

La excelencia en las profesiones sanitarias

Victoria Camps

Catedrática de Filosofía Moral y Política. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona (España)

LA PROFESIONALIDAD COMO VIRTUD

Cuando escribí el libro *Virtudes públicas*¹, incluí entre las virtudes propias de nuestro tiempo la de la profesionalidad. Me parecía que la profesionalidad era uno de los valores en alza y más reconocidos por unas sociedades en las que el conocimiento había adquirido e iba a tener en el futuro un lugar cada vez más predominante. No obstante, mi apuesta por la profesionalidad como virtud la formulé, hace quince años largos, con un interrogante. Me basaba para ello en la intuición de que el sentido de la profesionalidad más habitual de nuestro tiempo está lejos de alcanzar la categoría de virtud moral. Cada vez más, la idea del buen profesional tiende a estar vinculada a la del experto, a la persona competente en una determinada área del saber, en lugar de apuntar al ideal de una persona comprometida y moralmente responsable en el desempeño de la función o actividad que realiza. Hablo de algo que escribí, como he dicho, hace tiempo. Si lo traigo a colación ahora, cometiendo además la inmodestia de iniciar esta reflexión citándome a mí misma, no es sino para corroborar que mantengo mi punto de vista de entonces. En efecto, la acepción vulgar y corriente de la profesionalidad, incluso de la excelencia profesional, sea cual sea la profesión a que nos refiramos, está relacionada con la competencia científica y técnica, con la posesión de unos conocimientos y un conjunto de habilidades y aptitudes específicos. Un buen profesional es, ante todo, un experto, no alguien moralmente comprometido con lo que hace y, por extensión, con la sociedad en general.

Tal acepción de la profesionalidad -o de la excelencia profesional, que viene a ser lo mismo- pone de manifiesto un reduccionismo y una simplificación características de un mundo que valora los comportamientos de las personas por los resultados más que por los principios a los que deberían atenerse y servir. De algún modo, la profesionalidad equivale al trabajo bien hecho, pero ocurre que también la noción de trabajo queda reducida a una cierta pericia técnica, a una habilidad práctica, que no va más allá del hacer las cosas materialmente bien. A un buen arquitecto no deben caérsele las casas que construye, a un buen ingeniero no deben hundírsele los puentes, un buen profesor debe saber transmitir conocimientos a sus alumnos, un buen médico es el que acierta en los diagnósticos y en los tratamientos. En cualquier caso, se requiere estar en posesión de una competencia científica y técnica, competencia que, sin duda, es el primer deber moral del profesional, pero no el único. Pues la responsabilidad profesional exige algo más. Lo exige en todas las profesiones, sea cual sea su proyección y densidad social, pero especialmente en aquellas que, como las sanitarias, tienen como objeto y razón de ser la calidad de la vida humana. En este artículo me propongo explicar en qué consiste ese plus moral que la excelencia profesional requiere siempre y, más concretamente, en las profesiones sanitarias.

No es difícil, en principio, asignar un plus de excelencia moral a las profesiones sanitarias. La medicina fue la primera profesión que elaboró un código ético, en unos tiempos en que hay que decir que ni siquiera existía como tal profesión. El código hipocrático² no sólo especifica prohibiciones médicas, sino que es un código de conducta personal, derivado de la concepción de la medicina como un "arte" (*techné*) basado en la observación y en el caso particular. Los textos hipocráticos configuran, de entrada, el *ethos*, la manera de hacer del médico, un comportamiento que debe ir dirigido tanto al mejor interés del paciente, como a la buena reputación del médico y de la profesión, y que, dada la complejidad del arte en cuestión, ha de saber implicar a todos los afectados.

La vida es corta, el arte largo, la ocasión fugaz, la experiencia insegura, el juicio difícil. Es preciso no sólo hacer uno lo debido, sino también que el enfermo, los presentes y las circunstancias externas contribuyan a ello.

(*Tratados hipocráticos, "Aforismos"*)

"La medicina es un arte humano", escribió, por su parte, el filósofo chino Confucio. No ha de ser entendida sólo como un medio para sanar, sino como un compromiso moral para evitar el sufrimiento evitable. Una práctica basada en el amor y el respeto al otro que, al igual que en el código hipocrático, debe regirse por el principio de no hacer daño y hacer el bien, respetar a los pacientes y no discriminar a nadie. Más que una práctica basada en leyes, Confucio y sus seguidores entendieron la medicina como una práctica basada en el cultivo de la virtud que, a su vez, se nutre de sentimientos como los de piedad, vergüenza o respeto.

Deberíamos tratar a los pacientes como a nuestras madres

(Tianchen Li, Dinastía Ming)

Todo aquel que busca curación debe ser tratado como nuestros propios familiares, independientemente de su estatus social, condiciones económicas familiares, apariencia, edad, raza y capacidades mentales.

(Simiao Sun, Dinastía Tang)³

Desde que se escribieron tales cosas, hace dos mil quinientos años, en términos generales, el fin de la medicina ha permanecido invariable. Por un lado, hay que atender al enfermo, preservarlo del daño, evitar la corrupción y la injusticia. Por el otro, hay que establecer una buena colaboración con los miembros de la profesión. Aunque Hipócrates ya se había referido a la buena reputación como parte de los objetivos del médico, fue Thomas Percival (1740-1804), un médico filósofo famoso por sus cuentos morales infantiles y autor de códigos deontológicos para la medicina, quien puso un énfasis especial en la exigencia de ir más allá de la práctica individual en el ejercicio de la profesión. A su juicio, el profesional debía saber subordinar los intereses personales a los del paciente y a los del público en general. La buena imagen de la práctica médica es tan importante como la dedicación al paciente.

La teoría rara vez se discute, pero la práctica queda lejos de ser un reflejo de la misma. En la actividad real, la excelencia científica no siempre va acompañada de la excelencia ética porque, en el orden de las prioridades, el interés particular priva sobre el ge-

neral o el interés del otro. Los peligros que los grandes clásicos de la deontología médica vieron en el ejercicio de la medicina se exacerbaban a medida que la profesión se mercantiliza y el conocimiento se especializa y tecnifica. Del primer peligro dio buena cuenta Max Weber (1864-1920) con su teoría de la profesión, vocablo que equiparó a "vocación". El término *Beruf*, utilizado por Weber para hablar de las distintas actividades u ocupaciones humanas, tiene la doble acepción de "llamamiento divino" y "profesión humana". La idea venía de Lutero, a partir de la traducción que hizo de la Biblia, donde contraponía la vida contemplativa monástica, poco valorada por él, a la vida profesional, para destacar la importancia de esta última como manifestación expresa del amor al prójimo. La dualidad entre profesión y vocación le permite a Weber poner de manifiesto la pérdida del sentido vocacional de los quehaceres humanos para quedar reducidos a meras profesiones en los que la burocracia y el afán de lucro inhiben cualquier otra razón de ser. Es un aspecto más del desencanto del mundo al que se refiere a lo largo de su obra. Unida a la idea de vocación, esto es, a la idea de entrega o misión, la profesión exige una dedicación a los fines de la misma, que debe trascender los intereses privados. No obstante, y pese a lo que dice la teoría, Weber⁴ lamenta que ganar dinero se haya convertido en el fin de las profesiones, que la acumulación de riquezas sea un fin en sí mismo. La ética de las profesiones parece imposible de recuperar por causa del capitalismo y de la subordinación económica de cualquier actividad. Todo acaba siendo negocio.

En un sentido similar al de Weber, el sociólogo estadounidense Talcott Parsons (1902-1979)⁵, aludiendo concretamente a la profesión médica, insiste en que ésta debe ser entendida como "una ideología de servicio" y no como un puro negocio, dado que responde a un problema social que es el problema de la salud. Sin duda, en ambos casos se está postulando una profesionalidad idealizada, motivada más por el altruismo que por el ánimo de lucro. Una idealización que dista de ser real, pero que quizá deba mantenerse como tal ideal si queremos hablar de una excelencia profesional no reducida a sus aspectos materiales, sino con una clara dimensión moral. Más allá de las idealizaciones retóricas, la vocación implícita o no desligada de la profesión significaría tener siempre presente la conclusión con que Weber rubrica su espléndida conferencia "La política como vocación"⁶, en la que le exige al político -y por extensión a cualquiera que se sienta llamado a hacer algo interesante en este mundo- que sepa autolimitarse cuando las circunstancias le impiden mantener en pie los principios éticos.

Es, por el contrario, infinitamente conmovedora la actitud de un hombre "maduro" (de pocos o muchos años, que eso no importa), que siente realmente y con toda su alma esta responsabilidad por las consecuencias y actúa conforme a una ética de la responsabilidad, y que al llegar a un cierto momento dice: "no puedo hacer otra cosa, aquí me detengo".

(Max Weber, "La política como vocación").

Además del materialismo o el economicismo reinantes, un aspecto más viene a distorsionar, en nuestro tiempo, el sentido de la excelencia profesional que queremos mantener siquiera a título de idea reguladora: lo que Ortega denunció como "especialismo"⁷ refiriéndose a la unidimensionalidad del conocimiento científico y técnico. Ocurre, en este caso, que nos encontramos con un obstáculo que no sólo es inevitable sino necesario para el desarrollo del conocimiento. Sólo la especialización y la división del saber permi-

ten el progreso del mismo. Por otra parte, sin embargo, la dimensión moral que debería ir unida a la excelencia profesional se acerca más al saber del humanista que al del científico puro y duro. En el caso de las profesiones sanitarias, su objetivo trasciende el simple "diagnosticar y tratar", como explica el filósofo Hans George Gadamer⁸. No sólo el sanitario precisa de conocimientos científicos sólidos, sino que ha de saber "restaurar" una armonía, "tratar" a un ser humano, "ayudarle" a vivir de otra manera, "aconsejarle". Otro sociólogo largamente leído en nuestro tiempo, Zygmunt Bauman, se lamenta de que vivimos en una sociedad de expertos, inadecuada como tal para habérselas con un mundo complejo⁹. En dicha sociedad, pocas veces merece atención la "persona total": son sus órganos, sus funciones las que requieren atención.

La salud depende de factores muy diversos y el objetivo final no es tanto recuperar la salud, como capacitar a los pacientes para disfrutar de la vida como lo habían hecho antes.

Hans George Gadamer, *The Enigma of Health*.

El especialismo que denuncia Ortega, la obsesión cientifista derivada de un positivismo que demanda pruebas (evidencias) y cifras, llevó a C. P. Snow¹⁰ a reclamar, hace más de cincuenta años, la fusión de las dos culturas, la humanista y la científica. Dos culturas que nacieron y se desarrollaron al unísono, para separarse definitivamente hasta el punto de hacer casi imposible la comunicación entre una y otra. De algún modo, el nacimiento de la bioética responde precisamente a esa necesidad de recuperar la unidad perdida entre la ciencia y las humanidades. Una unidad sin la cual, como decía Wittgenstein, las preguntas más vitales quedan sin plantear.

Tenemos la impresión de que aun cuando todas las posibles preguntas científicas tuvieran respuesta, no habríamos tocado en absoluto los grandes problemas de la vida.

Ludwig Wittgenstein, *Tractatus Logico-Philosophicus*¹¹

Hoy las profesiones son, en definitiva, "carreras" mejor o peor ejecutadas. Hacer una buena carrera profesional es sinónimo de triunfar en la profesión, sinónimo a su vez de haber alcanzado la excelencia que, en muchas ocasiones, equivale asimismo a haber sabido enriquecerse. El triunfo hoy tiene que ver más con el dinero, con la fama y con el éxito material, que con esa excelencia que aporta la buena práctica y que no siempre recibe el reconocimiento de la sociedad o de la misma profesión.

En suma, la mercantilización de la profesión que impide ver más allá del mero interés material privado, y el reduccionismo técnico derivado de la especialización del conocimiento, son dos grandes escollos para que las profesiones sanitarias adquieran y desplieguen una dimensión moral. Sin ella se echarán de menos los dos objetivos marcados por los clásicos antiguos y modernos de la deontología médica: el bien de los pacientes y la colaboración en construir una buena imagen de la propia profesión. El *ethos* profesional reducido a un *ethos* mercantilista y burocrático no atiende al cultivo de los valores o virtudes que debería exhibir la práctica sanitaria. Escribió Marañón¹² que no hacía falta formar en ética a los médicos porque su vocación les inducía a comportarse virtuosamente desde el punto de vista moral. Pero Marañón, en este punto, se equivocaba porque, al igual que ha ocurrido con otras profesiones, también las más consagradas (entre las que

antafío se encontraba la medicina, junto al sacerdocio y la judicatura), han perdido su dimensión vocacional o, por lo menos, dicha dimensión ha quedado inhibida por otras necesidades e intereses más perentorios y atractivos. Otros intereses, digámoslo también, socialmente más reconocidos y aplaudidos. Sea como sea, resulta difícil hablar de excelencia sin dotarla de un significado moral. El término "excelencia", como explicaré en seguida, remite a la palabra griega *areté*, que se traduce como la "virtud" o "excelencia de una cosa". Por ello, si queremos recuperar la idea de la excelencia profesional, tenemos que analizar qué virtudes, qué cualidades determinan dicha excelencia. A ello dedico el próximo apartado.

A modo de síntesis de este primer acercamiento a la profesionalidad sanitaria, habría que decir que las dimensiones de la misma, si lo que se busca es la excelencia en su sentido más pleno, deberían abarcar los siguientes objetivos:

- Atención prioritaria al interés del paciente.
- Colaboración con los demás profesionales sanitarios.
- Preocupación por la buena imagen de la profesión.
- Apertura al conocimiento humanista.

LAS VIRTUDES DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

He querido explicar en el apartado anterior que la profesionalidad puede ser vista como una virtud o un valor ético si cumple ciertos requisitos. En general, dichas condiciones tienen que ver con una amplitud de miras del profesional hacia la ética, con la sensibilidad humana hacia las personas, más allá de la competencia científica que se le supone y se le exige justamente al experto. Pero lo dicho hasta ahora debe concretarse más. Y la forma de hacerlo será volviendo a hablar de virtudes, señalando ahora cuáles son las virtudes más propias y específicas de las profesiones sanitarias. Para ello será preciso empezar por aclarar por qué esa insistencia en traer a colación el concepto de virtud.

Alguien bregado en la filosofía, como me temo que es mi caso, no puede evitar la asociación del término "excelencia" con la *areté*, el término griego que suele traducirse por "virtud". Es así porque Aristóteles¹³, el gran teórico de la virtud como núcleo de la ética, define la virtud precisamente como *la excelencia* de una cosa. Todo en este mundo tiene su virtud, la cual consiste en el cumplimiento fiel del fin asignado o previsto a cada objeto. La virtud de un instrumento musical, de un caballo de carreras, de un competidor olímpico consiste en cumplir, en cada caso, la función propia del instrumento musical, del caballo de carreras o del competidor olímpico. Por analogía con unas realidades cuyos fines son claros, Aristóteles se hace la pregunta más compleja, que es el punto de partida de su ética: ¿cuál es el fin o la función propia del hombre y qué virtudes necesita para alcanzarlo? La primera parte de la pregunta, a su juicio, no merece discusión: el fin del ser humano es la felicidad. Ahora bien, lo complicado no es decir que el fin del ser humano es ser feliz, sino determinar qué hay que hacer o cómo hay que comportarse para llegar a serlo. De ahí salen los tratados sobre las virtudes que son la *Ética a Nicómaco* y la *Ética a Eudemo*, en los que se detallan las virtudes que un hombre libre precisa para alcanzar su fin.

Toda virtud lleva a término la buena disposición de aquello de lo cual es virtud y hace que realice bien su función; por ejemplo, la virtud del ojo hace bueno al ojo y su función (pues vemos bien por la virtud del ojo); igualmente, la virtud del caballo hace bueno al caballo y útil para correr, para llevar el jinete y para hacer frente a los enemigos. Si esto es así en todos los casos, la virtud del hombre será también el modo de ser por el cual el hombre se hace bueno y por el cual realiza bien la función propia.

Aristóteles, *Ética a Nicómaco*.

Algunas de las virtudes que Aristóteles propone como cualidades del hombre excelente siguen siendo actuales y nos servirán incluso para dar contenido a la profesionalidad sanitaria. Pero, sobre todo, lo que nos ayuda a hablar del tema es el concepto mismo de virtudes como aquellas cualidades que la persona debe adquirir para hacer bien lo que se propone hacer. No encuentro, pues, mejor manera de plantear la excelencia de las profesiones sanitarias que refiriéndome a cuáles deberían ser las virtudes de tales profesionales. Porque el fin, en este caso, se supone previamente definido. El fin es el bien del enfermo. Sobre tal extremo no se discute, pero sí que es discutible la forma de conseguirlo y la forma de solventar las contradicciones que salgan al paso. También lo dijo Aristóteles: no deliberamos sobre los fines -sobre la felicidad, sobre el bien del enfermo-, sino sobre los medios para llegar a ellos. Deliberamos, en nuestro caso, sobre las virtudes de la práctica sanitaria. ¿Cuáles son esas virtudes?

Son varios los pensadores contemporáneos que han desarrollado la cuestión. La evolución de la bioética, a su vez, con el objetivo de determinar los principios fundamentales de la ética sanitaria, ha contribuido a analizar cuáles son los valores prioritarios que deben ostentar los profesionales para que tales principios se mantengan. James F. Drane¹⁴ propone como virtudes fundamentales del médico la benevolencia, el respeto, el cuidado, la sinceridad, la amabilidad y la justicia. Edmund Pellegrino y Thomasma¹⁵, por su parte, se refieren igualmente a la sinceridad, el respeto, la compasión, la justicia, la integridad y el olvido de uno mismo (*self-effacement*). Finalmente, y para citar sólo tres ejemplos de pensadores reconocidos en el ámbito que me ocupa, Marc Siegler¹⁶ entiende que una virtud básica de la acción sanitaria es el respeto a las personas, el cual incluye la compasión, la sinceridad y la confianza. Digamos también que tanto Pellegrino y Thomasma como Siegler añaden otra virtud: la prudencia o *phronesis*, que entienden como la síntesis de todas las virtudes, y así es en efecto. Luego me referiré algo más a esa virtud que juzgo fundamental. Por lo que hace a las otras, no es difícil ver en ellas la traducción a actitudes personales de los valores implícitos en los célebres principios de la bioética, y especialmente en aquellos más modernos, como la autonomía y la justicia.

Efectivamente, el respeto y la sinceridad son dos maneras de tener en cuenta la autonomía del paciente, su libertad para decidir y su derecho a recibir información sobre lo que le ocurre. La justicia es, por sí misma, una de las virtudes básicas desde la antigüedad. Constituye, a su vez, y esto no es antiguo sino contemporáneo, la obligación nuclear de la política sanitaria en el estado de bienestar. Y si bien la justicia es un deber propio del estado social, su realización depende asimismo del comportamiento de los profesionales sanitarios, en la forma de la no discriminación, pero también del altruismo o la integridad profesional que antepone siempre el interés público al privado. Por lo que hace a la benevolencia, la virtud de la compasión, el sentir con el otro, es quizá la mejor

disposición para buscar el bien del paciente, que es lo que el principio de la benevolencia prescribe.

Un párrafo aparte merece el valor o la virtud del cuidado, un valor que no todos los autores mencionados consideran y que, sin embargo, se cuenta entre los valores más potenciados en el ámbito de las virtudes en general y, especialmente, de las propias de las profesiones sanitarias. Cuidar fue, desde que Florence Nightingale se propuso delimitar la labor de las enfermeras, el objetivo más específico de la enfermería. Sigue siendo así, si bien el cuidar ha pasado a tener una relevancia mucho mayor de la que pueda tener como función de un sector sanitario que se dedica más a cuidar que a curar. Fue la filósofa estadounidense Carole Gilligan¹⁷ la primera que hizo notar la existencia del cuidado como valor ético, un valor paralelo y complementario al de la justicia y que había sido ignorado por un mundo configurado exclusivamente por hombres. Y es cierto, en el centro de la preocupación moral siempre ha estado la justicia, desde *La República* de Platón, pero esa moral estructurada en torno a la justicia ha despreciado o silenciado otro valor tan imprescindible como la justicia, que es el valor del cuidado. El olvido se explica debido a que la disposición a cuidar es más femenina que masculina. Históricamente han sido las mujeres quienes han desempeñado la función de cuidadoras de niños, ancianos y enfermos. A ello se debe que nadie se haya interesado en serio por el cuidado como valor. Era visto como un quehacer exclusivo de la vida privada, poco o mal profesionalizado. Pero ya no es así. No sólo el cuidado se ha profesionalizado, sino que se ha convertido en uno de los fines fundamentales de la profesión sanitaria en su totalidad. Así lo dice, por lo menos, el celebrado documento del Hastings Center, *Los fines de la medicina*¹⁸. Uno de dichos fines es, precisamente, el cuidado de todos los pacientes y, muy en especial, de aquellos que no tienen curación. Es de esperar que la feminización evidente experimentada por la práctica médica contribuya a no seguir marginando la importancia del cuidado, sino a colocarlo en el lugar central que le corresponde.

He dicho antes que es preciso hablar también de la prudencia, otra de las virtudes, a mi juicio, imprescindibles para entender la práctica sanitaria, especialmente si queremos verla en un contexto ético. Ser prudente, en el sentido clásico, significa nada más y nada menos que saber aplicar la norma adecuadamente. Los profesionales sanitarios deben tratar a personas o individuos que siempre presentan características y se encuentran en situaciones singulares. De algún modo, cada caso a tratar es único. Por ello, la medicina o la enfermería son profesiones en las que es evidente que la aplicación automática de unas normas o unos protocolos no puede funcionar. Ya Aristóteles ponía como ejemplo de hombre prudente al buen médico, que es -decía- el que acierta a curar al enfermo, no siempre el más sabio, aunque el saber de la ciencia médica en su caso deba darse por supuesto. La excelencia profesional incluye, pues, esa prudencia que radica en atender al caso concreto, desviándose incluso de la norma habitual si el caso lo requiere, pero sólo si lo requiere. Una decisión prudencial no es la aplicación de una fórmula previamente aprendida. Es una decisión personal del buen profesional. Mark Siegler, que también valora por encima de cualquier otra virtud la de la prudencia, al explicarla remite a las *Leyes* de Platón, donde se recomienda una contextualización adecuada.

Esquemáticamente, pues la explicación de cada una de las virtudes obligaría a escribir un tratado completo, y sin ánimo de conseguir la exhaustividad, los profesionales sanitarios en busca de la excelencia deberían adquirir las siguientes virtudes:

- Benevolencia.
- Respeto.
- Cuidado.
- Sinceridad.
- Amabilidad.
- Justicia.
- Compasión.
- Integridad.
- Olvido de uno mismo.
- Prudencia.

LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA

Hasta aquí hemos hablado de ética profesional, de las virtudes que el profesional sanitario debería acabar haciendo suyas. Pero la ética se enfrenta siempre a un problema que no puede dejar de plantearse. La ética es teórica y la excelencia profesional se muestra en la práctica. En filosofía moral no hay más remedio, pues, que abordar la pregunta de la relación de la teoría con la práctica: ¿la ética profesional, el discurso de las virtudes, influye en la práctica médica? ¿Qué se puede hacer para que lo haga?

Las virtudes son algo más que unas decisiones racionales que la persona toma cuando se encuentra ante un conflicto. En la adquisición de las virtudes intervienen tanto la razón como el sentimiento. Porque las virtudes son disposiciones a actuar, son actitudes, se adquieren a través de hábitos, son maneras de ser, forjan el carácter de la persona. Dicho de otra forma, no son normas que deben ser obedecidas. Aristóteles concibe la vida virtuosa como la construcción de una especie de segunda naturaleza, lo que los griegos llamaban *ethos*, el carácter. Uno no es justo ni amable ni sincero por nacimiento, ni lo será por atenerse alguna vez, esporádicamente, a unas cuantas normas. Uno es virtuoso porque está habituado, forma parte de su manera de ser el actuar con justicia, con amabilidad, con sinceridad, con respeto. El virtuoso no piensa que debe cumplir con un deber: actúa bien espontáneamente; podríamos decir que lo *siente*. Por ello las buenas prácticas, que son las prácticas que aquí llamo "virtuosas", no se consiguen a través de clases teóricas sobre la ética profesional. Se aprenden en el ejercicio diario, en la práctica que lleva a tener que resolver problemas y conflictos cotidianamente.

Nuestra aspiración no es saber qué es la justicia, sino ser justos.

(Aristóteles, Ética a Eudemo)

Con respecto a la virtud, no basta con conocerla, sino que hemos de procurar tenerla y practicarla, o intentar llegar a ser buenos de alguna manera.

(Aristóteles, Ética a Nicómaco)

Lo dicho no significa que el conocimiento teórico de los valores y los principios éticos de la práctica sanitaria sean despreciables. Por supuesto, no lo son en absoluto. Pero la teoría es insuficiente. Me refería hace un momento a la virtud de la prudencia. Pues bien, no hay mejor forma de enseñar qué es la prudencia que mostrando el ejemplo de la persona prudente. La mejor pedagogía es la práctica, la que se sirve del ejemplo. Lo cual no significa que deba menospreciarse la teoría. La bioética, como reflexión sobre la práctica sanitaria, ha contribuido en gran medida a sensibilizar a los profesionales con respecto a la dimensión moral de su profesión. Lo ha hecho en las facultades universitarias y en los hospitales, a medida que se va introduciendo en ellos, con dificultad y lentitud, todo hay que decirlo. Pero, sobre todo, lo que la presencia de la bioética en el ámbito clínico ha hecho y hace es contribuir a crear un clima de atención hacia los aspectos más humanos de la práctica clínica. James Drane define acertadamente la bioética cuando dice que su función es impedir que los conflictos sanitarios acaben siempre en los tribunales de justicia. La bioética puede impedirlo mediando en el conflicto, procurando que el profesional no se inhiba de su responsabilidad, sino que la asuma y dé una salida conciliadora a los problemas.

Una forma de acercar la teoría a la práctica, en consecuencia, consiste en tratar de evitar el reduccionismo jurídico que hoy amenaza a cualquier profesión. El origen del concepto de profesión es religioso. De ahí viene la palabra "profesión" que alude a la confesión de una determinada fe religiosa. De ahí viene asimismo la equivalencia entre profesión y vocación con la que tan brillantemente juega Max Weber. Diego Gracia¹⁹ explica, en su *Fundamentación y enseñanza de la bioética*, cómo ese origen religioso determinó que el ejercicio profesional asumiera una responsabilidad más ética que jurídica. Ha sido a partir del siglo XIX y de la constitución de los estados de derecho con la tendencia a igualar a todas las profesiones no dejando impune ninguna transgresión a los mínimos éticos exigibles, que la responsabilidad ética ha acabado reduciéndose a responsabilidad jurídica. Están lejos los parámetros establecidos en los primeros códigos de los colegios profesionales a los que se refiere Thomas Percival para quien el ideal de los mismos era el médico virtuoso, el "ministro del enfermo".

CONSOLIDAR LA CONFIANZA

Una de las virtudes mencionadas por los filósofos a propósito de la profesión sanitaria es la de la confianza. Creo que dicho valor merece un capítulo aparte pues, de algún modo, representa, caso de consolidarse, que son atendidos todos los retos y desafíos que las profesiones sanitarias tienen delante.

El título que me ha sido propuesto para este artículo habla de "profesiones sanitarias", en plural, lo cual es sintomático de la complejidad que encierra hoy abordar el problema de la enfermedad. No hablamos sólo de medicina, ni siquiera sólo de medicina y enfermería, sino del conjunto de profesiones, ocupaciones, quehaceres, actividades que tienen que ver con la curación y el cuidado de las personas que padecen²⁰. Dada la especialización del conocimiento a la que antes me he referido, pero dado también el nuevo modelo de paciente al que debe tener en cuenta el profesional, es sumamente importante la colaboración entre las distintas tareas profesionales. El paciente de nuestros días no sólo es

un individuo conocedor de su autonomía y de su capacidad y derecho a ser informado, a opinar y a decidir, sino que es un paciente más activo y reivindicativo, que se reconoce como persona y como tal quiere ser tratado.

El nuevo modelo de paciente es quizá el rasgo más característico y novedoso de la nueva concepción de las profesiones sanitarias. Lo es, sobre todo, por el valor básico que las sociedades liberales dan a los derechos de la libertad individual. Pero no es el único cambio a que deben enfrentarse las prácticas sanitarias. Otra novedad es el valor dado a la justicia, a la igualdad de oportunidades y a la no discriminación, que se traduce en la defensa de un sistema público de salud que debe llegar a todos equitativamente. El desarrollo de la biomedicina, por su parte, aporta grandes expectativas que hay que atender con prudencia y sensatez, tanto porque muchas de ellas ponen en cuestión principios éticos fundamentales, como porque la escasez de recursos impide hacerlo todo y proteger, al mismo tiempo, el derecho individual a la protección de la salud. A medida que el conocimiento avanza y las posibilidades tecnológicas aumentan, resulta más difícil tomar decisiones, prever las consecuencias de las decisiones que se toman y hacer las decisiones compaginables con los derechos fundamentales. Una tarea tan ardua precisa la colaboración de todos y, en especial, de los profesionales que son los que mejor conocen las cuestiones que se debaten.

Por no hablar de otros cambios como la existencia de una población envejecida que ha hecho realidad nuevos conceptos de enfermedad y, de algún modo, obliga a complementar el objetivo clásico de curar con el de cuidar. Hace muy poco que, en nuestra sociedad, se considera un deber prioritario la atención a las personas dependientes, el reconocimiento, por tanto, de que la dependencia no puede ser vista en ningún caso como un menoscabo de la dignidad implícita a la condición humana. Finalmente, y sin ánimo de pretender agotar todos los temas novedosos a los que hay que enfrentarse, los movimientos migratorios nos sitúan asimismo ante concepciones de la medicina y de la enfermedad distintas de las nuestras, obligan a atender a la diferencia, a aceptar formas distintas de comportarse, sin que ello signifique renunciar a los principios y derechos que la Constitución consagra como fundamentales.

Pues bien, todos esos cambios refuerzan la necesidad de algo que las profesiones sanitarias, por lo menos en teoría, siempre tuvieron claro, pero que conviene repetirlo hasta que se haga realidad. La necesidad de no obviar la sensibilidad ética, humanista, que la práctica sanitaria ha de integrar. El núcleo del cambio consiste sobre todo en corregir acertadamente esa perspectiva paternalista que funcionó durante siglos. Y corregirla no hacia el contrato, sino hacia una relación de confianza. Más que entender la confianza como una virtud a adquirir por el profesional, entiendo que la confianza es un valor que la relación entre los profesionales y sus pacientes debe saber generar. Dicen Jovell y Navarro²¹ que confianza significa "competencia y compromiso". Competencia científica y técnica, sin duda, porque fundamentalmente el paciente quiere habérselas con un profesional que sabe lo que hace. Pero también compromiso del profesional con el bien y con el interés del paciente, lo que significa un cierto altruismo, solidaridad, compasión, y también respeto y sinceridad. El conjunto de virtudes, en fin, que se detallaban más arriba como eje de la que ha sido llamada "profesionalidad centrada en el paciente".

PROFESIONALIDAD Y CIUDADANÍA. LA AUTORREGULACIÓN

En los tres enjundiosos capítulos que Durkheim dedica a la "Ética profesional"²² desarrolla la teoría, muy coherente con su pensamiento sociológico, de que las corporaciones profesionales son imprescindibles como fuente de solidaridad y moralidad, para luchar contra la anomia que amenaza a la sociedad liberal. Sólo el poder colectivo tiene capacidad para legislar por encima del individuo que, cuando falta la constrictión social, se desvincula también de toda constrictión moral. De esta forma, Durkheim concibe la moral profesional como la antesala de la moral cívica, que es algo más que la moral personal o familiar. Y piensa que una ética profesional es posible, salvo en el caso de la economía de mercado, dado que dicha actividad se convirtió desde el inicio en el reducto de la libertad y se resiste a cualquier forma de regulación, incluida la que tiene como autores a los mismos agentes que la mueven.

El problema, sin embargo, es que la resistencia de la economía a ser regulada afecta de lleno a otras profesiones en la medida en que éstas cada vez dependen más de la industria económica y se confunden con el mero negocio. La sanidad no es una excepción y lo pone de relieve la transformación que ha experimentado el lenguaje con que se designa a sus agentes: los médicos y las enfermeras son meros empleados y los pacientes han dejado de ser enfermos o pacientes para convertirse en clientes, usuarios o consumidores de los servicios sanitarios. Albert Jovell se refiere a "la McDonalización" de la medicina y a las consecuencias que dicha asimilación de la organización sanitaria a una industria cualquiera tiene para atender adecuadamente a las necesidades y expectativas de los pacientes. El paternalismo que, hasta ahora mismo, ha sido dominante en las relaciones clínicas, tiende, en efecto, a ser corregido y superado. Pero se evoluciona hacia una relación contractual, que es la propia del mundo de los negocios. El reconocimiento de la autonomía del paciente como valor nuclear de la ética sanitaria ha decantado el sentido de las relaciones entre los profesionales y sus clientes hacia los paradigmas mercantiles, cuando el progreso estaría en empeñarse en construir una relación fiduciaria, en la que el valor de la confianza fuera reconocido como la forma idónea de comunicación entre el profesional y el paciente.

El ámbito de la protección de la salud es actualmente un entramado complejo en el que intervienen actores diversos, además de los propiamente llamados "profesionales sanitarios". Las estructuras de gestión, de investigación, la industria farmacéutica, los múltiples proveedores constituyen un complejo organizacional que, en su conjunto, no puede ser ajeno al reconocimiento de los valores y de los principios que aseguran la buena práctica de los profesionales. Es por ello que los códigos deontológicos que, cuando la medicina empezó a burocratizarse, eran la síntesis de las obligaciones profesionales, no son más que una expresión parcial e insuficiente de lo que hay que buscar como excelencia profesional. No sólo eso, abandonados a sí mismos los códigos deontológicos corren el peligro de ser vistos como el simple enmascaramiento de otros intereses. Lo que fue denominado "deontología profesional" y que se concretó en códigos de conducta mayormente elaborados por los colegios profesionales hoy es poco más que un sucedáneo de la legislación, que alimenta esa forma de responsabilidad que digo que hay que superar o complementar porque es meramente jurídica.

Asumir la responsabilidad profesional es una manera de asumir los deberes y obligaciones ciudadanos. Y ésta es una de las asignaturas pendientes de las democracias liberales en las que nos encontramos. El desarrollo de las virtudes antes mencionadas, como cualidades que el profesional debería exhibir, forma parte de ese hacerse cargo de la propia actividad en un sentido total, más allá de la competencia científica y técnica. Por ello, de todas las virtudes detalladas, la central sigue siendo la prudencia, a la que yo llamaría *capacidad de autorregulación*. Ni las leyes ni las normas de los códigos deontológicos son operativas cuando falta la voluntad del sujeto de recoger el auténtico espíritu de los mismos y aplicarlos adecuadamente en cada caso. Eso es lo que les pedía Aristóteles al político, al juez y al médico prudentes, esto es, virtuosos, excelentes. El prudente es aquel que posee una "sabiduría práctica" por la que conoce cuál es en cada caso el bien del paciente, único fin de las profesiones sanitarias. Hay que deliberar sobre los medios -decíamos- porque el fin está claro y es indiscutible. Pues bien, el prudente ha adquirido la capacidad, la experiencia y la sabiduría necesarias para deliberar sobre los medios, sabe cómo hacerlo.

Deliberar es dialogar. La falta de deliberación es un déficit asimismo de las democracias actuales. Me refería al principio a los dos objetivos que se repiten en los primeros textos de ética médica, los de Hipócrates y Confucio. Por una parte, el bien del enfermo; por otra, la colaboración con los demás profesionales. El sentido comunitario es fundamental porque, en la práctica profesional, no sólo está en juego la reputación personal, sino la del conjunto de la profesión. Uno es responsable ante sí mismo y ante la profesión y, por supuesto, ante la sociedad a la que finalmente sirve. Por eso, la ética tiene una dimensión pública irrenunciable, porque, en definitiva, lo que hay que anteponer al interés particular o personal, incluso al interés corporativo, es el interés público. Y son estas consideraciones las que llevan a entender el ejercicio profesional como una expresión de ciudadanía. Ser ciudadano es algo más que votar y pagar impuestos. Es sentirse partícipe de una comunidad que tiene unos intereses comunes y que exige a sus miembros que se esfuercen, cada uno en la medida de sus funciones y posibilidades, en contribuir a alcanzarlos. A lo largo de estas páginas he intentado mostrar cómo la profesionalidad debe superar su tendencia al reduccionismo técnico, económico, contractual. Tiene que ser un profesionalismo cívico, de servicio a la comunidad.

La medicina deberá repensarse a sí misma como una mera rama de la ciencia aplicada, que la lleva a perder de vista la complejidad del curar como práctica humana que requiere no sólo el saber del experto, sino el contexto de una comunidad profesional comprometida.

W. M. Sullivan. "What is Left Of Professionalism After Managed Care?"²³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camps V. *Virtudes públicas*. Madrid: Espasa Calpe, 1990. Cf. también Cortina A. Profesionalidad. En: Cerezo Galán P (ed). *Democracia y virtudes cívicas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2005; 360-381.
2. *Tratados Hipocráticos*. Madrid: Alianza Editorial, 1996.

3. A Global Profession. Medical Values in China and the United States. *Hastings Center Report. Special Supplement* July-August 2000.
4. Weber M. *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Península, 1969.
5. Parsons T. Education and the Professions. *Ethics*, 47, págs. 365-369. Profesiones liberales. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, 8. Madrid: Aguilar; 538-548.
6. Weber M. La política como vocación. En: *El político y el científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1984.
7. Ortega y Gasset J. *La rebelión de las masas*. En: *Obras completas IV*. Madrid: Revista de Occidente, 1947.
8. Gadamer HG. *The Enigma of Health*. London: Polity Press, 1996.
9. Cf. Victoria Camps. *Una vida de calidad*. Barcelona: Ares y Mares, 2000.
10. Snow CP. *Las dos culturas*. Madrid: Alianza Editorial, 1987.
11. Wittgenstein L. *Tractatus Logico-Philosophicus* (traducción de Enrique Tierno Galvan). Madrid: Revista de Occidente, 1957; Madrid: Alianza Universidad, 1957, 1973.
12. Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos*. Madrid: Espasa Calpe, 1947.
13. Aristóteles. *Ética nicomáquea*. Ética eudemia (Introducción de Emilio Lledó Íñigo y traducción de Julio Pallí Bonet). Madrid: Editorial Gredos, 1985.
14. Drane JF. *Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics*. Kansas City: Sheed and Ward, 1988; 1-133.
15. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press, 1993; 84-91.
16. Siegler M. Professional Values in Modern Critical practice. *The Hastings Center Report. Special Supplement* July-August 2000; S19-S22.
17. Gilligan C. *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Boston: Harvard University Press, 1982.
18. *The Goals of Medicine*. New York: The Hastings Center, 1996 (traducción al castellano, *Los fines de la medicina*. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2004).
19. Gracia D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética, I*. Santa Fe de Bogotá, 1998. Cf. Pablo Simón e Inés Barrio. Medicina. En: Cortina A. *Diez palabras clave en ética de las profesiones*. Estella: Editorial Verbo Divino, 2000.
20. Generalitat de Catalunya. *Llibre Blanc de les Professions Sanitàries*. Barcelona, 2003, en www.gencat.net
21. Jovell AJ y Navarro MD. *Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social*. Madrid: Fundación Alternativas (Documento de trabajo 98/2006), 2006.
22. Durkheim E. *Professional Ethics and Civic Morals*. London: Routledge, 1957. Cf. Augusto Hortal, *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2002.
23. Sullivan WM. What Is Left of Professionalism after Managed Care? *The Hastings Center Rep* March-April 1999; 29 (2): 7-12.