

# Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?

Artículo de reflexión

## Medical Ethics, Bioethics, and Professionalism: Doomed to Repeat the Same Mistakes?

DOI: [10.69105/BYCS.2024.12.2.1.1](https://doi.org/10.69105/BYCS.2024.12.2.1.1)

*Luis Enrique Echarte Alonso MD, PhD*

*Unidad de Humanidades y Ética Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.*

[lecharte@unav.es](mailto:lecharte@unav.es)

ORCID ID: [0000-0002-8059-1992](https://orcid.org/0000-0002-8059-1992)

*Recibido: 9 de noviembre de 2023*

*Aceptado: 25 de enero de 2024*

*Publicado: 25 de julio de 2024*

### Resumen

En este artículo estudio las conexiones temáticas y metodológicas de los campos de la ética médica, de la bioética y del profesionalismo para, a continuación, criticar el

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los** mismo error?  
escaso valor que una gran mayoría de expertos confieren hoy al origen e historia de dichas especialidades. En mi análisis propongo que esta carencia, por un lado, explica el declive, primero de la ética médica y luego de la bioética, y por el otro, predice una degradación similar en el profesionalismo.

Todo esto me lleva a defender la autonomía de estos tres campos, pero sólo de manera limitada. Lo contrario produce discursos no solo insuficientes sino nocivos y, de nuevo, la aparición de nuevos campos –probablemente, también ajenos al problema de fondo-. Finalmente, en mis conclusiones presento una propuesta de interacción entre la ética médica, la bioética y el profesionalismo que, atenta al pasado, permita el progreso. Sin embargo, también reconozco su alto precio. El más importante, romper de manera tajante con los interlocutores.

**Palabras clave:** historia de la medicina, ética médica, bioética, profesionalismo, contemplación sensorial, contemplación intelectual, teoría del aprendizaje, motivación profesional, docencia médica.

## Abstract

In this article, I explore the thematic and methodological interconnections among the fields of medical ethics, bioethics, and professionalism. I then critique the diminished emphasis that a significant majority of contemporary experts place on the origins and history of these disciplines. Through my analysis, I posit that this oversight not only elucidates the decline of medical ethics followed by bioethics but also portends a parallel erosion in professionalism.

This prompts me to endorse the autonomy of these three fields, albeit with certain limitations. Contrarily, advocating for unrestricted autonomy gives rise to discourses that are not only inadequate but also potentially harmful, contributing once again to the emergence of new fields—likely ones that remain detached from addressing the fundamental issue-. In the concluding remarks, I put forth a proposition for fostering interaction among medical ethics, bioethics, and professionalism. This approach, grounded in a historical perspective, serves as a catalyst for meaningful progress. However, I also recognize its high price. The most important of these is to break sharply with the interlocutors.

**Key words:** *Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?* History of medicine, Professionalism, Medical ethics, Bioethics, Senescence, contemplation, Intellectual contemplation, Learning theory, Professional motivation, Medical training.

No queremos la tradición.  
Queremos vivir en el presente  
y la única historia que vale la pena  
es la historia que hacemos hoy.

*Henry Ford*

## 1. Introducción. El viaje a Comala.

Muchos de los que llevamos décadas dedicados a la investigación y docencia en ética de las ciencias de la salud participamos de ciertas sospechas sobre el devenir de nuestro campo. Recordamos el *boom* de los ochenta, donde empezaron a proliferar las asignaturas docentes, los comités clínicos, y los proyectos de investigación. Entonces los expertos pretendían posicionarse respecto de todo lo que se estaba haciendo hasta entonces. La bioética frente a viejos paternalismos -quizá reales, quizá soñados-, teologías intrusivas -ídem- y corporativismos profesionales -estos, seguramente reales-. Y al mismo tiempo, contemplamos atónitos como el pasado vuelve, con toda su fuerza, aunque no ya como pasado, sino, simplemente, como alternativa a lo que parece haber perdido frescura y poder retórico. La autonomía parece haber transmutado en clientelismo, los gremios profesionales están cerrando filas y exigen el carnet de socio para conferir el derecho de escucha y la teología brilla como nunca frente a la racionalidad quebradiza. ¿Hemos entrado en el bucle del eterno retorno sin hacer los deberes? Y, sobre todo, ¿es posible salir de esta nueva Comala, donde todos los personajes están muertos, aunque solo una parte lo saben?

Este artículo pretende responder a ambas respuestas mediante el estudio de las conexiones temáticas y metodológicas de los campos de la ética médica, de la bioética y del profesionalismo. El lector comprobará a lo largo de estas páginas el poco valor que una gran mayoría de expertos confieren hoy al origen e historia de dichas especialidades. Esta carencia explicaría, en mi opinión, el declive, primero de la ética médica y luego de la

bioética, y por el otro, predeciría una degradación similar en el profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores? conducen mis argumentos? En primer lugar, a defender la autonomía de estos tres campos, en una forma limitada. Lo contrario produce discursos no solo insuficientes sino nocivos y, de nuevo, la aparición de nuevos campos –probablemente, también ajenos al problema de fondo-. ¿Y cómo articulo esta autonomía limitada? Para responder a esta pregunta presento una propuesta de interacción entre la ética médica, la bioética y el profesionalismo que, atenta al pasado, permita el progreso.

## 2. Dos interpretaciones separadas en el tiempo.

El profesionalismo es el «conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos» [11]. Según esta definición de 2018 que ofrece el Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) de España, el estudio y difusión del profesionalismo se basa en dos pilares: primero, la defensa de una serie de ideales sobre la excelencia profesional y, segundo, una aceptación expresa de la posibilidad de cambiar dichos ideales en función de la percepción que la sociedad tenga de la medicina en cada momento, en cada lugar y entre todas las circunstancias. El primer pilar encaja fácilmente entre los intereses y tareas propias de la educación médica y la bioética y, antes de que existieran, de la ética médica antigua, que incluía a ambas. Como señalan Hamui y Ruiz, la mayoría de las definiciones de profesionalismo «recuerdan los principios fundamentales de la ética médica, desde Hipócrates, para discutir situaciones actuales que resultan inaceptables» [18].

El segundo pilar, sin embargo, responde a una interpretación muy particular de dichos ideales que vela por un enfoque constructivista ya que, tanto el desarrollo y aplicación de los principios éticos, como los propios principios, están sujetos a la evolución del tiempo. Estos ideales son entendidos como construcciones histórico racionales, es decir, herramientas normativas cuya función es posibilitar comportamientos morales. Así, el profesionalismo -y las corrientes bioéticas que lo sustentan- concede un peso especial a la observación y el análisis del momento social y, sobre todo, a las circunstancias particulares de cada escenario moral para, en última instancia, obtener un consenso. Ello va en detrimento de una dialéctica racional fundada en principios inamovibles que acojan el crecimiento del ser como realidad natural, entidad teleológica, etc. En términos prácticos, uno de los signos más significativos del profesionalismo contemporáneo se encuentra en la profunda creencia de que, en la

Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores? medida que la actividad de los médicos les ancla a la realidad particular donde dichos conflictos tienen lugar, pueden resolver conflictos, así como identificar los más altos ideales profesionales. De hecho, desde este punto de vista, los médicos, junto con otros profesionales, aprenden a evitar el mal y a perseguir el bien a la cabecera de los pacientes y no en la facultad de medicina o leyendo libros.

Aquí encontramos el enigma que este artículo pretende abordar. ¿Es la bioética como campo interdisciplinar, incapaz de cumplir sus fines debido a la aparición de movimientos de profesionalismo? ¿Representa el profesionalismo la rehabilitación encubierta de la antigua ética médica que precedió a la bioética? En la actualidad, el nuevo y el viejo imaginario social compiten por la primacía y, sin duda, la resolución de este conflicto supondrá, primero un cambio significativo en la sensibilidad de los profesionales y después, repercutirá también en los pacientes. La cuestión merece, pues, una seria reflexión.

Para responder a esta doble pregunta, debemos remontarnos en el tiempo para comprender mejor el origen del movimiento profesional. Tres décadas separan la definición del CGCOM de las primeras concepciones del profesionalismo. A finales del siglo XX, la *American Board of Internal Medicine* (ABIM) difundió el término profesionalismo; hasta entonces, no era habitual hablar de «la fuerza que impulsa a los médicos a hacer lo correcto por sus pacientes pase lo que pase» en los foros de bioética [1]. Esta asociación esbozó los pilares de la ética profesional no como contenidos objetivos, es decir, como pilares sobre los que hacer ciencia, sino como ideas depositarias de una poderosa fuerza capaz de mover a los médicos hacia los valores más importantes de su profesión, como la confianza, el respeto, la honestidad, etc. En definitiva, esta versión inicial del profesionalismo parecía interesada en abordar la dimensión subjetiva, vivencial, de los ideales que operan en la mente de los médicos, así como en sus corazones. Desde este nuevo enfoque, el análisis de los valores da paso a la transmisión integral de estos ideales, es decir, incluye aquello que los hace operativamente deseables. Así, la cuestión principal sobre el profesionalismo se formula en términos de psicología moral. ¿Qué se necesita para que los médicos interioricen, comprendan y conozcan los valores esenciales asociados a su actividad profesional?

### **3. La deriva autonomista de la bioética.**

Múltiples factores propiciaron la aparición de este primer movimiento profesional. Los más importantes están relacionados con los avances tecnológicos, los cambios culturales y los intereses económicos que, a partir de mediados del siglo XX, han desdibujado, en el mejor de

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**

los casos, la práctica médica tradicional y, en el peor, han socavado sus valores más profundos. Entre los catalizadores de esta transformación se encuentran la hiperespecialización de la profesión y la atomización de las facultades de medicina, el auge de las publicaciones científicas y las nuevas dificultades para evitar la sobrecarga de información, la nueva legislación sobre los derechos de los pacientes y la medicina defensiva, la mejora cualitativa de las técnicas de soporte vital y trasplante de órganos, los procesos sociales de medicalización y la mejora de la medicina estética [16]. Hoy en día, entre los elementos que parecen amenazar las prácticas médicas más tradicionales se encuentran también los macrodatos y la inteligencia artificial en la práctica clínica. Suscitan preguntas como si las máquinas podrán sustituir a radiólogos o cirujanos o si el ser humano presenta algún valor añadido. Es comprensible que, aún hoy, los profesionales de la salud sientan amenazadas sus formas de trabajo, sobre todo cuando nuevos escenarios les imponen tareas que poco o nada tienen que ver con su elección profesional inicial.

Ante estas circunstancias, el profesionalismo médico surge para salvaguardar lo esencial de la actividad médica. Como ocurría en la escuela hipocrática, el ideario asume la incorporación de cambios tecnológicos, es decir, de nuevas y mejores formas de curar y cuidar, pero sin renunciar a los fines de la profesión. En efecto, la concepción hipocrático-aristotélica de la salud y la medicina ha estado presente en las facultades universitarias prácticamente desde su origen y aún hoy se manifiesta, aunque sea de forma ornamental, en el juramento que los estudiantes de medicina realizan al finalizar sus estudios. No es casualidad que el término «fuerza» aparezca en la escueta definición de profesionalidad de la ABIM, término que es clave en la teoría de la virtud de Aristóteles, base de toda su ética. Abordaré este asunto en detalle más adelante, pero, antes, hay que hablar de otros dos factores que han impulsado el movimiento profesional.

La aparición y el desarrollo de la bioética, sobre todo a partir de los años ochenta, es un segundo factor explicativo que también está estrechamente relacionado con el anterior. El desarrollo y la transformación de la medicina trajeron consigo innumerables problemas nuevos que parecían exigir un sólido planteamiento interdisciplinar, y así surgió la bioética. En ella, filósofos, juristas, economistas y sociólogos, entre otros, acudieron en ayuda de la ética médica, que antes de ese momento recibía principalmente las aportaciones de los médicos [40, 47]. Sin embargo, algunos de estos invitados hicieron algo más que buscar nuevas soluciones a nuevos problemas y, por el contrario, empezaron a repensar y cuestionar los fundamentos teóricos de la profesión. Es el caso, por ejemplo, del concepto

Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los clásicos de naturaleza, punto central de la conexión semántica entre el concepto de salud y el de bien, que hasta entonces se discutía fuera del ámbito médico y no dentro de él. ¿Misos señores?

El ejemplo más notable de esta revolución conceptual en la ética médica se encuentra en «Principios de ética biomédica»; publicado por primera vez en 1979, por los autores Tom L. Beauchamp, filósofo y James F. Childress, filósofo y teólogo. Considerado un texto clásico entre los profesionales sanitarios -y, para muchos de ellos, el principal manual de consulta sobre ética profesional-, su octava edición vio la luz en 2019. A grandes rasgos, en esta obra, el enfoque hipocrático-aristotélico de la ética es desplazado por el principialismo, una versión moderna y muy particular del kantianismo. El principialismo propone cuatro principios como base para resolver los nuevos -y viejos- problemas de la ética médica: la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia. El éxito de esta publicación -y del propio principialismo- radica en su aparente sencillez. En primer lugar, se basa en lo que la mayoría de los seres humanos reconocen como bueno. Además, propone el diálogo como método, un elemento que es del agrado de los ciudadanos occidentales con sensibilidad democrática. Así, prescinde de todo lo demás, especialmente de las teorías sutiles que requieren un entrenamiento paciente. En segundo lugar y desencantado de la metafísica, asume implícitamente muchos de los postulados materialistas de la época, incluida la reducción de la naturaleza a arcilla inerte. Su intento de conciliar libertad y naturaleza dio paso a la búsqueda de cómo conciliar la libertad entre los individuos. De nuevo, para los que no piensan mucho -o para los que sólo pueden pensar en una cosa-, moldear esta arcilla hacia intereses individuales y colectivos se ve como una tarea menos compleja y laboriosa que intentar descifrar el lugar y el fin de cada cosa en el universo.

La liberación de la medicina de creencias, tradiciones y códigos obsoletos se tradujo en un mayor debilitamiento de sus objetivos y límites. Parafraseando a Zygmunt Bauman, el triunfo de la bioética principialista -hoy casi podría decirse, sin adjetivos, bioética-, ha hecho que la medicina, ya influida por su contexto, sea aún más líquida. Por un lado, sus principios de obligación no son absolutos [13] y, por otro, el principio de autonomía -respeto a la autonomía, tal y como se formula en las últimas ediciones de los «Principios de ética biomédica»- acaba imponiéndose en la resolución de los dilemas éticos [44]. Este autonomismo encubierto, en el que la relación médico-paciente se reduce prácticamente a una negociación de voluntades, ha llevado a no pocos profesionales a refugiarse en movimientos que tratan de devolver la objetividad a la bioética y honrar la opinión profesional. Algunos han propuesto nuevas vías interpretativas para la bioética, mientras que

Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores? otros abogan por un retorno a la ética médica. Además, desde hace casi una década, cada vez son más los que empiezan a ver en el profesionalismo su tabla de salvación. Después de casi medio siglo, la bioética puede parecer demasiado impregnada de autonomismo como para que cambie de rumbo, mientras que la ética médica se ha ganado justa o injustamente una fama de retrógrada que la ha lastrado tanto, que retomar su bandera parece imposible. El profesionalismo parece, pues, la única tercera vía viable.

#### **4. La retórica devoró el mensaje.**

El tercer factor que ayuda a explicar el surgimiento y evolución del movimiento profesional se encuentra en el auge de nuevos enfoques pedagógicos que, a finales del siglo XX, pretendían mejorar la conexión entre los centros educativos y las demandas sociolaborales. Este fenómeno comenzó en Estados Unidos en universidades de prestigio, pero pronto se extendió a Europa con el llamado Proceso de Bolonia [9], que enfocó el desarrollo curricular hacia la adquisición de competencias. Los planes de estudio resultantes se centran en la identificación y transmisión de contenidos, así como de habilidades y actitudes profesionales. En el caso de la carrera de medicina, una educación basada en competencias presenta algunos retos entre ellos saber anclar las generalizaciones formativas en conductas específicas, concretas y medibles [12]. Anteriormente, las universidades regulaban casi exclusivamente la educación médica y la enseñanza de habilidades científico-técnicas -en el aula, en el laboratorio o en las prácticas hospitalarias-, de modo que los cambios educativos eran principalmente formales. No puede decirse lo mismo de la transmisión de valores humanísticos ya que, tradicionalmente, la ética profesional se impartía como asignatura teórica en el máster. Por supuesto, se suponía que los estudiantes aprendían los ideales de la medicina durante sus prácticas observando e imitando a su médico tutor, pero este tipo de interacción ético-educativa no solía integrarse explícitamente en la planificación docente, ni se evaluaba sistemáticamente durante las prácticas. Ante los retos asociados a la educación basada en competencias, vino al rescate el movimiento profesional, que, como se ha mencionado, había experimentado un desarrollo discursivo durante dos décadas.

Hasta entonces, el movimiento profesional inicial se ocupaba de identificar y defender los rasgos que caracterizan y mueven a un buen médico; de este modo, se emparejaba de forma natural con las tareas educativas relacionadas con el humanismo médico. Sin embargo, dos circunstancias condicionaron este planteamiento. En primer lugar, con el ya mencionado rechazo a los viejos razonamientos filosóficos, el nuevo construccionismo, así como los enfoques que provenían de fuera del gremio, no implicaron fundamentos alternativos sólidos,

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**  
y fueron más bien superficiales y a veces pueriles. En consecuencia, el mal uso de la retórica, las falacias -especialmente el argumentum ad verecundiam o de autoridad-, el establecimiento y apoyo de grupos de presión y el uso excesivo de materiales pedagógicos para apelar a los sentimientos de los estudiantes -películas, testimonios, etc.- se convirtieron en tentaciones difíciles de resistir para muchos de los otrora, bienintencionados defensores del profesionalismo clásico. En segundo lugar, las nuevas demandas de competencias para objetivar y medir los resultados del aprendizaje obligaron al profesionalismo a asumir compromisos de comportamiento que no estaban presentes en sus formulaciones anteriores. A falta de un sólido aparato conceptual y metodológico sobre los fines de la medicina, la tentación de reducir la educación de los ideales médicos al simple arte de la observación y la imitación del comportamiento ha llegado a representar una tercera tentación igualmente seductora.

Ante este panorama, nunca ha faltado la crítica, ya que la mera representación es siempre sospechosa de simulación y, por tanto, frágil, fútil y estéril en escenarios médicos en constante cambio. Peor aún, la imitación, abandonada a su suerte, suele conducir al fanatismo y al más rancio de los sectarismos. Son frutos envenenados, de los que no pocos acaban renegando y rindiéndose a la postura contraria [19, 26, 29]. Para muchos de estos críticos, incluido el autor de este artículo, si el profesionalismo clásico quiere ser útil y sobrevivir, debe volver a sus orígenes y promover y trabajar por algo que quizá, no sea del todo evaluable desde un punto de vista objetivo, es decir, debe volver a la fuente de todos los movimientos vocacionales iniciales y de todas las aspiraciones últimas hacia el bien. ¿Cómo puede lograrse esto? Antes de responder a esta pregunta, es necesario considerar otros factores propios del contexto contemporáneo en el que está inmersa la medicina.

## **5. Profesionalismo clásico y moderno.**

El escenario se hizo aún más complejo cuando, a principios de siglo, el movimiento bioético predominante, la bioética autonomista, empezó a interesarse por los planteamientos docentes desarrollados en el profesionalismo. La publicación simultánea en 2002 del artículo «Medical Professionalism in the New Millennium: a Physician Charter» en las revistas *Lancet* y *Annals of Internal Medicine* representó el primer hito de esta imbricación. Con él nació un nuevo tipo de profesionalismo que alcanzó de inmediato una mayor visibilidad entre los profesionales de la salud. La publicación presentaba el Proyecto de Profesionalismo Médico y, aunque contó con la participación de la ABIM, el peso de la Fundación ACPASIM (*American College of Physicians- American Society of Internal Medicine*) y de la Federación Europea de

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos señores?**

Medicina Interna fue decisivo para este giro principialista. En la introducción de este artículo el profesionalismo es definido como «la base del contrato de la medicina con la sociedad. Exige anteponer los intereses de los pacientes a los del médico, establecer y mantener normas de competencia e integridad, y proporcionar asesoramiento experto a la sociedad en materia de salud. Los principios y responsabilidades del profesionalismo médico deben ser claramente comprendidos tanto por la profesión como por la sociedad. Esencial para este contrato es la confianza pública en los médicos, que depende de la integridad tanto de los médicos individuales como de toda la profesión» [1]. En estas líneas se encuentran las directrices centrales asociadas a la definición de profesionalidad que han asumido la mayoría de los colegios de médicos, incluido, entre otros, el CGCOM.

En resumen, el movimiento profesionalista clásico se vio espoleado, por un lado, por la pérdida de la identidad médica y, por otro, por la promesa de que el enfoque principialista devolvería a los profesionales las responsabilidades que les corresponden. Esta promesa se debilitó con la nueva versión del Proyecto de Profesionalismo Médico, que se caracteriza por incluir el contrato social, los principios y la confianza pública en los médicos. En efecto, estos elementos son guiños evidentes a una concepción constructivista de la medicina que, como se ha dicho, gira en torno al establecimiento de consensos, incluso sobre lo que la profesión puede ser o llegar a ser. Prueba de ello es la sección que sigue a la introducción, dedicada a tres de los cuatro principios enunciados en el principialismo inicial -el principio de no maleficencia está imbuido desde hace tiempo del de beneficencia-. Surge entonces la pregunta de qué es lo que hace peculiar al profesionalismo con respecto a la bioética. Una breve respuesta nos remite al saber hacer. Si la bioética examina el fin de la medicina, es decir, el bien del paciente, el profesionalismo se ocupa de proporcionar a los médicos los conocimientos, y les ayuda a adquirir las competencias necesarias, para alcanzar dicho fin. La última sección del artículo, que esboza el Proyecto de Profesionalismo Médico, aborda las responsabilidades en las que deben formarse los profesionales de la medicina, entre ellas la competencia profesional, la honradez y la confidencialidad, la evitación de relaciones inadecuadas con los pacientes, la mejora de la calidad de la asistencia y del acceso a la misma, la facilitación de la distribución equitativa de los recursos, la promoción del avance del conocimiento científico, el mantenimiento de la confianza mediante la gestión adecuada de los conflictos de intereses y el autocontrol.

Hay que señalar que, como veremos a continuación, estas diez recomendaciones, que pretenden ser prácticas, no dejan de ser propuestas totalmente formales, ya que, con un

Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los fundamentos autonomistas, es imposible identificar contenidos más concretos sin entrar en las particularidades de cada caso médico. ¿Hasta dónde llega la honestidad o la confidencialidad? Y lo que es más importante, ¿qué significa la justa distribución de los recursos o la adecuada promoción del conocimiento científico? Para el profesionalismo, los profesionales, en diálogo con los individuos en cada contexto, deben darles sentido y límites abstractos que no deben extrapolarse a toda la comunidad médica.

## 6. Profesionalismo posmoderno.

Con el panorama descrito, es fácil comprender por qué la versión inicial del profesionalismo ha surgido una gran diversidad de corrientes. Y más teniendo en cuenta los canales de comunicación que hoy existen entre todas ellas y que han multiplicado, con posiciones intermedias, las definiciones de profesionalismo. A pesar de ello, es posible identificar dos grandes grupos en cuanto al contenido, entre los que se encuentran los profesionalismos que se presentan como alternativa a la bioética y los que se constituyen como parte de ella, es decir, una versión práctico-docente. El hecho de que el primer grupo englobe también la dimensión competencial de la ética puede parecer confuso. Por otra parte, utilizando criterios interpretativos, estos dos grupos suelen corresponder a los grupos antiautonomista y proautonomista, respectivamente, aunque no siempre o no totalmente, sobre todo en los países de influencia occidental donde la sensibilidad médica todavía muestra tendencias hacia las directivas de la vieja escuela. Esto se ve con especial claridad en la obra de Do-Kyong Kim «Medical Professionalism in Neoliberalism» [28]. Kim, profesor del Departamento de Humanidades Médicas de la Universidad Dong-A de Corea del Sur, se basa en la definición del Proyecto de Profesionalismo Médico y critica el profesionalismo clásico por no responder a los vientos de cambio, cada vez más influidos por el neoliberalismo y el mercantilismo, que están transformando la demanda de servicios sanitarios. «Los pacientes buscan la ayuda de los médicos para lograr cuerpos más saludables y hermosos, así como para tratar enfermedades». Sostiene que si los médicos no responden a los nuevos hábitos de consumo - es decir, a las nuevas necesidades del mercado, que también afectan a las formas de entender la salud y la enfermedad-, la confianza en los profesionales sanitarios disminuirá, lo que «elevará la actitud escéptica de los médicos hacia el profesionalismo como un simple eslogan simbólico. El profesionalismo debe ser factible». Para Kim, el profesionalismo -el profesionalismo autonomista- fracasará en su intento de salvaguardar la identidad médica e impedirá que la profesión evolucione junto con la sociedad si no es coherente con su ideología. Kim asume la ideología autonomista de la bioética occidental y de esta nueva

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**

versión del profesionalismo. Sugiere con urgencia que evite los matices y escrúpulos de una sensibilidad que aún no se ha liberado por completo de cosmovisiones caducas. Aún más significativo es el hecho de que no presenta un nuevo profesionalismo, sino que da voz a un tipo de profesionalismo denominado profesionalismo empresarial, que fue formulado hace una década lejos de Corea del Sur o de cualquier país oriental por Brian Castellani y Frederic W. Hafferty, que trabajan en la Universidad de Kent y en la Universidad de Minnesota-Duluth, respectivamente. Este profesionalismo prioriza característicamente la autonomía del paciente, el libre mercado y los conocimientos científicos y técnicos de los profesionales en detrimento del altruismo y la justicia social [10]. El profesionalismo empresarial no cae en el neoliberalismo radical, porque no renuncia a la benevolencia y la compasión en la atención sanitaria, pero invierte la escala clásica de valores profesionales y considera prescindible la benevolencia.

La interpretación de Kim de la crisis profesional médica aporta un punto de claridad a este debate. Las experiencias de alienación profesional que catalizaron el movimiento profesional están más vinculadas a la indecisión de los médicos sobre si preservar los viejos ideales o abrazar otros nuevos que a una avalancha de cambios. Preservar la identidad médica implica, en un sentido u otro, una elección, que es precisamente lo que los occidentales parecen evitar en su reticencia a renunciar a la sensibilidad asociada al pasado. Cualquiera que sea la solución a este dilema, el problema del profesionalismo está ya suficientemente planteado.

Esta formulación de la crisis de identidad occidental se ha visto reforzada en los últimos años por la investigación científica sobre el profesionalismo y la interculturalidad. Todo ello apunta a que los valores que definen la profesión médica cambian entre culturas y generaciones mucho más de lo esperado [27]. Un buen ejemplo de esta investigación surgió de la Universidad de California en colaboración con varios centros médicos y universitarios tailandeses. Los investigadores analizaron el consenso sobre la definición de profesionalidad médica en cuatro generaciones de médicos de urgencias. Sus conclusiones afirman que se reconoce un cierto consenso entre los profesionales, pero no entre las distintas generaciones de grupos de pacientes [21]. Como era de esperar, con la evolución de la sociedad, la confianza en los profesionales médicos respecto a sus servicios, la prestación de los mismos y lo que deberían ser, varía significativamente. En un segundo artículo relevante, Al-Rumayyan et al. comparan tres marcos de profesionalidad en países no occidentales y llegan a conclusiones similares: «no existe un marco único sobre profesionalismo que pueda ser

reconocido globalmente» [2]. Tanto el tiempo como el lugar introducen factores decisivos para entender qué es una profesión y las consecuencias de que gire en torno a la demanda social.

¿Existen tantas versiones del profesionalismo como culturas o formas de sentir? Y lo que es más importante, ¿deben los médicos adaptarse a cada una de ellas? Una respuesta positiva es la postura más coherente desde el punto de vista de la bioética principialista. La promesa de una ética mínima compartida por todos los médicos y pacientes del planeta suele toparse con la hegemonía del principio de autonomía, que, para el principialismo más consecuente, es el único ideal verdadero con el que hay que aprender a vivir. Esto se aplica a Kim y a su creencia de que los médicos deben aceptar su profesión como una mera construcción social, lo que les impide anclar su comportamiento en algo más allá de las circunstancias sociales.

## **7. Los medios antes que los fines.**

A pesar de los clamores de Oriente, los defensores occidentales del principialismo tardarán años en convencerse de que los médicos de distintas sociedades no tienen por qué tener nada en común, al menos en cuanto a los fines de su actividad. La búsqueda de una ética mínima a través de generaciones y culturas seguirá siendo un ideal en nuestras universidades y hospitales durante algún tiempo, lo que explica la difusión de una creencia que ha ido cobrando fuerza en las dos últimas décadas entre muchos médicos. Supone que si en Occidente la bioética, como la ética en general -con carácter autónomo, por supuesto-, se ocupa de los mínimos comunes denominadores que debe cumplir todo médico, en vez de ocuparse en la excelencia profesional como tal, entonces ¿quién se encarga de vigilar tal ideal? Conviene recordar que la búsqueda de la excelencia es lo que hace que los médicos se sientan más orgullosos y realizados, y lo que a menudo les atrae de la profesión. Algunos han buscado en el profesionalismo la respuesta a sus inquietudes sobre los más altos estándares de la actividad profesional [25]. Sin embargo, dado el marco teórico en el que ha surgido este profesionalismo de excelencia, es poco probable que un único modelo sea suficientemente aceptado entre los profesionales, poniendo en peligro su consolidación. Parece más probable lo contrario, es decir, que el número de propuestas profesionalistas aumente tanto y de forma tan diversa que acaben ahogándose unas a otras. El profesionalismo de excelencia parece condenado a desembocar, como toda ética de mínimos, en el profesionalismo empresarial de Castellani y Hafferty.

La idea del profesionalismo como proyecto dedicado a la excelencia médica ha recibido

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**  
apoyo no sólo a nivel profesional, sino también a nivel competencial, es decir, como estrategia curricular. Uno de los trabajos más influyentes sobre el giro competencial en los planes de estudio de las universidades estadounidenses, como ya se ha comentado, procede del marco de David T. Stern para medir la profesionalidad. Sitúa el profesionalismo en la cúspide de la pirámide de competencias que un estudiante de medicina debe adquirir mientras cursa su carrera. En la base se sitúan las competencias clínicas, después las habilidades de comunicación, a continuación, la comprensión ética y legal de los escenarios clínicos y, por último, apoyado en los cuatro pilares de excelencia, humanismo, responsabilidad y altruismo, el profesionalismo representa la cúspide integrada de todos ellos [46]. Numerosos hospitales universitarios utilizan esta estructura para transmitir contenidos éticos, entre ellos la prestigiosa Clínica Mayo -EE.UU.- que ha hecho especialmente visible el marco profesional de Stern.

La lógica de Stern en torno a la profesionalidad y la excelencia, se fundamenta en el supuesto de que, sólo cuando los estudiantes tienen una base científico-técnica suficiente y sólo si han adquirido las habilidades comunicativas suficientes para entender y hacerse entender con los pacientes, pueden plantearse la dimensión ética del trabajo. Es especialmente significativo que las dimensiones ética y jurídica se sitúen en paralelo, lo que refleja una cierta equiparación entre dos campos que, al menos en su concepción clásica, si bien están relacionados, tienen una finalidad y una metodología cualitativamente diferentes. El Derecho aspira a la convivencia social y, en el mejor de los casos, emplea métodos de búsqueda de consenso, mientras que la Ética persigue el conocimiento del bien, lo que exige el uso de la razón. Desde este punto de vista, la ética aspira a la objetividad de lo dado, mientras que el derecho se construye siempre a partir de las prácticas más comunes que conforman las comunidades. Esto explica por qué la ley puede no ser justa y el ejercicio de un bien puede ser ilegal. Como sostenía hace tiempo Aristóteles, cuanto más estable es una sociedad, más posible es el intercambio de ideas; el diálogo engendra sabiduría, mejores prácticas sociales y, en última instancia, mejores leyes. Lo contrario también es cierto. Cuanto menos racionales son las personas, más inestables son sus modelos de convivencia [43]. Por supuesto, esta tesis ha suscitado una amplia polémica. Uno de sus detractores más conocidos, Aldous Huxley, vinculó esta tesis con el desarrollo científico-tecnológico y sugirió, en el Prólogo de su novela más famosa «Un mundo feliz» [23], que una sociedad puede ser muy estable y, al mismo tiempo, perversa. A la inversa, su última novela «La isla» [22], ejemplifica una sociedad hermosa, justa y buena que, sin embargo, está condenada al

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**  
colapso debido a circunstancias externas perversas. Si Huxley tiene razón, no todos los tipos de estabilidad conducen al diálogo y, en última instancia, a la sabiduría.

Dejando a un lado esta polémica y volviendo al esquema de Stern, la lógica de situar lo ético y lo jurídico en el mismo plano conlleva, en gran medida, una concepción autonomista de la ética y por tanto, lleva a asignar el mismo método a la ética y al establecimiento de leyes. En este punto, la diferencia entre ambas se encuentra en que, la ley atiende al mínimo común denominador de los objetivos de una comunidad para evitar la asfixia que a menudo conlleva la convivencia, mientras que la ética protege y promueve con mayor flexibilidad otros comportamientos sociales [33]. Llegamos así al quid de esta sección: esta dinámica ascendente impregna no sólo el puente entre la política y la ética, sino también entre la ética -ideales de obligado cumplimiento- y la profesionalidad -ideales que exigen la libre adhesión.

El profesionalismo autónomo de excelencia se enfrenta, como la propia bioética, al escollo de la implantación. En 2009, Paul S. Mueller, miembro de la División de Medicina Interna General y del Programa de Profesionalismo y Bioética de la Clínica Mayo, se preguntaba sobre este reto: «Excelencia, humanismo, responsabilidad, altruismo [...] ¿Cómo enseñar conceptos tan abstractos como esos?» [34]. En su respuesta, aboga por el uso de materiales audiovisuales experienciales sobre conductas profesionales y no profesionales y por actividades interactivas como la discusión de casos, los juegos de rol y la simulación, el aprendizaje en equipo, la escritura narrativa, etc. En cambio, se dedica poco espacio al marco de Stern o incluso a la reflexión teórica sobre el porqué de estos ideales. La teoría queda relegada a un segundo plano, lo que presenta no poco problema porque, por muy nobles que sean los valores de la comunidad médica que acoge a los nuevos estudiantes, una vez graduados, los nuevos profesionales se aventuran en nuevos escenarios con sensibilidades diferentes, incluso opuestas, y sus correspondientes narrativas y eslóganes. De ello se deduce que los estudiantes tratarán de salvaguardar su identidad como médicos eligiendo nichos morales similares para su actividad profesional, lo que conduce a la inevitable intensificación de la experiencia de feudalización profesional y moral. Nada atrae más al relativismo que esta situación. Tras haber sufrido el declive de la moral objetiva y la relajación de las prácticas durante varias generaciones, los profesionales han empezado a experimentar el agotamiento, que ya es típico del campo y suele ir acompañado del desprecio más cínico por las convenciones sociales, ya sean mínimas o máximas.

Los graves problemas asociados al profesionalismo de excelencia no han pasado

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**

desapercibidos para los profesores de las facultades de medicina. Muchos de ellos han rebajado el ideal profesionalista a lo asequible y medible con relativo rigor; en concreto, la buena conducta y los códigos profesionales. Utilizando la nomenclatura de David M. Irby y Stanley J. Hamstra, se encuentra un primer profesionalismo basado en el comportamiento que se centra principalmente en aspectos profesionales manifiestos e independientes de actitudes internas o del reconocimiento del grupo. Un segundo profesionalismo se denomina formación de la identidad profesional, que está en sintonía con la consolidación y feudalización de los nichos de sensibilidad descritos anteriormente. En este grupo podríamos incluir, por ejemplo, la definición de Profesionalismo Médico pregonada por la American Board of Medical Specialties, una de las mayores organizaciones de este tipo dirigidas por médicos: «un sistema de creencias sobre la mejor forma de organizar y brindar atención médica, que llama a los miembros del grupo para que declaren (profesen) conjuntamente lo que el público y los pacientes individuales pueden esperar con respecto a los estándares de competencia compartida y los valores éticos, y para implementar medios confiables para garantizar que todos los profesionales médicos cumplan con estas promesas» [4]. La expresión «sistema de creencias» no es baladí y se refiere a las ideas que uno asume y que constituyen el yo -una identidad representada. Dado que el agente moral está consolidado en dicho sistema, la reflexión moral fuera de sus límites es siempre muy difícil, fastidiosa, e implica superar el carácter ideológico siempre presente del yo [14].

La clasificación de Irby y Hamstra también incluye un tercer tipo denominado profesionalismo basado en la virtud, que se centra «en los hábitos internos del corazón, el desarrollo del carácter moral y el razonamiento, además de las cualidades humanísticas de cuidado y compasión» [24]. Esta tercera propuesta rescata la noción de virtud y con ella, una antigua tradición sobre el bien y la acción humana. Como se ha mencionado, esta tradición sirvió de marco teórico en medicina durante siglos. Aquí resurge como propuesta para reunir tres mundos: el de lo objetivo y lo subjetivo, lo social y lo individual, y la acción y la contemplación. El profesionalismo basado en la virtud ofrece también una visión sugerente e integral de la relación entre ética y profesionalidad. Por último, este profesionalismo puede ayudar a muchos médicos -incluidos los que defienden la ética médica más tradicional- que han tenido que dejar de lado el marco interpretativo que da sentido a su conducta y han reducido así la ética a recomendaciones procedimentales.

Es imposible aplicar la teoría aristotélica del carácter sin enraizarla en su correspondiente concepción de la naturaleza, es decir, si se quiere evitar las críticas de sus detractores, las

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**

sensibilidades y climas sociales adversos y, lo que es más importante, el desentanto de estudiantes y profesionales que aspiran a la virtud con honestidad intelectual. Para Aristóteles, los seres naturales contienen un principio de movimiento y reposo «sea con respecto al lugar o al aumento o a la disminución o a la alteración. Por el contrario, una cama, una prenda de vestir o cualquier otra cosa de género semejante, en cuanto que las significamos en cada caso por su nombre y en tanto que son productos del arte, no tienen en sí mismas ninguna tendencia natural al cambio» [7]. Las cosas naturales, por tanto, tienen una finalidad intrínseca por la que se mueven, que se basa, además, en su posición, estado, tiempo, etc. Por el contrario, las cosas artificiales tienen un fin externo que les viene dado por su arquitecto. Un tercer grupo de cosas no tiene finalidad; para Aristóteles, son los fenómenos incondicionalmente necesarios -no tienen finalidad, pero no pueden ser de otra manera-, por ejemplo, los eclipses de sol, y los acontecimientos fortuitos -que tampoco tienen finalidad, pero no pueden ser de otra manera-, por ejemplo, los incendios forestales. Los fenómenos no teleológicos no requieren una explicación, ya que responder a la pregunta «¿por qué?» nos deja con las respuestas: a) porque es así -procesos necesarios-, o b) que es una pregunta sin sentido -procesos aleatorios. Así pues, la inteligencia sólo se ocupa de los fenómenos teleológicos y artificiales, aquellos a los que puede dar una respuesta con sentido.

Aquí cobra sentido la idea aristotélica de bien natural, es decir, el fin hacia el que se mueve cada objeto natural y su correspondiente lugar en el universo. Sin embargo, el bien está ausente de los movimientos necesarios, accidentales o violentos, mientras que los bienes artificiales dependen del interés o intereses del arquitecto más que de lo que se produce. El origen de los fines artificiales -la inteligencia del arquitecto- es fácilmente detectable, pero los fines naturales son más difíciles de aprehender. Aristóteles propone un método que ha sido crucial en la historia del pensamiento. «Así, en el caso de las arañas, las hormigas y otros animales semejantes algunos se preguntan si no actúan con inteligencia o algún otro poder cuando llevan a cabo lo que hacen. Y si avanzamos un poco más en esta dirección, vemos que también en las plantas hay partes que parecen haberse generado en función de un fin, como las hojas para proteger el fruto. Así pues, si es por un impulso natural y por un propósito por lo que la golondrina hace su nido y la araña su tela, que las plantas producen hojas para sus frutos y dirigen sus raíces hacia abajo para nutrirse y no hacia arriba, es evidente que este tipo de causa está operando en las cosas que son y llegan a ser por naturaleza. Y puesto que la naturaleza puede entenderse como materia y como forma, y

Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?  
puesto que esta última es el fin, mientras que todo lo demás está en función del fin, la forma? tiene que ser causa como causa final» [7]. Aristóteles llega así a la noción de causa final como fin operativo a partir del cual es posible el crecimiento -el alma de las cosas que las anima para su bien-, que no requiere, como aquí se presenta, la inteligencia de la que se predica o, al menos, el tipo de inteligencia que la biología contemporánea tiene por válida. Por supuesto, la presencia de inteligencia, y de inteligencia racional en el ser humano, es signo de una causa final de naturaleza especial. Es tan especial que, en última instancia, indica que algo en dicho objeto natural persiste después de la muerte. Además, Aristóteles atribuye a ese algo un origen divino y afirma que el ser humano merece por ello un respeto particular entre los seres naturales.

El marco general de Aristóteles es cuasi antropocéntrico ya que, por un lado, se concede al hombre un estatuto ético especial, pero, por otro, el bien aparece aquí como trascendental y se oculta en más cosas de las que suponemos, incluso en los animales racionales, en los sensibles, en los miembros del reino vegetal, así como en muchos seres inertes. El mundo natural está poblado de seres con alma, seres en cuyo fondo se oculta la maravilla porque los bienes naturales manifiestan la más exquisita de todas las bellezas. Como veremos en el próximo apartado, es en este trasfondo donde habría que proponer comenzar toda pedagogía y adquisición de competencias éticas.

## 8. La conexión esencial entre la actividad científica y artística.

A partir del marco teórico presentado en la sección anterior, cualquier transformación que tenga el potencial de alejar a la medicina de su servicio al bien natural, sea intencional o no, individual o colectivo, es desastrosa, ya que el bien natural se considera una realidad objetiva interna a las cosas y no una construcción. Desde los albores de la modernidad, la idea clásica de naturaleza se ha reducido, por un lado, a esa especie de naturaleza humana y, por otro, se ha asociado a la noción convencional de inteligencia. Gran parte de la culpa de este doble giro la tiene René Descartes, que en su propuesta metafísica, *deteleologiza* toda la realidad salvo la humana. El mundo se convierte así en una enorme máquina sujeta a unos fines que proceden de fuera de él, del Creador, el gran relojero. «Con ello», escribe Robert Spaemann, «la teleología se saca de la naturaleza y se desplaza al espíritu de Dios» [45]. En segundo lugar, Descartes asocia el alma con la parte pensante del hombre, la *res cogitans*. Así, sin conciencia, los fines dejan de existir. Por último, Descartes proclama la independencia sustantiva entre el mundo de la materia y el mundo del espíritu, lo que, en términos prácticos, implica también cierta independencia metodológica en su aproximación a

ambos mundos. Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?

La deriva filosófica que Descartes inició con la deteleologización de la naturaleza desemboca necesariamente, según Spaemann, en la deteleologización del ser humano. Y, en efecto, de la ruptura cartesiana comenzaron a surgir nuevas filosofías. El kantianismo, del que es heredero el autonomismo principialista, es una de las más importantes. En él, el alma como fuente dada de finalidad, es sustituida por la voluntad racional, es decir, la fuente creadora de fines. Por supuesto, esta deriva también ha afectado directamente a la forma de hacer ciencia experimental. «Naturaleza es lo que nosotros no hemos hecho. Pero nosotros sólo podemos hacer algo porque la naturaleza misma es del tipo del material ya informado, y así podemos comprenderla en analogía con lo que nosotros hacemos. Y sólo porque la naturaleza no es mera materia pasiva, puede Aristóteles a su vez distinguir entre movimiento natural y violento, una distinción cuyo menosprecio pertenece a las premisas fundamentales de la física moderna» [45]. Esta escisión cartesiana y su consiguiente *deteleologización* han repercutido especialmente en la profesión médica, dividiendo la medicina en dos tipos de disciplinas, a saber, las que se rigen por causas físicas y las que se rigen por la mente. Dentro de este paradigma, sólo es posible buscar sentido y propósito en esta última dimensión psicológica. Al mismo tiempo, esta división ha forjado una nueva sensibilidad ética en la que el cuerpo, como nave inerte e indolente, debe seguir el rumbo marcado por un piloto que prefiere no escuchar la voz de su nave, y mucho menos dialogar con ella.

El movimiento profesional clásico fue fomentado en parte, como ya se ha mencionado, por el deseo de muchos médicos de preservar los valores médicos tradicionales sin el bagaje de la metafísica tradicional. Ahora está claro lo que este esfuerzo pretendía dejar atrás. En primer lugar, como lamenta Spaemann, los ideales tradicionales se refundaron en la posesión humana de la racionalidad y/o en su condición de criatura de designio divino. La idea de la existencia de una causa final, que también está presente en otras realidades y las hace dignas de respeto, engendra hoy más escándalo que alabanza. *Laudato Si*, la encíclica del Papa Francisco de 2015, ha sido una auténtica llamada de atención sobre este olvido. Todavía es demasiado pronto para prever los efectos de este texto entre los médicos católicos que trabajan en la ética médica y el profesionalismo, pero, siendo optimistas, podría ser un paso importante para eliminar el prejuicio que ve, en general, devolver el misterio a la naturaleza como un debilitamiento de la dignidad de la naturaleza humana. Por el contrario, abrir competentemente la ética humana a la ética natural rehabilitaría uno de los argumentos más poderosos de la existencia del bien y del mal. Por el contrario, rechazar las

Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?  
dimensiones teleológica y estética en el mundo natural implica aceptar los presupuestos que?  
potencian los argumentos autonomistas.

No se trata de una cuestión meramente teórica. Aprender a ver la realidad en toda su riqueza, y hacer de dicha visión un hábito -contemplar, en sentido estricto-, es una vía fundamental para que los médicos desarrollen la sensibilidad y la racionalidad ética. Esta cuestión es tan importante como ausente en la inmensa mayoría de los planes de enseñanza de la medicina, incluida la ética médica y el profesionalismo clásico. Profundizar en este asunto es la propuesta docente en Ciencia y Literatura en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Esto es, enseñar a los alumnos a ver el mundo como los grandes artistas lo han plasmado en sus obras. Y como segundo objetivo, animarlos a aplicar esa mirada a su profesión de forma habitual, es decir, a convertirse en artistas en un mundo que a su vez es artístico.

## **9. Interdisciplinariedad: entre la physis particular y la physis universal.**

Otra idea cartesiana que ha adoptado la ética médica se refiere a la independencia metodológica. La medicina moderna se ha ido encerrando en sí misma y en sus campos metodológicos hasta el punto de que hoy abundan las acusaciones de injerencia incluso entre las propias especialidades médicas. De hecho, el origen de la bioética suele presentarse como una respuesta interdisciplinar que, por un lado, es necesaria a partir de los cambios derivados del desarrollo científico-tecnológico contemporáneo y, por otro, como alternativa a una ética médica demasiado anclada en la tradición e incapaz de integrar discursos ajenos a la lógica interna de la profesión. Hay varias razones para sostener que, a pesar de ello, la interdisciplinariedad tiene sus límites y que, por tanto, la bioética no sea considerada una mejora, sino más bien una prolongación natural de la ética médica. Algunas de estas razones son muy antiguas. La tradición hipocrática, por ejemplo, presenta el problema de los límites asociados a los campos de estudio relacionados. El antropólogo español Pedro Laín Entralgo identificó tres posiciones bien definidas en el Corpus Hippocraticum: a) la filosofía como fundamento expreso de la medicina; b) la discusión de los conocimientos filosóficos imperantes a partir de observaciones profesionales; y c) «los que tratan de hacer de la medicina un saber independiente de la filosofía» [30]. Sin embargo, esta tercera posición debe ser adecuadamente contextualizada. Ciertamente, renuncia a fundamentar la medicina en una hipótesis especulativa -en concreto, la creencia en la existencia de un Nous al que todo está directamente sometido-, característica de las escuelas médicas de inspiración apolínea y con la que pretendía romper la Escuela Hipocrática de

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**  
Asclepio. En última instancia, el punto de partida de la medicina debía ceñirse a «la experiencia, a la sana reflexión y a la “sensación del cuerpo”, va a enseñar “el principio y el camino” del arte de curar y lo que en verdad es la naturaleza del hombre. Empirismo puro, al parecer, y total independencia de la medicina respecto de la filosofía» [30]. Sin embargo, añade Laín Entralgo, «un examen atento del escrito permite advertir que lo que su autor quiere no es hacer medicina sin filosofía, sino llegar a una filosofía -del hombre- partiendo exclusivamente de la medicina». No es del todo exacto, por tanto, afirmar que esta nueva idea de la medicina se originó enteramente en la experiencia médica, ya que una doble hipótesis especulativa sustentaba los pilares de esta tercera alternativa. Veámoslas a continuación.

La primera hipótesis reconoce la existencia de una *physis* particular, una naturaleza que justifica apelar a la razón propia que cada cosa posee. Laín Entralgo enumera algunas de ellas: «los astros, las partes del mundo, los vientos, las aguas, los alimentos, los medicamentos, el hombre en cuanto tal -la *physis* humana-, el cuerpo, el alma, las distintas partes del cuerpo, cada uno de los individuos humanos, los diversos modos típicos de ser hombre, las enfermedades, los animales». Así pues, los médicos tienen la tarea de familiarizarse con el principio racional del cuerpo, lo cual es posible gracias a la *dynamis* o virtud de cada cosa, a saber, «la potencia o capacidad de una cosa para mostrar lo que ella es: relinchar y verdear, por ejemplo, son *dynámeis* del caballo y de la hierba» (Idem). En este contexto, los médicos deben dedicar su vida a la *physis* del organismo humano, que se revela en evidencias particulares que se ponen de manifiesto para quien sabe dónde mirar, y no mediante el conocimiento del *Nous*, entendido como el alma más profunda que subyace a cada cosa y de la que todo participa.

Esta máxima puede tamizarse con la segunda hipótesis especulativa, a saber, la creencia en una *physis* universal que explica la armonía entre todas las *physes* particulares. Del mismo modo que los médicos deben comprender las proporciones y relaciones que existen entre los distintos órganos del cuerpo, también deben tener presentes las que éste mantiene con el resto de las realidades naturales. Para Laín Entralgo, los médicos de la antigua Grecia tenían como objetivo el «amor a la naturaleza universal, en cuanto que realizada en la individual naturaleza de cada hombre -tal es la raíz de la teoría platónica y aristotélica de la amistad [...] Dirá Platón: “El enfermo es amigo del médico -por tanto, confía en él, se entrega a él- a causa de su enfermedad”. No es extraño que la imaginación mítica de los griegos atribuyese a un dios la invención de la medicina» [30]. El camino empieza en el cuerpo y termina en

Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?  
algo que está fuera del cuerpo y del que el cuerpo es heraldo y reflejo luminoso que impulsa la vida del médico. No se trata, así, de un abandono del estudio del cuerpo sino, gracias al conocimiento de su relación con el todo –en tanto que cosmos–, se descubre toda la hondura y belleza que esconde el cuerpo y que conforma el sentido último de la vocación médica.

Al aplicar el marco anterior a la discusión inicial, la bioética aparece como el catalizador de la ética médica y, en consecuencia, no mantienen una relación simétrica, ya que la primera tiene sentido sin la segunda, pero no a la inversa, por muy nobles que sean los fines de ésta. Este es precisamente uno de los grandes males que se atribuyen a la bioética contemporánea, a saber, su desarraigo acelera la destrucción de lo esencial de la profesión médica, fenómeno que va de la mano del olvido de la physis o razón propia del cuerpo humano. Este idealismo, al que parece haber sucumbido la mayor parte de la bioética interdisciplinaria y principialista, no sólo no intensifica la luz en el corazón de los médicos –porque degrada el estudio de la physis particular–, sino que hace estéril dicha luz al reorientar la mirada de los profesionales desde el cuerpo humano hacia la autonomía de los agentes particulares.

La alternativa presentada por el movimiento profesionalista clásico recupera la importancia de la physis particular, pero a costa de infravalorar la physis universal. Con ello, la ética postcartesiana y todos sus males resucitan en una ética cerrada sobre sí misma y en riesgo de perder incluso las ventajas que aporta, en particular, una atractiva racionalidad que integra y gobierna el cuerpo en su conjunto. La armonía en la physis particular –a veces llamada sustancia– se consolida y se nutre de una physis mayor de la que es reflejo. Ignorar este impulso subjetivo significa condenar el estudio del cuerpo a un proceso progresivo y destructivo de atomización homogeneizadora. El ciclo se cierra aquí porque, en este proceso, la physis particular también sucumbe a causas ciegas y violentas que la cubren tan por completo que acaba dando cuenta de toda la realidad –es decir, la misma información se aplica tanto al cuerpo humano como a la estrella más lejana–. Estas fuerzas poco o nada tienen que ver con el Nous clásico o con la physis universal.

Lejos de ser una predicción, la deriva de la ética médica puede reconocerse como historia porque, recordémoslo, sus peores frutos –cerrazón, elitismo y monopolio– dieron lugar a la bioética contemporánea en un efecto rebote.

## **10. De la salud a la felicidad... y vuelta.**

Al rehabilitar la relación axiomática y jerárquica entre la physis particular y la universal,

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**  
encontramos una salida a la estéril disputa que el profesionalismo clásico y el autonomismo han mantenido durante décadas. Además, supone el reconocimiento mutuo entre la ética médica -incluido el nuevo profesionalismo- como entidad asociada al estudio de la physis particular y la bioética -vista como método con un enfoque interdisciplinar de carácter puramente objetivo-.

Señala Sabine Sallock que el ethos profesional de los médicos se debe diferenciar de la perspectiva de la ética, ya que esta puede adoptar un punto de vista universal y tiene el potencial de evaluar críticamente las normas morales específicas del contexto [41]. El reto se encuentra en averiguar cómo se relacionan ambas. El ethos de la medicina implica el cuerpo humano particular, pero las normas que lo constituyen no son coyunturales ni circunstanciales. Lo mismo ocurre con cualquier campo científico en la medida en que aborda la razón interna de los objetos que lo constituyen y, al mismo tiempo, busca el diálogo interdisciplinario dado que dicha razón revela a los científicos una alteridad íntima con el otro, y con el todo -el *élan* del universo.

La delicada relación entre ambas físicas es especialmente importante en los campos dedicados expresamente al estudio y la práctica del bien. La ética médica entra dentro de esa descripción, ya que su fin y su bien se corresponden con la salud y el cuidado del paciente. Sin embargo, estos asuntos humanos particulares deben integrarse con otros bienes para la consecución de la felicidad, el bien superior y último. En efecto, al igual que el bien del cuerpo trasciende al propio cuerpo, las normas que lo rigen van más allá del cuerpo. De lo contrario, cualquier pretensión de objetividad sería vana, y lo contrario también es cierto. Que el ethos médico sea capaz de un análisis objetivo no lleva a la conclusión de que pueda clasificarse como ciencia *stricto sensu*. Como señaló Aristóteles hace mucho tiempo, ninguna ética, incluida la ética médica -de hecho, ninguna búsqueda de conocimiento sobre el bien, sea particular o no- puede clasificarse como ciencia pura o episteme. La medicina es un arte -*techné*- porque su objetivo último es atender a los enfermos a nivel particular, más que alcanzar verdades universales. Del mismo modo, la ética médica es el estudio del fin-bien asociado a dicho arte. Así pues, busca un bien particular basándose en dos consideraciones; no se refiere al bien del universo ni al bien general del hombre.

La salud, como el placer, la riqueza, el honor, etc., está subordinada a un bien mayor, a saber, la felicidad humana, que a su vez está subordinada a un bien último. Aristóteles dice, en probable referencia a las ideas de su maestro Platón, que dicho bien último «es la causa

de que todos aquellos sean bienes» [6]. Al conocimiento de los dos bienes anteriores a la salud no se puede acceder mediante el arte de la medicina como tal, sino que se alcanza, argumenta Aristóteles, con la adquisición de la prudencia -sabiduría práctica-, virtud intelectual con la que somos capaces de comprender qué es lo más adecuado para cada situación. «El rasgo distintivo del hombre prudente es al parecer, el ser capaz de deliberar y de juzgar de una manera conveniente sobre las cosas que pueden ser buenas y útiles para él, no bajo conceptos particulares, como la salud y el vigor del cuerpo, sino las que deben contribuir en general a su virtud y a su felicidad. La prueba es que decimos que son prudentes en tal negocio dado, cuando han calculado bien para conseguir un objeto honroso, y siempre con relación a cosas que no dependen del arte que acabamos de definir. Y así puede decirse en una sola palabra, que el hombre prudente es en general, el que sabe deliberar bien» [6]. Numerosos bienes compiten en la mayoría de las deliberaciones humanas cotidianas sobre lo que es mejor, no en un sentido u otro, sino, en general, en lo que conviene al individuo y, aún más en general, en cuanto al bien del universo. En el marco aristotélico, un médico imprudente es visto como aquel que olvida el bien general de su paciente y se ciñe a una actividad limitada que, al final y por esta misma razón, empieza a volverse perversa. De nuevo, la ética médica y la bioética aparecen aquí en su relación más noble, simétrica y mutuamente necesaria. Además, la teoría aristotélica sobre el conocimiento del bien también nos proporciona una nueva luz respecto a las etapas y periodos del aprendizaje, que puede ser útil en la formación del médico, como exploramos a continuación.

La prudencia aristotélica es una virtud intelectual y la clave del pensamiento moral que, sin serlo, se nutre tanto de la experiencia práctica -el arte- como de la más especulativa de las actividades -la ciencia. «Por lo tanto, puesto que el conocimiento científico implica demostración, pero no hay demostración de cosas cuyo primer principio sea variable -pues todas esas cosas podrían ser en realidad de otro modo-, y puesto que es imposible deliberar sobre cosas que son de necesidad, la sabiduría práctica no puede ser conocimiento científico ni arte; no, puesto que aquello que puede hacerse es capaz de ser de otro modo, ni arte porque acción y hacer son diferentes clases de cosas» [6]. La experiencia es necesaria, por supuesto, porque los seres humanos no pueden aprehender los principios de la moralidad sin ella -por ejemplo, que hay que hacer el bien y abstenerse del mal- un tipo de conocimiento cuasi-intuitivo -la *epagoge* aristotélica- cuya adquisición los escolásticos asignaron a la *sindéresis*, a saber, el hábito intelectual de los principios prácticos. La experiencia también es

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**  
necesaria porque toda acción moral es el resultado de una deliberación y de la elección de un bien específico llamado deseo deliberado o *proairesis*. Ahí, inteligencia y afectividad comparten sus raíces más profundas y cobra sentido la referencia al corazón humano. Hábitos del corazón se utiliza aquí como un término técnico que debe entenderse como el ejercicio y perfeccionamiento de los lazos que unifican los enfoques objetivo y subjetivo del conocimiento.

Debemos evitar interpretar erróneamente la afirmación de que la experiencia concreta es fundamental para la prudencia. No significa que la prudencia se limite a las experiencias. El agente, y el mundo en su conjunto, son asumidos y expresados en cada deseo deliberado, en cada ejercicio del corazón. Esta inclusión es análoga a una tela de araña en la que el comportamiento de uno de sus nodos depende y refleja todo el sistema, lo que es característico de la respuesta en los sistemas que tienen propiedades de red. Considerar el trasfondo de las acciones de este modo conecta la necesidad de experiencia con la necesidad de ciencia, ya que este deseo deliberado también tiene en cuenta lo que es necesario y objetivo en relación con las personas humanas y su mundo.

Una de las afirmaciones más conocidas de Aristóteles resume el papel de la experiencia activa en el aprendizaje ético. «Por ejemplo, los hombres se convierten en constructores construyendo y en tañedores de lira tocando la lira; así también nos hacemos justos haciendo actos justos, templados haciendo actos templados, valientes haciendo actos valientes» [6]. En cierta medida, este planteamiento apoya las tesis proteccionistas de la ética médica clásica. La opinión de un médico sobre el bien de su paciente tiene de algún modo prioridad sobre las opiniones de quienes analizan ese bien desde un punto de vista puramente objetivo. Sin embargo esto, sólo es cierto si dicha opinión se basa en virtudes que trascienden la estricta búsqueda de la salud. Es aquí donde la opinión de Aristóteles da peso a las tesis aperturistas de la bioética: elevan la medicina a tarea política y, para Aristóteles, la política es la ciencia del bien último y mejor. «El fin de ella incluirá los fines de las demás ciencias, de modo que constituirá el bien del hombre»[6]. De este modo, un buen médico busca practicar la política en su arte, y lo hace en la medida en que intenta devolver la salud a los pacientes, sabiendo que ellos también aspiran a la felicidad. Un buen médico es, por tanto, un buen ciudadano que dedica parte de su tiempo a la reflexión, al diálogo y al ejercicio de la actividad política. Más que en ninguna otra, la prudencia reina como virtud fundamental en esta tarea.

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**

Al trasladar este discurso a la presente propuesta, podemos ver que, si la bioética no ayuda a la ética médica en la labor de conciliar la salud, la felicidad y el bien universal y si reducimos la ética médica a una ética ideada sólo por médicos -a veces también llamada ética clínica-, entonces la ética médica no sólo no ayuda, sino que obstaculiza activamente la actividad profesional. Este error es tan desastroso como reducir la ética médica a un puro juego argumentativo, es decir, a una bioética ciega a la experiencia médica. Son dos caras de una misma moneda cargada de errores, y producen resultados similares, a saber, una profesión a merced de las luchas de poder o del capricho de los pacientes.

## **11. Dos hábitos contemplativos.**

Esta relación entre arte, ciencia y política invierte la pirámide de la formación profesional de Stern. En primer lugar, el profesionalismo debe situarse en la base de la pirámide para proporcionar a los estudiantes de medicina y a los jóvenes médicos todas las experiencias y primeras reflexiones necesarias para comprender el paso posterior a la ética médica y, por último, a la bioética. La razón que subyace a este movimiento sigue a Aristóteles: «Para ser capaz de ser un competente discípulo de las cosas buenas y justas y, en suma, de la política, es menester que haya sido bien conducido por sus costumbres» [6]. Ningún tratado de ética, por preciso y profundo que sea, puede mover a nadie hacia el bien. El verdadero conocimiento, el que alcanza el nivel operativo, debe ir acompañado de la dimensión subjetiva, experiencial, en un proceso llamado comprensión. De hecho, la deliberación sin deseo es uno de los grandes males de la bioética contemporánea, cuyo discurso suele estar insuficientemente conectado con la experiencia médica y, por tanto, carece de poder persuasivo entre los profesionales, cada vez más escépticos ante la bioética en particular o, lo que es peor, ante la ética en general.

La reflexión ética requiere hábitos, es decir, ciertas predisposiciones conductuales, intelectuales y afectivas que surgen de la práctica y el aprendizaje. El aumento de la sensibilidad es uno de los efectos más importantes de los hábitos. Las primeras visitas de un médico a una paciente y las primeras consideraciones sobre lo que podría ser bueno para ella son una gran oportunidad para aprehender principios éticos y también muchos ideales sencillos pero fundamentales, todo lo cual refuerza la madurez del médico. Sin embargo, cualquier tipo de experiencia y reflexión es insuficiente para ese crecimiento. Todo sumiller sabe que los estudiantes deben seguir los pasos adecuados para convertirse en expertos en cata de vinos. El conocimiento y el gusto por el vino, que siempre es agrio al principio, requieren paciencia y buenas lecciones. Hoy en día, hay incluso estudios neurocientíficos que

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**  
apoyan esta tesis [37]. Las ideas son capaces de cambiar nuestra relación afectiva con el entorno y, lo que es más importante, nuestra propia percepción de la realidad. Esta búsqueda de la perfección puede denominarse contemplación sensorial, que es el primer paso para desarrollar los hábitos del corazón; en ella, el intelecto participa como un dial de radio.

El profesor desempeña un papel protagonista en esta primera etapa de la enseñanza profesional de la medicina y sirve de referencia para que los alumnos observen, imiten y escuchen. Además, las obras artísticas son útiles en esta etapa de formación inicial en la medida en que enseñan a los médicos a mirar la realidad con ojos de artista. Éste suele estar mejor entrenado para identificar maravillas en los momentos más mundanos o incluso, como en las novelas de Fiódor Dostoievski, en el horror del encierro, la enfermedad y el sufrimiento.

En la siguiente etapa, a medida que los médicos crecen en las primeras virtudes, la actividad discursiva adquiere mayor relevancia en la medida en que surgen ideales, los matices dejan de ser triviales, las inferencias se hacen más complejas, etc. En resumen, la mejora de los métodos y del diálogo se convierte en un imperativo para el crecimiento profesional. En este punto intermedio, la tradición desempeña un papel importante como reserva de caminos ya recorridos. Es una base esencial para interpretar correctamente el pensamiento y el sentimiento médicos contemporáneos. Recordar esta antigua reserva protege contra uno de los males que persiguen tanto al profesionalismo clásico como al autonomista, a saber, su ruptura con una tradición considerada precipitadamente solipsista y anticuada. Esta ruptura no se produjo a partir del examen de las razones que arrastraron a las viejas formas de pensar a su decadencia, por ejemplo, analizando el giro cartesiano mencionado anteriormente. Este tipo de error conduce con frecuencia a la enmienda a la totalidad y, con ella, al rechazo de lo bueno que la tradición contiene potencialmente.

El profesionalismo contemporáneo diseña muchos de sus proyectos de espaldas a más de dos milenios de pensamiento, con lo que corre el riesgo de repetir los mismos errores. Este proceso degenerativo no sólo afecta a la medicina. Como acertadamente diagnosticó Ortega y Gasset en los años veinte, este fenómeno se debe a la creencia generalizada de que la comprensión de la historia -lo que él denomina razón histórica- está totalmente separada de la sostenibilidad de los logros en el presente. «La civilización no está ahí, no se sostiene a sí misma. Es artificio y requiere un artista o artesano. Si usted quiere aprovecharse de las

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**

ventajas de la civilización, pero no se preocupa usted de sostener la civilización. ¿Se ha fastidiado usted. En un dos por tres se queda usted sin civilización. ¡Un descuido, y cuando mira usted en derredor, todo se ha volatilizado! Como si hubiese recogido unos tapices que tapaban la pura naturaleza, reaparece reprimada la selva primitiva. La selva siempre es primitiva. Y viceversa: todo lo primitivo es selva» [35]. Los edificios y las prácticas sociales - como monumentos y tradiciones ancestrales- duran más que otras cosas más importantes de la civilización, a saber, la sensibilidad moral o prudencial, es decir, aquello que los miembros de una comunidad entienden -ven- como el sentido de sus prácticas, el bien perseguido y los medios adecuados para alcanzarlo. Si los estudiantes de medicina contemporáneos tienen dificultades para comprender lo que era evidente para sus predecesores, probablemente se deba a que sus profesores, a menudo de conducta y actitudes irreprochables, transmiten menos argumentos, o argumentos más débiles, para explicar sus decisiones y hábitos.

Este nuevo profesionalismo *presentista* también conduce a la disminución de la imitación del comportamiento. En otras palabras, circunscribir el campo del conocimiento médico al aquí y ahora, cambia a los médicos del futuro de forma significativa y desastrosa, especialmente con respecto al paciente. Una de las grandes conquistas del espíritu civilizador fue precisamente la conquista de nuestra sensibilidad actual hacia los pacientes. Si se olvida la historia -invisible como es a nuestros ojos-, dicha virtud acabará confinada en una vitrina de museo como las momias de Egipto, por muy sensibles y bienintencionados que sean los educadores médicos actuales. La sensibilidad puede ser, en este contexto, un arma de doble filo. Como escribe Aristóteles, si el qué «está suficientemente claro no habrá ninguna necesidad del por qué» [6]. En efecto, ver las cosas es en sí mismo bueno, lo mejor en el ámbito moral. Sin embargo, también es desastrosa si va acompañada de una idea equivocada, en este caso, la creencia de que uno puede desear los hombros de los gigantes sobre los que figuradamente estamos parados.

Alasdair MacIntyre, otro filósofo contemporáneo que ha estudiado exhaustivamente los efectos de la ceguera histórica sobre las virtudes individuales y sociales, también escribe sobre el espejismo natural que afecta a la educación moderna de la sensibilidad moral. En concreto, en su libro más famoso, «After Virtue», denuncia nuestro olvido de uno de los grandes avances del mundo clásico, a saber, entender la acción humana como un deseo deliberado que, como se ha señalado antes, exige que prestemos atención a la parte y al todo. Este olvido se ha traducido en la involución del pensamiento occidental hacia la obsesión por el estudio de las partes. El sesgo metodológico postcartesiano es un ejemplo

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**

primordial del mal que ahora se extiende incluso fuera de las ciencias. «Los obstáculos sociales derivan del modo en que la modernidad fragmenta cada vida humana en una multiplicidad de segmentos, cada uno de ellos sometido a sus propias normas y modos de conducta. Así, el trabajo se separa del ocio, la vida privada de la pública, lo corporativo de lo personal. Así, la infancia y la ancianidad han sido separadas del resto de la vida humana y convertidas en dominios distintos. Y con todas esas separaciones se ha conseguido que lo distintivo de cada una, y no la unidad de la vida del individuo que por ellas pasa, sea lo que se nos ha enseñado a pensar y sentir» [32]. Recuperar el pensar y el sentir -es decir, el corazón occidental- exige mirar al pasado y, desde ahí, al todo del que formamos parte. Este último movimiento constituye el salto que la ética médica debe dar hacia la bioética para salvaguardar a los profesionales de los malos vientos de cambio y ayudarles a aprovechar los buenos para alcanzar nuevos y mejores destinos.

## **12. El ciudadano en la *polis*.**

La formación del médico comienza con la observación de la realidad, continúa con el estudio del pasado y concluye con el diálogo entre quienes pueden ayudarle a imbuir de todo el sentido político posible a su actuación, que, como se ha dicho, consiste en saber relacionar la salud, la felicidad y el bien universal. La delgada línea que separa estos tres términos sirve también, como sostienen Aviva Preminger y colaboradores para diferenciar el profesionalismo de la ética: «Por ejemplo, un cirujano que publica imágenes de pacientes sin consentimiento no es ético. Sin embargo, el cirujano que publica imágenes lascivas de pacientes con consentimiento no es profesional. A menudo no está claro dónde acaba la ética y dónde empieza la profesionalidad, por lo que ambas suelen confundirse» [38]. Si seguimos este argumento, podríamos invertir los términos que utilizan Preminger y colaboradores, de la siguiente manera: el primer ejemplo pertenecería a la profesionalidad y el segundo a la bioética. Lo que importa aquí es que el primer ejemplo apunta a una cuestión que se puede evaluar fácilmente utilizando la lógica interna de la medicina, mientras que el segundo no está directamente relacionado con la salud y, por lo tanto, no se puede evaluar fácilmente bajo esta única luz. Las imágenes de diagnóstico son un medio médico utilizado aquí con el fin totalmente ajeno del consumo pornográfico. El problema no es, en sí mismo, el cambio de fin, que puede ser legítimo y adecuado -por ejemplo, el uso de los conocimientos médicos para mejorar el rendimiento de los deportistas-, sino que se encuentre en la idoneidad de los nuevos fines y su uso en la búsqueda de la felicidad.

¿Cuál es el mayor bien al que puede aspirar un ser humano y qué acciones pueden ayudarle

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**

a alcanzarlo? La primera es una de las grandes cuestiones filosóficas y corresponde a la concepción global que Pitágoras tenía de la filosofía. Según Iamblichus, filósofo neoplatónico, Pitágoras definía al filósofo como aquel que se dedica al estudio de las cosas más bellas, idea que también comparte Aristóteles. La maravilla se esconde en lo más profundo de las cosas: «Todos comienzan, como hemos dicho, por maravillarse de que las cosas sean como son, por ejemplo, en lo que respecta a las marionetas, o a los solsticios, o a la inconmensurabilidad de la diagonal de un cuadrado; porque parece maravilloso a todo aquel que aún no ha percibido la causa que una cosa no sea mensurable por la unidad más pequeña. Pero debemos terminar con la opinión contraria y (según el proverbio) la mejor, como hacen los hombres incluso en estos casos cuando los comprenden» [5]. El asombro surge con la mayor comprensión de la physis particular de un objeto natural, pero alcanza su cima con la comprensión de la physis universal, que es la mayor recompensa del filósofo y, sobre todo, la clave de la felicidad para un ser racional como el hombre. En efecto, feliz es el hombre que sabe adónde ir, que sabe adónde va todo.

En el sentido político que aquí se le confiere, la bioética requiere cierta madurez. Afirma Aristóteles «cuando se trata de la política, el joven no es un discípulo apropiado, ya que no tiene experiencia de las acciones de la vida, y los razonamientos parten de ella y versan sobre ellas» [6]. Mientras que un médico joven se forma en las virtudes intelectuales y morales necesarias para la contemplación sensorial en su práctica diaria, un médico maduro adquiere la virtud de la contemplación intelectual en el ágora. Dicha contemplación, en línea con el platonismo, es la última instancia de los hábitos del corazón; en ella, el intelecto es capaz de aprehender y disfrutar de las causas últimas y de los más altos ideales de un modo casi intuitivo. En esta etapa, el principal catalizador pertenece a una dialéctica adecuada, es decir, a un buen diálogo, más que a la experiencia [31].

Llegados a este punto, es importante mencionar la formación interdisciplinar desde la perspectiva del acceso al bien como una especie de formación prudencial, y no desde la perspectiva del enfoque más común del acceso a la verdad. En el caso de la medicina, esta última etapa formativa equivale a la formación en bioética, con lo que se asignan a la bioética funciones mucho más amplias que las que se le han conferido hasta la fecha. Esto es así porque la verdadera recompensa de los médicos se encuentra en la interdisciplinariedad de tipo global que compara la totalidad que exige cada acción humana, más que en una mirada local. Así pues, la bioética más eficaz se apoya en las facultades universitarias.

### Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?

Los obstáculos para pasar de la ética médica a la bioética no son pequeños. El primero de ellos está relacionado con el hecho de ignorar o infravalorar los estudios artísticos en el mundo académico. La interdisciplinariedad, tal y como aquí se plantea, exige una apertura al mundo que sólo es factible si aúna distintos tipos de conocimientos, incluidas las experiencias y los sentimientos. Muy pocas veces se invita a los artistas a participar en programas interdisciplinarios de formación médica.

Un segundo obstáculo tiene que ver con el desinterés generalizado a nivel universitario -y su creciente incapacidad- por mantener las cosmovisiones o generar otras nuevas, lo que se debe en gran parte, como se ha dicho, al triunfo de los esquemas atomizadores postcartesianos en las más altas esferas intelectuales de la sociedad. Ortega y Gasset lamenta que Occidente haya olvidado el objetivo que en su día fue uno de sus grandes logros civilizatorios. «La Universidad medieval no investiga; se ocupa muy poco de profesión, todo es... “cultura general” —teología, filosofía, artes. Pero eso que hoy llaman “cultura general” no lo era para la Edad Media; no era ornato de la mente o disciplina de carácter; era, por el contrario, el sistema de ideas sobre el mundo y la humanidad que el hombre de entonces poseía. Era, pues, el repertorio de convicciones que había de dirigir efectivamente su existencia» [36]

La universidad medieval estaba orientada a la formación de hombres prudentes, es decir, personas que estudian la felicidad para encontrar cómo hacer el bien en cada situación concreta. Son lo que hoy llamaríamos intelectuales, la vanguardia del verdadero progreso civilizatorio, personas que persiguen y se dejan atraer por los bienes que consolidan y mueven una verdadera comunidad en lugar de obsesionarse por el desarrollo de la tecnología. «La vida es un caos, una selva salvaje, una confusión. El hombre se pierde en ella. Pero su mente reacciona ante esa sensación de naufragio y perdimiento: trabaja por encontrar en la selva “vías”, “camino”; es decir: ideas claras y firmes sobre el Universo, convicciones positivas sobre lo que son las cosas y el mundo. El conjunto, el sistema de ellas es la cultura en el sentido verdadero de la palabra; todo lo contrario, pues, que ornamento. Cultura es lo que salva del naufragio vital, lo que permite al hombre vivir sin que su vida sea tragedia sin sentido o radical envilecimiento» [36]. Por supuesto, este filósofo español entiende que la misión política de la universidad se identifica inevitablemente con su misión más filosófica, ya que la búsqueda de la verdad, que es siempre una búsqueda de la belleza, requiere también la colaboración de todos los investigadores, y acaba conectando todas las cosas. Paradójicamente, la universidad contemporánea, desde la ignorancia, los escrúpulos o

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**  
la desconfianza, parece defender el estudio de la verdad, pero suprime su responsabilidad hacia el estudio de la felicidad.

Las universidades están reduciendo sus objetivos político-científicos a la mera formación técnica. Hoy profesión significa formar a los estudiantes para que respondan a las demandas particulares de cada sociedad en cada momento por razones que ya hemos explorado. La situación es grave y ha llegado a un punto en el que incluso las expectativas de los estudiantes se han convertido en un criterio central de evaluación a la hora de calificar la calidad de la enseñanza. Esto contradice el verdadero propósito de las instituciones, al que corresponde transformar y elevar las expectativas y los ideales de los estudiantes. Esta tendencia también es válida para la medicina. El médico humanista, antaño habitual en los foros culturales y políticos, ha sido sustituido por hiperespecialistas que, según Ortega y Gasset, constituyen un nuevo tipo de bárbaros o algo peor, por haber convertido la vulgaridad intelectual en un deber. El investigador hiperespecialista, escribe, «conoce sólo una ciencia determinada y aun de esa ciencia sólo conoce bien la pequeña porción en que él es activo investigador. Llega a proclamar como una virtud el no enterarse de cuanto quede fuera del angosto paisaje que especialmente cultiva y llama diletantismo a la curiosidad por el conjunto del saber».

Irónicamente, cada vez más hiperespecialistas parecen apoyar iniciativas supuestamente interdisciplinarias. Algunos de ellos lo hacen porque quieren abrir líneas de investigación que hasta la fecha sólo han producido hipótesis fallidas – una intención legítima, pero que no reconoce los importantes objetivos del diálogo interdisciplinar-. Otros intentan preservar algo de la tradición universitaria basándose únicamente en un apego nostálgico y caprichoso a su antigua instanciación. Otros se aferran al sentimiento de poder asociado a la etiqueta de «intelectual». En un paso cercano, algunos sólo quieren ganar dinero en otros campos cuando la notoriedad esperada en su campo de origen no llega. Por último, otros desean producir intelectuales con fines más allá del lucro, aunque sin renunciar al concepto de hiperespecialismo. Evidentemente, todos estos intentos fracasarán porque saber mucho sobre algo no basta para comprender lo otro, y mucho menos el mundo entero, independientemente de que el hiperespecialista sea un experto en ciencia, arte o una versión moderna de la filosofía.

Volviendo a los orígenes de la filosofía basada en la tradición socrática, el ingrediente principal de la formación interdisciplinar es el asombro por el objeto de estudio, que es

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**

auténtico cuando contagia a quienes colaboran en su búsqueda. Sólo el diálogo con los demás, que es también diálogo con caridad, permite la contemplación intelectual. A la inversa, persistir en el diálogo sólo es posible a partir de la contemplación intelectual, pero -una palabra a los sabios- esta actitud amorosa también puede imponerse al otro e incluso a uno mismo, lo que constituye el peor de los autoengaños. Algunas escuelas y proyectos interdisciplinarios justifican la codicia de sus miembros en nombre del amor a la ciencia, a la sociedad o incluso en nombre de Dios. Los creyentes religiosos deben estar especialmente atentos a este tercer caso porque, cuando un entorno de trabajo cae en este tipo de error - una especie de pecado institucional contra su Espíritu-, es muy difícil evitar la producción de un pseudoconocimiento laberínticamente persuasivo y autocomplaciente. Y finalmente conduce a una pérdida masiva de sensibilidad hacia la verdad, el bien y la persona. Por muy exitoso que sea a los ojos del mundo, lo mejor es abandonar un determinado proyecto de investigación o de formación que caiga en esta abominación de la desolación, utilizando una expresión bíblica, porque ni siquiera sus mejores miembros podrían evitar contagiarse de esta sordera voluntaria pero progresivamente inconsciente. Ahí las palabras son inútiles. La única manera de impedir la propagación de este vicio escandaloso es dar testimonio abandonando el proyecto. La fe, la compasión y un gran sentido del humor son las armas más eficaces en esta última huida.

### **13. Conclusiones.**

Una buena universidad tiene especial talento para fomentar el diálogo, porque forma a su comunidad -estudiantes y profesores- en dos de las virtudes más filosóficas, a saber, el amor y la humildad. Es interesante concluir analizando el papel de esta última en la formación en bioética.

El diálogo exige aceptar el hecho de que, por mucho que se haya estudiado, uno puede equivocarse. Esta actitud se traduce en una creciente capacidad de escuchar al otro y en la audacia de adentrarse en terrenos que devuelven al profesional consolidado a la posición de alumno. El primer obstáculo a este desafío es la soberbia, que, como argumenta Sellés basándose en textos de Tomás de Aquino, se cuenta entre los principales vicios en el ámbito universitario [42]. El segundo obstáculo es la arrogancia que suele atribuirse a los doctores, que debe ser bien comprendida para contrarrestarla. Esta arrogancia no suele implicar actitudes internas, sino más bien la inevitable mirada divinizadora de los pacientes que diariamente confían a los médicos su vulnerabilidad y confianza. Sin las debidas precauciones en la relación médico-paciente, con el tiempo resulta cada vez más difícil

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**  
rechazar esa falsa imagen. Esta tentación es aún más fuerte para los que tratan el alma, así como para los filósofos que, por tradición, sitúan esta virtud en el centro de su profesión. Parte de la culpa la tiene la falsa creencia de que la humildad y la sabiduría no requieren más que un título universitario. Esto tiende a olvidarse debido a la tendencia natural de los profesionales a intentar mantener la imagen más característica de su profesión. Sin embargo, no escuchar y no aprender es mejor que fingir que se escucha y se aprende.

Aquí encontramos los dos principales obstáculos en la formación interdisciplinar en bioética de los médicos, que dificultan, por un lado, la formación prudencial de los médicos y, por otro, su contribución a las cosmovisiones contemporáneas. Las dos tesis principales aquí descritas son también remedios contra ellas. En resumen, la primera recomienda volver al corazón de la medicina, es decir, rehabilitar su dimensión subjetiva y aprender a integrarla adecuadamente en el saber y la práctica de los médicos. En otras palabras, se trata de devolver a los profesionales su capacidad de asombro, es decir, de entender su arte. No hay mayor guía para evitar pasos en falso, ni viento más favorable para evitar la deriva profesional hacia intereses partidistas.

La segunda tesis consiste en alcanzar este objetivo con tres etapas de formación consecutivas. Una primera que debe ser práctica porque el primer hábito del corazón, la virtud de la contemplación sensorial, sólo es posible en la experiencia clínica. Los dedicados a la profesionalidad son candidatos ideales para dirigir estos primeros pasos. En una etapa intermedia, se enseña a los médicos a evitar los planteamientos ingenuos estudiando la ética desde la lógica interna de la medicina, tarea asignada a los estudiosos de la historia del pensamiento profesional. Aquí entra en juego la ética médica. A continuación, esta formación profesional culmina con la adquisición del segundo hábito del corazón, la contemplación intelectual, con la que los médicos son capaces de decidir qué es lo verdaderamente mejor para cada paciente, de asumir responsabilidades como ciudadanos y, por último, pero no menos importante, de hacer de la medicina su pasión [17]. Los bioeticistas serían la mejor opción para introducir a los profesionales en esta tercera fase de formación, típicamente universitaria.

La primera parte de este artículo describía un clima intelectual no del todo propicio para poner en marcha un proyecto de formación de este tipo. ¿Hay motivos para la esperanza o la cultura occidental se enfrenta a su declive? La respuesta depende, en primer lugar, de unos pocos ciudadanos, de individuos que, como los describe Ortega y Gasset, son conscientes de

**Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**  
que no necesitan «protección, ni atención, ni simpatía de la masa. Cuida su aspecto de perfecta inutilidad, y con ello se libera de toda supeditación [...] y abraza alegre su libre destino de pájaro del Buen Dios, sin pedir a nadie que cuente con ella, ni recomendarse, ni defenderse» [35]. El trabajo y el sacrificio de unos pocos sería más que suficiente para ahuyentar las sombras actuales que lo amenazan todo, incluida la sensibilidad médica.

En segundo lugar, no hay que subestimar el poder de la nueva generación. Los jóvenes parten de cero y, por tanto, aún son capaces de captar los ideales que emanan de la realidad, aunque se encuentren en el nivel más sensible -el más bajo. Por eso mismo, hoy más que nunca, los profesores deben prestar atención y aprender en sus aulas.

Termino con una reflexión sobre cierta ventaja que tiene la profesión médica para evitar la vulgaridad intelectual en comparación con los campos dedicados a la pura especulación. Las creencias de quienes ejercen la primera, por firmes que sean, se ven sometidas cada día a la implacable realidad. El sufrimiento y la muerte son extraordinarios recordatorios de la falibilidad humana y del poder transformador de la compasión. Es más difícil que los médicos -palabra cuya raíz griega es *physis*- se conviertan en fortalezas vacías llenas de ideas descaradamente falsas. De hecho, los médicos humanistas no son otra cosa que médicos bien formados que han aprendido a superar actitudes despóticas y pusilánimes. Constituyen excelentes compañeros de viaje, tanto grises como verdes, en la travesía del conocimiento y de la vida.

¿Podrán las diversas éticas del ámbito de la salud reconciliarse con su pasado? El pronóstico es muy desfavorable. Nunca imposible, pues los seres humanos somos seres extraordinarios. Pero el pronóstico sigue siendo muy desfavorable. Porque estamos pidiendo a los expertos, gente adulta, que reconozcan sus errores y culpas. Es una tarea más fácil para jóvenes neófitos. Para un médico con muchos años de profesión, para un representante del Colegio de Médicos o para un catedrático de filosofía ahondar en el pasado es difícil. Y que, tras realizar dicho viaje interior, salgan fuera a dialogar entre ellos, es aún más difícil. La solución más común es correr un tupido velo, actuar como si nada hubiera pasado, actuar como si nada estuviera pasando. La corrección política es muy atractiva a los académicos, pero la mayoría de las veces no se aprovecha como medio para el acercamiento sino como expresión de cinismo -la peor de las corrupciones del filósofo-. Como ese chiste del ladrón que, tras robar a su víctima, le pregunta si necesita un taxi. Podrá hacer de todo, incluso manifestarle enorme agradecimiento, excepto devolverle el dinero -excepto solicitar el

Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores? perdón. Desgraciadamente, las estrategias del cínico, lejos de redimirle, no hacen sino envilecerle aún más. ¿No hay futuro entonces para las éticas del ámbito de la salud? El futuro más esperanzado viene, a mi juicio, de la mano de los jóvenes. Con ellos merece la pena huir o, mejor dicho, empezar de cero. Pero, esta vez sin dejar de mirar atrás, porque la historia no son pamplinas. No hacen faltan nuevos gurús, nuevas aproximaciones a la bioética, nuevos neologismos o metodologías innovadoras. No hacen faltan más inversiones ni políticas sanitarias o académicas. Basta saber reunirse con las personas adecuadas o, por lo menos, sembrar las ideas y las prácticas para que estos grupos germinen en un futuro que, o les pertenecerá o no será. Mientras, no olviden dejar la puerta entreabierta a las viejas glorias. Quizá alguno descubra cómo se llama correctamente a la puerta de una casa. A éste se le abrirá. Porque sí, los seres humanos somos extraordinarios.

## Referencias bibliográficas.

- 1.ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACPASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med 2002;136: 243-6.
- 2.Al-Rumayyan A, Van Mook WNKA, Magzoub ME, Al-Eraky MM, Ferwana M, Khan MA, Dolmans D. "Medical professionalism frameworks across non-Western cultures: A narrative overview." Med Teach 2017;39(sup1): S8-S14.
- 3.Consejo Americano de Medicina Interna. Profesionalidad de los médicos.  
<https://www.abms.org/media/84742/abms-definition-of-medical-professionalism.pdf>
- 4.Junta Americana de Especialidades Médicas. Grupo de trabajo profesional EPCOM-ABMS. En: The American Board of Family Medicine. Directrices para el profesionalismo, la licencia y la conducta personal. Versión 2018-7. Disponible en:  
<https://www.theabfm.org/sites/default/files/2018-09/Guidelines%202018-7.pdf>
- 5.Aristóteles. Metafísica. Oxford: The Clarendon press 1924.
- 6.Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Gredos, 2014.
- 7.Aristóteles. Física. Madrid: Gredos, 1995.
- 8.Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. 8th ed. Oxford: Oxford

University Press 2019. **Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?**

9. Brunner JJ. Prólogo al Debate sobre las competencias. En: Alonso LE, Fernández-Rodríguez CJ, Nyssen JM, Eds. Una investigación cualitativa en torno a la educación superior y el mercado de trabajo en España. Madrid: ANECA 2009, pp. 19-24. Disponible en: [https://web.archive.org/web/20090320013138/http://www.aneca.es/publicaciones/docs/publi\\_competencias\\_090303.pdf](https://web.archive.org/web/20090320013138/http://www.aneca.es/publicaciones/docs/publi_competencias_090303.pdf)
10. Castellani B, Hafferty FW. "The complexities of medical professionalism: a preliminary investigation." In: Wear D, Aultman JM, editors. Professionalism in Medicine Critical Perspectives. New York (NY): Springer, 2006: 3-23.
11. CGCOM. Profesión, profesional, profesionalismo médico. Cuadernos de la CGCOM 2018:1-32. Disponible en: <https://www.cgcom.es/sites/default/files/profesionalismo/files/assets/common/downloads/publication.pdf?uni=2dbf5e15087ca72119c38f483b9eb0c4>
12. Croft H, Gilligan C, Rasiah R, et al. Tendencias actuales y oportunidades para la evaluación de competencias en la educación farmacéutica: una revisión de la literatura. Farmacia (Basilea) 2019;7:67.
13. Degrazia D. Moving forward in bioethical theory: theories, cases, and specified principlism. J Med Philos 1992;17:511-39.
14. Echarte L, Bernácer J, Larrivee D, Oron JV, Grijalba-Uche M. "Self-Deception in Terminal Patients: Belief System at Stake." Frontiers in Psychology 2016; 7: 1-6.
15. Echarte L. "After Medicine. The Cosmetic Pull of Neuroscience." In Davis JE, Gonzalez AM (ed). To Fix or To Heal. Patient Care, Public Health, and the Limits of Biomedicine. New York: New York University Press, 2016: pp. 84-109.
16. Echarte L. El reto afectivo de la investigación interdisciplinar. Scientia et Fides 2016;4:155-83.
17. Echarte LE, Grijalba M. La modernidad y la emergencia y manejo de emociones antagónicas. MEDIC 2017;25:32-9.
18. Hamui-Sutton L, Ruiz-Pérez LC. Introducción: educación médica y profesionalismo. En: Hamui-Sutton L, Ruiz-Pérez L, Eds. Educación médica y profesionalismo. México: Mcgraw-Hill

Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los  
mismos errores?

2017, pp. 6-9.

- 19.Hanna M, Fins JJ. Power and communication: why simulation training ought to be complemented by experiential and humanist learning. *Acad Med* 2006;81:265-70.
- 20.Ho MJ, Yu KH, Pan H, et al. A tale of two cities: understanding the differences in medical professionalism between two Chinese cultural contexts. *Acad Med* 2014;89:944-50.
- 21.Hoonpongsimanont W, Sahota PK, Chen Y, et al. "Physician professionalism: definition from a generation perspective." *Int J Med Educ* 2018; 9:246-252.
- 22.Huxley A. *Island*. Londres: Harper & Row 1972.
- 23.Huxley Aldous. *Brave new world*. London: Vintage Classics 2004.
- 24.Irby DM, Hamstra SJ. "Parting the Clouds: Three Professionalism Frameworks in Medical Education." *Acad Med*, 2016; 91(12): 1606-1611.
- 25.Irvin AM. "Ethics and professionalism: A distinction with a difference?" Paper presented at American Bar Association, Section of Labor and Employment Law Ethics and Professional Responsibilities Committee Midwinter Meeting; March 22-24, 2012; San Francisco, California.
- 26.Jarvis-Selinger S, Pratt DD, Regehr G. Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. *Acad Med* 2012;87:1185-90.
- 27.Jha V, Mclean M, Gibbs TJ, Sandars J. "Medical professionalism across cultures: a challenge for medicine and medical education." *Med Teach* 2015; 37(1): 74-80.
- 28.Kim D.K. "Medical Professionalism in Neoliberalism." *J Korean Med Sci*, 2019; 34(18): e125.
- 29.Kirk LM. "Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching." *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, 2007; 20(1):13-6.
- 30.Laín Entralgo P. "La medicina hipocrática." En Laín Entralgo P. *Historia universal de la medicina*. Tomo II. Antigüedad clásica. Barcelona: Salvat; 1972: 73-116.
- 31.Llano A. "Accidentes morales." En Lluch Baixauli et al (eds). *Actas del VI Simposio Internacional fe cristiana y cultura contemporánea «¿Ética sin religión?»*. Pamplona: Eunsa, 2007: 77-100.
- 32.MacIntyre A. *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica, 1987.

### Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?

33. Moreno DM. Decidir juntos: Bioética y consenso moral. Oxford University Press, 1995.
34. Mueller PS. "Professionalism and Medical Education." Keio J Med 2009; 58 (3): 133-143.
35. Ortega y Gasset J. La Rebelión de las Masas. Madrid: Espasa, 2009.
36. Ortega y Gasset J. Misión de la Universidad. Madrid: Alianza, 1983.
37. Plassmann H, O'Doherty J, Shiv B, Rangel A. "Marketing actions can modulate neural representations of experienced pleasantness." Proceedings of the National Academy of Sciences Jan 2008, 105 (3) 1050-1054.
38. Preminger A, Hansen J, Reid C.M, Gosman A.A. "The Divergence of Ethics and Professionalism in the Social Media Arena." Plastic and Reconstructive Surgery 2018; 141(4): 1071-1072.
39. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. "Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter." Ann Intern Med. 2002; 136:243-246.
40. Rhodes R. "Two Concepts of Medical Ethics and Their Implications for Medical Ethics Education." The Journal of Medicine and Philosophy, 2002; 27(4): 493-508.
41. Salloch S. "Same same but different: why we should care about the distinction between professionalism and ethics." BMC Med Ethics. 2016 Jul 22;17(1):44.
42. Sellés J.F. "La soberbia, el principal vicio universitario." Nuestro tiempo, 2008; 654: 93-98.
43. Serrano E. La teoría aristotélica de la justicia. Isonomía, 2005; 22: 122-160.
44. Solís García del Pozo J. "Autonomismo y humanización de la asistencia sanitaria ¿una pareja de hecho?" Persona y Bioética 2018; 22 (2): 263-270.
45. Spaemann R. "Naturaleza." En Krings H, Baumgartner H.M., Wild C., et al. Conceptos fundamentales en filosofía. Tomo II. Barcelona: Herder, 1978: 619-633.
46. Stern D.T. "A framework for measuring professionalism." In Stern DT (ed.) Measuring Professionalism. New York: Oxford University Press 2006; 3-13.
47. Washburn J. "¿Es la Bioética una nueva Ética médica?" Azafea. Rev. Filos; 2008, 10: 33-49.

## Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?

### *Cómo citar:*

*Echarte-Alonso, LE. Ética médica, Bioética y Profesionalismo. ¿Condenados a repetir los mismos errores?*

*[internet] Bioética y Ciencias de la Salud. 2024 Julio-Diciembre; Vol 12 (2). DOI: [10.69105/BYCS.2024.12.2.1.1](https://doi.org/10.69105/BYCS.2024.12.2.1.1)*