 202.

Para dar respuesta a este problema, surge un modo peculiar de actuar, que, siendo una forma de dar solución, constituye en sí mismo un problema añadido. Se interpreta el nacimiento de la *tékhne iatriké* como un proceso natural en el que confluyen la necesidad de estar sanos y la observación (datos de la *aíthesis*): “Fue la necesidad la que llevó a los hombres a buscar y descubrir la medicina, puesto que la alimentación de los enfermos no requería lo mismo que la de los sanos”⁹⁸¹.

Siendo “el arte de la medicina... de todas las artes la más notable”⁹⁸², para practicarla, es necesario “estar en posesión de lo siguiente: capacidad natural [que guía hacia lo mejor], enseñanza, lugar adecuado, instrucción desde la infancia, aplicación y tiempo”⁹⁸³, puesto que de lo que se trata es de “apartar por completo los padecimientos de los que están enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades, y el no tratar a los ya dominados por las enfermedades, conscientes de que en tales casos no tiene poder la medicina”⁹⁸⁴.

La práctica médica, se convierte así en una posibilidad deseada, apropiable y problemática. Problemática no solo por las dificultades inherentes a su aprendizaje, sino por las dificultades que entraña su confrontación con otras prácticas, con las diferentes formas de realizarla por parte de los médicos, con otros modos de conocimiento, con su aceptación social y con relación a los fraudes. Veamos por qué.

La medicina es un arte (“la más notable”), pero que se halla relegada al último lugar, ya que no tiene fijada penalización, “salvo el deshonor”, que en nada afecta a los que se hacen llamar médicos pero que no lo son en la práctica. Esto es clave en un momento en el que el reconocimiento profesional no estaba avalado por títulos ni estudios reconocidos oficialmente⁹⁸⁵.

En esta nueva *tékhne* se prefiere actuar prestando atención, no a una teoría persuasiva, “sino a la práctica acompañada de la razón”⁹⁸⁶. Se elogia la teoría “siempre que tome su comienzo a partir del dato objetivo y mantenga la referencia a

⁹⁸¹ SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...*

⁹⁸² LEY. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.93.

⁹⁸³ LEY. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 93.

⁹⁸⁴ SOBRE LA CIENCIA MÉDICA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada. Fernández Gual, Carlos (Introducción general). Madrid: Gredos, [2001]. p. 111. ISBN: 84-249-0893-7.*

⁹⁸⁵ García Gual C. Introducción. En: *Sobre el médico. Tratados hipocráticos. Madrid: Gredos; 2001.p. 171-172.*

⁹⁸⁶ PRECEPTOS. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 311.

las realidades visibles”⁹⁸⁷. Se aprecia, sin duda, el papel del razonamiento en la práctica médica: “Son dignos de admiración sus descubrimientos [de la medicina antigua] mediante el razonamiento, por el camino correcto y no por azar”⁹⁸⁸.

Se desprecia, por otro lado, el método acrítico de los postulados, “desviando el arte de este método hacia el de los postulados”, o el lenguaje filosófico aplicado en la medicina: “todo aquello que los sabios y médicos han dicho y escrito sobre la naturaleza se ajusta menos al arte de la medicina que al de la literatura”⁹⁸⁹; ya que, por el contrario, “si uno pudiera... investigar con éxito el mundo externo, podría elegir siempre lo mejor”⁹⁹⁰.

Al parecer, entre aquellos que se habían formado como médicos, los malos eran mayoría: “los malos médicos, y son mayoría, tratan a enfermos que no tienen nada grave y a los que no perjudicarían las más grandes equivocaciones”⁹⁹¹. Los ejemplos de modelos problemáticos y a los que quieren dar una solución los hipocráticos son, por ejemplo, los caracterizados por “la cobardía [que] significa incapacidad y la temeridad desconocimiento del arte”⁹⁹²; los que muestran amargura, que hará parecer al médico “soberbio e inhumano”; los de la risa fácil, que es un modo de ser “grosero”⁹⁹³; sin contar otras cualidades contrapuestas a la medicina, como son “la intemperancia, la vulgaridad, la codicia, el ansia, la rapiña, la desvergüenza”⁹⁹⁴; o una “actitud grave”, que hace inaccesible al médico, tanto para sanos como para enfermos⁹⁹⁵.

Por otro lado, se encontraban los farsantes y embaucadores de todo tipo que andaban por el ágora y las calles ofreciendo conocimientos inservibles, “esos mercaderes del ágora, que confunden con su charlatanería...”⁹⁹⁶. Con su afectación estudiada “uno puede distinguirlos en su atuendo y en su aspecto externo; y aunque

⁹⁸⁷ PRECEPTOS. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 312.

⁹⁸⁸ SOBRE LA CIENCIA MÉDICA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 150.

⁹⁸⁹ SOBRE LA CIENCIA MÉDICA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 161.

⁹⁹⁰ SOBRE LA CIENCIA MÉDICA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 168.

⁹⁹¹ SOBRE LA CIENCIA MÉDICA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada. Fernández Gual, Carlos (Introducción general). Madrid: Gredos, [2001]. p. 147. ISBN: 84-249-0893-7.*

⁹⁹² LEY. En: *Tratados hipocráticos. Madrid: Gredos; 2001.p.94.*

⁹⁹³ SOBRE EL MÉDICO. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 176.

⁹⁹⁴ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 204.

⁹⁹⁵ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.206.

⁹⁹⁶ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.198.

vayan magníficamente ataviados, mucho más han de ser evitados y despreciados por quienes los ven”⁹⁹⁷.

La marcha moral de la medicina hipocrática parte, por tanto, de una realidad en la que es necesario definir y diferenciar, no solo teóricamente, sino ejemplarmente en qué consiste esta nueva *tékhne iatriké*. Se trata de una práctica que busca, para lograr su fruto, un saber real que no es *episteme*, sino *tékhne*. Un saber que funciona “teniendo como meta la verdad sobre lo que ha sido demostrado”⁹⁹⁸. Las generaciones de médicos hipocráticos buscan, en términos zubirianos, apropiarse de una posibilidad que no había sido sospechada por generaciones anteriores: el conocimiento de la *physis* para ayudar a los enfermos. Desde ese conocimiento son apreciados la investigación, el conocimiento, la experiencia, el razonamiento correcto, el acierto y se desprecian la ignorancia, la inexperiencia y el error, como veremos más adelante.

En *Sobre la ciencia médica* se alude a los hechos que definen la práctica médica: “apartar por completo los padecimientos de los que están enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades”, así como el “no tratar a los ya dominados por las enfermedades, conscientes de que en tales casos no tiene poder la medicina”⁹⁹⁹. Ya lo hemos visto. Y en esta empresa es necesaria una precisión, pues hay perfecta conciencia de acierto o error, hasta el punto en que se “aplaudiría calurosamente al médico cuyos errores fueran los mínimos”, a pesar de lo difícil que es discernir dónde está la “certeza absoluta”¹⁰⁰⁰. Y en esa tarea es necesario evitar los daños, tanto por el propio paciente, como para el médico. Así, por ejemplo, hay intervenciones que se deben de evitar por parecen “producir dos daños: dolor al operado, y gran descrédito al operador”¹⁰⁰¹.

Se trata de una práctica en la que es apreciada la belleza (“todo arte... es hermoso si desarrolla su actividad con un método científico”¹⁰⁰²); la bondad (“es bueno el razonamiento surgido de la enseñanza de lo real”¹⁰⁰³) y, desde luego, su

⁹⁹⁷ SOBRE LA DECENCIA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 198.

⁹⁹⁸ SOBRE LA DECENCIA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 199.

⁹⁹⁹ SOBRE LA CIENCIA MÉDICA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada. Fernández Gual, Carlos (Introducción general)*. Madrid: Gredos, [2001]. p. 111. ISBN: 84-249-0893-7.

¹⁰⁰⁰ SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 147.

¹⁰⁰¹ SOBRE EL MÉDICO. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 180.

¹⁰⁰² SOBRE LA DECENCIA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 198

¹⁰⁰³ SOBRE LA DECENCIA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 201.

verdad, que es algo buscado insistentemente, pues se tiene “como meta la verdad sobre lo que ha sido demostrado”¹⁰⁰⁴, ya que “la inteligencia... conduce después hasta la verdad”¹⁰⁰⁵. Y la verdad, conducirá al acierto al diagnosticar y tratar al paciente.

En cualquier caso, esta nueva *tékhne* es algo querido, preferido y disfrutado por médicos, pacientes y sociedad. Pero, precisamente por eso, también es algo problemático, al menos por tres motivos: a) por su definición como modo posible de práctica, es decir, como mera posibilidad; b) por su aprendizaje, es decir por su apropiación y aprobación por parte de médicos; y c) por su diferenciación con otras prácticas similares, es decir, por su visibilidad social, que tiene que ver con su apropiación y aprobación, tanto por los pacientes, como por parte de la sociedad.

El sistema de referencia en los escritos hipocráticos.

Para iniciar una marcha moral, que busca el bien de los pacientes, la verdad que permitirá acertar en el diagnóstico y el tratamiento, y la belleza propia de esta nueva *tékhne*, no hay otro remedio que partir de ciertos puntos de apoyo.

El primero de ellos es el esbozo que sobre la propia *tékhne* se fue elaborando. La *tékhne* se definió por oposición al azar (*tyche*) y a la intervención divina (*theía moîra*). El éxito se debe al aprendizaje del saber práctico cuyo objeto son las reglas del oficio. En el caso de la *tékhne iatriké* surge una *tékhne* (ciencia-arte-técnica-oficio-profesión) en la que se van delimitando las reglas (posibilidades) para producir algo: “apartar por completo los padecimientos de los que está enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades”, ayudar a los enfermos a recuperar la salud, a los sanos a fortalecerla y a los atletas a mejorar su condición, dando razón de ello. El campo queda delimitado por las reglas y por la naturaleza de la enfermedad, pues el médico completo es el hombre capaz de distinguir entre lo posible y lo imposible, ya que “dentro de la medicina no existe poder sobre lo que la rebasa”¹⁰⁰⁶. Y si es necesario, se defiende esta preferencia con todos los argumentos necesarios para oponerse a quienes calumnian o se mofan de “los trabajos de sus vecinos”¹⁰⁰⁷.

Las reglas que van apropiándose los hipocráticos buscan el dominio sobre la enfermedad “con el examen de la inteligencia” a partir de datos sensibles (*aísthesis* o percepción + *logismós* o razonamiento), sin recurrir a postulados vacuos sin “punto

¹⁰⁰⁴ SOBRE LA DECENCIA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 199.

¹⁰⁰⁵ PRECEPTOS. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 312.

¹⁰⁰⁶ SOBRE LA DECENCIA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 204.

¹⁰⁰⁷ SOBRE LA CIENCIA MÉDICA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p.108.

de referencia que tiene que haber para conocer la verdad”. La referencia o *métron*, está basada en “la percepción sensible del cuerpo humano (*aístesis toû sómatos*)”, entendido esto como aquello que se deja sentir en el cuerpo humano, en el doble sentido de sensaciones que experimente al propio cuerpo y que son perceptibles a los sentidos del médico¹⁰⁰⁸. Hay, pues, un propósito indeclinable de “partir del dato objetivo” y mantener “la referencia a las realidades visibles”, como referencia previa a cualquier consideración teórica¹⁰⁰⁹. Esto no quiere decir sino que es la realidad bien concreta del otro enfermo el eje del sistema de referencia moral de los médicos hipocráticos.

Si la *tékhne iatriké* resulta ser una posibilidad apropiable, caracterizada por un conjunto de notas, ésta solo se concreta físicamente cuando es practicada por un médico. Es el médico, el ejemplo visible de esa posibilidad. Y éste no requiere únicamente un conocimiento de la *physis*. Además, es necesario “disponerse a hacer lo debido uno mismo”¹⁰¹⁰ y mantener una disposición de ánimo libre del incumplimiento “de las tareas presentes”¹⁰¹¹. Requiere, por tanto, unos “hacer”, y hacer “lo debido”. Se *presuponen*, por tanto, unos deberes, que por otro lado, van a configurar un determinado modelo de buen médico.

En ese buen médico hay “el deseo de agradar, porque es digno del prestigio del médico”¹⁰¹². Pero para ello, el buen médico debe adquirir un dominio efectivo de las enfermedades, pues “las enfermedades que escapan al examen de los ojos quedan sometidas al examen de la inteligencia...porque es propio de la inteligencia conocer las causas de las enfermedades y el saber atender a ellas con todos los cuidados”¹⁰¹³. Hay que adquirir conocimientos, tales como llevar “bien aprendidos los medicamentos y sus propiedades simples y compuestas”.

Tal es la confianza en la utilidad del conocimiento para la sanación, que se vincula directamente a la categoría moral de “lo mejor”: “Si uno pudiera investigar con éxito el mundo externo, podría elegir siempre lo mejor. Y lo mejor es siempre lo que se aparta de lo inadecuado”¹⁰¹⁴. Se trata de conseguir elegir la posibilidad que es la mejor para el paciente, se trata de investigar para ello. Por tanto, en el sistema

¹⁰⁰⁸ Lara Nava MD. Nota 18, en Sobre la medicina antigua. En: *Tratados hipocráticos*. Madrid: Gredos; 2001.p. 146-147.

¹⁰⁰⁹ PRECEPTOS. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 312.

¹⁰¹⁰ AFORISMOS. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 245.

¹⁰¹¹ PRECEPTOS. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 319.

¹⁰¹² PRECEPTOS. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 318.

¹⁰¹³ SOBRE LA CIENCIA MÉDICA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 119.

¹⁰¹⁴ SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 168.

de referencia para la marcha moral, queda como punto de apoyo fundamental en la práctica médica, desde sus inicios, el conocimiento. Algo que debe ser inexcusablemente adquirido por el médico.

Pero también es necesario saber actuar, “pues muchos casos no es la reflexión lo que requieren, sino la ayuda inmediata”¹⁰¹⁵. El buen médico actúa empleando lo que “sea conveniente” para el enfermo, pues lo que se busca no es otra cosa que beneficiar al paciente y no dañarle. Por ejemplo “un vendaje es propio de la medicina, si está hecho para beneficiar al paciente” y hay que descartar aquello que “produce daño”¹⁰¹⁶. Y si para ello es necesario contar con conocimientos y saber hacer, no menos necesarios son los recursos materiales (lugar, compresas, vendajes, medicamentos), “pues la falta de recursos supone impotencia y daño”¹⁰¹⁷.

Pero además, el buen médico demuestra una serie de cualidades: debe ser “constante” en el trabajo¹⁰¹⁸; tener el carácter “de una persona de bien... serio y afectuoso con todos”¹⁰¹⁹; los buenos médicos son “bienintencionados y afables con los que son afines, bien dispuestos para con todos”¹⁰²⁰; se ha de ser “justo en cualquier trato” puesto que a menudo “frecuentan mujeres, muchachas jóvenes y pasan junto a objetos de muchísimo valor” y se ha de conservar el “control ante todo esto”¹⁰²¹. Pero, además, al médico se le piden las cualidades del sabio: “desprendimiento, modestia, pundonor, dignidad, prestigio, juicio, calma, capacidad de réplica, integridad, lenguaje sentencioso, conocimiento de lo que es útil y necesario para la vida, rechazo de la impureza, alejamiento de toda superstición, excelencia divina”¹⁰²².

Pero todo esto de nada serviría si no se cuida la etiqueta, la apariencia. La prestancia del médico (*prostasíe* o “dignidad externa”) reside en que “tenga buen color y sea robusto en su apariencia, de acuerdo con su complexión natural” y “aspecto aseado, con un atuendo respetable, y perfumado con ungüentos de buen aroma”¹⁰²³. En Sobre la decencia, se indica que en el atuendo debe haber “decoro y sencillez”, no para lucirse, sino para fines netamente prácticos: “buena reputación”,

¹⁰¹⁵ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.206-207.

¹⁰¹⁶ SOBRE EL MÉDICO. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 177-178.

¹⁰¹⁷ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.206.

¹⁰¹⁸ LEY. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 93.

¹⁰¹⁹ SOBRE EL MÉDICO. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 175-176.

¹⁰²⁰ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 199.

¹⁰²¹ SOBRE EL MÉDICO. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 175-176.

¹⁰²² SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 202-203.

¹⁰²³ SOBRE EL MÉDICO. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 175.

para suscitar un clima reflexivo (no de espectáculo) y de introspección y para poder caminar sin estorbos¹⁰²⁴. El autor de Sobre la decencia no descuida la importancia del lenguaje. Éste debe utilizarse “expresando en palabras eficaces todo lo que esté probado, utilizando una buena dicción, haciéndolo con gracia”¹⁰²⁵.

En ambos casos, atuendo y lenguaje, se trata de algo más que de una cuestión de formas mediante la que se defiende una determinada *tékhne*. Decoro y sencillez son cualidades que pueden atribuirse tanto al modo de vestir como a una determinada forma de ser. Pero además, en lo relativo al lenguaje, el autor deja bien claro que aquél debe tener “como meta la verdad sobre lo que ha sido demostrado”¹⁰²⁶. Se defiende, por tanto, la verdad de lo probado frente a lo ilusorio, lo fraudulento y lo puramente especulativo. La estima de la verdad de lo probado expresa y configura una forma de ser que se traduce en un determinado lenguaje. En cualquier caso, hay una clara consigna de estar “pendiente de sí mismo”, pues la forma de sentarse, la compostura, el atuendo tienen la máxima importancia en la práctica médica.

Pero, además de realidades, reglas, notas del carácter y características relativas a la prestancia, los hipocráticos tenían en su sistema de referencia moral, tal como lo estamos entendiendo, unas medidas muy concretas de logro que configuran un modelo de práctica orientada a la consecución de ciertas cosas: el reconocimiento social, los aciertos en el ejercicio de la medicina y los descubrimientos alcanzados.

Hay un indudable anhelo por el reconocimiento social cuando se afirma que, una de las consecuencias de una adecuada educación, será el ser “considerado médico no solo de nombre, sino también de hecho” al ir a recorrer las ciudades¹⁰²⁷. Pero también hay la búsqueda de un reconocimiento más allá del momento presente, cuando se afirma que “los hechos gloriosos se conservan en la memoria de todos los hombres, y los que caminan entre ellos son glorificados por padres e hijos”¹⁰²⁸.

Así, pues, en el sistema de referencia de los autores de los textos hipocráticos nos encontramos la propia práctica, basada en la realidad concreta del otro enfermo, en los descubrimientos de la observación y en el razonamiento realizado “por el

¹⁰²⁴ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 198.

¹⁰²⁵ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 199.

¹⁰²⁶ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 199.

¹⁰²⁷ LEY. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 94.

¹⁰²⁸ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 211.

camino correcto y no por azar”¹⁰²⁹, que va acumulando unos conocimientos (verdades sobre lo que ha sido demostrado); en habilidades, formas de ser y de comportarse, que deben transmitirse mediante la educación e irse adquiriendo con la experiencia. Si esto se hace correctamente, se obtendrían unos frutos que consisten en la prevención, curación o alivio de los padecimientos de los enfermos, un reconocimiento humano de la peculiaridad y logros de esta práctica, así como una profunda satisfacción personal.

Con este sistema de referencia, los hipocráticos inician una marcha moral, consistente en apropiación de esa posibilidad denominada *tékhne iatriké*, que da lugar a una experiencia personal que se transmite de generación a generación y que se traduce en hechos de los que han ido dando cuenta los tratados de historia de la medicina. El modo preferido de esbozar esa práctica parece ser el que describe un determinado modelo de médico que encarna la buena práctica.

Experiencia y justificación moral.

Recordemos que la idea de experiencia tiene que ver con una probación física de la realidad, una vez que se aplica un determinado esbozo de posibilidades. En el campo moral, Diego Gracia entiende esta probación física de la realidad como una apropiación efectiva de las posibilidades presentadas esbozadamente. Cuando hay adecuación entre lo esbozado y lo logrado realmente, se produce una experiencia de “conformación”, que no consiste sino en un proceso continuo de discernimiento¹⁰³⁰.

Cuando la experiencia aprueba el esbozo, podemos afirmar que va quedando verificado. Esa verificación se realiza por el camino de los hechos o por el camino de la lógica, de ahí que se haya afirmado que la “verificación racional es a la vez lógica e histórica”¹⁰³¹. Y así parece haber sido para los médicos griegos, como veremos más adelante. Sin embargo, en el ámbito moral, recordémoslo una vez más, la verificación recibe el nombre de justificación, que no solo es dar razón de un acto, sino de un “preferir”, o “dar razón de la razón”, dar cuenta de la “última razón de la razón”.

¹⁰²⁹ SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 150.

¹⁰³⁰ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 498-9. ISBN: 84-7754-045-4.

¹⁰³¹ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 503. ISBN: 84-7754-045-4.

Se justifica en último término la “figura que el hombre adquiere y que el hombre describe”¹⁰³². En definitiva, el problema de la justificación tiene que ver con la condición de bondad o maldad que concierne a la figura de sí mismos que han ido realizando los médicos hipocráticos. Y a su vez esa bondad o maldad tendrá que ver con la condición de funcionar o no como agentes de promoción positiva humana.

La tarea de justificación no es ajena a los escritos hipocráticos, pues en ellos se afirma claramente que lo propio de la medicina es “conocer lo que se distingue por ser beneficioso y lo que le es dañino”, al igual que “el que pasó una enfermedad sabe elogiar y censurar algo de los tratamientos del régimen con el que recobró la salud” y bajo este criterio (lo bueno y lo malo) hay “aciertos y errores”¹⁰³³.

Y ese conocimiento de lo beneficioso y lo dañino no se funda en algo abstracto, pues “la única medida, número o peso válido al que uno podría referirse para conocer qué es lo preciso [en medicina] es la percepción del cuerpo humano”¹⁰³⁴. Ya que “no es posible sacar provecho de lo que se cumple sólo de palabra, sino de lo que llega a la demostración de la realidad”¹⁰³⁵.

Por tanto, si el otro enfermo en toda su concreción es la medida de lo real, entonces es reconocido como eje del sistema de referencia, de modo que es la realidad del otro enfermo el principal criterio para definir la validez de cualquier esbozo relativo a la *tékhne iatriké*. Pero si la experiencia moral tiene que ver con la aprobación o reprobación de la realidad del esbozo utilizado, esa aprobación o reprobación dependerá no solo del enfermo, sino de la realidad humana en sentido amplio y, por tanto, también de los propios médicos y de la sociedad griegos.

Los enfermos, por su parte, “no saben lo que padecen ni por qué padecen, ni lo que va a suceder... [están] aquejados por el dolor presente, temerosos del futuro... incapaces de soportarlo con firmeza”¹⁰³⁶. Los médicos buenos no son algo espontáneo y generalizado. Entre los sanadores hay ignorancia y fraudes (muchos médicos de nombre, pero en la práctica pocos), así como mala práctica, por la que “sufren las consecuencias los enfermos que no tienen culpa, a los que la violencia de la

¹⁰³² ZUBIRI, Xavier. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza : Fundación Xavier Zubiri, 2007. pp. 351, 354, 360. ISBN: 978-84-206-9035-3.

¹⁰³³ SOBRE LA CIENCIA MÉDICA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.113.

¹⁰³⁴ SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.146.

¹⁰³⁵ PRECEPTOS. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 312.

¹⁰³⁶ SOBRE LA CIENCIA MÉDICA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 115.

enfermedad no se les habría manifestado en grado suficiente, si no se hubiera añadido a la inexperiencia del médico”¹⁰³⁷ .

La posibilidad primera de la que quieren apropiarse los buenos médicos hipocráticos, no lo olvidemos, es la sanación del otro enfermo o, al menos, la posibilidad de pronosticar la eficacia de su *tékhne*. Ellos creen comprobar que la realidad aprueba, al menos parcialmente, su esbozo, es decir, la *tékhne iatriké* entendida en su sentido más amplio. Así, reconocen que “los médicos tratan muchas enfermedades, pero muchas de ellas se les curan [a los enfermos] por sí mismas”¹⁰³⁸ . Y, si bien no todos los tratados por la medicina evolucionan bien, “algunos de los tratados por la medicina se curan, está reconocido”¹⁰³⁹. Y, en cualquier caso, se describen múltiples ejemplos en los que se cree demostrar que determinadas intervenciones médicas contribuyen a mejorar los padecimientos de los enfermos. Por tanto, para ellos, la pretensión sanadora, que era su principal posibilidad apropiable, se logra realizar con los esbozos utilizados.

Pero además, se justifica el conocimiento propio de la *tékhne* pues saber “las características naturales” de las dolencias hará que se llegue a ser “un buen médico”¹⁰⁴⁰. Ante la ciencia, la mera opinión es fuente de daño, pues “acarrea la perdición para los que se sirven de ella”¹⁰⁴¹; pero también “la falta de recursos supone impotencia y daño”¹⁰⁴². Y reconocer los límites del arte es fundamental de cara a la justificación moral, pues “conociendo previamente y prediciendo quiénes va a morir y quiénes va a salvarse, se eximirá de responsabilidad”¹⁰⁴³

Si los conocimientos y habilidades propios de la práctica médica son justificados de este modo, otras cualidades internas y externas de los médicos (también esbozos parte de este complejo esbozo que hemos denominado *tékhne iatriké*) también son justificados de uno u otro modo.

Se afirma que es necesario mantener el cuerpo en buenas condiciones, pues “la mayoría de la gente opina que quienes no tienen su cuerpo en buenas condiciones no se cuidan bien de los ajenos”¹⁰⁴⁴. Esta recomendación, que presupone el buen

¹⁰³⁷ PRECEPTOS. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 312.

¹⁰³⁸ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.204.

¹⁰³⁹ SOBRE LA CIENCIA MÉDICA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.111.

¹⁰⁴⁰ EL PRONÓSTICO. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.332.

¹⁰⁴¹ SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.201.

¹⁰⁴² SOBRE LA DECENCIA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.206.

¹⁰⁴³ EL PRONÓSTICO. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p. 332.

¹⁰⁴⁴ SOBRE EL MÉDICO. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.175.

cuidado de los cuerpos ajenos por parte del buen médico, está orientada a dar una respuesta positiva a las expectativas de sanación por parte del paciente, evitando el malentendido de dar una imagen de mal médico. Puede entenderse también desde una perspectiva meramente estratégica, pero hay numerosas citas en los escritos hipocráticos que muestran una intencionalidad fundamentalmente sanadora, más allá de mero deseo de agradar o generar una confianza.

Del mismo modo, todo el atuendo, debe estar orientado “a la buena reputación, a la reflexión e introspección, además de adecuado para caminar”¹⁰⁴⁵. El médico hipocrático sabe que necesita de la buena reputación para desempeñar su tarea, pero también de la reflexión e introspección para el uso de su inteligencia, y de ropaje adecuado para caminar y poder desempeñar su misión sin impedimentos.

Si el atuendo es importante, no lo es menos el lenguaje empleado. Así, es bueno explicar lo que va a suceder, porque “da prestigio y es fácil de entender”¹⁰⁴⁶; es buen hacer frecuentes visitas y exploraciones cuidadosas, pues hará que surja el conocimiento con más facilidad y “te sentirás más a gusto”¹⁰⁴⁷. En cambio, “hay que tener cuidado en la discusión del salario”, ya que tal preocupación es “nociva para quien está agobiado, y mucho más en el caso de una afección aguda”¹⁰⁴⁸. En la justificación de la prestancia médica se encuentra tanto el bien del paciente (tranquilidad, confianza), como del propio médico (conocimiento, prestigio, bienestar personal).

Si, como vemos, la sanación del otro enfermo es la primera de las posibilidades consideradas, también había otras pretensiones y posibilidades para ellos, como la de conseguir un reconocimiento humano de su labor, cuestión que justifica en buena medida su forma de actuar. Y si en la sociedad helena algunas *tekhnai* lograron gran prestigio, una de ellas fue la medicina. Y esto lo comprobaron y, por tanto, lo comprendieron bien los médicos hipocráticos, pues se trataba de un “arte del que todos se sirven en momentos cruciales y por el que sus practicantes y profesionales expertos son tenidos en gran estima”¹⁰⁴⁹.

Si bien la satisfacción personal de los médicos (su pretensión de felicidad), no es criterio frecuente y explícito de justificación en sus escritos, sí han llegado a

¹⁰⁴⁵ SOBRE LA DECENCIA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 198.

¹⁰⁴⁶ SOBRE LA DECENCIA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p.207.

¹⁰⁴⁷ SOBRE LA DECENCIA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 208.

¹⁰⁴⁸ PRECEPTOS. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p.313.

¹⁰⁴⁹ SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p.136.

comprender que “la falta de experiencia... se ve privada de alegría y felicidad y es nodriza de cobardía [incapacidad] y temeridad [desconocimiento del arte]”¹⁰⁵⁰. Esta experiencia está basada, recordémoslo, en la búsqueda de lo verdadero y lo acertado para sanar. Por eso, “una fingida representación de la razón, muchas veces acarrea una disposición (de ánimo) pesada y triste”¹⁰⁵¹.

En definitiva, es evidente que los médicos hipocráticos justifican su *tékhne iatriké* de múltiples formas, ante todo atendiendo a la realidad del otro enfermo, que es la que aprueba o reprueba su búsqueda intelectual.

LA MEDICINA LATINA.

En Roma los “verdaderos médicos” (Laín Entralgo) se agruparon en *collegia* u organizaciones profesionales. Había una fragmentación en sectas y escuelas, que limitó el desarrollo profesional, situación que corrigió Galeno gracias a su síntesis teórica. Estableció la medicina sobre unas bases científicas más universales que fueron aceptadas por todos los médicos posteriores. Hubo especialistas (cirujanos de ojos, dientes) que surgen de Egipto y ejercen en Roma, esclavos médicos (*servi medici*) romanos que bajo supervisión practicaban la medicina en las formas más rudas y atendían a las gentes socialmente más humildes; los *medici liberti*; los médicos contratados en Roma para tareas diversas (para atender a gladiadores, circo, teatros, médicos militares). Está claro que había dos clases de médicos: los “letrados” y los “sin letras”, como los clasifica Platón.

En la literatura latina se alude al rol y, por tanto, al carisma que debe tener el médico. En el texto farmacológico de título *Prescripciones*, de Escríbonio Largo (14-54 d.C. aproximadamente), médico del emperador Claudio, comienza con una contribución a la ética médica: “Los médicos, si no tienen un ánimo lleno de misericordia y de humanidad, según las características de su propia profesión, deben ser invisibles a todos los dioses y a todos los hombres, pues la medicina estima a los hombres no por su fortuna ni por su persona, sino que promete socorrer en la misma

¹⁰⁵⁰ LEY. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p.94.

¹⁰⁵¹ PRECEPTOS. En: HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos...* p. 312.

medida a todos aquellos que imploran su auxilio, y confiesa que nunca hará mal a nadie”¹⁰⁵².

Aquí sitúan en el sistema de referencia, en un primer momento, características o cualidades internas relativas a plano volitivo y de los sentimientos: “Los médicos, si no tienen un ánimo lleno de misericordia y de humanidad, según las características de su propia profesión, deben ser invisibles a todos los dioses y a todos los hombres...”.

Estas cualidades morales se justifican aludiendo a lo que “la medicina estima”, es decir, personalizando la práctica médica y atribuyéndole una preferencia que, se entiende, tendría que ser propia del buen médico. Así, afirma “...pues la medicina estima a los hombres no por su fortuna ni por su persona...”. El buen médico, por tanto, es aquél que estima a los hombres de forma equitativa, no en base a sus recursos o sus características personales. Se coloca, en el momento de la justificación, un horizonte (lo que la medicina estima) al cual debería ajustarse el buen médico.

De ahí se deducen dos obligaciones que son expresados en forma de promesa y confesión: “promete socorrer en la misma medida a todos aquellos que imploran su auxilio, y confiesa que nunca hará mal a nadie”¹⁰⁵³. En este bello texto, por tanto, se sitúan en el sistema de referencia moral categorías relativas a competencias morales (misericordia y humanidad), justificadas en base a un criterio directamente vinculado al modo de querer (desear-preferir-fruir) del buen médico; que a su vez da lugar a categorías relativas un deber (la medicina... *promete* socorrer... *nunca* hará mal) de ayuda, universal e incondicionalmente entendido.

Además, se afirma que los médicos que administran drogas deben poseer ciertas cualidades morales que les obligan a no suministrar drogas nocivas a nadie, incluso al enemigo, aunque luego se combata con él en el “papel de soldado y de buen ciudadano”¹⁰⁵⁴. Más adelante se afirma: “la medicina: ésta, en efecto, es la ciencia de sanar, no de dañar”. Lo cual no hace sino volver justificar el modo de ser de quien practica la medicina, pero esta vez, no tanto enmarcado en un *telos* al que

¹⁰⁵² Escribonio Largo. Citado en GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 74. ISBN: 84-7754-045-4.

¹⁰⁵³ Escribonio Largo. Citado en GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 74. ISBN: 84-7754-045-4.

¹⁰⁵⁴ Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 40.

hay que ajustarse, sino situando formalmente la práctica médica en una línea de inequívoca promoción positiva de lo humano.

La principal figura de la tradición hipocrática latina fue Galeno (129-200 d.C.), originario de Pérgamo y establecido en Roma. Numerosos de sus tratados tienen comentarios éticos. En su ensayo *El mejor médico es también un filósofo*, afirma que cualquier médico debe conocer todos los campos de la filosofía (lógica, física y ética) y ser experto en el razonamiento de los problemas que se le presentan y conocer la naturaleza del cuerpo. Delimita así una serie de competencias intelectivas que deben ser adquiridas por el médico.

Pero además, hay otro tipo de competencias ligadas a la forma de ser. Así, afirma, que debe practicar la templanza y “despreciar el dinero”, ya que las acciones malas de los hombres se ejecutan por incitación de la codicia o bajo el hechizo del placer. Y aquí vemos de nuevo cómo se sitúa una competencia moral (la templanza), directamente ligada al modo de querer del médico; y se añade una justificación relativa al criterio heterónimo naturalista esbozado en el tema de las virtudes y los vicios.

Galeno remite a un modelo ideal de médico que atiende a los pobres, sigue un régimen médico dictado por la racionalidad y es estudioso de todo lo que afecte a la salud, es imparcial y vive una vida modesta. Cita la literatura del decoro hipocrático para esbozar ese retrato. En su tratado escrito para que las personas supieran elegir médico, *Examinando el mejor médico*, recomienda buscar un médico sabio, eterno estudioso y con una vida normal. Su ética se centra sobre todo en la personalidad de los que practican la medicina. Afirma que la amabilidad y la cortesía hacia los pacientes son un poderoso instrumento para la curación. Él señala ante todo las aptitudes y virtudes, más que las normas y los deberes¹⁰⁵⁵.

El médico debía de ser filósofo y, por tanto, tener virtudes éticas (o morales) y virtudes dianoéticas (o lógicas) propias de la sabiduría. La suma de todo esto es una forma de vida (*bíos*, como lo llama Aristóteles), propia del sabio y del filósofo. Cuando esto no sucede así, y el médico no responde a este tipo ideal, entonces su *bíos* no es el adecuado y, por tanto, tampoco su *éthos* ni su *lógos*. Todo esto lo sitúa fuera de la tradición y del carisma médico y, por tanto, lo hace incompetente para el

¹⁰⁵⁵ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 43.

ejercicio paternalista de su profesión¹⁰⁵⁶. El buen médico queda, por tanto, justificado en tanto en cuanto se *ajusta* al modelo natural que la tradición ha ido entregando, en tanto en cuanto adquiera efectivamente ciertas competencias morales e intelectivas.

En sus comentarios al libro de las *Epidemias*, Galeno señala la importancia de ciertos signos externos del médico. Así, afirma que el médico “no debe llegar en mal momento, ni de modo petulante, con mucho estrépito o hablando alto; debe cuidar sus andares, su porte y todos los detalles que pueden resultar indecorosos”... “Ciertos médicos de nuestros días... se comportan de modo rudo...; otros, por el contrario, practican la adulación servil, hasta hacerse despreciables”¹⁰⁵⁷. Así de esboza un tipo concreto de buen médico.

Y todo esto es importante porque “Si el enfermo no admira al médico de algún modo como a un dios, no aceptará sus prescripciones...”, lo cual no es sino un modo paternalista de justificar unas normas de etiqueta. El la confianza, como la de un niño en brazos de su padre o de su madre, podríamos decir, lo que justifica el cuidado de la apariencia: “Procure [el médico] guardar su porte, en su voz y en todas sus actitudes la dignidad del médico, enseñando al enfermo a tener confianza en las actuaciones de su médico”¹⁰⁵⁸. Y esa dignidad se expresa en el porte, vestido, pelo, uñas u olores.

Hay pocos datos sobre la conducta de los médicos de la época clásica. Los datos y testimonios disponibles indican que hubo de todo: médicos infames, asesinos impunes, codiciosos, ignorantes, ordinarios. Sin embargo, el retrato del médico decente o decoroso se mantiene a lo largo de los siglos. En él, las características externas que hacen a un médico aceptable y que, por tanto, mejoran su reputación, deberían tener su correspondencia con una integridad interior. Según ello, la integridad del médico quedaría esbozada; pero la apropiación y conformación del propio modo de ser a ese retrato debería estar de acuerdo con una autenticidad.

¹⁰⁵⁶ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 75-6. ISBN: 84-7754-045-4.

¹⁰⁵⁷ Citado en: GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 80. ISBN: 84-7754-045-4.

¹⁰⁵⁸ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 81. ISBN: 84-7754-045-4.

Jonsen concluye que “el tono deontológico de los textos clásicos es mucho más silencioso que lo es el decoro”¹⁰⁵⁹ y que la ética cívica, la responsabilidad social del médico solo aparece de un modo marginal en las épocas helenística y romana. Esto puede tener que ver con un cierto deslizamiento de los criterios de justificación moral del médico. Si los hipocráticos consideran que lo propio de la medicina es “conocer lo que se distingue por ser beneficioso y lo que le es dañino”¹⁰⁶⁰, teniendo como “la única medida, número o peso válido al que uno podría referirse para conocer qué es lo preciso [en medicina]... la percepción del cuerpo humano”¹⁰⁶¹, posteriormente parece que cobra un peso mayor como criterio justificante, un tipo de médico ajustado al modelo heredado a su vez de la tradición helena.

CULTURA BIZANTINA.

Tras la división del imperio romano por emperador Teodosio en el año 395 en una parte occidental y otra oriental, el Imperio de Occidente desaparece con las invasiones bárbaras en el año 476, perdiéndose parte del saber antiguo; aunque hubo compiladores como San Isidoro de Sevilla (570-636) que reunieron restos del conocimiento clásico.

El Imperio de Oriente (o bizantino) perduró hasta el año 1453. Allí se conservó mejor el saber antiguo. Para la historia de la medicina fue importante el destierro de los herejes nestorianos y el cierre de la academia platónica: Nestorio, condenado en el Concilio de Éfeso (431) fue expulsado con sus seguidores, que llevaron importantes libros de ciencia antiguos, asentándose en Siria y en Persia (489). Algunos de los sabios de la academia platónica se reunieron con los nestorianos¹⁰⁶².

En el periodo transcurrido entre el siglo V, en el que se consuma la invasión del Imperio romano de occidente por los pueblos germánicos, y la toma de Constantinopla por los turcos a mediados del siglo XV, existen cuatro culturas distintas: la bizantina, la europea occidental, la islámica y la judía. En este periodo

¹⁰⁵⁹ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 45.

¹⁰⁶⁰ SOBRE LA CIENCIA MÉDICA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos I, Juramento ; Ley ; Sobre la ciencia médica ; Sobre la medicina antigua ; Sobre el médico ; Sobre la decencia ; Aforismos ; Preceptos ; El pronóstico ; Sobre la dieta en las enfermedades agudas ; Sobre la enfermedad sagrada. Fernández Gual, Carlos (Introducción general)*. Madrid: Gredos, [2001]. P. 113. ISBN: 84-249-0893-7.

¹⁰⁶¹ SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA. En: *HIPÓCRATES. Tratados hipocráticos...* p.146.

¹⁰⁶² Sánchez, M.A. Opus cit. pp. 114-115

la medicina es el resultado de acomodar la *tékhnē iatriké* griega a estas culturas. Desde un punto de vista moral, el médico se veía a sí mismo como un elegido, un privilegiado, alguien necesariamente autoritario para bien de sus enfermos y alguien moviéndose (también necesariamente para bien de sus enfermos) en un contexto de gran impunidad¹⁰⁶³.

El Imperio bizantino, que agrupaba pueblos europeos, asiáticos y africanos que compartían el griego bizantino y una fe cristiana muy asumida socialmente (la herejía podía convertirse en delito civilmente punible), con diferencias internas sociales importantes reflejadas en una estructura señorial, agraria, artesanal, comercial y urbana, duró hasta 1453, cuando Constantinopla fue conquistada por los turcos. La *tékhnē iatriké* de la Antigüedad helenística pasó al mundo bizantino, aunque se practicó una medicina técnica y otra de carácter supersticioso y popular.

Hubo médicos paganos y cristianos, aunque aquéllos cada vez menos frecuentes. No existió la titulación oficial, aunque algo se aproximó bajo la dinastía de los Comenos (s. XII) con la existencia de un diploma o *symbolon* consecutivo a un examen de suficiencia técnica. Consta la existencia de corporaciones médicas de carácter profesional desde la época de Justiniano (s. VI). Los ricos eran atendidos por grandes médicos como Oribasio o Aecio, que si, como fue el caso de Jacobo Psicresto tenían un espíritu benéfico o caritativo visitaban gratuitamente a los enfermos pobres. Éstos eran cuidados en los hospitales. Nunca llegó a existir una asistencia socializada.

En cualquier caso, Jesús de Nazaret pasó a ser una figura central en el sistema de referencia moral. Según los relatos evangélicos, se identificó con los enfermos y se compara a sí mismo con un médico¹⁰⁶⁴. Por un lado se sitúa como un modelo humano (no solo de médico), que representa un esbozo que actúa como referencia direccional para una búsqueda de la razón moral cristiana; además, es alguien con el que el cristiano cree posible una experiencia, al menos parcial, de compenetración y conformación moral ; finalmente, Jesucristo es alguien que se muestra a sí mismo como criterio justificante directamente vinculado a la divinidad, en la acción con los enfermos: “Venid benditos de mi Padre... porque estaba enfermo y me visitasteis”¹⁰⁶⁵.

¹⁰⁶³ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 83. ISBN: 84-7754-045-4.

¹⁰⁶⁴ Mt 9, 12.

¹⁰⁶⁵ Mt 9; 10-13; 25,34-36.

La Iglesia veía positivamente la curación médica. Se sumió en una continua batalla contra el uso de la magia y la superstición en la actividad curativa y abogó por una medicina racional con la que enfrentarse a la superstición. Salvo excepciones, la literatura cristiana primitiva no contiene ningún elemento que rechace la sabiduría o las técnicas médicas humanas¹⁰⁶⁶.

Y veía positivamente la ética médica de la tradición hipocrática. A fines del siglo IV San Jerónimo daba consejos al presbítero Nepociano, recordándole el deber de visitar a los enfermos, de comportarse respetuosamente, de modo similar a Hipócrates que “antes de enseñar a sus discípulos, les obliga a hacer un juramento y a prometerle obediencia; les obliga por juramento al silencio y les describe la manera de hablar y andar, el porte y carácter”¹⁰⁶⁷

En las raíces de la fe cristiana hay una disponibilidad hacia los enfermos, que se justifica desde la propia figura, hechos y palabras de Jesús de Nazaret, como ya hemos visto. En el siglo III, cuando la peste asoló Italia y el norte de África los cristianos fueron conocidos por su dedicación a los enfermos, hasta el punto de arriesgar sus vidas. San Juan Crisóstomo, en el siglo IV reflexiona sobre la parábola del buen samaritano¹⁰⁶⁸ y afirma: “No importa si el enfermo es cristiano, judío o gentil, rico o pobre, esclavo o libre; es su necesidad la que te llama”¹⁰⁶⁹.

La mentalidad cristiana, desde esta perspectiva, vuelve la mirada hacia la concreta realidad del otro enfermo. Es, ante todo, otro en situación de “necesidad” el elemento del sistema de referencia al que se alude. Y es esa realidad la que moviliza la volición y despertando una determinada tendencia o pretensión. Dependerá del agente moral dar o no preferencia a esa tendencia, pero la propuesta es la de darle la máxima prioridad. Hasta el punto de que esa “necesidad” concreta no solo se sitúa de modo central en el sistema de referencia, sino que es comprendida como justificación suficiente para dar validez a una imparcialidad de la acción.

¹⁰⁶⁶ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 48-39.

¹⁰⁶⁷ Cartas de San Jerónimo. Citado en GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 83. ISBN: 84-7754-045-4.

¹⁰⁶⁸ Lc 10,29-37.

¹⁰⁶⁹ Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 50.

LA MEDICINA ÁRABE.

Tras la muerte de Mahoma (632) en el curso de sólo cien años un pequeño grupo de beduinos inicia uno de los sucesos más sorprendentes de la historia: el proceso expansivo de los árabes. Esta expansión hace que se encuentren el monoteísmo mahometano y la helenidad. Su esplendor se alcanza en el siglo IX. El Corán proponía a sus fieles una forma de vida basada en el perdón, la moderación, la honradez, la humildad, la amabilidad y la fraternidad entre los creyentes, la tolerancia hacia los no creyentes, y todo ello como una obligación en relación con Alá, el Caritativo y Compasivo. Además el Corán aporta ejemplos de buena conducta, que sirven de cursos de acción modélicos¹⁰⁷⁰. Esta ética religiosa era referencia permanente para la erudición de la ciencia y medicina islámicas.

La asimilación de las fuentes griegas fue posible y rápida porque los musulmanes se lanzaron a la empresa de traducir a su lengua y hacer suyos los textos helénicos o siríacos. Todo ello basado en ciertas sentencias atribuidas al propio Mahoma: “Buscad el saber, aunque hayáis de ir a China” o “quien deja su casa para dedicarse a la ciencia, sigue los caminos de Alá”.

Al llegar a Persia los árabes entran en contacto con los nestorianos de la escuela de Jundishapur . Esta pequeña ciudad atrajo eruditos cristianos y zoroastrianos, creciendo a la llegada de los cristianos nestorianos que habían sido expulsados de Edesa por el emperador bizantino Zenón, en 490. También establecieron contactos con la medicina griega. En 529 una inmigración de estudiosos neoplatónicos llegó a la ciudad. Y posteriormente viajaron fueron recibidos eruditos judíos. En este campus ecuménico se recogió, sistematizó y transmitió el saber griego antiguo.

Para Jonsen, la ética médica de la tradición de Jundishapur se resume en las palabras de Burzuya, uno de sus principales profesores, médico, filósofo y político: “He leído en los libros de medicina que el mejor médico es el que se entrega a su profesión... Me he esforzado en el tratamiento de los pacientes. A los que no he

¹⁰⁷⁰ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 60-61.

podido curar, he intentado que sus sufrimientos fueran más llevaderos... A ninguno los que traté exigí pago ni recompensa”¹⁰⁷¹.

La conquista musulmana de Persia favoreció la erudición de Jundishapur, hasta que el centro de erudición se desvió a Bagdad, donde durante seis siglos las ideas griegas, judías, cristianas, persas, musulmanas e hindúes, tanto médicas como religiosas florecieron¹⁰⁷².

Los musulmanes muestran una viva preocupación por el tratamiento médico de la enfermedad: “Sólo hay dos ciencias, la teología (salvación del alma) y la medicina (salvación del cuerpo)” dice una sentencia atribuida al propio Mahoma. La medicina gozó de una alta estimación en la cultura musulmana, aunque no pase de ser para ellos una “ciencia natural práctica” o “derivada”, como la magia en el catálogo de los saberes. Cuando el médico no era un mero práctico de su arte, *tabib*, y lograba la excelencia intelectual y ética del verdadero sabio, del *hakim*, quedaba socialmente equiparado al juez (*qadí*), al recitador de las preces (*imam*) y al gran jefe militar (*amir* o emir).

En la persona del *hakim* que se configura como un esbozo tipo de médico, se fundían tres excelencias: la intelectual (sabiduría teórica y práctica), la ético-médica (justificada porque sólo un hombre de buenas costumbres puede ser buen médico - Rhazes- y sólo quien vea la enfermedad como una cadena con que Alá aprisiona al que Él ama le atenderá debidamente) y la ético-pedagógica porque “la amistad con el sabio -por tanto, con el maestro- tiene calidad más alta y merece mayor aprecio que la amistad con los padres” (Miskaway).

Esto, que presupone una alta estima de la medicina, muestra que la propia *tékhne iatriké* pasa a ser un elemento de referencia importante para la sociedad árabe. Esto, a su vez, se traducirá en un papel muy relevante del mundo musulmán en la transmisión de los conocimientos médicos clásicos a la Europa occidental de la Edad Media.

El fundamento conceptual y técnico fue el galenismo. La educación se realizó en la escuela (*madrassa*) vinculada a la mezquita. La educación del médico debía ser técnica pero también deontológica y social. Se prescriben las normas indumentarias y

¹⁰⁷¹ Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 63.

¹⁰⁷² Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 62.

cosméticas del que dignamente debe visitar a sus enfermos. Hubo organizaciones profesionales médicas. En el año 931 el califa af-Muqtadir estableció la obligación de obtener mediante examen técnico un título (*ichaza*) para la práctica legal. Los títulos sociales de los médicos eran de mayor a menor rango el de *hakim*, *tabib*, *mutabbib* (simple práctico) y el de *mudawí* (practicante). Proliferaron los charlatanes médicos contra los que hubo no pocos escritos polémicos.

Hubo una distinción entre medicina para ricos y para pobres. Éstos atendidos en el hospital. La ética médica alcanzó un gran nivel: el *hakim* tenía deberes exigentes. La “asistencia y atención, sustento y provisión” son, para el musulmán, importantes obligaciones religiosas. El Juramento hipocrático tuvo también vigencia entre los médicos árabes. Como la *anánke* griega, el *kismato fatum*, una forzosidad invencible pesó sobre la actitud moral de los médicos musulmanes. Avicena: “El médico juzgará apoyado en la ciencia de los signos; sabrá si el enfermo debe morir y se abstendrá de tratarlo”. Algazel: “Si no hay curación posible, la prudencia del médico consiste en explicar la incurabilidad”.

El que se considera primer tratado de ética médica islámico es *Práctica ética del médico (Abad al-Tib)* del médico Ishaq ibn `Ali al-Ruhawi (siglo IX). Consta de veintidós capítulos con principios y sugerencias sobre la conducta de médicos, pacientes, familias, visitas y ayudantes. Comienza con un tratado sobre Dios creador de la naturaleza y fuente de razón; se aconseja al médico que haga su cuerpo receptáculo del espíritu y presenta como primera obligación cuidar de la propia salud. Se indica que el médico debe refrescar su alma por medio de la oración y la lectura de libros espirituales y científicos.

Al-Ruhawi esboza cómo debe ser un médico virtuoso: piedad, atención concienzuda, paciencia, firmeza; castidad, guardar secretos y capacidad para ofrecer los beneficios de su ciencia “a todas las personas sin tener en cuenta si son amigos o enemigos, si están de acuerdo o en desacuerdo con él”. Pueden ganarse la vida honradamente, pero deben “administrar la justicia a favor de los pobres y los débiles para que así los beneficios del arte de la medicina sean universales y similares tanto para los fuertes como para los débiles”. El médico virtuoso “puede mejorar tanto el alma como el cuerpo” del paciente.

El examen para lograr ser admitido al ejercicio incluía conocimiento de los clásicos de la medicina y la comprensión moral del candidato¹⁰⁷³. Sin embargo, hay dudas sobre el carácter puramente islámico de este texto.

Los tres médicos islámicos más influyentes fueron: Rhazes, Ahwazi (Haly Abbas) e Ibn Siná (Avicena). Los tres escribieron tratados éticos que recuerdan el decoro hipocrático, pero que enfatizan dos ideas que no están en esa tradición: el poder total de Dios sobre la vida, sobre la muerte y sobre la curación y la obligación de cuidar a los pobres. Esto sitúa a la divinidad como elemento central del sistema de referencia moral.

Avicena consideró que la práctica médica podía tener varias formas de situarse ante la comunidad humana: como un arte de carácter práctico recompensado con dinero; como una dedicación al prójimo necesitado, recompensada con el agradecimiento de quien ha experimentado la generosidad del médico; como devoción a Dios, recompensada con el bien del paciente y con el bien del médico que “tocado por el amor divino, se le concede la visión de la realidad de la naturaleza”¹⁰⁷⁴.

Aquí se recogen en síntesis los diversos criterios que justifican o han justificado (que dan razón de preferencias) en diversas culturas y épocas históricas, la atención de los enfermos: el bien económico, el reconocimiento, el bien del paciente y el bien del médico, que en este caso se identifica con el don divino de “la visión de la realidad de la naturaleza”.

La medicina islámica desarrolló un sistema clínico muy organizado, con hospitales de caridad asociados a importantes mezquitas, con educación médica reglada y establecimiento de licencias para el ejercicio. Será el estímulo y el pábulo de la medicina de la Edad Media europea. Las traducciones de Constantino el Africano “soltaron la lengua” (Sudhoff) a los médicos de Salerno.

¹⁰⁷³ Levey M. *Medical Ethics of Medieval Islam: With Special Reference to Al-Ruhawi's Practical Ethics of the Physician*. Filadelfia: American Philosophical Society; 1967. pp.93,94,71. Citado en: Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 64-65.

¹⁰⁷⁴ Cameron Gruner O. *A Treatise on the Canon of Medicine of Avicenna, Incorporating a Translation of the First Book*. Nueva York; Augustus Kelly: 1970. Citado en Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 65.

LA MEDICINA JUDÍA.

Durante la Edad Media, la vida judía en la Diáspora se desarrolló en Mesopotamia y, cuando cae esta zona bajo dominio islámico la cultura judía sigue floreciendo y participando en el renacimiento cultural de la medicina islámica.

En la tradición judía el papel del médico es muy valorado. En un juramento atribuido a Asaf Judeus, en Siria en el siglo VI, se sitúan las obligaciones del médico en el contexto de un pacto con la Torá: debe tener presente al Señor Dios de la carne y buscarle en la verdad, en la honradez y en la rectitud; debe tener cuidado de no matar con sus medicinas, no prescribir abortivos, no debe codiciar la riqueza ni depravados comercios sexuales. Se trata de un documento que muestra un esbozo de carácter netamente deontológico¹⁰⁷⁵.

Desde otra perspectiva, Isaac Israeli, en su *Propedéutica médica* del siglo X esboza la figura de un médico erudito, honrado, prudente y compasivo con los pobres. La medicina debe preocuparse más por lo posible que por lo necesario, pues la muerte es algo seguro e inevitable y está más allá de la competencia del médico¹⁰⁷⁶.

Maimónides (1135-1204), nacido en Córdoba, médico personal del sultán Saladino describe su jornada, repartida entre la atención a los pacientes de la realeza (por las mañanas) y a los pacientes del pueblo llano (por las tardes). Es un profundo conocedor de Galeno, Hipócrates y Avicena. Antepone el salvar vidas al respeto a las leyes religiosas (Sabbath), y destaca la obligación de atender a los que están heridos, enfermos, o que se están ahogando; explica además la decisión del aborto con asistencia médica y la decisión de morir.

En su *Tratado sobre el asma* se interesa por las virtudes del médico: la importancia del conocimiento teórico y práctico, los errores evitables, sobre la preferencia en confiar en la naturaleza que en un médico mediocre, cita numerosos aforismos de la tradición hipocrática. A él pertenece esta frase: “Hay una norma general, y yo he visto cómo grandes médicos la acataban, que es la norma de que los médicos no deben tratar la enfermedad sino al paciente que la padece”. Esto no

¹⁰⁷⁵ Citado por Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 67.

¹⁰⁷⁶ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 667-68.

hace otra cosa que colocar la realidad del paciente como elemento fundamental del sistema de referencia.

En un terreno esbozado normativamente, insiste en que el médico no solo debe diagnosticar y tratar, sino que además debe proporcionar ayuda a los pacientes que no pueden permitirse comprar medicamentos o tener un lugar para la curación “ya que estos elementos externos son necesarios para la consecución del objetivo que el médico desea para el paciente”¹⁰⁷⁷. De este modo presenta una justificación que conecta la gestión de los recursos con la meta práctica asistencial y con el momento volitivo del médico. El deseo de lograr la salud del paciente justifica el que tenga en cuenta que hay “elementos externos” necesarios para ello. Obviar la importancia de esos recursos mutilaría en cierto modo la práctica médica.

CULTURA OCCIDENTAL EUROPEA: EDAD MEDIA.

Se trata de una época que comienza al final del siglo IV con la fundación del primer hospital cristiano en Cesarea, Capadocia y concluye a finales del siglo XIV con una medicina incorporada a las universidades. Mientras la erudición médica florecía en Alejandría y Constantinopla, la medicina culta occidental fue confinada a enciclopedias y colecciones¹⁰⁷⁸.

En la Alta Edad Media la práctica de la medicina convive un cierto relajamiento de la racionalidad técnica con prácticas mágicas y pseudo religiosas. En todos los niveles sociales las supersticiones seudoreligiosas eran preferidas a los recursos medicamentosos o quirúrgicos. La mentalidad social tendía a confiar más en los milagros que en las curas “naturales” de los médicos.

Si bien pervivieron médicos seculares los siglos posteriores al Imperio romano, a partir de los decenios centrales del siglo VI, progresivamente es el clero el que va asumiendo las labores de atención médica. Ésta se concreta en principalmente prácticas empíricas. Los enfermeros monásticos pasaron a interesarse por la herboristería y se recopilaron farmacopeas.

¹⁰⁷⁷ Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 69-70.

¹⁰⁷⁸ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 47.

La práctica sanadora realizada por los monjes estuvo marcada por la fe cristiana. Sin embargo, describe Laín Entralgo en este contexto realidades problemáticas, como la discriminación de los enfermos (en el monasterio de San Gall se atendía separadamente a los monjes, a los pobres, peregrinos y a los huéspedes); o la penetración del afán de lucro, que fue motivo por el que desde el concilio de Clermont en 1130 se apartara a los clérigos de la actividad sanadora; o la exhibición doctoral y nada cristiana de un saber de escasa consistencia -“a poca ciencia gran vocablo”-; o la frecuente caída en prácticas milagreras o supersticiosas (reliquias, conjuros, ritos, etc).

En cuanto a la mentalidad con la que se aborda el problema de la enfermedad, se produce una novedad importante: se trata de convertir el saber médico en parte de una cosmología y antropología cristianas según las cuales el sanador trata al mismo de tiempo de conocer la verdad del mundo creado (*cooperator veritas*) y de ser un realizador del bien en el mundo (*cooperator boni*).

Cuando se retoma la mentalidad técnica, el pensamiento cristiano encaja ésta mediante una síntesis de las prácticas derivadas del “amor cristiano al hombre” (consuelo del paciente, atención a su vida espiritual) y las prácticas correspondientes al “amor cristiano al arte” (diagnóstico y tratamiento, entendidos como cooperación técnica del médico al poder de Dios). Laín asume que el médico medieval en general entendía y sentía cristianamente la práctica de su arte.

La *philanthropía* como referencia y, al tiempo, justificación de la *philotekhnía* de los hipocráticos se convierte en caridad, porque en el enfermo “está Cristo”. Lo más específicamente cristiano en el paradigma moral que se estaba desarrollando fue la visión del enfermo como alguien en el que está Cristo. En la Regla benedictina se dice que el cuidado de los enfermos debe ser ante todo practicado como si, dispensándolo a ellos, al mismo Cristo se le dispensase.

Se valora positivamente la sensibilidad del médico por la atención al “espíritu”. En torno al año 350 Basilio de Cesárea escribía a su médico Eustacio: “En ti la ciencia es ambidextra, y dilatas los términos de la *philanthropía*, no circunscribiendo a los cuerpos el beneficio del arte, sino atendiendo también a la curación de los espíritus” (Espist. 189, n.1). Mucho más tarde, Guillermo de Saliceto, profesor de la Universidad de Bolonia y un brillante cirujano del siglo XIII en su obra *Summa conservationis et curationis* señala que con el interrogatorio “queda confortado el espíritu del enfermo... y llega a ser más eminente la operación de los

medicamentos...; y el alma del enfermo cobra tal vigor por la virtud de esta fe y esta imaginación, que actúa sobre la enfermedad más intensa, noble y sutilmente que el médico con sus instrumentos y sus medicinas”.

La fusión de la medicina y de la fe cristiana dio lugar a un fuerte tono deontológico en la actividad del cuidado de enfermos. El modelo de Jesús como sanador, sus palabras equiparando la visita a los enfermos con la visita a él mismo, el vínculo entre obras de salvación y de misericordia, y la traducción de estas nociones bíblicas en obligaciones dieron lugar a fuertes imperativos. No es extraño que el tono deontológico de *Juramento* encaje en esta cultura¹⁰⁷⁹.

Así, en el siglo IV San Gregorio Nazianceno se dirige a su hermano médico, Cesáreo, afirmando que era tan querido por sus pacientes que no necesitaba que Hipócrates le tomara juramento. *Juramento* aparece con cierta frecuencia en la literatura conservada de textos monásticos de los siglos VIII al X. Es recordado como un deber en sí y con todas sus consecuencias. Y ya antes del siglo X circulaba una versión adaptada a la fe y mentalidad cristiana.

De un tono pedagógico de la ética médica más basado en el modelo de buen médico en la Grecia y Roma clásicas, se pasa a un tono más deontológico en la cultura cristiana occidental de la Edad Media. Esto fue reforzado por el interés que el Derecho canónico mostró por la medicina. Por ejemplo, en el siglo XII el concilio Lateranense II permitió que los monjes practicaran la medicina dentro de estrictas limitaciones. Y en el siglo XIII, en el Lateranense IV se decreta que los médicos debían aconsejar a sus paciente que llamaran al sacerdote antes de aplicar las medicinas del cuerpo.

En la relación clínica el papel del médico sigue estando marcado por el paternalismo. Muestra de ello es la cita de Henri de Mondeville (s. XIV): “Los pacientes deben, en todo lo que concierne a sus enfermedades, obedecer a los cirujanos; no deben oponerse a sus operaciones o a sus consejos, pues esto, además, desagrada a los cirujanos y les hace indiferentes, y la operación se torna más peligrosa”. O esta otra de San Antonio de Florencia (s. XV): “Si el enfermo se niega a tomar las medicina que se la dan, un médico al que él o sus parientes hayan llamado

¹⁰⁷⁹ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 56-57.

puede tratar al paciente contra su voluntad, del mismo modo que un hombre debe ser sacado contra su voluntad de una casa que está a punto de hundirse”¹⁰⁸⁰.

El médico medieval entendía y sentía cristianamente la práctica de su arte. De ahí deriva el deber de asistir gratuitamente a los pobres: “El médico no debería curar por obtener un beneficio, ni debería tener más consideración por los ricos que por los pobres, ni más por los nobles que por los innobles”¹⁰⁸¹. Aunque esta responsabilidad se reconoce que tiene difícil cumplimiento, pues se trata de una responsabilidad abrumadora para aquellos que se vieran totalmente comprometidos¹⁰⁸².

Henri de Mandeville aconseja un equilibrio prudente de las tarifas, presentando un curso de acción en el que se salvaguardan los valores: “consejo a los pobres únicamente por el amor de Dios, pero los ricos deben estar obligados a pagar un alto precio”¹⁰⁸³. Lanfranco recomienda a sus colegas: “No te arredre el pedir buenos honorarios a los ricos”.

El deber moral de asistir a los pobres, queda literalmente prescrito bajo forma de juramento en las ordenanzas de Federico II (*medicus iurabit... quiod pauperibus consilium gratis dabit*) y reglamentariamente cumplido por los médicos municipales que existían en casi todas las ciudades importantes.

Dos hechos importantes marcan un cambio de mentalidad hacia el siglo X: El paso de Gerberto de Aurillac por el monasterio de Poblet (967-970) donde toma contacto con los manuscritos matemáticos árabes y la entrada de tratados médicos como la *Isagoge* de Ioannitius en el sur de Italia: se trata de la entrada de la ciencia árabe y, a través de ésta, de la ciencia griega en la Europa medieval.

En el siglo X cuatro médicos (al parecer uno hebreo, Helino, otro griego, Ponto, otro árabe, Adela, y otro latino) fundan la escuela de Salerno. El verdadero promotor de la Escuela de Salerno fue Constantino el Africano, musulmán cartaginés convertido a monje benedictino en Monte Cassino. La Escuela de Salerno, en los

¹⁰⁸⁰ Citas tomadas de Sánchez, M. A. *Ética, bioética y globalidad*. Madrid: Editorial CEP; 2006. pp. 101-110

¹⁰⁸¹ Citado en Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 60.

¹⁰⁸² Santo Tomás de Aquino. *Summa Theologica*, II-II, Q. 71,a.7. Citado en Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 60.

¹⁰⁸³ Citado en Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 60.

siglos XII y XIII tiene una fuerte influencia renovadora, estableciéndose la obligatoriedad de un título para ejercer la medicina y realizándose a partir de entonces la fundación cada vez más frecuente de facultades de medicina en las nacientes universidades (Montpellier, Bolonia, París, Oxford, Salamanca). No se recupera una mentalidad técnica hasta bien entrado el siglo XII o principio del siglo XIII.

En la práctica médica el diagnóstico es un proceso en el que se conjugan la experiencia proporcionada por los sentidos y el juicio bajo la dirección de la razón. La terapéutica era fundamentalmente dietética, farmacoterápica y quirúrgica. Pero también hubo advertencias sobre el empleo de una elemental psicoterapia en Lanfranco, Arnau de Vilanova, Henri de Mondeville y otros autores.

Uno de los sucesos más importantes en la Baja Edad Media fue el cambio de estatuto de la cirugía. Siempre fue considerada como un arte manual, impropia de las gentes cultas que se dedicaban a las artes liberales. En un intento de “*dignificar y ennoblecer*”¹⁰⁸⁴ la cirugía los cirujanos bajomedievales asumieron los patrones éticos de los médicos. Henri de Modeville, gran cirujano medieval trata de incorporar a los “desprestigiados cirujanos” a la noble tradición médica, dando los siguientes consejos:

“Es preciso que el cirujano se acuerde de las buenas enseñanzas, que tenga el espíritu pronto, una inteligencia sana, una buena vista, etc. De lo dicho se puede concluir también que el cirujano debe ser naturalmente ingenioso... Debe ser moderadamente audaz, no disputar delante de los iletrados, obrar con prudencia y sabiduría, no iniciar operaciones peligrosas sin haber previsto todo lo necesario para evitar el daño. Debe tener los miembros bien formados, sobre todo las manos, los dedos largos y delgados, ágiles y no temblorosos... Debe ser morigerado, entregándose completamente a los enfermos, sin olvidar ninguna cosa necesaria... Prometa la curación a todos los pacientes; que no oculte el caso y su gravedad, si existe, a los parientes y a los amigos. Que rechace, siempre que pueda, las curas difíciles... Que procure tanto como pueda adquirir buena reputación. Que reconforte al paciente con buenas palabras; que acceda y obedezca a sus justas demandas, si no entorpecen el tratamiento d la enfermedad. De todo lo dicho resulta necesario

¹⁰⁸⁴ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 84. ISBN: 84-7754-045-4.

concluir que el perfecto cirujano es más que el perfecto médico, ya que se le pide más, a saber, la operación manual”¹⁰⁸⁵

En cuanto a la situación social del médico, en la baja edad media se producen dos eventos: la titulación oficial del médico y la reglamentación de su formación científica. Rogelio II de Sicilia estableció en 1140 la obligatoriedad de un examen estatal para ejercer en su reino la medicina “para que los súbditos del rey no sufrieran peligros originados por la falta de experiencia de los médicos”¹⁰⁸⁶. Este hecho pone de relieve el papel que va cobrando el marco legislativo como elemento fundamental del sistema de referencia para la formación y práctica médica.

El paso decisivo lo dio Federico II en una amplia ordenanza (la llamada Constitución de Melfi) de 1240, en la que impuso la obligación de un año de práctica al lado de un médico experto antes del examen oficial, y mandó redactar la letra de un juramento del escolar aprobado y del diploma de aprobación. No tardaron las nacientes Universidades en hacer suya tan decisiva novedad, con lo que contribuyeron a la institucionalización formal de la medicina. Su sistema de titulaciones afianzó un sentido de identidad profesional entre los médicos. Se expandió la base teórica de la medicina y se enriqueció el debate especializado.

Federico II contribuyó significativamente a la profesionalización de los médicos, al obligarse mediante declaración pública a formar parte de un grupo que debería reconocer el deber de servir al público. Fomentó así por primera vez una ética médica con repercusión social y política que crecería en los siglos venideros¹⁰⁸⁷.

Está ética política es promovida también desde el propio colectivo, en línea con la tradición gremial. Los gremios y artesanos se asociaron para obtener un beneficio común formando poderosas organizaciones que controlaban el comercio, las tarifas y las condiciones laborales, ejerciendo influencia en los gobiernos locales. Tenían un fuerte carácter religioso. Como los médicos más cultos estaban vinculados a las Universidades, fueron los cirujanos y barberos los primeros en formar gremios. Médicos y cirujanos venecianos fundaron un gremio en 1258. Pronto los médicos de formación universitaria establecieron sus propios colegios.

¹⁰⁸⁵ Chirurgie de Maïatre Henri de Mondeville. Citado en: GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 85. ISBN: 84-7754-045-4.

¹⁰⁸⁶ Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 73.

¹⁰⁸⁷ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 74.

El principio fundacional de la ética del gremio medicoquirúrgico medieval y, por tanto el sistema de referencia moral fue: estar dispuesto a ayudar a un compañero del gremio; proteger el bienestar y honor del gremio; ayudar a los enfermos. Se trataba de organismos orientados a fomentar los intereses particulares de los miembros¹⁰⁸⁸. La medicina gremial fomentó un buen servicio dirigido a la ciudad y al ciudadano a cambio del monopolio de la práctica y del prestigio público.

El prestigio social de sanador va en aumento. No todos los sanadores eran médicos titulados y prestigiosos. Abundaron curanderos, prácticas supersticiosas y milagreras. Sólo una minoría de la población recibía una ayuda médica “técnica”. Tomás de Aquino llegó a afirmar que el poder del dinero había transformado el arte de la curación en el arte del lucro¹⁰⁸⁹. El médico universitario no practicaba la cirugía, pues su dignidad no se lo permitía, pero aún así fueron adquiriendo los cirujanos una condición social equiparable a la de los médicos propiamente dichos.

En los siglos XIV y XV algunas monarquías europeas fueron reglamentando en el ejercicio de la medicina, estableciendo condiciones para la licencia y determinando honorarios y responsabilidades. En España las Partidas de 1348 fijaban los derechos y obligaciones de los médicos. En 1432 se crearon los alcaldes examinadores, que fueron un precedente del posterior tribunal del protomedicato, nombrado por la corona española para examinar, licenciar y reglamentar a los médicos. Esto no es sino un paso más por el que el marco normativo se sitúa en un lugar significativo del sistema de referencia moral de los médicos.

Los profesionales universitarios atendían a clases sociales altas. Para el resto había un conjunto de médicos empíricos, especialistas itinerantes, parteras, barberos-cirujanos y boticarios que solían asociarse, como ya se ha dicho, en gremios al final de la Edad Media. Estos gremios controlaban y restringían el ejercicio médico ofreciendo a cambio garantizar la idoneidad y el buen comportamiento de sus afiliados¹⁰⁹⁰.

¹⁰⁸⁸ Amundsen D. Medical ethics, history of: Europe. En Reich (ed.). The Encyclopedia of Bioethics Vol 3, p. 1527. Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 76.

¹⁰⁸⁹ Tomás de Aquino. In Octo Libros Politicorum Aristotelis Expositio, I, VIII. En: Spiazzi (Ed). Turín y Roma: Marietti; 1966. Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 121.

¹⁰⁹⁰ SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel. *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson [etc], 2003. p. 139-139. ISBN: 84-458-0733-1.

El médico se halla sometido a una red cada vez más densa de deberes religiosos y civiles, como se explica arriba, que generan un sistema de referencia en el que destacan esbozos de orden deontológico. Pero además, cuando un médico visita a un enfermo su primer deber consiste en que éste piense en su alma y se confiese. Y si el médico no actúa así “ tuvo por bien la Santa Iglesia.. que fuese echado de la Iglesia, porque face contra su defendimiento. Otrosí defiende Santa Iglesia, so pena de descomunión, que los físicos, por saber que han de sanar a los enfermos, que no les aconsejen que fagan cosa que sea pecado mortal”.

Esta pena, que es canónica y espiritual, se convertirá en pena civil conforme el Estado se va robusteciendo. El deber religioso se hizo civil, con la merma de libertad inherente al acto de religión. La legislación real fue dictando medidas que regulaban no pocas de las actividades médicas: ordenanza de carecer higiénico, responsabilidad médica, honorarios, dictámenes médico-legales, vigilancia de la confección y el precio de los medicamentos.

Los médicos religiosos y laicos mantuvieron un elevado nivel de valores morales. Se desarrolló una literatura en la que se enseña a los sacerdotes a tratar a los penitentes, se enumeran los pecados de los médicos: perjudicar a los pacientes por ignorancia o incompetencia, aconsejar tratamientos contrarios a la moral y a la ley de la Iglesia (como incumplir el ayuno o prescribir masturbación o coito extramarital por supuestas razones médicas), aprovecharse de los pacientes por codicia o no advertir al paciente de una muerte inminente¹⁰⁹¹.

La actitud del legislador medieval no fue suave. Dice el *Fuero Juzgo*: “Si algún físico sangrare algun ome libre, si enflaqueciere por a sanguía, el físico debe pechar C e L sueldos. E si muriere, metan al físico en poder de los parientes que fagan del lo que quisieren. E si el siervo enflaqueciere o murire por sangría, entregue (el médico) otro tal tal siervo a su señor”.

En un contexto cultural netamente deontológico, no queda completamente relegada la cuestión del “decoro” médico. El papel y carácter del médico se

¹⁰⁹¹ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 59.

describen de forma similar a *La ley* o *El Decoro* hipocráticos. Se aconseja a los médicos ser estudiosos, alegres, limpios, gentiles, dignos de confianza y humildes¹⁰⁹².

Como resumen, podemos decir que durante la Edad Media en Occidente, la figura de Cristo pasa a formar parte esencial del sistema de un referencia moral, así como elemento clave en la justificación de la marcha moral cristiana. El sistema de referencia contiene además elementos esbozados de un modo netamente deontológico, en detrimento de los esbozos basados en modelos de médicos. Pero además, es una novedad importante que el marco legal y normativo, tanto el que impone la sociedad, como el que se imponen la corporaciones gremiales a partir de los siglos XII y XIII, pasan a formar parte del sistema de referencia moral para la práctica médica.

Debido a esto, al final de la Edad Media se produce un fenómeno de gran relevancia, en el que la medicina, entendida como profesión con un estatus de dominación positivamente privilegiada basada en el carisma personal del médico, pasa a adquirir un estatus de monopolio basado en los marcos normativos¹⁰⁹³.

CULTURA OCCIDENTAL EUROPEA: RENACIMIENTO Y SIGLO DE LAS LUCES.

La medicina europea en el siglo XIV está centrada en las universidades y regulada socialmente por autoridades civiles. Se estudiaba medicina propiamente, pero también ciencia, moral, política y teología. Los textos clásicos eran una referencia fundamental. Si bien los médicos “eruditos”¹⁰⁹⁴ eran una minoría entre una mayoría de sanadores casi analfabetos y curanderos, es desde aquéllos desde donde resurge una medicina cimentada en la ciencia y en la ética. Poco a poco se

¹⁰⁹² Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 59.

¹⁰⁹³ El contexto monopolista se caracteriza por: autonomía para decidir cuál es el producto correcto; provocación de escasez (lo que aumenta la demanda); control sobre el suministro (bloqueando el libre mercado); restricción del número de miembros; eliminación de la competencia externa; capacidad de fijar honorarios; unificación de precios; eliminación de la competencia interna (con reglamento jurídico); y por un desarrollo de solidaridad y cooperación en el grupo, mediante normas de ética y etiqueta. Berlant JL. *Profession and Monopoly: A Study of Medicina in the United States and Great Britain*. Berkeley-Los Angeles-Londres: University of California Press;1975. p.49. Citado en: GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 87-8. ISBN: 84-7754-045-4.

¹⁰⁹⁴ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 117.

van realizando avances en el conocimiento de la fisiología, patología y anatomía humanas.

Durante los siglos XVI, XVII y XVIII, el modo de vivir “moderno” da lugar a nuevas enfermedades, como las dependientes de la actividad laboral (de las enfermedades de los mineros habla Paracelso), las derivadas de una vida menos dura y más urbana que la medieval (gota, enfermedades venéreas, paludismo en ciudades próximas a zonas pantanosas como Roma) y las relacionadas con el tipo de vida de las grandes ciudades (parece que un gran porcentaje de las afecciones históricas se asocia a este hecho), la patología bélica y la miseria suburbana (a la cabeza, el raquitismo).

La medicina de los siglos de la modernidad está muy centrada en el descubrimiento del cuerpo humano, su anatomía, su fisiología, de las cualidades de los elementos constitutivos internos y de las fuerzas químicas que actúan. Los médicos van construyendo esquemas que les permiten ir comprendiendo qué son las enfermedades y cómo se deben de tratar. Algunos de estos paradigmas ven que cuerpo y alma son dos realidades distintas, otros reducen su visión a pura mecánica y otros, en fin, tratan de integrar estos elementos en un sistema integrado.

El médico basa su diagnóstico en la observación clínica, la autopsia y la sucesiva aplicación médica de las técnicas exploratorias que la física y la química van ofreciendo. La exploración del enfermo se hace más minuciosa, instrumental (pulso, temperatura) y biográfica. Y basa el tratamiento en la farmacoterapia, la cirugía y la dietética.

La enfermedad es por esencia un mal físico para quien la sufre, pero la actitud ante la enfermedad cambia con el carácter del enfermo y con el grupo social al que pertenece. Frente a la idea medieval de “menosprecio del mundo”, cada vez se pone más de manifiesto un ansia de vivir y la conciencia de que el arte de dirigir la vida propia puede ayudar eficazmente al logro de ese fin. La lucha contra la enfermedad y la prevención de ésta empiezan a ser ingredientes importantes en al vida social. La sociedad va necesitando más del médico y le estima y paga más.

Aparecen las organizaciones profesionales, diferentes de los gremios y de las universidades. Una doble iniciativa, a la vez social y real, trató de suplir con “Colegios”, “Cofradías” y “Academias” la deficiencia científica y didáctica de las Universidades. En el *Royal Collage of Physicians* de Londres, fundado en el siglo XVI

enseñaron grandes médicos. En la *Confrérie de Saint Côme* de París se formaban cirujanos, hasta que el poder real creó la *Académie de Chirurgie* en 1731. En España se fundaron los Reales Colegios de Cirugía de Cádiz, Barcelona y Madrid. Ejercían funciones consultivas y asumieron el control de los exámenes y las licencias en una determinada zona. Los médicos eran universitariamente titulados, cirujanos no universitarios y curanderos empíricos más o menos próximos a la milagrería.

La regulación del ejercicio profesional la hacía el Estado y las corporaciones profesionales. En España tuvo especial importancia el Tribunal del Protomedicato, fundado en 1477 por los Reyes Católicos. El número de médicos autorizados fue escaso bastante tiempo. En Viena de 1511 había 18 médicos universitarios; en París de 1550 no más de 72. A partir del s. XVI la medicina, que refuerza su carácter formalmente reconocido con la existencia de instituciones de carácter profesional, tiende a institucionalizar la ética médica y a dominarla exigiendo el cumplimiento de los códigos deontológicos.

La asistencia sigue estando dividida en la que realizaban los médicos de cámara y médicos prestigiosos a los más favorecidos y la que realizaban los médicos que atendían a las clases sociales medias y bajas. Los pobres acudían a los hospitales o a prácticos de baja calidad o a curanderos. La discriminación entre ricos y pobres fue más notoria ante enfermedades epidémicas.

Afirma Laín Entralgo que se va produciendo en los hospitales un proceso de racionalización y secularización; de sustitución de la “caridad” por la “filantropía”, de la participación creciente de las instancias civiles en la subvención. La mentalidad ilustrada propone intentos de mejorar la ayuda médica a las clases bajas. En el Reino Unido la sociedad trata de resolver el problema creando las *Friendly Societies* o Sociedades de Ayuda Mutua, muy vigorosas en el siglo XVIII. En el resto de Europa (Francia, Austria, España, Rusia, Prusia) se trata de dar una respuesta mediante instituciones estatales-reales, con una filosofía propia del despotismo ilustrado.

Aparecen por otra parte nuevas fuerzas y doctrinas económicas. Llegó a prevalecer la doctrina liberal, que se oponía al monopolio de la actividad sanitaria por las instituciones médicas y favorecía la libre competencia entre médicos de todo tipo, cirujanos y boticarios, de modo que éstos adquirieron mayor fuerza e independencia, gozando del patrocinio de los gobiernos y teniendo una aceptación pública cada vez mayor. Aparecieron las nuevas escuelas médicas y quirúrgicas que

rompieron el monopolio docente de las universidades. Así, las instituciones médicas tradicionales perdieron fuerza, capacidad de liderazgo y de monopolio.

Se ve, por tanto, que en estos siglos se va produciendo una importantísima consolidación de la Medicina como profesión formalmente reconocida: se avanza en el ámbito de los conocimientos, se realiza un movimiento histórico hacia ciertas estructuras que reclaman una monopolización de la práctica médica en torno a los médicos titulados y que al mismo tiempo ejercen un papel de autocontrol (colegios profesionales) y, como se ha visto más arriba, hay esfuerzos sociales por tratar de extender el poder profesional de los médicos, el poder de combatir la enfermedad, a las clases sociales más bajas, lo cual supone un reconocimiento significativo de tal poder y un reconocimiento social (prestigio) de hecho del rol de los médicos.

Durante siglos los honorarios médicos fueron considerados, en la tradición romana de los "*honoraria*", como un obsequio que se hacía a un profesional erudito, en función del grado de satisfacción con su servicio. Durante el Renacimiento aparece otro término de Derecho romano, el "*salarium*", es decir, una suma fija calculada según la naturaleza, calidad y éxito del trabajo, establecida generalmente mediante un contrato. El pago entra a formar parte de la relación clínica como un elemento que puede contribuir a reforzar la confianza en el médico. Solo los pobres deben ser dispensados de los honorarios.

La compatibilidad entre salario y práctica médica se va perfilando de acuerdo con el interés de los Estados por la medicina. A finales de la Edad Media, cuando las ciudades italianas se convierten en centros vitales, valoraron la labor de los médicos con formación universitaria hasta el punto de emplearlos bajo contrato. En algunas ciudades el médico recibía un salario fijo por prestar un servicio sanitario gratuito a todos los ciudadanos. En otros lugares se establecen tarifas de mayor o menor cuantía, que permiten cobrar a los ricos pero exoneran a los pobres. La peste negra sirvió para consolidar la importancia del papel del médico de cara al conjunto de la sociedad.

Los relatos sobre la peste mencionaban episodios frecuentes en los que los médicos huían de las ciudades enfermas, aunque otros continuaban practicando la medicina. Muchos médicos se vieron atrapados entre el peligro de morir y la lealtad hacia los enfermos. La cuestión que se planteaba era hasta qué punto las personas con habilidades médicas tienen la obligación de servir a la comunidad, especialmente en circunstancias extremas como las de una epidemia de peste negra.

Para el médico culto del renacimiento las obras éticas de referencia fueron la *Ética* de Aristóteles, descubierta en la baja Edad Media por los eruditos occidentales y texto principal de los estudios académicos sobre moralidad, así como *La política*, del mismo autor. Se plantea la tesis de que la bondad moral consiste en el logro de la felicidad mediante la práctica de las virtudes intelectuales y morales. Además se estudiaban comentarios sobre las máximas de los Padres cristianos. Así mismo se descubre la obra *De officiis (Sobre los deberes)* de Cicerón, considerada al mismo nivel o superior a la obra de Aristóteles. En ella se formula una doctrina de la ley natural que considera que los deberes están inscritos en la conciencia y condición humana¹⁰⁹⁵.

Durante el siglo XV los teólogos católicos desarrollaron toda una teología moral en torno a casos en los que se hacía un análisis minucioso de los mismos. Es ahí donde surge el lenguaje de los medios ordinarios y extraordinarios para justificar determinadas opciones. Se utiliza también la teoría del “doble efecto”, formulada por Tomás de Aquino, para argumentar la toma de decisiones, por ejemplo, ante el problema de tener que realizar amputaciones o esterilizaciones (males prohibidos entonces), si su objetivo era salvar una vida.

En 1495 Gabriele de Zerbi publica *De cautelis medicorum*, considerada por algunos como el primer informe sistemático sobre ética médica, donde se describe al médico como una persona instruida cuya principal obligación es ganar la confianza de los pacientes, y cuya principal virtud es la fidelidad para con aquéllos, con los colegas, con la tradición académica y a las enseñanzas de la Iglesia. Estas obligaciones no hacen sino poner de manifiesto cuáles eran los principales elementos del sistema de referencia en esos momentos. Por otro lado, Zerbi presenta un modelo de médico en el que éste es como el sacerdote consagrado por Dios a la práctica de la medicina. Su obra es una de las primeras normativas que afectan a todo un colectivo durante la época renacentista¹⁰⁹⁶.

Solo poco tiempo después, en 1511, Enrique VIII denuncia que el campo de la medicina está siendo “utilizado por una gran multitud de personas ignorantes... que llegan a causar un daño doloroso, un perjuicio así como la destrucción de muchos de los vasallos del rey”, por lo que establece un sistema de exámenes y permisos bajo la

¹⁰⁹⁵ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 128-129.

¹⁰⁹⁶ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 133-134.

autoridad de la Iglesia. Y siete años después, un pequeño grupo de médicos encabezados por el Dr. Thomas Linacre, médico del cardenal Wolsey, solicita la aprobación de los estatutos de un Colegio de médicos que ostenta el derecho a examinar a los aspirantes a ejercer la medicina y a sancionar a quienes violen las normas de esta institución¹⁰⁹⁷.

El *Royal College of Physicians* de Londres se sitúa así, como ya se ha dicho, en un espacio diferente al universitario (el habitual de la profesión médica en la Edad Media) y se desmarca de las agrupaciones de carácter gremial, como los de los barberos o boticarios, ya existentes en ese momento. Estos buscarían la protección mutua, el monopolio de los derechos de comercio y la expansión de sus intereses económicos colectivos. Los médicos no se consideraban mercaderes ni trabajadores manuales. Su estatuto no era municipal (como los gremios) sino real¹⁰⁹⁸.

Para Diego Gracia, el análisis de los estatutos del *Royal College* evidencia que surge una nueva fase de la profesión médica: su fase “burocrática”, es decir, una fase en la que se convierte en un colectivo socialmente muy bien establecido y positivamente privilegiado. El paternalismo del *medicus gratiosus* pasa a ser el paternalismo del *medicus politicus*.

En el siglo XVI, Ahasverus Fritsch publica *Medicus peccans (De los pecados de los médicos)*, donde enumera 23 pecados, al parecer generalmente cometidos por los médicos, como: practicar sin suficientes conocimientos, no encomendarse a sí mismo y a los pacientes a la Providencia, cobrar honorarios a los pobres o en exceso a los ricos, prolongar tratamientos para obtener más beneficios, no consultar a los colegas si fuera apropiado, abandonar a un paciente o huir de la ciudad por miedo al contagio, dañar la reputación de otros médicos o revelar vicios secretos de los pacientes. El último pecado es violar el juramento profesional, como el que el mismo Fritsch propone, prestado de los graduados en medicina de la Universidad de Jena. Este texto da cuenta de un aspecto de la realidad de la profesión médica, en tanto en cuanto se refiere a hechos que se estaban produciendo.

En la segunda mitad del siglo XVI y principios del XVII aparecen importantes tratados de ética médica, donde el médico decoroso de Hipócrates y el filosófico de

¹⁰⁹⁷ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 134-135.

¹⁰⁹⁸ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 88. ISBN: 84-7754-045-4.

Galeno, es considerado como alguien trabajando una realidad científica y social cada vez más compleja¹⁰⁹⁹. El *Medicus politicus* (1614) de Rodrigo Castro, médico portugués que ejerció en Hamburgo, está dirigido a médicos y enfermos, y señala el déficit de competencias de muchos médicos para relacionarse con los enfermos y apreciar las circunstancias sociales y económicas de la práctica médica.

Castro destaca como virtudes médicas la prudencia y la generosidad, así como el conocimiento basado en la razón y la experiencia. El modelo de médico es descrito al modo clásico: atento, hospitalario, serio pero no malhumorado, cercano pero no necio, esposo abnegado, alguien que rechaza la ira, la concupiscencia, el lujo, y “esos vicios que son propios de los médicos... la avaricia, el orgullo y la envidia”¹¹⁰⁰.

CULTURA OCCIDENTAL EUROPEA: EL SIGLO XVIII.

En el siglo XVIII, época del pensamiento liberal y antimonopolista, la Cámara de los Lores rechazó en 1703 las pretensiones monopolistas que había manifestado el *Royal College of Physicians*. Para Adam Smith cada paciente debía tener libertad para elegir su propio médico en base a su reputación y cualquiera debía poder ejercer la medicina.

Sin embargo, la medicina no podía ser considerada mero comercio, pues el papel del médico y sus fines exigían el disfrute de ciertos privilegios. De ahí que William Cullen, médico de Edimburgo, se dirigiera a aquél para indicarle que muchos no sabrían enjuiciar los méritos del médico y que la vida y la salud de muchos “se hallaría en manos de gente ignorante”¹¹⁰¹. Así se justifica la necesidad de ejercer un control sobre la acreditación social del médico. Estaba en juego la calidad de ejercicio médico ofrecido.

Friedrich Hoffman, profesor de medicina en la Universidad de Halle, en su obra titulada *Medicus Politicus* (1749) señala como principal virtud del médico la prudencia, entendida como la habilidad para tomar decisiones racionales en situaciones complejas. El médico político es el médico prudente y el modelo es el del *gentleman*. Plantea una división de los deberes para consigo mismo, para con el

¹⁰⁹⁹ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 136-137.

¹¹⁰⁰ De Castro R. *Medicus Politicus*. Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 138.

¹¹⁰¹ Cowen DL. Liberty, Laissez-Faire and Licensure in Nineteenth Century Britain. En Bull. Hist. Med. 43, 1969, p. 31. Citado en GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 89. ISBN: 84-7754-045-4.

enfermo y para con las demás personas. Este orden lo conserva Percival posteriormente¹¹⁰².

Hoffman cree estar presentando una ética basada en la doctrina filosófica de la Ley Natural, según la cual la ética puede deducirse apodícticamente de axiomas, de un modo lógico. La naturaleza de los seres humanos da lugar a la naturaleza de la medicina y ésta, da lugar a su moralidad. La ética médica no perderá su vínculo con la religión. Si ya en el reinado de Luis XIV el primer acto de los licenciados en la Facultad de París consistía en una visita colectiva a Nôtre-Dame, para jurar la defensa de la religión católica, Hoffmann, en su obra plantea que la primera regla es “el médico debe ser cristiano” (1750?).

A final del siglo XVIII se publica una detallada exposición de cómo y por qué el Estado debe fomentar y proteger la salud de su pueblo. Es la obra *Sistema completo de política médica* (1779) de Johann Peter Frank, que inspiraría a Bismarck en la defensa de un seguro médico y que promovería un desarrollo de la práctica médica dentro de un marco de control estatal en el continente europeo, mucho más marcado que en Gran Bretaña o América. Jonsen afirma que “la ética de la competencia y la compasión se convirtió en ética política, es decir, en algo conveniente para el éxito de la profesión”¹¹⁰³.

La realidad, con sus luces y sus sombras, queda reflejada en testimonios que reprueban la práctica médica, como los de Rabelais, Montaigne y Molière, descalificando ciertas actitudes; o en testimonios que la aprueban.

En 1772 el Dr. John Gregory (1724-1773), profesor de medicina de la Universidad de Edimburgo publicó su *Discurso sobre los deberes y cualidades del médico*¹¹⁰⁴. En él alude a un realidad en la que la medicina ha estado sujeta a sátiras “*injustas y frecuentes*” y a acusaciones de incredulidad y desprecio por la religión. Una realidad en la que se produce una división entre los empíricos (que pretenden no tener otra guía que la experiencia) y los racionales o dogmáticos (que reducen a

¹¹⁰² GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 90. ISBN: 84-7754-045-4.

¹¹⁰³ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 144.

¹¹⁰⁴ Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007.

principios los conocimientos sobre las enfermedades), división que, según él es “muy perjudicial á los progresos de la Medicina”¹¹⁰⁵ .

Y a una situación en la cual los progresos de la medicina están entorpecidos por una falta de atención a la utilidad pública de las investigaciones, demasiada atención a las especulaciones y disputas escolásticas en torno a “sutilezas metafísicas”, excesivo escrúpulo en el método y la clasificación, y una también un “amor servil” al respeto por la “celebridad de los grandes hombres” y, en fin, a un amor excesivo por la novedad. Todo ello no hace sino “corromper” la práctica médica.

Ante esto, desde su situación como médico y profesor de universidad, elaboró una ética médica bajo la influencia de la Ilustración escocesa (Francis Hutcheson, David Hume, Adam Smith). En su sistema de referencia, no podemos dejar de señalar el momento volitivo, pues describe la medicina como “una profesión que amo con particular inclinación”¹¹⁰⁶. Además, encontramos como referente central, una visión cristiana de la divinidad. La deidad se descubre en la práctica diaria, pues en ella se ofrecen “pruebas irrefragables de la sabiduría infinita, del poder y de la bondad suprema, que mantiene y rige este orden admirable mediante una serie de leyes constantes é inmutables dirigidas á la felicidad de sus criaturas”¹¹⁰⁷. Finalmente, hay que señalar la importancia que tiene para Gregory la sociedad: “En una palabra, al público es siempre á quien compete en propiedad el derecho de apreciar los talentos de un miembro de qualquiera profesión”¹¹⁰⁸.

En el sistema de referencia de la propuesta ética de Gregory vemos además modelos, deberes y determinadas medidas de logro que apoyan y orientan la marcha de la razón moral que propone. Él describe minuciosamente el tipo de buen médico, señalando notas relativas al ingenio, talento, carácter y cualidades morales, que suele justificar con razones, como veremos más adelante. El buen médico debe mostrar “inteligencia y penetración”, discernimiento entre lo “ilusorio” y lo basado en la observación, dominio sobre sus pasiones. Ante las debilidades de los enfermos

¹¹⁰⁵ Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.158.

¹¹⁰⁶ Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. 240

¹¹⁰⁷ Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. 129-130.

¹¹⁰⁸ Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.262.

tiene necesidad de “muchísima firmeza de ánimo, de cierta serenidad y calma, junto con la mayor constancia y más decidida resolución”¹¹⁰⁹.

Las principales cualidades morales del médico deben ser: a) la humanidad, esa “sensibilidad interior que nos conmueve al ver los males que afligen a nuestros semejantes, excitando nuestra compasión en su consuelo; aquella simpatía, que pintando vivamente en nuestro corazón la imagen del dolor, nos impele con la mayor inquietud en busca del remedio”¹¹¹⁰; b) la afabilidad y dulzura que “hacen capaz de sufrir con paciente, y aun con apariencias de alegría, la mayor parte de contradicciones y disgustos”¹¹¹¹, así como cierta indulgencia con los incumplimientos terapéuticos; c) sobriedad; y d) honestidad para reconocer los errores, así como para desear rectificarlos, frente a un desmedido amor propio.

Gregory no deja de aludir a aspectos que él vincula al decoro o compostura, pero que hacen referencia a cuestiones muy variadas: escuchar atenta y respetuosamente a los pacientes, disimular o desvelar la verdad en función de la necesidad del paciente, evitar el abandono del paciente cuando está desahuciado con la excusa de no cargarle con gastos, cómo realizar las discusiones entre médicos o con miembros de otras profesiones. “Los servicios [visitas, atención] que consagre a su enfermo han de ser proporcionados a la exigencia de los casos y al peligro del mal”¹¹¹². Alude a las formas apresuradas y a las formas serviles de comportarse, como algo negativo. En general atiende más a aspectos de fondo que de forma, considerando, por ejemplo, el traje como algo irrelevante, salvo si muestra una gravedad exagerada.

En la propuesta de Gregory se esboza un modelo concreto de práctica médica enraizado en la tradición hipocrática. Así, se da la máxima importancia a la observación y la experiencia, al uso riguroso de la lógica (que identifica con raciocinio), para elaborar con exactitud teorías contrastadas (“principios verdaderos”) con la experiencia. En lo docente, señala el deber de “no aplicarse más que a aquellos ramos que le son útiles e indispensables para la práctica”. De este modo, Gregory esboza los criterios que debería guiar la experiencia intelectual

¹¹⁰⁹ Gregory J. Discurso sobre los deberes, cualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.25-26.

¹¹¹⁰ Gregory J. Discurso sobre los deberes, cualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.26

¹¹¹¹ Gregory J. Discurso sobre los deberes, cualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.30

¹¹¹² Gregory J. Discurso sobre los deberes, cualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.72.

del médico, que, como hemos visto, es entendida como verdadera probación de los “principios” mediante la observación y la experiencia.

Hay pocos datos explícitos respecto a la experiencia moral propiamente. Respecto al traje del médico afirma: “la experiencia ha manifestado que semejantes apariencias ó formalidades exteriores no han tenido por lo regular otro objeto que deslumbrar artificiosamente á los hombres débiles y crédulos que se dexan llevar de ellas”¹¹¹³. Sin embargo, podemos asumir que las razones por las que se justifican determinados esbozos, ya sean modelos, deberes u otros, se basan en la experiencia de un autor que publica su obra al final de su vida. De ahí que pasemos directamente a ver cómo justifica Gregory lo esencial de su propuesta.

Ciertamente, un emotivismo moral es el punto de partida para valorar la “*simpatía*” como algo importantísimo para identificar los deberes para con los demás. Como vimos, este autor la definió como aquella sensibilidad del corazón que nos hace experimentar las angustias de nuestros semejantes y nos incita a aliviarlas. Y así, efectivamente, creó un ideal, que todavía pervive, del médico humano, virtuoso y compasivo, cuya eficacia deriva tanto de su humanidad como de su ciencia¹¹¹⁴. Pero ahora nos interesa ver cómo justifica Gregory esto.

Para él, la medicina ofrece un amplio campo para el ingenio y el ejercicio de descubrimientos, pero también para el ejercicio de “*los sentimientos de humanidad*”. La sensibilidad interior propia de esa “humanidad” es un estímulo que graba vivamente una imagen del dolor, lo que mueve la compasión y empuja a buscar con inquietud un remedio. Para él una cualidad esencial del buen médico sería esa sensibilidad que incita a aliviar a los otros. Y ésta sería la base moral que diferencia entre los médicos que se dedican a la medicina como arte y profesión, a aquellos que la utilizan como mero artículo de comercio¹¹¹⁵.

Esa sensibilidad le pone, por tanto en contacto con la realidad del enfermo de un modo netamente sensitivo y de ahí surge un deseo de buscar un remedio. Por el contrario, la falta de sensibilidad priva al médico de un “incentivo poderosísimo... que excitaría todos sus esfuerzos y facultades para vencer la enfermedad que aflige á

¹¹¹³ Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.66.

¹¹¹⁴ SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel. *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson [etc], 2003. p. 145. ISBN: 84-458-0733-1.

¹¹¹⁵ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 159-161.

su semejante” y puede considerarse “verdadero desgraciado”¹¹¹⁶. Los bienes implicados en este razonamiento serían, por tanto, la motivación y caer o no en desgracia.

Para Gregory, por otro lado, este ejercicio del sentimiento de humanidad encaja con un determinado modelo humano caracterizado por “todas las nobles virtudes que honran a la humanidad”: paciencia, buen natural, generosidad, compasión, etc. Pero es necesario un dominio del carácter, pues las muchas dificultades de la práctica pueden hacer olvidar la delicadeza y decoro al que obliga el sentimiento de humanidad. Todo cuadra y se ajusta a ese modelo, pues el carácter afable y humano se corresponde habitualmente con un “espíritu firme y constante”, y en cambio la dureza es propia de “un talento limitado e indicios un alma poco ilustrada”¹¹¹⁷. El bien implicado en este caso, sería el de un modelo humano, esbozo vislumbrado, preferido y apropiado, realizado mediante una experiencia de conformación y aprobado íntimamente como algo que ha contribuido a una promoción personal positiva.

Pero esto no es todo. En lo que se refiere al enfermo, Gregory ha comprendido que ese dinamismo hace que el médico capte “el amor y confianza de su enfermo”, que entonces cree ver un “ángel tutelar, que le trae el alivio” frente a la insensibilidad, que con sus modales parece “significar la sentencia de su muerte”¹¹¹⁸. Esa sensibilidad que permite calmar las angustias del ánimo y la agitación de los espíritus de pacientes graves es, en la experiencia de Gregory la “mejor de todas las medicinas”¹¹¹⁹. La severidad, por el contrario, tiende a cargar al paciente con regímenes demasiado severos que obligan al paciente a incumplirlos y a engañar al médico acerca de su “verdadera situación”. Está, por tanto, justificándose el sentido de humanidad, a su vez, en función del mayor bien del paciente.

Gregory ve en el problema de la verdad y el del modelo humano defendido en medicina como algo más que una cuestión académica. La disposición a reconocer los errores y corregirlos se justifica porque el “desmedido amor propio” es

¹¹¹⁶ Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.13.

¹¹¹⁷ Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.29

¹¹¹⁸ Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.27.

¹¹¹⁹ Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.46.

“incompatible con la verdadera dignidad de una alma grande” (modelo humano virtuoso) y, además, da lugar al sacrificio de vidas. Son las propias vidas de los enfermos, por tanto, el bien que está en juego, y que entra a justificar una búsqueda honesta de la verdad y un carácter acorde con esta tarea.

Si el trato a los enfermos basa su justificación en un criterio ligado al sentimiento de humanidad, el razonamiento médico correcto se justifica como ejercicio de “amor a la verdad” y como algo con consecuencias directas para el bien o el mal del paciente. Así, es un error confundir hipótesis con teoría, pues las hipótesis “solamente son peligrosas y dignas de censura cuando se proponen como principios ciertos, porque en este caso cierran el camino a otras tentativas más exactas, haciendo que el entendimiento se confía en principios que pueden tan probablemente estar bien como mal fundados”¹¹²⁰.

Por lo que se refiere a lo que se debe estudiar Gregory apoya su justificación en dos criterios de orden utilitarista: las ventajas que suponen a quienes estudian y la “utilidad pública”¹¹²¹. El primero se explica como todo aquello que “satisface y recrea la curiosidad, inspira amor a la verdad y a todo lo que merece la consideración de grande, bello y maravilloso”.

El criterio de utilidad pública lo relaciona con aquellas cosas que “contribuyen a la felicidad y recreo de la vida”. De ahí que se repruebe el “amor extravagante por los prodigios, abandonando por esto las investigaciones más útiles y generales”¹¹²². Y al público lo sitúa en un lugar central de su sistema de referencia porque “en general su recompensa es siempre justa y proporcionada” al mérito del médico¹¹²³.

Finalmente, todo lo relativo al decoro se justifica como algo necesario para mantener la credibilidad de la profesión. Las rivalidades entre médicos no son buenas, porque pueden perjudicar a los enfermos. Pero además, si aquéllas se hacen públicas, entonces se contribuye al descrédito de la profesión.

¹¹²⁰ Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.186.

¹¹²¹ Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.128.

¹¹²² Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.194.

¹¹²³ Gregory J. Discurso sobre los deberes, qualidades [sic] y conocimientos del médico, con el método de sus estudios. Mairena del Aljarafe: Extramuros; 2007. p.262.

En cualquier caso, la medicina en la Inglaterra del siglo XVIII llegó a ser una profesión culta y de caballeros. El caballero viene a ser considerado como modelo de moralidad y la caballerosidad su virtud principal. Pero a pesar de los desvelos de Gregory por preservar, mediante reglas de protocolo, la credibilidad de los médicos como colectivo, a menudo se producían tensiones y disputas entre ellos, así como con aquellos que no poseían licencia. En este contexto, en el Hospital de Manchester a finales del siglo XVIII, el equipo directivo invita al Dr. Thomas Percival a elaborar un programa de conducta para los médicos de hospitales y otras organizaciones de carácter benéfico.

Con su obra hace su debut histórico el término “*ética médica*”¹¹²⁴. En un contexto histórico en el que se valoran todo tipo de códigos, emulando la estructura de los códigos romanos, surge la obra de Thomas Percival, *Medical Ethics; or, a Code of Institutes and Precepts Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*¹¹²⁵.

El paso de la moral caritativa a la moral filantrópica es evidente en el tratado de ética médica. A partir de este autor se produce un pequeño paso en la visión paternalista del médico, que empieza a considerar que el paciente es como un adolescente (no ya como un niño, sin capacidad de juicio) que puede decidir sobre algunas cuestiones. Defiende que se diga la verdad a los enfermos salvo si el pronóstico es adverso: “El médico debe ser ministro del enfermo, debe procurar comportarse de modo que una la ternura con la firmeza, y la condescendencia con la autoridad, de modo que inspire las mentes de sus pacientes con gratitud, respeto y confianza”¹¹²⁶.

La *problemática moral* a la que se enfrenta Percival está vinculada al trabajo en una institución de carácter público. En ella se desenvuelve el trabajo de diversos estamentos (directivos, médicos, cirujanos, farmacéuticos, etc.) en los cuales la convivencia no debía ser fácil. Pero además, a Percival no se le escapa que, si bien, riqueza, rango e independencia son bienes estimados por el médico que empieza, no dejan de plantear problemas en el día a día. El hombre está situado en una compleja

¹¹²⁴ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 154.

¹¹²⁵ PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803.

¹¹²⁶ Percival, Th. The Works, Literary, Moral, and Medical of Thomas Percival. Vol. II. Londres: J. Johnson; 1807. p 373. Citado en Álvarez J.C. La relación clínica. En: García Ferej J y Alarcos FJ, editores. 10 palabras clave en humanizar la salud. Estela: Verbo Divino; 2002. pp. 111-152.

red de “*intereses y deberes*” entre los que tiene que discernir; y la práctica tiene una dimensión de combate interior que no puede obviarse¹¹²⁷

Ante una realidad en la cual el primer problema es el de ordenar la convivencia, *Medical Ethics* se presenta como un esbozo moral de carácter netamente deontológico. Está dividida en cuatro capítulos: sobre los deberes relativos a los hospitales, sobre la conducta profesional en la práctica privada, sobre las relaciones con los farmacéuticos y sobre las obligaciones con respecto a la ley. En su edición de 1803 tiene un apéndice final en el que Percival realiza un discurso abierto a los distintos estamentos del hospital. Está cargado de referencias que representan probablemente uno de las primeras aproximaciones a una ética de las organizaciones, en la cual se puede identificar un sistema de referencia ético de carácter organizacional y una justificación del mismo.

Los elementos de la realidad que sirven a Percival como puntos de apoyo para el inicio de su propuesta ética (y, por tanto, del inicio de una marcha moral personal y colectiva) y que, por tanto forman parte de la realidad como *sistema de referencia*, son los siguientes: En primer lugar, sin duda, por obvio que sea, su ejercicio como médico en un contexto de práctica clínica real. En segundo lugar, hay una institución (el hospital) que reclama la mayor atención y que está fundada en una política orientada a ofrecer bienestar a las personas¹¹²⁸.

Pero además, hay un *deseo* real de promover la profesión y de formular un sistema general de ética médica orientada a ordenar la convivencia con principios de urbanidad y rectitud¹¹²⁹; un deseo de construir un discurso que pueda ser útil para su hijo médico; y un deseo de reputación, de conocimiento y experiencia médicos¹¹³⁰.

Hay también una *visión* netamente cristiana de la realidad que también supone un fuerte punto de apoyo: el hombre ha sido situado por la divina providencia en una situación que incluye una complejidad de intereses y deberes, y la sabiduría y la virtud consisten en elegir los buenos y adecuados y en su ponderación según su

¹¹²⁷ PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conducto of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. p. 120.

¹¹²⁸ PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conducto of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803.118.

¹¹²⁹ PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conducto of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. p.1.

¹¹³⁰ PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conducto of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. p.121.

importancia¹¹³¹. A cada uno le han sido dados unos talentos de los cuales más adelante se le pedirán cuentas¹¹³².

Es obvio que el principal esbozo que utiliza Percival como sistema de referencia moral es deontológico. La mayor parte de su tratado consiste en una enumeración de deberes ante todo orientados a regular la convivencia entre estamentos sanitarios. Pero también hace alusión a un modelo de médico presupuesto. Éste se inscribe dentro de la tradición del *medicus politicus*, expresión moderna del *medicus graciosus*¹¹³³. El *gentleman* cumple consigo mismo, con sus pacientes y con la sociedad. El médico caballero debe conjugar ternura con firmeza, condescendencia con autoridad, para inspirar gratitud, respeto y confianza en los pacientes. Las mayores virtudes son la compasión bien entendida y el vigor y la perseverancia para cumplir con los deberes.

De ahí deduce que el médico debe atender tanto a los sentimientos de los pacientes como a sus síntomas, que el secreto debe observarse escrupulosamente, que se debe facilitar el cumplimiento de los deberes morales y religiosos de los pacientes. Todo el texto se escribe desde un criterio de beneficencia¹¹³⁴. El hecho de que el texto se desarrolle con un tono normativo subraya su carácter de exigencia. Para poder ser un verdadero caballero hay que cumplir con ciertos deberes.

Entre ellos, además de los referidos arriba, se incluyen: evitar interferir con los casos de otros médicos, respeto de compañeros que han sido consultados previamente por el paciente o que realizan una interconsulta, mantener una comunicación abierta sobre casos instructivos entre profesionales, regulación del sistema de honorarios a compañeros, no se debe menospreciar el trabajo y las aportaciones de otros profesionales sanitarios.

Pero si vemos un esbozo-modelo de médico y un esbozo en forma de deberes, hay también un esbozo en forma de *principios*. Ciertamente éste no está dentro del texto inicial normativo, sino en el apéndice de la publicación de 1803, en la que se recoge el discurso dirigido a los diversos integrantes de la organización del hospital.

¹¹³¹ Percival T. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*. London: Russell; 1803.p.120

¹¹³² PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. p.117

¹¹³³ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 90. ISBN: 84-7754-045-4.

¹¹³⁴ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 91. ISBN: 84-7754-045-4.

En él podemos ver un monólogo en el que Percival se dirige a los integrantes de la organización en su conjunto y separadamente.

Los principios a los que se refiere, son principios que se les presupone a los médicos que han entrado en el hospital, y los describe e indica cómo deben ser regulados: a) la estima por el reconocimiento (*“love of reputation”*), legítimamente fundado en el aprecio por la excelencia moral e intelectual, algo a disfrutar, pero que no debe sustituirse con un anhelo hipócrita de adulación; b) *el deseo de adquirir conocimiento y experiencia*, incentivo de primer orden en un trabajo entre la enfermedad y la miseria, que busca un bien público, pero que lleva a un poder que hay que ejercer con honestidad, delicadez y honor, evitando en lo posible el dolor y el sufrimiento; y c) el espíritu de filantropía (*“spirit of philanthropy”*), que es llamada a deber y a la práctica médica, motivo de honor y felicidad, estímulo para escuchar con paciencia los síntomas de los pacientes¹¹³⁵.

En su libro, Percival no ofrece casi testimonios explícitos de su *experiencia moral*, aunque se presuponen en los argumentos de justificación, que son frecuentes. Sin embargo, hace alusión a su experiencia en el ejercicio de la virtud de la compasión. Se trata de un texto de gran contundencia: “Se debe hacer siempre una distinción entre verdadera compasión y esa lástima... que retrae ante la mirada de la aflicción; que inspira pusilanimidad; y que le priva a quien está bajo su influencia de cualquier capacidad de proporcionar alivio. La genuina compasión despierta la atención del alma; da energía a todas sus potencias; sugiere lo conveniente en el peligro; suscita la acción enérgica en la dificultad; y fortalece la mano para ejecutar con prontitud los propósitos de la cabeza. La lástima que deben contener es una emoción turbulenta. La conmiseración que deben cultivar es un principio de calma. Es benevolencia misma dirigida por fuerza a un objeto específico. Y la frecuencia de tales objetos no disminuye, sino que aumenta su energía”¹¹³⁶.

Aquí vemos una descripción detallada de lo que ha sido para Percival el ejercicio efectivo de un cierto tipo de compasión. Ante dos esbozos de compasión él prefiere aquél que considera más adecuado: *“genuine compassion”*. Se lo apropia intelectivamente siendo capaz de definirlo verbalmente. Pero va más allá, describiendo una experiencia de probación física del mismo, experiencia de

¹¹³⁵ PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. p.121-124.

¹¹³⁶ PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. p.125-126.

conformación con ese modo de ser y actuar. Y describe los resultados-consecuencias de la misma: la “*genuine compassion*” no solo no bloquea la mente, sino que la pone alerta y le da lucidez; no solo no bloquea la acción, sino que la estimula; no anula al agente y al paciente moral, sino que los pone en respectividad funcional de mutua promoción.

Se puede criticar la validez interna y externa de este testimonio. Se puede argumentar que, en un análisis fenomenológico de ese acto humano, además de compasión activa, en su “*genuine compassion*” hay otros elementos no mencionados. Se puede argumentar que esa experiencia no es fácilmente generalizable, como experiencia de promoción positiva humana, pues no todo el mundo es capaz de realizarse de ese modo ante los casos de sufrimiento. Pero no cabe duda de que estamos ante un testimonio de experiencia personal de la marcha moral en el ejercicio activo de una de las virtudes que Percival considera más importantes para el ejercicio de la medicina.

Pero veamos ahora cómo justifica sus propuestas, esto es, cómo da razón de sus *preferencias*. Los bienes que determinan esas preferencias tienen que ver con los relativos al propio médico, a los pacientes, a la institución laboral y a la sociedad en su conjunto.

Percival ve un bien en el ejercicio de las virtudes, consideradas incluso como don divino¹¹³⁷. Por ejemplo, negar los sentimientos del paciente es negativo no solo porque es una crueldad, sino porque además tiende a producir dureza interior, un desprecio por el decoro y una insensibilidad por la “modestia y la virtud”¹¹³⁸. La práctica médica, por otro lado, es vista como un “privilegio y gozo (felicity)”. Sus “fines” son “riqueza, preeminencia e independencia” y sus “medios”, “conocimiento, benevolencia y virtud activa”. Sin embargo, la medicina es tanto más excelente por sus “medios” que por sus “fines” y, en todo caso, la rapacidad y la avaricia son incompatibles con la “beneficencia” propia de la profesión¹¹³⁹.

De ahí que afirme que el comportamiento correcto esté orientado a inspirar gratitud, respeto y confianza en los pacientes, situando al médico en el lugar

¹¹³⁷ PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conducto of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. p.134.

¹¹³⁸ PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conducto of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. p.11.

¹¹³⁹ PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conducto of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. p.40.

preeminente que le corresponde; que el deber de secreto esté apoyado en la virtud de la lealtad, o que la veracidad en los certificados tenga una relación significativa con el honor profesional; o, por otro lado, que la cooperación respetuosa entre estamentos tenga sentido porque refuerza la su respectiva autoridad, respetabilidad y utilidad.

El ejercicio de la práctica médica tiene, para Percival, un sentido fundado en sus convicciones religiosas. Así, los talentos que han sido confiados por la divinidad, serán reclamados en su momento con creces; además, si se trabaja sin desmayo para cumplir el mandato evangélico de no cansarse nunca de hacer el bien, en su momento se recogerá una abundante cosecha. Se trata de una perspectiva desde la que “la esfera del deber humano no tiene límites”¹¹⁴⁰. Por otro lado, cuando con lo “conveniente” está en juego la salud y la vida, entonces lo “conveniente” se convierte en un deber moral¹¹⁴¹.

Vemos, por tanto, que el carácter deontológico de *Medical Ethics* se basa en convicciones religiosas, así como en asuntos de gran valor, como son la salud y la vida de los pacientes. El deber moral es para Percival independiente y muy superior a toda consideración económica. De ahí que se justifique el seguir atendiendo a pacientes incurables, a pesar de que algunos médicos optan por no hacerlo pensando que puede gravarles excesivamente.

El bien del paciente está presente a lo largo del libro de Percival. Su alivio, salud y vida dependen de la atención, habilidades y lealtad de los médicos. Un trato excesivamente autoritario si produce indirectamente miedo y ansiedad en los pacientes. Por la misma razón, no se deben discutir los casos delante de ellos. La moderación en el consumo de alcohol se justifica por la necesidad de mantener la mente despejada, especialmente en momentos de urgencia, algo esencial para el bienestar e incluso para la vida del “prójimo”¹¹⁴². Y en los procesos de interconsulta entre médicos, “el bien del paciente es el único objetivo”.

Pero además, Percival ve en la institución hospitalaria un bien público, un espacio en el que se atiende la salud de las clases bajas de la sociedad, en las que la

¹¹⁴⁰ PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conducto of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. p.117.

¹¹⁴¹ PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conducto of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. p.53.

¹¹⁴² PERCIVAL, Thomas. *Medical Ethics or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conducto of Physicians and Surgeons [...]*. London: Russell, 1803. p.31.

enfermedad unida a la pobreza suponen una situación especialmente negativa. De ahí se deduce una visión de la institución como una gran familia en la que los directivos tienen la responsabilidad de cuidar de la calidad de los medicamentos utilizados, de evitar en las habitaciones cualquier signo de pobreza, de pereza o de suciedad; de propiciar que sea un lugar donde se evitan los prejuicios políticos o religiosos.

El sentido por lo público queda de manifiesto en la justificación dada para la realización correcta de los certificados: la verdad y la honestidad no deben violarse, pero tampoco el bien de la comunidad a la que sirven aquellos que solicitan una justificación de su ausencia a sus tareas. Por otro lado, cuando al médico que fallan las facultades, tienen el deber de retirarse, no solo por el posible perjuicio que puede ocasionar a sus pacientes, sino porque tienen una profesión ligada a responsabilidades públicas.

Para Laín Entralgo, en el siglo XIX aunque no deja de existir una ética médica cristiana, para un gran número de médicos contaba muy poco o nada. Se pueden discernir tres tipos de ética médica: muchos médicos sólo atribuyen carácter vinculante a los preceptos civiles en tanto que coactivos y a las indicaciones de su conciencia moral, quedando el comportamiento regulado por un compromiso entre las ordenaciones legales del “espíritu objetivo” hegeliano y los mandamientos íntimos del “imperativo categórico” kantiano. Y esto aunque el médico se considere positivista o agnóstico.

Otros, los creyentes, con una moral religiosa (católica o protestante) actuaban resolviendo entre tres polos: el técnico (que siendo verdadero no podía oponerse a la religión), el de las creencias religiosas y deberes prácticos derivados y el de las obligaciones civiles impuestas por la sociedad. La deontología médica (Vordoni, 1808; Scotti, 1824; Störh, 1878; Capellmann, 1913) viene a ser un puente en el que se pone en comunicación práctica la técnica científica, la moral religiosa y la moral civil. Laennec y Schweitzer son dos ejemplos puestos por Laín para ilustrar esta vía. Otros, finalmente, viven orientados por la moral del éxito (lucro y prestigio como metas).

CULTURA OCCIDENTAL EUROPEA: EL SIGLO XIX.

El siglo XIX posee una entidad nueva y propia. En el orden políticosocial se produce el desarrollo de las instituciones en las que se realiza la “soberanía nacional”, un incremento del nacionalismo, la llegada de la burguesía a su mayoría de edad, y una coyuntura en la que el proletariado adquiere conciencia de sí mismo.

Predominan tres mentalidades: el *evolucionismo* (visión del cosmos como un proceso a lo largo del cual, a partir de un primitivo estado de indiferenciación van surgiendo formas y fuerzas cada vez más diferenciadas), el *positivismo* (renuncia a proposiciones apriorísticas, hace una valoración de los datos suministrados por la observación sensorial y ordenación de éstos en “leyes”, cuyo sentido es la predicción de fenómenos futuros y cuya finalidad es el progreso de los hombres, con una renuncia al conocimiento absoluto de la realidad y una negación de la metafísica); y, finalmente, la concepción del curso de la historia que pretende ser entera y definitivamente *racional* y científica.

Se produce un desarrollo espectacular de la invención y perfeccionamiento de aparatos que amplían las posibilidades naturales del hombre para percibir la apariencia de la realidad: se dedicará un esfuerzo a la medida de diversas formas de la energía (térmica, mecánica, eléctrica, etc.) y se tenderá a hacer una interpretación de los datos que proporcionará el saber verdaderamente científico. La astronomía y la física se desarrollan fabulosamente, en el ámbito de la química se desarrolla la teoría atómica de la materia (John Dalton), dejando de ser el átomo un concepto filosófico y convirtiéndose en un objeto real y se produce la edificación científica de la química orgánica. Todo esto da lugar a un desarrollo de tecnología: “siglo del vapor”, aplicación de técnicas de mecánica a molinos de agua, “siglo de la electricidad”.

Se produce una fe creciente en la virtualidad redentora de la ciencia: privará a la humanidad de la enfermedad y del hambre. Pasa de gobernadora a superadora de la Naturaleza. La actitud ante la enfermedad tiene que ver con la valoración que se hace de la vida y de la salud, que han ido creciendo como consecuencia de la progresiva secularización de la mentalidad y el valor dado a la existencia terrena. Esta actitud se corresponde con una creciente confianza en las posibilidades del médico. Tres eventos sociales sirven de muestra: el eco mediático que tuvo el viaje a París de campesinos de Smolensko para ser sometidos a una cura profiláctica de Pasteur; la expectación ante las tuberculinas de Koch o la acogida universal al

salvarsán de Ehrlich. La enfermedad se vivió como distinción (visión romántica) y como autodestrucción (visión burguesa).

El gran cambio que sufre la medicina en el siglo XIX repercute en la formación del médico. Éste se educa y titula en la Universidad y a él acude casi la totalidad de la población (lo cual no excluye la persistencia del curanderismo). Se crean los “Institutos de Investigación” como complemento a la cátedra universitaria. Se equiparan las especialidades médica y quirúrgica. Se dispara la difusión de revistas médicas. Se instaura el “congreso científico” como institución para la exposición y discusión de los avances.

Respecto a la situación social del médico, desde que la medicina se hace técnica el papel que la sociedad espera del médico es el de la curación, la prevención y cierto saber científico acerca de lo que es el hombre. Virchow en su juventud, dando expresión a un sentir bastante difundido va más allá y afirma que “la medicina es una ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala”, lo que refleja una visión del médico como educador de la humanidad y redentor de calamidades. El estatus del médico prospera ostensiblemente, lo cual no es óbice para que su situación social cubriese la gama económica propia de la burguesía, desde los niveles más altos a los de aquellos que ejercían en el suburbio urbano o en la aldea.

La medicina llegó a ser identificada con la ciencia en general y alcanzó un poder explicativo y resultados terapéuticos espectaculares (vacunas, sueros, cirugía mayor), lo cual aumentó el prestigio del médico. Los médicos pasaron a ocuparse de todos los grandes problemas de la vida humana como el nacimiento, la enfermedad, la muerte, en un mundo secularizado y medicalizado. Llegaron a reclamar el conocimiento de las enfermedades mentales y de los estados psicológicos y así su autoridad podía ser simultáneamente intelectual y moral¹¹⁴³.

La actividad asistencial sigue diferenciándose por clases sociales. Los de clases bajas seguían acudiendo al hospital de beneficencia. Es conocido el dicho de que “los pobres de Viena tenemos la suerte de ser muy bien diagnosticados por Skoda y muy bien autopsiados por Rokitansky”. Las clases medias recurrían a “médicos baratos” o acogiéndose a los servicios de las asociaciones para la ayuda mutua en el

¹¹⁴³ SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel. *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson [etc], 2003. p. 137-142. ISBN: 84-458-0733-1.

Reino Unido, las “Sociedades de Socorros Mutuos” (“de médico, botica y entierro”) en España.

Sin embargo se producen dos procesos simultáneos: encarecimiento de la medicina y creciente fenómeno que Laín denomina “rebelión del sujeto”, que tuvo según él dos modos de expresión: el incremento de los modos histéricos o neuróticos en el plano clínico y en la legítima exigencia asistencial del proletariado en el plano social.

Esto determinó la aparición de tres novedades: El sistema *zemstvo* en la Rusia zarista, que suministró asistencia médica gratuita a través de una red de médicos funcionarios y centros sanitarios rurales a raíz de la liberación de los siervos, que obligó al poder central a suministrar asistencia médica gratuita a los campesinos pobres; las *Krankenkassen* (“cajas para enfermos”) de Bismark en la Alemania Guillermina, cuando se procuró paliar el malestar en el momento en el que la socialdemocracia a raíz de un atentado contra la vida del Kaiser fue puesta fuera de la ley; y, finalmente, la *Poor Law Commission* por la que se propone un servicio médico unificado dentro de un amplio sistema de seguridad social en Inglaterra.

Durante el siglo XVIII la medicina británica había llegado a Norteamérica con los primeros colonos. Cualquier médico allí podía contratar aprendices sin que existiera ningún organismo regulador. Una minoría de los que practicaban la medicina contaba con titulación obtenida en las facultades europeas. Se produjeron debates éticos en torno a la experimentación con seres humanos en la búsqueda de procedimientos de inoculación en individuos sanos para combatir la viruela. Un grupo de médicos cultos empezó a formar sociedades médicas para fomentar la investigación y la ética de los médicos¹¹⁴⁴.

Los médicos de Nueva Jersey organizaron una sociedad en 1766 que promulgó un código ético que exigía a quienes practicaban la medicina a adquirir conocimientos y a asesorarse por colegas bien instruidos. En 1769 el profesor Samuel Bard pronunció su *Discurso sobre los deberes del médico (A Discourse on the Duties of a Physician)*, en el que se afirma, como testimonio de la comprensión de una determinada experiencia moral sobre la práctica médica que “la integridad y las habilidades os situarán entre los individuos más útiles; y la ignorancia y la falta de

¹¹⁴⁴ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 167-170.

honradez os colocarán entre los miembros más perniciosos de la sociedad”. Pero además realiza una fundamentación similar a la de John Gregory desde la filosofía moral emotivista escocesa¹¹⁴⁵.

Al parecer los códigos éticos eran débiles remedios en una realidad en la que muchos médicos norteamericanos apenas contaban con formación, apenas sabía leer y escribir, iban sucios y eran peligrosos. Los más instruidos y competentes eran “pendencieros” y conflictivos entre ellos. En un periódico local a un médico se le describe como brusco en el lenguaje, grosero en los modales, irritable, petulante, arrogante y autoritario¹¹⁴⁶.

En 1846 se busca un plan de estudios común y una concesión estatal de licencias independiente de la titulación de las facultades de medicina. Un año después, el Dr. Isaac Hayes de Filadelfia redactó un código que debía ser presentado en una representativa reunión de médicos norteamericanos, tomando en gran medida como fuente la obra de Percival. Transformó el “pacto tácito” de Percival entre profesión y sociedad en un contrato social esbozado en forma de un conjunto de derechos y deberes entre la profesión, los pacientes y el conjunto de la sociedad. Jonsen apunta que algo novedoso en la ética que propone de este código es que los médicos tienen derecho a esperar ciertas obligaciones por parte de los pacientes y de la sociedad: derecho a ser escuchados por los paciente con atención y respeto y a ser protegidos de un agotamiento de sus benévolas tendencias¹¹⁴⁷.

De cualquier modo, el espíritu del código de Percival pasó íntegro al código ético de aquella reunión nacional de médicos, que en 1847 pasó a instituirse y denominarse *American Medical Association (AMA)*. Tras él pasó a la mayor parte de los códigos nacionales de deontología médica¹¹⁴⁸. En él se destacan la ternura, la indulgencia y la delicadeza en la práctica médica. También se recoge un paternalismo institucional o burocrático en la medida de que considera que el médico debe hurtar al enfermo el conocimiento de todo aquello que pueda resultarle

¹¹⁴⁵ Bard S. Discourse on the Duties of a Physician with some Sentiments on the Usefulness and Necesssity of a Public Hospital”. Ceremonia de graduación del King’s College, 16 de mayo de 1769. Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 171.

¹¹⁴⁶ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 177.

¹¹⁴⁷ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 184.

¹¹⁴⁸ GRACIA GUILLÉN, Diego. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, [1989]. p. 93. ISBN: 84-7754-045-4.

negativo y dejar que sean otros quienes lo hagan, así como en la medida en que es una ética colectiva y asumida por el conjunto de profesionales. Esto no cambiará sustancialmente hasta bien entrado el siglo XX.

Dos años después de la aparición del Código de la AMA el Dr. Worthington Hooker, licenciado en la facultad de medicina de Harvard y profesor de Teoría y Práctica de la Medicina en Yale, publicó su *Physician and Patient or a Practical View of the Mutual Duties, Relations and Interests of the Medical Profession and the Community*¹¹⁴⁹. Hooker insiste en la obligación moral de no engañar nunca a los enfermos, porque mina la verdad y perjudica al engañado, al que miente y a la sociedad. Hace una exaltación del médico con formación científica y presenta como fundamento para la práctica médica el conocimiento científico.

Posteriormente surgieron problemas en relación con el Código Ético de la AMA, pues en su capítulo II establecía como un criterio limitante el practicar solo la medicina científica. Se produjeron fuertes controversias, llegando a expulsar de la AMA a la Sociedad Médica del Estado de Nueva York en 1882 porque ésta había promulgado su propio código, permitiendo la colaboración de homeópatas.

Es en el siglo XIX cuando surge en Norteamérica el debate sobre el uso de la anestesia. El historiador Martin S. Pernick ve una confrontación entre dos tradiciones médicas: la heroica, que acepta correr riesgos para salvar vidas a toda costa, y la natural, que solo autorizaba terapias seguras y de apoyo. Diversos autores, entre los que se encontraba Hooker, buscaron posturas mediadoras consistentes en hacer un cálculo de las consecuencias. Aquí se pasa de un esbozo meramente deontológico, que aparta a los médicos de consideraciones metafísicas y teológicas, así como de sus irrenunciables obligaciones morales, para llevarlos hacia un cálculo racional de riesgos y beneficios¹¹⁵⁰.

La profesión médica alcanzó durante el siglo XIX el monopolio en casi todos los países, gracias a la intervención legislativa del Estado. En EE.UU. se tardó algo más, consiguiéndose sólo en los primeros años del siglo XX. En Inglaterra y Alemania, por razones políticas prevaleció la oposición al monopolio médico hasta bien entrado el

¹¹⁴⁹ Hooker W. *Physician and Patient or a Practical View of the Mutual Duties, Relations and Interests of the Medical Profession and the Community*. Nueva York; Baker and Scribner; 1849. Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 189.

¹¹⁵⁰ Pernick MS. *A Calculus of Suffering. Pain, Professionalism and Anesthesia in Nineteenth-Century America*. Nueva York: Columbia University Press; 1985. Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 211.

siglo XX. En ello desempeñaron un papel importante las asociaciones médicas nacionales: la *American Medical Association* que se fundó en 1847, la *British Medical Association* fundada en 1856, la *Association générale des Médecins* de 1867. Defendían los intereses de los médicos universitarios en oposición a los sanadores irregulares. Contribuyeron a elevar la cualificación de los profesionales, hicieron más exigentes los criterios de admisión, formación y licenciatura. Justificaron su postura bajo el objetivo de lograr una medicina plenamente científica.

En este siglo la Medicina, entendida como profesión, alcanza una situación de gran alcance, cumpliendo todas las características que definen las profesiones, tal como las entendemos hoy: en la colectividad médica existe una clara conciencia del bien que puede y debe procurar la Medicina a la sociedad; existe una intensísima actividad intelectual que amplía los conocimientos y habilidades de los médicos, contribuyendo a definir mejor su papel en la sociedad, que espera cada vez más de esta profesión; se produce un esfuerzo de autocontrol y autoexigencia que se acompaña de un proceso de monopolización de la práctica de la Medicina; y se produce un crecimiento y consolidación de la institucionalización social de la Medicina.

CULTURA OCCIDENTAL EUROPEA: EL SIGLO XX.

En el siglo XX cabe destacar la enorme importancia que adquiere la dimensión social del enfermo y del propio médico. Ésta se pone de manifiesto de varias formas: en la forma de enfermar, en la relación clínica, en el tratamiento, en la prevención y en la aparición de una nueva disciplina médica: la sociología médica.

Surge una actitud nueva ante la enfermedad: concebida como el “completo bienestar físico, mental y social” (OMS), como un derecho más allá de un don recibido (derecho a la salud, a la asistencia bien recibida), con una confianza exagerada en el poder de la ciencia y la técnica médicas, la no resignación ante dolencias que antes no movían a buscar atención médica y una viva preocupación por salvar vidas humanas.

Los avances obligan a revisar la pedagogía de la medicina pues la amplitud del saber obliga a contar con especialistas, tanto en el ámbito “general” como en el “especializado”. Surge la necesidad de adquirir conocimientos de administración para poder dirigir equipos, una importancia creciente de aspectos psicológicos,

sociales y antropológicas, así como la necesidad de incluir la Historia de la Medicina como parte de los estudios. Hay una tendencia a integrar la enseñanza, los métodos de documentación científica y la formación continuada.

En otras épocas se tuvo una visión más unitaria de la medicina. Los “especialistas” solían ser sanadores prácticos más incultos que sólo aprendían a realizar una técnica a base de repetirla. Los médicos instruidos llegaban a ser médicos con una visión general de su cometido. Rosen explica el proceso actual de especialización por la acumulación de saberes imposibles de abarcar por un solo individuo y por una concepción localista de las enfermedades, persistente desde la mentalidad anatomoclínica: por la concentración de las poblaciones en ciudades y por las preferencias sociales por algún aspecto médico (por importancia, valores o ideología). La especialidad se consolida por autonomización de una parcela médica que es monopolizada por un subgrupo profesional e institucionalización del mecanismo de socialización mediante docencia y titulación específica. Como resultado la especialidad dispondrá de instituciones científicas y asistenciales, cátedras, institutos, revistas y lugares propios de trabajo¹¹⁵¹.

Se produce un desarrollo tecnológico, se colectiviza la asistencia, se realiza el trabajo en equipo. El paciente confía más en la institución o en el remedio que en el propio médico. Simultáneamente, se producen gran número de procesos judiciales y una dura crítica social al ejercicio de la medicina.

Se llega al fin de la diversificación tradicional de la atención en tres niveles sociales (bajo, medio, alto). A lo largo de veinticinco siglos esta diversificación no ha dejado de existir. El gran suceso asistencial de este siglo ha sido según Laín Entralgo la colectivización o la socialización de la ayuda médica, único recurso eficaz para acabar con la injusta discriminación tradicional en el ejercicio de la medicina, y en consecuencia el “haberse reconocido el derecho del individuo humano, y más cuando éste es trabajador, al diagnóstico y al tratamiento que permitan las mejores técnicas vigentes en la comunidad a que pertenece”.

Este proceso ha adoptado múltiples formas planteando los siguientes problemas: el grado de la obligatoriedad del seguro (su extensión social), la índole del servicio, la disponibilidad de los recursos por parte del médico, el modo de

¹¹⁵¹ Citado en SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel. *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson [etc], 2003. p. 137-141. ISBN: 84-458-0733-1.

percibir los honorarios (sueldo, por acto médico, por “capitación”). Se ha optado por la total socialización por parte del Estado, el ingreso de la población en un sistema de seguridad social o la entrega al paciente (por el Estado o entidad aseguradora) de una cantidad que le permita sufragar los gastos.

Otros problemas que surgen son el tipo de influencia en la relación clínica, con lo que se pone en juego la confianza; hay que distinguir entre lo que es enfermedad vivida o enfermedad objetiva; excesiva acumulación de pacientes; funcionarización del papel del médico; o el coste económico. El médico debe evitar la conversión de su trabajo en obligación rutinaria, verse a sí mismo como empresario y no como servidor. Pero además, las actividades profesionales están condicionadas por requerimientos de orden político y social y en paralelo se produce un “inabarcable crecimiento de la literatura médica”, que representa un factor problemático añadido.

En los comienzos del siglo XX, surge el concepto de *competencia* profesional tal como lo entiende el Dr. Richard C. Cabot, médico muy respetado y profesor de Medicina Clínica en la Facultad de Medicina y de Ética Social en el *Harvard College*. Formuló sus reflexiones de forma sistemática. Su obra principal fue *The Meaning of Right and Wrong*. Argumenta que “los rectos deseos, acuerdos y planes son los que están gobernados por la realidad como se muestra en nuestras necesidades. Los malos deseos, acuerdos y actos son los que divergen de la realidad y de nuestras necesidades a través del autoengaño”¹¹⁵².

Cabot asume que el médico generalista, caballero cristiano bondadoso, que es fiel a los marcos normativos social y profesional ha sido reemplazado por el especialista, alguien cuya referencia es la ciencia experimental que comprende las enfermedades, sus causas, síntomas, evolución, tratamientos, etc. La propuesta de Cabot tiene un marcado carácter deontológico, pues enumera las reglas de convivencia entre los médicos del hospital o las reglas para trabajar sin comprometer la atención por una carga de trabajo excesiva. Pero incluye lo que Jonsen denomina una “ética de la competencia”¹¹⁵³.

¹¹⁵² Cabot RC. *The Meaning of Right and Wrong*. Nueva York: Mamillan Comany;1933. Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 216.

¹¹⁵³ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 218.

Desde los comienzos de la práctica médica se había inculcado la adquisición de conocimientos y habilidades, pero hubo pocas propuestas que midieran esos conocimientos y destrezas. Fue suficiente el dominio memorístico de tratados de Galeno. Cabot analizó mil autopsias consecutivas en el *Massachusetts General Hospital* y demostró una alta tasa de errores en los diagnósticos, lo que produjo consternación y enfado en muchos colegas. Pero para él la ética consistía en una práctica competente; la práctica incompetente no era éticamente válida. De ese modo, la competencia clínica se había trasladado abierta y crudamente al centro de la ética médica.

Para Cabot, la competencia clínica debía incluir el dominio de la ciencia, pero también el reconocimiento de las necesidades personales y sociales de los pacientes. Para él una de las cualidades principales del médico es el interés por la humanidad; y los valores básicos para él eran esfuerzo, obra, amor y veneración. Denunció la exclusión del componente humano de la práctica médica, que debía preparar al médico para tratar a los seres humanos como quienes poseen mente, sentimientos, talentos, vicios, buenos y malos hábitos, así como órganos más o menos enfermos. Es un firme defensor de la verdad, ya que esta aumenta la confianza y la comprensión entre médico y enfermo.

El médico más admirado de la medicina inglesa y norteamericana fue William Osler (1849-1919). Aunque a penas se pronunció en temas éticos fue todo un “icono ético”¹¹⁵⁴. Sus tres ideales personales fueron, según sus propias palabras, realizar bien el trabajo diario sin preocuparse por el mañana; cumplir la Regla de Oro respecto a los “hermanos de profesión” y a los pacientes; y cultivar la ecuanimidad para sobrellevar el éxito con humildad, el afecto de los amigos sin orgullo y para estar preparado con valentía para el día de la pena y el dolor¹¹⁵⁵. Su valoración de la ecuanimidad se traducían en un modo de ser sereno, atento y cauto.

Tanto desde una perspectiva cristiana, como desde una perspectiva agnóstica surgen figuras profundamente interesadas en la ética. El vínculo entre religión y ética, perceptible hasta el siglo XX, comienza ahora a derivar hacia un profesionalismo y laicismo científicos. Por otro lado, a lo largo de este siglo

¹¹⁵⁴ Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 224.

¹¹⁵⁵ Bean RB y Bean WB. William Osler, Aphorisms from His Bedside Teachings and Writings. Springfield; Charles C Thomas; 1951. Citado en Jonsen AR. Breve historia de la ética médica. Universidad Pontificia de Comillas / San Pablo. Madrid: 2011. p. 224.

comienzan a producirse una serie de hechos nuevos, que obligan a realizar reflexiones éticas desde distintas perspectivas. A mediados del siglo, el profesor de teología moral de la *Episcopal Theological School* de Cambridge, Joseph Fletcher daba una charlas que serían las primeras contribuciones a una nueva ética médica, que posteriormente sería denominada “bioética”. Fletcher defendió el derecho del paciente a decidir qué se debería hacer en los problemas en los que estaba implicada su salud.

En Norteamérica, la deontología profesional se redujo al concepto de *responsabilidad fiduciaria*, concepto surgido de la jurisprudencia, según el cual se requería que los profesionales sirvieran a los intereses de sus clientes más que a los suyos propios. Otro principio deontológico predominante fue el de la *confidencialidad*. Respecto al deber de prestar atención gratuita a los enfermos pobres, si bien queda reflejada de forma directa o indirecta en los Códigos de la AMA, la revisión de 1957 pasa por alto esta obligación.

Los médicos conquistaron cierta respetabilidad y la autoridad social que habían añorado sus predecesores. Esto trajo consigo en Norteamérica mejores salarios. Allí eran considerados héroes morales, según atestigua la literatura popular. A mediados del siglo XX decoro, la deontología y la forma de servir a la sociedad confluyeron de algún modo.

Sin embargo, desde mediados de siglo se empiezan a producir una serie de cambios que complicaron el escenario anterior. El desarrollo tecnológico logra resultados espectaculares. Pero lo que más puso la ética médica en tensión fueron una serie de acontecimientos, como el proceso de Nuremberg a los médicos nazis (1947), el descubrimiento del ADN que despierta el interés por la eugenesia (1953), la posibilidad de realiza trasplantes renales (1954) que planteaba el problema de la fuente y provisión de órganos, los anticonceptivos orales (1960) que plantean en muchos dudas respecto a su validez moral, la hemodiálisis crónica (1960) que por primera vez plantea la necesidad de distribuir recursos con criterios que no son exclusivamente clínicos en un comité multidisciplinar, el trasplante cardiaco (1967), que plantea el problema de la determinación de la muerte, las revelaciones de Tuskegee (1972), y los numerosos casos en los que se plantea el problema surgido por las técnicas de soporte vital, que permiten mantener con vida a un ser humano de forma indefinida.

Hechos como éstos provocaron que muchos se empezaran a cuestionar la ambigüedad moral de los avances científicos. Entre 1969 y 1971 se funda el Instituto de Ética, Ciencias Sociales y de la Vida (conocido hoy como el *Hastings Center*) y el Instituto Kennedy de Ética de la Universidad de Georgetown para investigar sobre los nuevos problemas éticos que han ido surgiendo durante este siglo.

Así como en las Edades Antigua y Media el arquetipo ideal de la relación profesional era vertical que, cuando es óptima, se representa como una relación paterno-filial, en las Edades Moderna y Contemporánea el paternalismo va desapareciendo progresivamente en los ámbitos religioso (reforma protestante, libertad de conciencia), político (contractualismo, liberalismo, democracia, derechos humanos), trabajo (abolición de gremios, libertad sindical, luchas obreras), relación hombre-mujer; finalmente llega a la medicina como culminación de un largo proceso histórico.¹¹⁵⁶ Culmina en la Carta de Derechos del Paciente, realizada por la Asociación Americana de Hospitales al comienzo de la década de los setenta.

Surge con fuerza el concepto de respeto por la autonomía del paciente, que pasa a formar parte del núcleo central de la ética médica. Desde esta perspectiva se tienen que reformular de manera drástica principios que hasta entonces habían estado vigentes. En 1978 la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* publica el Informe Belmont, que define los principios éticos que deben de regir las investigaciones con seres humanos.

Los trabajos de reflexión en torno a los diferentes problemas éticos que han venido surgiendo en la práctica médica no solo se centran en los temas correspondientes mejorando su comprensión, sino que profundizan en la mejor forma de analizar y debatir las cuestiones éticas. A final de la década de los setenta empiezan a surgir los comités éticos consultivos en los hospitales. Va surgiendo todo un área de investigación que da lugar a un cuerpo de conocimientos que va configurando la disciplina de la Bioética.

Ésta supone una novedad en la temática tradicional de decoro, deontología y ética social de la medicina. Aborda el examen meticuloso de los problemas morales de la práctica médica, incorpora los resultados de las deliberaciones de consejos, comités y comisiones pluridisciplinarias, en los que se incluyen con frecuencia

¹¹⁵⁶ Sánchez, M.A. Ética, bioética y globalidad. Madrid: Editorial CEP; 2006. p. 109

personas no expertas con profesionales; y propone nuevos valores y principios para la práctica médica.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos	7
Resumen	9
Summary	25
Introducción: Aproximación a una ética de la profesión médica	39
1. Estructura de la investigación	41
1.1. Disciplina desde la que se realiza esta investigación	41
1.2. Por qué la filosofía de Zubiri	46
1.3. Objeto de la investigación	49
1.4. Algunos aspectos metodológicos	53
1.5. Objetivos y estructura de la investigación	60
2. El problema de la fundamentación y el método	61
2.1. Entre la “naturaleza” de la medicina y la ética de la virtud	63
2.2. Entre el empirismo de Hume y el escepticismo postmoderno	67
2.3. Entre Kant y las éticas dialógicas	72
2.4. Entre la crisis de la razón especulativa y las éticas del siglo XX	79
2.5. Entre la racionalidad paradigmática y la racionalidad narrativa	83
2.6. Entre la preeminencia de la ontología y la de la ética	91
 PARTE I: LA FILOSOFÍA DE ZUBIRI Y SABER ESTAR EN LA REALIDAD	 99
 Capítulo 1: La noología de Zubiri desde la práctica clínica	 103
1.1. Filosofía de Zubiri y perspectiva médica	105
1.2. Inteligencia y realidad	111
1.2.1 Inteligir sentiente e inteligencia humana	114
1.2.2 Lo subjetivo y lo objetivo	119
1.2.3. La verdad real o verdad simple	123
1.3. Inteligencia y logos	132
1.3.1. El campo de la realidad	132

1.3.2. Intelección campal: el logos según la perspectiva de Zubiri	136
1.3.3. Estructura del logos	139
1.3.4. La afirmación	144
1.3.5. Evidencia y logos	147
1.3.6. Verdad y logos	150
1.3.7. Verdad y ser	157
1.4. Inteligencia y razón	165
1.4.1. El movimiento intelectual de la razón.....	166
1.4.2. La razón como algo “mío”	171
1.4.3. La razón es principal, canónica e inquiriente	172
1.4.4. La fuerza coercitiva de la realidad	177
1.4.5. La tarea de la razón	178
1.4.6. Los modos de creación de la razón	180
1.4.7. Despliegue de posibilidades y mentalidad	181
1.4.8. Razón y mentalidad	182
1.4.9. Razón y conocimiento	184
1.4.10. La estructura del conocer	186
1.4.11. La vía de acceso al conocimiento: el método	189
1.4.12. La verdad racional	203
1.5. La unidad de la intelección	210
 Capítulo 2: La dimensión moral humana	 217
2.1. El acto volitivo	221
2.1.1. Los momentos del acto volitivo	223
2.2. Dimensión tendente de la volición	230
2.2.1. Acerca de los sentimientos	232
2.2.2. La dimensión tendente del acto volitivo	235
2.2.3. La noción de vocación	240
2.3. El problema de la libertad	244
2.3.1. ¿En qué consiste la libertad?	249

2.3.2. El problema de la capacidad de libertad	256
2.4. Dimensión preferencial de la volición	263
2.4.1. El momento de alerta	263
2.4.2. El momento de preferencia	264
2.4.3. El momento de expectación	264
2.4.4. El momento de elección	266
2.5. El problema del bien y del mal	267
2.5.1. Planteamiento	267
2.5.2. El bien y el mal como valores	268
2.5.3. Estimación, valor, realidad y bien	269
2.5.4. La cuestión del bien y del mal	270
2.5.5. El bien y el mal como realidades	272
2.5.6. Tipos de mala-buena condición de la realidad	273
2.5.7. El problema del bien y la realidad humana	279
2.6. Dimensión fuente de la volición	284
2.6.1. Fruición y sentimientos	287
2.6.2. El acto elemental de la fruición	290
2.6.3. La moral como acto frutivo complejo	291
2.6.4. Fruición y poder	293
2.7. El problema de la justificación	294
2.7.1. Planteamiento del problema	298
2.7.2. La felicidad como justificación	301
2.8. Sentimiento, inteligencia y volición	304
PARTE II: UNA ÉTICA DE LAS PROFESIONES DESDE LA MEDICINA	307
Capítulo 3: Ética formal de bienes	313
3.1. Estimación y valoración	322
3.2. Razón y método	329
3.2.1. El deber como sistema de referencia moral	335
3.2.2. El esbozo de posibilidades morales	343

3.2.3. La experiencia moral como apropiación de posibilidades	348
3.2.4. La justificación moral	359
3.2.5. Método	365
Capítulo 4: Ética de las profesiones	371
4.1. Aproximación histórica y sociológica	374
4.2. Paradojas del término “profesional”	379
4.3. Hacia un concepto de profesión	384
4.4. Validez ética y profesiones	391
4.5. Ética aplicada y ética de las profesiones	397
4.6. Un concepto de ética de las profesiones	403
4.6.1. Ética de las profesiones y bioética	407
4.6.2. Ética de las profesiones y deontología	410
4.7. Métodos de la ética aplicada	413
4.7.1. Los métodos de la bioética clínica	414
4.7.2. El carácter hermenéutico de las éticas aplicadas	418
Capítulo 5: Ética para médicos	425
5.1. Los referentes éticos	431
5.1.1. Los retos	432
5.1.2. Los bienes implicados	433
5.1.3. El deber	435
5.1.4. Referentes humanos	436
5.1.5. La conciencia moral	437
5.2. Esbozo	439
5.2.1. Los principios	441
5.2.1.1. Principio de prioridad del paciente	442
5.2.1.2. Principio de responsabilidad	444
5.2.1.3. Principio de confianza	447
5.2.2. Las competencias éticas	449
5.2.2.1. Cuidado de la compasión	455
5.2.2.2. Cuidado del interés preferente por el paciente	462

5.2.2.3. Cuidado del saber médico	473
5.2.2.4. El cuidado de la confianza	484
5.3. Indicadores del desempeño	495
5.3.1. Indicadores relativos a la intencionalidad	497
5.3.2. Indicadores relativos al carácter y hábitos profesionales	499
5.3.3. Indicadores relativos a la práctica médica	501
5.4. La deliberación y aplicación del esbozo	503
5.4.1. El sistema de referencia	503
5.4.2. Los principios	504
5.4.3. Las competencias	506
5.5. Momentos clave en la práctica médica	507
5.5.1. El momento de querer o no querer ser médico	507
5.5.2. El momento del ajustamiento y las exigencias	510
5.5.3. El momento de la relación clínica	513
5.5.4. El momento de la búsqueda del bien del paciente	516
5.5.5. El momento del cuidado de sí mismo	518
5.5.6. El momento de la autonomía profesional	521
5.5.7. El momento de la ambición y el reconocimiento	524
5.5.8. El momento de los límites que impone la realidad al deseo	527
5.5.9. La desmoralización y las distorsiones profesionales	530
5.5.10. El momento de la integración y la integridad	533
 CONCLUSIONES	 537
BIBLIOGRAFÍA	561
ANEXO: UNA REVISIÓN DE LA HISTORIA DE LA ÉTICA MÉDICA	583
ÍNDICE GENERAL	687