



Ética con códigos: un análisis filosófico-jurídico de la normativa deontológica en medicina y sus relaciones con el derecho y el Estado

Daniel Jiménez Schlegl

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

**DEPARTAMENTO DE TEORÍA SOCIOLOGICA, FILOSOFÍA DEL
DERECHO Y METODOLOGÍA DE LAS CIENCIAS SOCIALES**

**ÁREA DE FILOSOFÍA DEL DERECHO
FACULTAD DE DERECHO. UNIVERSIDAD DE BARCELONA
PROGRAMA DE DOCTORADO 1994-1996. FILOSOFÍA
JURÍDICA, MORAL Y POLÍTICA**

TÍTULO DE LA TESIS DOCTORAL:

**ÉTICA CON CÓDIGOS: UN ANÁLISIS FILOSÓFICO-
JURÍDICO DE LA NORMATIVA DEONTOLÓGICA EN
MEDICINA Y SUS RELACIONES CON EL DERECHO Y
EL ESTADO**

TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN DERECHO POR:

DANIEL JIMÉNEZ SCHLEGL

DIRECTOR DE LA TESIS:

Prof. Dr. JOSÉ ANTONIO ESTÉVEZ ARAUJO

2005

ÍNDICE

Introducción	4
 Primera parte: La profesión médica y la codificación ética en medicina	
Capítulo 1. Una mirada histórico-filosófica sobre la profesión médica	14
1.1. La naturaleza indiciaria del saber médico y su condición de «ciencia»	16
1.2. El anclaje clásico de la ética profesional	25
1.2.1. La prehistoria ideológica de la profesión médica	27
1.2.2. La medicina griega como mito fundador de la medicina occidental	29
1.3. El anclaje religioso medieval y su secularización: hacia una ideología moderna de la profesión médica	37
a) <i>Las universidades</i>	50
b) <i>Los gremios</i>	54
c) <i>La Reforma y la profesión</i>	65
d) <i>La construcción de la imagen profesional de la medicina y del médico</i>	78
e) <i>La secularización del trabajo médico y de la profesión</i>	86
 Capítulo 2. Una mirada histórico-filosófica sobre la noción de «deontología»	100
2.1. La «deontología» utilitarista de Jeremy Bentham	100
2.1.1. La ética ilustrada como antecedente de la «deontología» benthamiana	100
2.1.2. La «Deontología» de Bentham o la «ética del interés personal socializado»	115
2.2. La respuesta teológica del catolicismo continental a la «deontología»	133
2.3. De la deontología a los códigos deontológicos de la profesión médica	154
 Capítulo 3. La codificación clásica de las normas ético-médicas y de los usos profesionales	160
3.1. La necesidad de la organización de la competencia profesional y de su reconocimiento jurídico-político por parte del Estado	160
3.2. El papel político-social de la medicina moderna como factor propulsor de la codificación ética	165
3.3. La codificación deontológica de la profesión médica en España	179
 Segunda parte: El auge actual de la regulación ética en bionomía: desregulación jurídica y codificación de la ética con procedimientos	
Capítulo 4. La estructura compleja de las relaciones médicas en las sociedades industrializadas	204
4.1. Introducción: la relación médico-paciente entre lo público y lo privado	204
4.2. La intersección entre «campos de poder» y la autonomía relativa del campo médico	210
4.2.1. La lógica de «campo» según Bourdieu	210
a) <i>El valor relacional del campo y el “juego” de luchas</i>	213
b) <i>La autonomía del campo científico y el poder económico</i>	220
4.2.2. Un «caballo de Troya» en el campo científico	231
4.3. La especificidad del campo médico	242

4.3.1. La disposición de las relaciones desde la perspectiva del campo médico	246
4.3.2. La disposición de las relaciones desde la perspectiva del campo social del enfermo y del poder jurídico-político: la proclamación de la «autonomía» del enfermo y la dimensión pública de la enfermedad	250
a) <i>La autonomía del paciente en el campo médico y la relación «privada»</i>	253
b) <i>La dimensión pública de la enfermedad</i>	255
4.3.3. El campo médico en la relación entre la «esfera pública» y la «esfera privada»	258
Capítulo 5. Desregulación jurídica y política de expertos	267
5.1. Un mapa fragmentado de poderes	267
5.2. La «sociedad del riesgo» como factor de fragmentación del poder y el efecto «ético»	281
5.3. Poder y política de expertos	299
5.3.1. Poder de los expertos	299
5.3.2. Política apolítica de expertos	309
5.3.3. Los expertos en «bioética»	318
Capítulo 6. La actual regulación “ética” de la biomedicina	335
6.1. Autocontrol «ético» del campo médico: los códigos deontológicos actuales	337
6.2. Control ético en el campo biomédico	366
a) <i>La decisión ética en Comité de bioética</i>	369
b) <i>Las agencias de evaluación de tecnologías médicas basadas en pruebas ¿éticas?</i>	386
6.3. Una nueva «ética del encubrimiento» para la tecnociencia	391
6.3.1. Una «nueva» ética para la tecnociencia	391
6.3.2. Una «ética del encubrimiento» para la tecnociencia	403
Conclusiones	416
Bibliografía	427

INTRODUCCIÓN

El título del presente trabajo, *Ética con códigos* es una paráfrasis del título de un artículo de mediados de los años sesenta de Leszek Kolakowski, *Ética sin códigos*. Con este título el autor reivindicaba la toma autónoma de decisiones morales, y la experiencia moral misma, como algo necesariamente responsable con respecto a una realidad mundana sorprendente y difícilmente abarcable mediante formas normativas fijas y codificadas. Para defender su posición, Kolakowski orientaba su interés en una educación moral

“basada en una actitud creadora ante la vida y en la convicción de que nuestras decisiones no pueden ser tomadas de antemano vicariamente por algún sistema de juicios y normas, una educación así, debe imbuir en el conocimiento de la multiplicidad de valores heterogéneos que debemos admitir al mismo tiempo y a cuyas exigencias, con frecuencia, no podremos responder. Queremos atacar la tentación de la inercia moral, que nos hace pensar que algún sistema de valoraciones podría brindar a nuestra vida moral una protección segura y perfecta; queremos sembrar la desconfianza ante la santidad y los santos; queremos enfrentar la tranquilidad estéril y el sentimiento irracional, que surge de la fe en que nuestra vida está dotada de indicadores perfectos. (...) [esta inquietud parece] algo indispensable para contrarrestar nuestro natural conformismo y nuestra inercia”¹.

La elección de nuestro título expresa, contrariamente, cierta amargura sobre una realidad en la que las diferentes estructuras de poder tecnocrático, político, ideológico y económico configuran diferentes sistemas de juicios y normas confeccionados a la carta a fin de legitimar decisiones que quieren imponerse a los procedimientos democráticos. Pero nuestra pretensión no es dejarnos arrastrar aquí por la inercia del desaliento y el conformismo con el estado de cosas en el mundo, sino, precisamente, desenmascarar el uso y abuso de la codificación moral y mostrar lo que está detrás del empacho actual de “autorregulación”.

La acumulación, notable en la actualidad, de innumerables iniciativas de *control ético y deontológico* de las actividades de profesionales, científicos, políticos, corporaciones, asociaciones y otros grupos de intereses, junto a las posibilidades cada vez mayores de evasión por parte de esos agentes de una regulación jurídico-pública de sus actividades, muestra de hecho un creciente protagonismo de la *autorregulación* en

¹ KOLAKOWSKI, Leszek, *Tratado sobre la mortalidad de la razón*, Caracas, Monte Ávila, 1993², pág. 112.

estas esferas. Simultáneamente aparece una creciente afición al *laissez faire* por parte del Estado que, unido a lo anterior, puede acabar teniendo consecuencias imprevisibles.

Por ejemplo, en el ámbito político, con ocasión del auge de escándalos de corrupción en la vida política española se aprobaron durante 1997-98 *códigos éticos* para los diferentes partidos con la idea de establecer un espacio de control ético de las conductas de los afiliados en la vida pública.

Con la experiencia de la guerra en los balcanes como fondo, la Unión Europea aprobó en junio de 1998 un *código ético* (Código de Conducta de la Unión Europea) que pretende regular por vía voluntaria la venta de armas con el objeto de no destinarlas a países que violen los derechos humanos².

Bajo la autoridad del Comité Europeo para los Problemas de la Delincuencia se elaboró en el 2001 el Código Europeo de Ética de la Policía con una vocación que “es más que un código deontológico tradicional” en el sentido de que algunos de los principios que recoge “pertenecen al ámbito legislativo”³. No conviene perder de vista la aprobación de dicho código en el contexto de las políticas europeas en materia social y particularmente de inmigración en las que aparecen importantes márgenes de actuación policial discrecional.

En el ámbito de los negocios, en 1998, la *comisión Olivencia* (creada a instancias del gobierno por el catedrático Manuel Olivencia) elaboró el *Código del Buen Gobierno de las Sociedades* para evitar, entre otras cosas, que los consejos de administración de las empresas blinden sus permanencias en los cargos y aumenten sus retribuciones mientras se limitan los derechos de los accionistas. Y en esta línea, por ejemplo, la patronal de las empresas constructoras españolas aprobaron recientemente (junio 2004) un código de buena conducta. Aquí hay que tener en cuenta que se trata del sector económico no productivo español más importante (las empresas integradas en la asociación que elaboró el código facturan el 5% del PIB) y con mayor índice de siniestralidad laboral y uno de los de mayor precariedad laboral. En este sentido, el código de las constructoras se avanza a una reforma legislativa necesaria y severa sobre esos ámbitos de problemas.

Además, en general, las publicaciones en torno a la *ética en los negocios* constituyen últimamente, a su vez, un buen negocio, visto su incremento constante como consecuencia de una suerte de conciencia colectiva cada vez más sensibilizada frente a los enriquecimientos ilícitos pero legales de esta economía mercado y sus “efectos colaterales” en el orden social.

En el ámbito del periodismo, tras la muerte por accidente de Diana de Gales, el colectivo de la prensa británica elaboró un *código de conducta* “antipaparazzi”, mientras que en Gijón, en el I Encuentro Internacional de Fotoperiodismo de 1999, se elaboró un *manifiesto deontológico* que sirviese de *referencia ética* en el tratamiento de las imágenes en los medios de comunicación. También existe actualmente un convenio, entre las cadenas públicas de televisión para “autorregular”, desde un *compromiso ético*, los juicios televisados.

² Según un informe de la *Cátedra UNESCO sobre Paz y Derechos Humanos* de la Universitat Autònoma de Barcelona, de diciembre de 1999, el 55% de las ventas de armas españolas se dirige a países que no cumplen los criterios del Código de Conducta de la Unión Europea, es decir, ventas a países en los que está vigente un embargo internacional, acusados de violar sistemáticamente los derechos humanos (por ejemplo con el empleo de niños-soldado), con conflictos o tensiones internos, que aplican políticas de desestabilización regional, desvían armamento a terceros países, etcétera.

³ Björn JANSON, «El Codi europeu d'ètica de la policia. Raons i directrius per al canvi», *Revista Catalana de Seguretat Pública. «Policia, societat i valors»*, Escola de Policia de Catalunya, núm. 12, junio 2003, pág. 10.

Con la expansión que ha experimentado la red informática de comunicaciones a la vez que los delitos informáticos (“piratería”, pornografía infantil, apología criminal,...) a finales de 1999 se celebró en París una cumbre de expertos para debatir acerca del control de *Internet*, donde se habló de una necesaria regulación, fuera ésta una “corregulación”, entre un organismo vinculado al poder público y los usuarios, una “autorregulación” de tipo ético que mejorase la educación de los usuarios o un sistema de “filtros” policiales en la red. En ningún caso un control total y exclusivo por la administración pública dadas, al parecer, las dificultades técnicas.

¿Por qué se produce este fenómeno y a quién beneficia? ¿Qué sentido tiene?

El fenómeno del auge de la *bionomía ética* y de las diferentes formas de codificación ética es el que focaliza la preocupación del presente trabajo, cuya pretensión es responder a las preguntas sobre las causas que han producido ese auge, sobre cuáles han sido sus efectos, sobre quiénes son sus beneficiarios y si la sociedad o la profesión médica es ahora más o menos “ética” que antes de la promulgación de toda esa normativa deontológica. Lo que pretendemos, pues, es llevar a cabo un análisis de una de las formas en las que nuestra sociedad se enfrenta a la necesidad de normar los avances tecnocientíficos que se producen en el ámbito de las ciencias de la vida.

El hecho de la proliferación actual de regulaciones éticas y deontológicas en el campo de las llamadas *ciencias de la vida* suele justificarse, en primer lugar, haciendo referencia a los nuevos riesgos y temores que entrañan los avances en medicina, biotecnología e investigación clínica y farmacéutica y, por tanto, a la necesidad de fijar ciertos límites normativos a su licitud o conveniencia. También apelando a la idea de la consideración de la actividad médica como una técnica que en sí misma entraña riesgos (sobre todo para los pacientes) y que, por tanto, requiere de un control riguroso.

Por otro lado, si atendemos a la realidad social del occidente industrializado lo que vemos es una civilización caracterizada, entre otros aspectos, por un individualismo consumista, por la invasión de las relaciones mercantiles en el espacio tradicional de las relaciones sociales desinteresadas así como una mercantilización misma de los cuerpos. En este contexto, la posibilidad de satisfacción los deseos individuales se convierte en un *príus* lógico en la dinámica de crecimiento del mercado. Tales deseos son considerados como integrantes de los *derechos* del individuo. La posibilidad de su satisfacción depende de los recursos económicos disponibles. Esa obviedad implica, para lo que nos interesa, la posibilidad de acceder a través del mercado a las cada vez mayores y más variadas ofertas de la medicina impulsadas por el desarrollo mismo de la tecnociencia. En ese terreno pueden surgir conflictos entre deseos, lícitos en la lógica del mercado, e intereses ideológicos (convicciones morales individuales, sociales,

grupales o corporativas, religiosas, políticas,...) o intereses puramente materiales. Conflictos que conviene analizar con la vista puesta en el juego jurídico de los derechos y en el marco político y económico del estado contemporáneo⁴.

Tras el éxito de la clonación en mamíferos, en 1997, resurgió con fuerza el temor a la clonación en seres humanos, posibilidad, entonces, no prevista ni por convenios o declaraciones internacionales ni por las legislaciones nacionales. Para salvar esa laguna legal el entonces presidente de Estados Unidos, Bill Clinton, encargó a la *Comisión Nacional de Bioética* que elaborase un informe sobre los límites éticos de la clonación.

En unas declaraciones a la prensa, el físico nuclear Joseph Rotblat, declaró la necesidad de crear un *comité ético internacional* que examinase los avances científicos. En su opinión, los políticos no entienden la ciencia lo suficiente como para regularla, por lo que “corresponde a los propios científicos hacer este trabajo”⁵.

En ese mismo año se crea en España mediante Real Decreto 415/97 la *Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida* para “definir los límites éticos en la aplicación e investigación de estas técnicas”, entre otras funciones de asesoramiento (por ejemplo, asesoramiento para la elaboración de leyes sobre esta materia). En junio del mismo año se aprueba el *Código Deontológico. Normas de Ética médica del Consejo General de Colegios de Médicos de Cataluña*, que viene a “actualizar y modernizar” la regulación anterior, recogiendo la problemática que suscitan los nuevos avances en medicina en el ámbito de la profesión y de las relaciones con los pacientes.

La *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos del Hombre* de 11 de noviembre de 1997, elaborado por el *Comité Internacional de Bioética* de la UNESCO, constituye la primera codificación ético-científica universal de relaciones entre el individuo y los poderes científicos y económicos basado en el modelo de los *Derechos del Hombre*. Por esas mismas fechas se celebró en Madrid el *II Seminario de Deontología Profesional* con el principal objetivo de adaptar las normas éticas y deontológicas a los problemas actuales, así como de la participación de las comisiones de deontología de los colegios profesionales en los diferentes comités de ética, nacionales, regionales y sectoriales que se creasen. Por Decreto del *Departament de Presidència de la Generalitat de Catalunya*, 331/97 de 23 de diciembre, se crea la *Comisión Asesora de Ética para las ciencias y la tecnología*. Mientras, en los hospitales de todo el país proliferaban los *comités de ética hospitalaria o asistenciales* para asesorar a los equipos médicos y aportar soluciones en los casos de conflicto de valores ético-profesionales en los diagnósticos y tratamientos a enfermos. Incluso en la Universidad de Barcelona se creó, en enero de 1998, un *Comité Ético de Experimentación con Animales*.

En mayo de 1998 el parlamento europeo aprobó la *Directiva sobre patentes biotecnológicas* que establece controles éticos para limitar la experimentación humana e impedir la patentabilidad de clones humanos. Para ello la Eurocámara creó en septiembre de 2000 una comisión de expertos asesores sobre bioética y clonación. El eurodiputado socialdemócrata Enrique Barón llegó a afirmar que “nosotros creemos que

⁴ En este sentido véase Ascensión CAMBRÓN, «Génesis y problemas de la bioética», en AA.VV. *Entre el nacer y el morir*, Granada: Comares, 1998, pág.6: “(...) la biomedicina penetrada por la lógica del mercado ofrece a los individuos *libres* inmensos recursos para prevenir, corregir y curar enfermedades y simples características físicas no patológicas. Pero, también, para satisfacer los desmedidos deseos que caracterizan a los individuos de las sociedades «desarrolladas»: elección de sexo del futuro descendiente a concebir, esterilización temporal, elección del tiempo para morir y nacer. Todo ello es posible, si se puede pagar”.

⁵ *La Vanguardia*, 26 de febrero de 1997. Esta idea es harto recurrente en ámbitos científicos.

este asunto es vital y que no debe convertirse en un debate político, sino en un debate científico y en profundidad”⁶.

El 10 de septiembre de 1999, la *Organización Médica Colegial* (organización que agrupa a todos los colegios médicos de España) aprobó una reforma del *Código de Ética y Deontología* para adaptarse a los nuevos avances en medicina, así como a las nuevas percepciones éticas respecto a estos (sin embargo, persisten en su contenido valores acerca de sacralidad de la vida enraizados en la moral cristiana).

Como es fácil notar, la justificación que se proporciona para esa asunción constante de funciones reguladoras y autorreguladoras por parte de organizaciones y grupos corporativos diversos es variada y depende de las particulares características e intereses de cada grupo. El criterio común para dar soporte a competencias reguladoras en un ámbito de actividades concreto va por la línea de demostrar la capacidad y mayor eficacia de este tipo de normas éticas y técnicas frente a las leyes emanadas del parlamento, y ello en virtud del conocimiento especializado y experto de los problemas que pueden generar las actividades de esos agentes así como de las soluciones que proponen. Puesto que estas organizaciones, corporaciones o grupos de intereses carecen de una competencia específica para dictar normas jurídicas, sus soluciones normativas a los conflictos han de constituir una respuesta *ética* y de disciplina interna; la naturaleza del conflicto o problema a resolver es, dicen, de naturaleza *ética*, e incumbe ante todo a la conducta de sus miembros⁷.

Hay que tener en cuenta además que, junto al fenómeno del aumento de estos “cotos vedados” de regulación en los que el Estado fija un marco legal genérico mínimo de autorregulación y en los que delega poder coactivo, hay que destacar el del papel creciente de determinados grupos que, a través de sus regulaciones, recomendaciones y asesoramientos de tipo ético y técnico, logran influir en la creación de normas jurídicas al margen de un debate parlamentario y, desde luego, al margen de un debate democrático, público y participativo.

La proliferación de este tipo de regulación jurídica y no jurídica pero de origen vagamente “ético” puede conseguir que la ciudadanía entienda y acepte la ocupación de los *vacíos legales* mediante regulaciones de tipo ético y deontológico emanadas de esas organizaciones o grupos. De hecho se trata de una idea que puede fundamentarse en la insuficiencia del derecho y del Estado modernos para regular con éxito situaciones

⁶ *El País*, 2 de septiembre de 2000.

⁷ Véase René SAVATIER, “Déontologie”, en *Encyclopaedia Universalis*, vol. 7, Paris: E.U.Française, 1989 y Léon HUSSON, *Les activités professionnelles et le Droit*, en «Archives de Philosophie du Droit», Paris: Recueil Sirey, 1953-54, págs.37 y 41.

estructuralmente muy complejas y variables. Por otro lado, la idea puede basarse también en la creencia extendida sobre una particular toma de conciencia ética por parte de los agentes del mundo tecnocientífico en el marco de una sociedad tecnológica llena de riesgos y peligros.

En cualquier caso, de lo que no cabe duda es que esta creciente mixtura de *juridicidad* y *técnica* con *eticidad* tiene implicaciones políticas y sociales evidentes. El hecho del incumplimiento sistemático de estas prescripciones y recomendaciones por parte de los actores del mundo profesional y tecnocientífico a las que en teoría se hallan sujetos, bastaría para advertirnos de su carácter retórico y bienintencionado, y para desenmascarar una realidad en ocasiones peligrosa y dolorosa. Pero surgen entonces otras cuestiones: ¿cómo participa la ciudadanía, si es que lo hace, en estas nuevas fuentes de regulación de conductas que pueden tener importantes implicaciones sobre la salud, la autonomía, la vida política, etc., de las personas? ¿De qué naturaleza es la garantía de un verdadero cumplimiento de la prescripción y de la recomendación de tipo “ético” y qué tipo de mecanismos existen para garantizarlo? Si este tipo de documentos constituyen meros compromisos formales, incapaces de formar una conciencia moral consecuente con sus prescripciones, ¿para qué sirven?, ¿a qué se debe, entonces, su auge?, ¿por qué se acude masivamente a este tipo de regulación? ¿Cómo es y qué hace esta *nueva ética*?

Para llevar a cabo el análisis del sentido de este tipo de regulación en tanto que conforma una respuesta a los problemas del desarrollo tecnocientífico en el terreno de la medicina hemos dividido el presente trabajo en dos partes y en seis capítulos.

La primera parte que agrupa los tres primeros capítulos busca dibujar un cuadro sobre la naturaleza del saber médico, su profesionalización y la institucionalización de un discurso ético específico desde su historia ideológica. Este cuadro analizado en esta parte nos permite examinar la evolución de dicho discurso deontológico hacia formas de regulación de las conductas expertas en biomedicina en las que intervienen otros agentes especialistas y que trascienden el mero marco profesional adquiriendo un papel decisivo en la regulación jurídico-política de los asuntos relacionados con los riesgos y avances tecnológicos en medicina. Este aspecto es analizado en la segunda parte del presente trabajo en el que se busca dar razón, de esta manera, al auge de una “nueva ética para la tecnociencia”.

En el primer capítulo, titulado *Una mirada histórico-filosófica sobre la profesión médica*, nos hemos detenido a considerar la naturaleza especial del saber

médico y de su condición de «ciencia» y de «profesión», así como su ligamen particular con la ética, para lo cual es necesario referirse tanto al anclaje religioso de la ética médica como a su secularización.

En el segundo capítulo, titulado *Una mirada histórico-filosófica sobre la noción de «deontología»*, hemos analizado las principales corrientes de la reflexión deontológica del siglo XIX, ejemplificadas aquí en las obras de Jeremy Bentham y de Antonio Rosmini, y hemos seguido el proceso que lleva desde esa reflexión a la exigencia de la elaboración de unos códigos deontológicos para la profesión médica.

El tercer capítulo, titulado *La codificación clásica de las normas y de los usos profesionales*, está dedicado a explicar el proceso de codificación deontológica que tuvo lugar durante el siglo XIX. El capítulo se detiene a examinar tanto las particulares circunstancias sociales que la hicieron necesaria como los distintos discursos teóricos que acabaron confluyendo en la institucionalización de un espacio de autorregulación para la profesión médica. Y concluye con una ejemplificación en el caso español de este proceso de codificación.

Todas estas consideraciones nos permiten comprender cómo se construyó la tradición de la autorregulación profesional en medicina, tradición sobre la que cabalga el auge actual de la regulación ética en materias biomédicas y cuyas características son analizadas en los tres capítulos siguientes de este trabajo.

El auge actual de la regulación ética en biomedicina responde a factores diversos, como pueden ser la desregulación jurídica propia del Estado postkeynesiano o el complejo juego de estrategias propio de los diversos campos de poder que intervienen en la actualidad en las actividades biomédicas. Es por ello por lo que nuestro análisis presta en el capítulo cuarto una atención inicial a la especificidad del campo de poder médico y a la estructura compleja de las relaciones médicas en las sociedades industrializadas, así como, en el capítulo quinto, contempla la incidencia del desarrollo contemporáneo de la tecnociencia en general, y de la tecnociencia biomédica en particular, y el surgimiento paralelo de la llamada «sociedad del riesgo» en tanto que causas principales de la aparición del espacio bioético como una respuesta a tales problemas surgida desde los ámbitos “expertos”.

Todo ese análisis nos permitirá finalmente, en el capítulo sexto, explicar la regulación “ética” actual de la biomedicina, dividida por nosotros en dos sistemas, uno interno, o “deontológico”, descendiente del sistema autorregulatorio tradicional, y uno externo, de formación mucho más reciente. La comprensión de la naturaleza de la

“nueva” ética para la tecnociencia que integran estos dos sistemas es lo que nos permitirá, a modo de conclusión, referirnos al por qué y para qué de esta regulación, y a sus efectos, y señalar un déficit ético-democrático en nuestra sociedad como su principal causa y, curiosamente, como su principal efecto.

“Cuando el ascetismo se puso a reconstruir el mundo y a actuar en él, los bienes exteriores de este mundo ganaron sobre el ser humano un poder creciente y al final invencible, como nunca antes en la historia. Hoy su espíritu ha abandonado esa jaula, quien sabe si para siempre. En todo caso, el capitalismo victorioso ya no necesita este apoyo una vez que descansa sobre una base mecánica. También parece estar desapareciendo definitivamente la alegría de su sonriente heredera: la ilustración, y la idea del «deber profesional» vaga por nuestra vida como un fantasma de viejas creencias religiosas.”

Max Weber, *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*.

“El saber vinculado a la razón instrumental es un saber ligado al poder./ [De lo que se trata es de superar] las acostumbradas categorías de un cartesianismo que ha engendrado la visión de un mundo contractual, regido por un voluntarismo racional./ Resulta difícil salir de la red, estrecha y sólida, de los conceptos admitidos. En ella uno se siente a gusto, como en la suave quietud de los laboratorios, observatorios, salas de redacción, comités múltiples y diversos, consejos de cualquier orden, partidos y sindicatos, y otras áreas de juego para niños obedientes como son los miembros de la intelligentsia, con todas las corporaciones y todas las ideologías confundidas”.

Michel Maffesoli, *Elogio de la razón sensible*

“Con respecto a su actitud ética, el conservador representa al igual que el nihilismo, una autodefensa contra la exigencia de adoptar decisiones morales. Pero (...) mientras que el nihilismo elude la responsabilidad cuestionando la validez de todo intento dirigido a realizar un valor, el conservadurismo tiende a lo mismo por otro camino: ofrece la posibilidad de escapar a toda responsabilidad creando jerarquías de valores estables y absolutos, es decir, códigos éticos”.

Leszek Kolakowski, *Ética sin códigos*

“El estilo de vida que corresponde a sociedades como la nuestra ha surgido muy recientemente y carece de precedente histórico. Fundamentalmente nuestra situación actual es consecuencia de la industrialización. Nos contamos entre las primeras generaciones que han poseído los vastos recursos materiales de una sociedad industrial desarrollada, que han experimentado sus exigencias en términos de organización social y relaciones sociales, y que proyectan y actúan de una forma condicionada por el entorno que la industrialización ha creado. Pero podemos pensar también en ese mismo proceso como una transformación en el plano de la cultura, del pensamiento y de la sensibilidad: la nuestra se ha convertido en una sociedad laica basada en el conocimiento técnico impersonal, una sociedad que otorga a los científicos y al conocimiento científico el lugar que nuestros antecesores concedían a los sacerdotes y a las doctrinas religiosas”.

Barry Barnes, *Sobre ciencia*

“El hombre es ya una materia prima para el hombre”

Noëlle Lenoir

Primera parte

La profesión médica y la codificación ética en medicina

Capítulo 1.

Una mirada histórico-filosófica sobre la ética de la profesión médica

Respecto del ejercicio de la profesión médica los tratadistas de la moral médica han coincidido históricamente en afirmar que el *profesional de la medicina* actúa conscientemente condicionado como *agente moral* (a la par que *técnico*), y ello por dos razones principales.

Una de carácter especial, y que se refiere al hecho de que la actividad médica, y como gestora del cuerpo humano que es, tiene una naturaleza “agresiva” e invasiva de la intimidad de los pacientes que resulta necesariamente del ambiguo acto de “curar” y en la que se contraponen diversos valores morales: autonomía del paciente, autoridad del médico, efectos deseados de la terapia, conflicto de intereses entre los sujetos de la relación médica, etc.

La otra razón, que es la que ahora nos interesa, es de carácter más general y se refiere a la propia tradición de la *eticidad de la profesión*, que se arraiga en la religión, en una tradición gremial y en una base filosófico-moral secularizada y que es capaz de generar sus propias instituciones morales, esto es, aquellas que valoran e interpretan desde el interior de la profesión la bondad o maldad de la actividad de sus miembros⁸.

⁸ Henri BRUNSWIC, Michel PIERSON (Dir.) *Médecins, médecine et société. Introduction à l'éthique médicale*, Paris, Nathan, 1995, introd. A partir de imágenes fundacionales casi míticas de la profesión médica (por ejemplo, el médico como «mago», el «médico sacerdote» o «padre»,...) podemos ver cómo éstas se van transformando históricamente en estereotipos *virtuosos* y en nuevas imágenes que las sustituyen (el «médico-científico», «amigo» del paciente considerado como alteridad objetiva y autónoma, etc.), elaborados desde la profesión misma y desde círculos intelectuales y políticos influyentes, beneficiados por el servicio médico, y que contemporáneamente condicionan la práctica médica en la relación con los demás y la idea de «prestigio social» de la institución profesional. Todo ello hace que la *lectura* de la dimensión mítica y la tradición religiosa de la profesión médica impida que el discurso moral profesional sea reductible a simples proposiciones de filosofía moral y que su comprensión requiera el examen de las relaciones históricas del campo de poder médico-profesional con el poder político y con la organización social de cada época en la que se inscribe el discurso moral profesional. En este sentido Jonsen afirma que “es realmente un mundo en el que una historia muy larga fluye en las actitudes personales corrientes y en las medidas institucionales en las que las ideas y las creencias, formadas por el mito y la tradición, son tan poderosas como los datos científicos y las medidas políticas. La vida moral de ese mundo no puede delinearse con líneas claras y luminosas. Se trata más bien de un claroscuro en el que las sombras de la historia, mito y tradición son en ocasiones más intensamente presentes que las pálidas proposiciones de la ética filosófica” (Albert R. JONSEN, *The New Medicine and the Old Ethics*, London, Harvard University Press, 1990, pág. 4).

Intentaremos comprender en este capítulo el sustrato ético e ideológico de la profesión médica de occidente. Para ello nos referiremos a la naturaleza del saber médico y a su entrelazamiento con los discursos éticos y morales vigentes en la sociedad.

Dado que partiremos desde un punto de vista histórico general para buscar la conexión entre la aparición de determinadas instituciones políticas, sociales, religiosas y culturales del mundo occidental y la configuración de la medicina y del *éthos* profesional del médico en cada época, conviene advertir lo siguiente:

Debido al carácter de «ciencia aplicada» que se le asigna a la medicina actual se afirma que para un examen histórico de esta ciencia convendría examinar la historia de la ciencia en su conjunto.

Si bien, desde la perspectiva histórica resulta difícil concretar con rotundidad que la medicina sea una ciencia netamente positiva y aplicada dado que ha sufrido tantas variaciones en su contenido que le han impreso una diversidad compleja, contradictoria en muchos casos con la idea misma de «ciencia»⁹.

En primer lugar, una serie de fenómenos culturales, sociales, políticos y económicos han jugado una baza decisiva, tanto o más que los factores puramente científicos, para el desarrollo de lo que conocemos hoy como medicina.

Por otro lado, están las consideraciones acerca de si las reglas de la medicina constituyen auténticas reglas científicas cuya necesidad permite comprobar la verdad o falsedad de sus enunciados. Lo que la historia de la medicina demuestra es que la experiencia médica se ha movido sobre pautas probabilísticas de diagnóstico y tratamiento, con mayor o menor proximidad al *resultado necesario*, a la “verdad médica”. Y ello con independencia del carácter más o menos dogmático que los médicos han impuesto a sus aseveraciones teóricas. Resulta que la incidencia de factores externos a la ciencia médica (político-sociales e ideológico-culturales), los

⁹ Felipe CID, *Reflexiones sobre Historia de la Medicina*, Barcelona, Anagrama, 1974, págs.12-13. En este sentido, López Piñero y García Ballester señalan diversas “medicinas” que recorren la historia y que han logrado coincidir en espacio y tiempo: la medicina empírico-creencial basada, por un lado, en creencias mágico-religiosas y, por otro lado, basada en prácticas empíricas o, según Freidson, en prácticas individuales de autodiagnóstico y autotratamiento (la medicina primitiva y la medicina popular), y la medicina racional y científica -occidental y oriental- (J.M. LÓPEZ PIÑERO, L. GARCÍA BALLESTER, *Introducción a la medicina*, Barcelona, Ariel, 1972², págs. 31-40 y Eliot FREIDSON, *La profesión médica. Un estudio de la sociología del conocimiento aplicado*, Barcelona, Península, 1978, pág. 22). Para incidir en la complejidad del asunto cabe defender la hipótesis de que ritos, simbología y terminología mágica y religiosa constituían simples etiquetas que el diagnóstico utilizaba o para designar tratamientos finalmente eficaces, diferenciándose metodológicamente de las ciencias naturales para llegar a un mismo resultado (Marcel SENDRAIL, *Historia cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa-Calpe, 1983, pág.42).

cuales, por la adopción del punto de vista abstracto común a todo saber científico, quedan tradicionalmente marginados, tienen un peso decisivo en la aspiración de sanar o de “dignificar” la existencia del enfermo.

En consecuencia, habremos de asumir la dificultad de un examen histórico de la medicina y de la profesión médica y, en definitiva, de su eticidad que contemple la convergencia de estructuras y procesos históricos de otros campos. Dificultad que viene dada

“por la multitud de incisiones que en este campo multiplican las disposiciones localizadas en lo que permanece cercano al desenvolvimiento de la medicina: historia de las técnicas, de la economía, de las instituciones políticas, de la filosofía, de las creencias, etc. Evidentemente, cada una de esas estructuras posee unos objetivos, unas reglas, incluso un lenguaje específico, que de un modo intrínseco dificulta la coherencia –la comprensión de la diversidad, recordemos- que supone resumir y completar cualquier cúmulo de datos. Lograr la unidad histórica, esto es, la proporción de los elementos, es tan costoso como fiable. Pero que ello no se obtenga, en modo alguno significa que no exista”¹⁰.

1.1. La naturaleza indiciaria del saber médico y su condición de «ciencia»

A todo trabajo humano le corresponde un saber¹¹. Esta obviedad adquiere un sentido especial cuando pensamos en el trabajo médico en el contexto de una sociedad con división clasista del trabajo y en el que la medicina, como otras profesiones llamadas «liberales», goza de distinción social respecto otras ocupaciones sobre todo manuales, distinción que está basada en el tipo de saber que maneja cuyo prestigio está culturalmente construido.

Sin embargo no es hasta finales del siglo XIX cuando el conocimiento sistemático y especializado de la medicina moderna, su codificación y su máxima aproximación a las ciencias y métodos científico-naturales en una suerte de mezcolanza entre esa abstracción científica, la cuantificación estadística y la individuación de los elementos singulares, los rasgos únicos y particulares de cada enfermo, obtiene resultados positivos de forma masiva y adquiere verdadera respetabilidad científica. Y no es hasta finales del siglo XIX que la comunidad científico-médica funciona como

¹⁰ Felipe CID, op. cit., pág.13.

¹¹ “Trabajo” entendido como actividad humana específicamente dirigida a transformar la naturaleza en medios de vida, a lo que hay que incluir la gestión de recursos que permiten la reproducción social. La medicina sería un trabajo que incide sobre un proceso mórbido cuyo transcurso “natural”, es decir, sin intervención humana, conduce al empeoramiento del estado del enfermo o a su muerte, dos cosas que el objetivo de la medicina pretende evitar. A la cuestión de cómo lograrlo le corresponde evidentemente un *conocimiento* diagnóstico, pronóstico y terapéutico.

productora y validadora de conocimiento seguro y ese saber sirve de modelo epistemológico global o «paradigma», superando los modelos o «paradigmas» fragmentarios y contradictorios anteriores¹². Es en ese momento cuando el conocimiento médico se consolida oficialmente como «saber científico» y la ocupación médica que sigue esa ortodoxia científica se consolida como «profesión».

No obstante, y antes de llegar a ese período de respetabilidad científica y profesional puede hablarse respecto del saber médico de un paradigma epistemológico de “inferencias indiciales” que históricamente le ha acompañado durante un largo período de tiempo.

Es posible hablar de «paradigma indicial» o «adivinatorio» o «conjetural» o «sintomático» como *un* modelo de conocimiento dirigido al pasado, al presente o al futuro según los distintos tipos de saber (historia, sociología, filología, derecho o medicina) y que se constituye sobre la base de *indicios* que se dan en el mundo fáctico y que son asumidos como elementos reveladores de fenómenos más generales. Son fenómenos “reveladores”, esto es, que dejan rastros de hechos no experimentables directamente por el observador. En este paradigma epistemológico vienen involucradas otras operaciones intelectuales como los análisis de datos fácticos, comparaciones o taxonomías con el objeto de aproximarse lo máximo posible a la “verdad”¹³.

Según Carlo Ginzburg, la medicina constituye una disciplina típica basada en este paradigma, pues trabaja en el desciframiento de señales de naturaleza sintomática que la orientan al pasado, al presente y al futuro en su doble aspecto diagnóstico y pronóstico. La medicina es una disciplina que baraja elementos *cualitativos* de naturaleza singular, *individual*, que tiene por objeto casos, situaciones y datos particulares y cuyos resultados “tienen un margen de insuprimible aleatoriedad”. Y fue a partir de Hipócrates (siglo V a.C. aproximadamente) cuando esta cuestión ya se planteó de manera manifiesta, aceptando la intrínseca *inseguridad* de la medicina, sobre todo desde la perspectiva del paciente que no controla el saber ni el poder que posee el médico¹⁴.

¹² Thomas S. KUHN, *La estructura de las revoluciones científicas*, México, 1975, págs. 33 y sigs., y *Segundos pensamientos sobre paradigmas*, Madrid, Tecnos, 1978, págs. 12, 14-17.

¹³ Carlo GINZBURG, *Mitos, emblemas, indicios. Morfología e historia*, Barcelona, Gedisa, 1994², págs. 145 y sigs.

¹⁴ *Ibíd.*, pág. 147.

La medicina se define, en consecuencia, necesariamente como una disciplina práctica que entraña *peligro*, *riesgo*, elaborada para la consecución de un resultado práctico concreto que sin embargo es de naturaleza *imprevisible*. Esta paradoja determina la imagen cultural históricamente variable de esta ocupación. Es decir, la mayor o menor identificación entre el conocimiento y pericia, presentados públicamente si no como los “verdaderos” sí como los “óptimos”, y el resultado positivo obtenido. Por lo tanto, son determinantes las variaciones históricas del sentido de nociones como «rigor» y «ciencia», del discurso científico construido a partir de la consolidación de un paradigma científico vigente en una época y que arropa el quehacer médico.

Así, con la consolidación del paradigma galileano la moderna ciencia de la naturaleza adquiere un carácter “antiantropocéntrico y antiantropomórfico” con una perspectiva abstracta, matematizable, cuantificable, que prescinde de los rasgos individuales (*scientia non est de particularibus*), para construir una ciencia de leyes objetivas y universalmente aplicables¹⁵.

Pero la “ciencia” médica al ser una disciplina indicial no tiene un lugar claro dentro de este paradigma nacido de la física de Galileo. Los rastros convertidos en *síntomas* con los que la medicina trabaja son datos particulares de los sentidos (observación, ruido, tacto, sabor), con los que ha de construirse una decisión a la que el “rigor” y la “exactitud” científica del paradigma dominante no puede garantizar resultados positivos.

El saber médico se halla así en la modernidad ante un dilema epistemológico respecto al cual Ginzburg indica dos caminos posibles a seguir:

Por un lado, el sacrificio del elemento individual, del particularismo a la *generalización* más o menos “rigurosa”, o bien, por otro lado, la elaboración de un paradigma no nuevo pero sí *diferente*, esto es, basado en el conocimiento científico de *lo individual*, que sigue el modelo científico, sobre todo en lo tocante al método, pero de una forma singular y con una “cientificidad aún completamente indefinida”¹⁶.

El primer camino fue el marcado por las ciencias naturales y luego el seguido por las ciencias humanas (derecho, filosofía, moral, etc.) a fin de construir un saber *objetivo*, aprensible, sobre lo humano. La eliminación de las individualidades y de los

¹⁵ *Ibíd.*, pág. 149. “El empleo de la matemática y del método experimental,..., implicaban respectivamente la cuantificación y la reiterabilidad de los fenómenos, mientras el punto de vista individualizante excluía por definición la segunda [reiterabilidad] y admitía la primera [cuantificación] con una función solamente auxiliar”, como en el caso de la medicina (*ibíd.*, pág. 147).

¹⁶ *Ibíd.*, pág. 152.

rasgos particulares y diferenciadores de cada individuo permitió construir una teoría acerca de la naturalización de la existencia y del modo de ser humano. La elaboración de leyes naturales acerca de los aspectos de tipo político y moral autorizó a fundamentar un discurso jurídico-político instituyente del «individuo moderno» como «sujeto abstracto de derechos», discurso funcional a las nuevas relaciones económicas de intercambio mercantil en las que no se consideran los rasgos circunstanciales y particulares de los individuos. En esa formulación abstracta del sujeto moderno cabía establecer también una relación entre el individuo y el Estado a través de la ocultación de aquellas singularidades, atributos particulares, mediante el disfraz de los «derechos de ciudadanía»¹⁷. Esta indiferencia por lo cualitativo afectó al saber médico que, en este sentido fue “desnaturalizado”, y cuyo efecto principal fue mantener y aún acrecentar la separación existente entre un saber conjetural íntimamente ligado a la práctica y que se desarrollaba en los ámbitos populares y rurales y un saber médico erudito que se movía en el terreno de las especulaciones y discusiones científico-teóricas cerrado en sus propias afirmaciones.

En el ámbito de la ética la elección de este camino de la abstracción científica, del “rigor” metodológico, de la afición por lo cuantificable condujo también a la “desnaturalización” de esta última, en el sentido de vaciamiento de su tradicional contenido indiciario y radicalmente ambiguo. La racionalización de los argumentos éticos podía cerrar ciertos dilemas, pero la ambigüedad intrínseca de lo ético permite varias intenciones, opciones o salidas que escapan al control humano, cuestiones que pueden mostrarse como irresolubles. Esto se presenta de forma notoria cuando pensamos en una ética aplicada a la medicina, es decir, un saber indiciario para buscar resultados positivos (desde el punto de vista valorativo) acerca de la aplicación de otro saber indiciario que busca obtener resultados positivos susceptibles también de valoración. Ante la cuestión de si la ética médica puede o debe intentar reformar las instituciones médicas o hacer a los médicos más humanos, Albert R. Jonsen responde que

“La medicina y su práctica son radicalmente ambiguos y la ética es una reflexión disciplinada sobre la ambigüedad”¹⁸.

¹⁷ Véase Juan Ramón CAPELLA, *Fruta prohibida. Una aproximación histórico-teorética al estudio del derecho y del estado*, Madrid, Trotta, 2007, págs. 112 y sig.

¹⁸ Albert R. JONSEN, *The New Medicine and the Old Ethics*, op. cit., pág. 130.

Es por ello por lo que parece inútil construir aquí un sistema de principios a modo de sistema normativo con una estructura funcional lógica para obtener resultados concluyentes en su aplicación. En dicho sistema pueden producirse efectos no deseados, esto es, efectos perversos en relación con el objetivo realmente buscado o que aparecen como consecuencias no previstas de la obtención del objetivo buscado. La indiferencia por lo cualitativo y aleatorio de la realidad, y por el plano afectivo con el que además el ser humano se implica subjetivamente y a través del cual construye su cultura y sus relaciones con los demás, puede acarrear consecuencias indeseadas.

“La propensión a borrar los rasgos individuales de un objeto se halla en relación directamente proporcional con la distancia emotiva del observador”¹⁹.

Ello conlleva desde efectos colaterales dañinos en el medio ambiente, en la salud de las personas, por desdeñar la importancia de los vínculos afectivos o culturales-autóctonos, por ejemplo, en el entorno, producidos por la aplicación de la racionalidad tecnocientífica según las reglas racionales de la economía de mercado, hasta los efectos perjudiciales que un modo de vida basado en la fe ciega en ese paradigma racional tiene sobre la psique de individuos cuya identidad y sentido de la vida están asentados en un sistema antagónico de valores y costumbres.

La elección del camino de la elaboración de un paradigma *diferente*, basado en el modelo indiciario pero en combinación con una base científica moderna, resulta de un proceso histórico en el que según Ginzburg ayudó, en primer lugar, la influencia del propio modelo galileano durante el siglo XVII, el cual tendía a la subordinación de la anomalía, del caos, de los fenómenos incontrolados y espontáneos a unas leyes o principios rectores generales. Dicho paradigma impulsó a los saberes a la búsqueda de la norma, la normalidad, el orden, mediante la subordinación del conocimiento conjetural y adivinatorio al conocimiento totalizador de la naturaleza. Las ciencias naturales del XVIII no se proponían captar la “propiedad propia e individual” del objeto en sí mismo, sino las “propiedades comunes” de la especie²⁰. En segundo lugar, la intervención exógena del poder jurídico-político estatal en la aplicación de políticas de represión social durante el siglo XIX condujo a la necesidad de tender “a un control cualitativo y capilar sobre la sociedad... que utilizaba la noción de individuo basada

¹⁹ Carlo GINZBURG, op. cit., pág. 152.

²⁰ *Ibíd.*, pág. 153.

también en rasgos mínimos e involuntarios” (Ginzburg piensa en los sistemas de identificación fisonómica y hasta el más sofisticado sistema digital)²¹.

La elección de este camino epistemológico respondía al intento de realizar una “ciencia rigurosa”, calculable, cuantificable respecto de ámbitos en los que el elemento cualitativo, particular o individual es indisociable, como por ejemplo la medicina o ciencias humanas como la sociología, la antropología, la filología o la historia. Se trataba de construir el saber indiciario “científicamente” pero con la cautela epistemológica de que sus métodos son inciertos y sus resultados dudosos, por estar basados en la experiencia concreta, la intuición, el “ojo clínico”, su imposibilidad de generalización, sin el *poder* de la abstracción. En algunos saberes se alcanzó, sobre todo durante el siglo XIX, ese grado de científicidad al incorporar métodos aritméticos y formulaciones matemáticas para el cálculo probabilístico o la estadística.

En el caso de la disciplina médica los métodos indiciarios, las experiencias concretas, fueron finalmente formulados y codificados por escrito. Cabía hablar de una científicidad *sui generis*²². Pero hasta la obtención de resultados positivos probados, en el saber médico dominaba la idea de la *incerteza* hasta por lo menos la segunda mitad del siglo XIX.

Por un lado, no bastaba la mera sistematización de las enfermedades, esto es, la catalogación, la taxonomía de las mismas a fin de integrarlas en un conjunto ordenado y estructurado de tal manera que las conexiones internas fueran lógicas y coherentes. La práctica probaba que cada enfermedad asume una evolución y unas características diferentes en cada individuo. Y por otro lado, el conocimiento de la medicina seguía siendo indirecto, indicial en toda su extensión²³.

Es cierto que a partir de la Ilustración, la medicina logró establecer una relación coherente entre las lesiones visibles anatomopatológicas (el “espacio de *localización* del

²¹ *Ibid.*, pág. 158.

²² Pierre Jean Georges CABANIS, *La certezza della medicina* (1795), Bari, 1974, en Carlo GINZBURG, op. cit., pág. 154.

²³ “[...] la imposibilidad para la medicina de alcanzar el rigor propio de las ciencias de la naturaleza derivaba de la imposibilidad de la cuantificación, como no fuera para funciones puramente auxiliares. La imposibilidad de la cuantificación se derivaba de la insuprimible presencia de lo cualitativo, de lo individual y la presencia de lo individual dependía del hecho de que el ojo humano es más sensible a las diferencias (aunque sean marginales) entre los seres humanos que las que se dan entre las rocas o las hojas. [...] Pese a las más o menos justificadas objeciones que se le pudieran formular en el plano metodológico, la medicina seguía siempre siendo una ciencia plenamente reconocida desde el punto de vista social” (Carlo GINZBURG, op. cit., págs. 154-155).

mal en el cuerpo”) y las formas patológicas (el “espacio de *configuración* de la enfermedad”) o sintomatología²⁴. Pero aún dominará en el ámbito médico un pensamiento clasificador y abstracto, dirigido por un tipo de observación nosográfica y semiológica cualitativa para distinguir las enfermedades que condicionará la percepción médica del enfermo como un elemento negativo, *accidental* de la enfermedad y no como algo central y, por tanto, inaprensible para un método científico puramente sistemático y abstracto. Para la enfermedad tipificada, perfectamente descrita, el individuo es un factor extraño a su esencia. Es un caso singular en el que el fenómeno descrito como normal se torna anómalo e impredecible²⁵.

Sin embargo, como señala Foucault, la misma atención médica en torno a las modulaciones y combinaciones infinitas de las cualidades clasificadas de las enfermedades, sobre todas sus variaciones orgánicas, sus especificidades, hacen que la “mirada médica” se dirija al *individuo* y a su *historia particular*. El individuo enfermo se convierte así en el *retrato* de la enfermedad.

“La percepción médica no debe dirigirse ni a las series, ni a los grupos; debe estructurarse como una mirada a través de «una lupa que aplicada a las diferentes partes de un objeto, hace aún notar en él otras partes que no se percibían sin ella», y emprender el infinito trabajo del conocimiento del individuo”²⁶.

La medicina de finales del XVIII y de principios del XIX comienza el retorno al «paradigma indicial», que de hecho nunca pudo abandonar, pero éste se convierte en su propio modelo de conocimiento y en su ambigüedad debe encajar en el paradigma científico natural y matemático vigente para, si no se pueden obtener inmediatos resultados positivos, sí al menos disponer de un método científico racional para esa búsqueda que sirva además de legitimador de la acción médica. En este sentido van a ser reveladores la aplicación de la fisiología y la estadística en la medicina del siglo XX. Con la fisiología, lo que hoy nos parece obvio, la eficacia de aplicar tratamientos diferentes a síntomas diferentes de una enfermedad que afecta a un individuo. Con la estadística, el beneficio de que el tratamiento mayormente no esté basado en algo no experimentado previamente, en la pura intuición o en la experiencia particular del

²⁴ Michel FOUCAULT, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid, Siglo XXI, 1997¹⁶, pág. 17.

²⁵ “El conjunto calificativo que caracteriza la enfermedad se deposita en un órgano que sirve entonces de apoyo a los síntomas. La enfermedad y el cuerpo no se comunican sino por el elemento no espacial de la cualidad” (Michel FOUCAULT, op. cit., pág. 30).

²⁶ *Ibíd.*, pág. 33.

médico, sino sobre la base de la “estadística del individuo”, la estadística de individuos con particularidades semejantes. La idea es convertir la medicina en un sistema racional para replicar los métodos válidos y, en consecuencia, los resultados positivos que se obtengan. Evidentemente, en medicina no todo son reglas científicas y se cuenta con un margen de riesgo mayor que en otras ciencias naturales, aún cuando se plantee el «resultado positivo» como algo objetivable, es decir, independientemente de la valoración que suscite el hecho de que a veces «es peor el remedio que la enfermedad», pues se considera ésta como un resultado no deseado por quien la sufre y solicita el servicio médico y el esfuerzo dirigido a evitarlo.

Se trata, en definitiva, de construir un discurso de “verdad” de la medicina que tenga cabida en el discurso general de la “verdad” científica, o en otros términos, que el campo de poder médico forme parte del campo de poder científico global. Y habría que añadir, en la actualidad, que forma parte del campo de poder tecnológico, ya que nuestra medicina oficial contemporánea se caracteriza por un déficit en la aplicación del *paradigma indiciario* en beneficio del *paradigma tecnológico*. Pues la tecnología de aparatos diagnósticos y de tratamiento y el empleo de diversos productos manufacturados como los fármacos son aplicados a un diagnóstico cuyo poder indiciario flaquea ante la lógica mecánica y la precisión técnica. Los médicos deben destinar el esfuerzo de su saber indiciario al conocimiento funcional de estos aparatos y productos e interpretar sus tareas²⁷.

Si volvemos al siglo XIX, vemos que los indicios percibidos con la ayuda de la perspectiva científica permitirán a la medicina descifrar fenómenos más generales de la realidad. No se trata de saber diagnosticar aplicando reglas preexistentes, como era tradicional en la historia de la medicina, sino de saber diagnosticar, si acaso mediante la intuición, con la ayuda del conocimiento científico abstracto y sus leyes naturales.

“Ni la casualidad, ni las influencias externas bastan para explicar [la peculiaridad del individuo]. Hay que suponer la existencia de una norma o “*typus*” interno que mantiene la variedad de los organismos dentro de los límites de cada especie: el conocimiento de esta “norma” franquearía el conocimiento escondido de la naturaleza individual”²⁸.

²⁷ Y aquí está la nueva dimensión de los problemas éticos en la medicina actual que denuncia Albert R. JONSEN (*The New Medicine and the Old Ethics*, op. cit., págs. 111 y sigs.).

²⁸ Carlo GINZBURG, op. cit., pág. 161.

De ahí la importancia que tiene para un saber médico que quiere erigirse en «ciencia» el acompañamiento del pensamiento indiciario con la abstracción científica, de lo que da ejemplo la aplicación de la estadística y el cálculo probabilístico desde la segunda mitad del XIX, no sólo en la sanidad pública, sino también en la medicina clínica, y que sirve entre otras cosas para determinar la eficacia de un determinado tratamiento (por ejemplo en epidemiología). Es un proceso que va de lo “intensivo” (de la concentración singular en el paciente actual) a lo “extensivo” (un conocimiento sobre la población a partir del caso individual, tal paciente con tales síntomas representa a un grupo de la población) y en el que se pueden identificar a poblaciones de riesgo susceptibles de padecer determinada enfermedad. A los sujetos que se incluyen en ese sector de la población (por ejemplo los diabéticos o los que sufren cardiopatías o los hemofílicos, etcétera) no se les aplican las terapias generales previstas para tratar la enfermedad adicional que padecen, por ejemplo, para un trasplante²⁹.

Considerando esta percepción de la enfermedad a través del individuo, la nueva “mirada médica” propia de la modernidad habrá de tener en cuenta el espacio o *ambiente* social determinante en el que el individuo se halla inmerso y ello, a partir del siglo XIX, desnaturaliza la vieja concepción aislada, cerrada y esencialista de las enfermedades. Además, la nueva división del trabajo médico según *sistemas* y *órganos* y las nuevas tecnologías exploratorias permitirán una mayor individuación y matización de las enfermedades. La “mirada” anatomoclínica que se impone en el siglo XIX dominará el discurso de la *verdad* en este campo. La medicina clasificadora anterior se convierte en un saber obsoleto.

La nueva experiencia médica se liga entonces a la estructura misma de la sociedad. Se concibe la enfermedad como resultado de un *modo de vida* en función de la “constitutiva socialidad del hombre enfermable y del enfermo (y del médico mismo)” en una época en la que se impone cierta conciencia de la morbilidad histórico-socialmente condicionada. El control individual de la enfermedad se extiende a un control social de la enfermedad que hace necesaria la intervención del Estado a fin de garantizar una «calidad asistencial» ejerciendo un control sobre la profesión misma validándola legalmente³⁰.

²⁹ Albert R. JONSEN, op. cit., pág. 33.

³⁰ Michel FOUCAULT, op. cit., págs. 35-41.

1.2. El anclaje clásico de la ética profesional

En cualquier discusión acerca de la ética médica no podemos obviar la importancia de la fe religiosa ni la influencia de las autoridades religiosas como fuentes de directivas morales para la profesión. Incluso en la actualidad tal influencia es decisiva ante dilemas abordados como “cuestiones morales” (no expresamente “religiosas”), aunque trasladados a la arena política, y que se refieren a la investigación biomédica, a la aplicación de nuevas tecnologías o la propia intervención terapéutica de los médicos³¹. No obstante, según Laín Entralgo, lo que él denomina como “momento constitutivo ético-religioso” en la relación entre médico y enfermo no parece sostenible en nuestras actuales sociedades secularizadas. Sobre todo porque, a su juicio, al margen de consideraciones histórico-sociológicas, “asistir a un enfermo debe ser siempre un acto técnico, y puede ser, lo es en la inmensa mayoría de los casos, un acto económico-profesional”³².

Sin embargo, también hay que tener en cuenta que el reconocimiento por parte de una comunidad cultural de valores y virtudes morales específicas asociadas a una profesión de fe institucionalizada, esto es, monopolizadas y dotadas de una forma expresiva específica por una autoridad religiosa, vincula con frecuencia a personas no adscritas a la comunidad de fe religiosa. La diferencia radica en la fundamentación distinta de esos mismos valores o virtudes morales por personas adscritas y por personas no adscritas a la comunidad de fe religiosa. Los primeros buscan la fundamentación de la validez de esos valores morales en la fe o en el apego a una tradición o por simple sumisión a la autoridad religiosa aceptada; los segundos buscan esa fundamentación en virtud, por ejemplo, de una serie de argumentos racionales cuyos elementos de juicio bien podrían ser originariamente religiosos y posteriormente secularizados.

³¹ La Cámara de representantes del congreso de los EE.UU. aprobó a principios de agosto del 2001 una ley que prohibía cualquier clonación de células embrionarias humanas bajo el argumento de que este procedimiento de clonación atenta a la «dignidad humana» considerado este valor bajo los parámetros de raíz religiosa de la «sacralidad de la vida» que defienden la mayoría de congresistas conservadores.

³² Pedro LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, Madrid, Alianza, 1983, pág.131. Si bien, para cuadrar el círculo, Laín sostiene que la fidelidad a la profesión de fe cristiana y la “práctica del amor interhumano” que conlleva no tiene porqué mermar la condición técnica, profesional y económica de la relación entre médico y enfermo (pág. 119).

Nuestra intención ahora es examinar aquí el anclaje religioso histórico de la ética médica occidental y la forma en que esta tradición ha contribuido a construir una *ideología* de la profesión³³.

De los análisis acerca de los discursos de historia moral de la medicina atenderemos especialmente al que ha realizado Albert R. Jonsen, pues la conclusión a la que éste ha llegado puede sernos muy útil para considerarla como eje vertebrador de todo el discurso sobre ética profesional defendido desde el interior de la institución corporativa. Para Jonsen la medicina y su práctica son radicalmente ambiguas y la ética es una reflexión disciplinada sobre la ambigüedad, sobre asuntos intrínsecamente ambiguos, paradójicos e irresolubles. La ambigüedad o paradoja en estos asuntos se producen por el encuentro en ellos de valores deseables que se contraponen y que, en el caso de la moral médica, se centran en un punto de encuentro paradójico entre “altruismo” y “propio interés” (personal y corporativo) que se manifiesta en la relación médico-paciente.

Así, Jonsen concluye que la arqueología moral de la medicina muestra dos tradiciones que constituyen el fundamento histórico moral de la medicina occidental. Por un lado, la medicina griega antigua, en concreto, la medicina hipocrática considerada como una ocupación “poco altruista” en la que el médico era considerado un artesano cuyo objetivo principal era la “buena vida”. La ética en la profesión en este sentido servía como un sistema de consejos referido principalmente a cuestiones de *etiqueta* útiles al propio interés como aspectos atendibles para forjarse una reputación, el clientelismo, siendo el humanismo y el “amor al arte” aspectos indisociados a una buena publicidad. Por otro lado, la medicina cristiana medieval, particularmente la

³³ Convenimos con la definición que nos da Manuel Fernández Esquinas, de lo que se entiende por «ideología profesional»: “Una ideología profesional es un conjunto de consideraciones éticas y morales en torno a un colectivo de trabajadores que envuelve razonamientos referidos a la justificación del trabajo, los intereses particulares del grupo, su estatus, privilegios y poder. Los científicos tienen una particular noción de su objeto de trabajo y de su papel en la sociedad, con elementos compartidos por la mayoría de los integrantes de la profesión (...)” (Manuel FERNÁNDEZ ESQUINAS, *La ideología profesional de la ciencia*, en «Círculo científico», *EL PAÍS*, 13 de septiembre de 2000). De lo que aquí se trata es de examinar la función de la profesión (médica, en este caso) como corporación de «clase» y la existencia de un proyecto político-moral, un sistema de valores, más o menos oculto, deformado o reducido y que es presentado en su discurso, de manera oficial, como aparentemente válido, es decir, cuyas afirmaciones no admitirían alternativa, y que sirve de base para legitimar la existencia y la *necesidad* de esa institución profesional. No se trata de afirmar solamente que las *ideas representadas* estén marcadas por intereses, sino que, yendo más lejos, averiguar la manera en que *ideas específicas* contribuyen a legitimar formas de dominación política (Terry EAGLETON, *Ideología*, Barcelona, Paidós, 1997, pág.212). En este sentido, Michel Foucault ve una “convergencia espontánea y profundamente arraigada, entre las exigencias de la ideología política y las de la tecnología médica” (M. FOUCAULT, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid, Siglo XXI, 1997¹⁶, pág. 63).

inspirada en la figura del “buen samaritano” profundamente altruista en la que la atención al enfermo implica un deber de amor cristiano, de caridad, que se satisface a través del imperativo del autosacrificio, del desprendimiento y entrega de uno mismo³⁴. Dos caras de una misma moneda moral que constituye el precio de la moral médica misma.

1.2.1. La prehistoria ideológica de la profesión médica

La idea de «profesión médica», tal como hoy podemos entenderla, muy poco o nada tiene que ver con la ocupación curativa que existía hasta su organización en profesión y su especialización moderna que data de la segunda mitad del siglo XIX³⁵. Sin embargo, podemos contemplar a los efectos de simplificar el objeto de estudio las diversas actividades de curación inestables, combinadas con otras ocupaciones quizás más importantes, que existieron históricamente como «medicina», centrando nuestra atención en la ocupación médica que basaba el descubrimiento de conocimientos útiles para la curación en métodos más aproximados a los científicos modernos (nuestra tradición más directa) y la que obtenía un mayor reconocimiento por parte del poder político, independientemente de la aceptación cultural de un público receptor. A este sector de la medicina “oficial” es al que se dirige nuestra atención.

La vinculación entre la eticidad de la ocupación médica y la religión viene de antiguo. La raíz mágico-religiosa impregna la primitiva actividad de curación y reviste su arcaico empirismo con relatos míticos y simbología esotérica.

Con la aparición en las primeras sociedades con Estado, de la división social del trabajo en trabajo manual y trabajo intelectual, el poder político asigna las tareas reproductivas de la sociedad bajo criterios de clase a diferentes grupos sociales. El trabajo intelectual es (auto)asignado a la casta de eminentes y vinculado a favores religiosos difundidos como ideología de aceptación entre la población subalterna. Ésta realiza el trabajo manual para sostenimiento de la casta de eminentes, de las obras

³⁴ Albert R. JONSEN, *The New Medicine and the Old Ethics*, London, Harvard University Press, 1990, págs. 5, 8 y 130.

³⁵ “En rigor, la medicina no fue hasta la Edad Media, como máximo, ni siquiera un simple grupo ocupacional organizado y reconocido” (Eliot FREIDSON, *La profesión médica*, op. cit., pág. 29).

públicas y del ejército (además de su propio abastecimiento). Así, por ejemplo, en Babilonia:

“Si el trabajo tiende a especializarse, a la vez se diversifican las clases en el cuerpo social. Las actividades agrícolas o artesanales de los plebeyos y de los esclavos permiten a los mejor dotados* disponer del ocio necesario para el estudio, el arte y la especulación libre. Así, junto a la oligarquía de los *amêlu*, patricios cercanos a la corte, dedicados a la guerra, empieza a imponerse el orden de los escribas, comparables a los clérigos de la Europa medieval y que pueden acceder a los altos cargos del poder civil. La enfermedad se regulará siguiendo las estructuras de la colectividad; no distribuirá las mismas desgracias a los que necesitan de sus manos y los que trabajan con el pensamiento. Durante la dinastía amorrita, la estela de Hammurabi llegará hasta prever las distintas remuneraciones y, en caso de fracaso, las sanciones diferentes según el tipo humano al que se aplicaron los cuidados médicos o las intervenciones quirúrgicas. [...]. Desde entonces tiende a constituirse una corporación de *asû*, a la vez curanderos y videntes”³⁶.

La medicina es un saber que adquiere *forma* junto a ciencias como el álgebra, la aritmética y la astronomía. Se formula como un saber de pronósticos, identifica los síntomas de las enfermedades y les da un nombre, prevé su desarrollo futuro y busca remedios en una farmacopea elemental aunque su integración en ritos religiosos adivinatorios hace que la patología sea modelada según el universo politeísta de dioses y demonios. “La ciencia aprende del mito el arte de clasificar”³⁷.

Siendo un saber técnico y básicamente un trabajo manual, un sector de lo que podemos llamar «medicina» al servicio de las castas de eminentes pertenece sin embargo, desde esa época del surgimiento de los primeros Estados y de la división social del trabajo, a la élite intelectual. Su saber se transmite en las escuelas que florecen en el mundo antiguo por sabios que poseen secretos a su vez transmitidos por generaciones anteriores bajo el auspicio de algún dios. El conocimiento teórico y el saber técnico de la medicina constituyeron desde antiguo, junto con la magia y el sacerdocio, medios de producción intelectuales en posesión de una élite social diferenciadas de las técnicas curativas populares más extendidas entre la población subalterna. En cualquier caso, la posesión de determinados conocimientos o el estar vinculado a las élites políticas no garantizaba la solución de un problema práctico como la enfermedad. El uso indiscriminado de procedimientos ineficaces, si no nocivos, hacía que estos “médicos” de “palacio” estuvieran en cuanto a los éxitos a la par que los

* Tal como hemos apuntado sostenemos que no se trata de una mejor “dotación natural” para el trabajo intelectual, sino de una asignación de tareas a diferentes grupos de personas a partir de criterios socio-culturales y político-organizativos y sostenida desde el poder jurídico-político.

³⁶ Marcel SENDRAIL, *Historia cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa-Calpe, 1983, págs. 37-38.

³⁷ Marcel SENDRAIL, *op.cit.*, pág. 38.

hechiceros populares. Esta situación de la coexistencia de actividades curativas indiferenciadas en cuanto a sus resultados perviviría hasta la utilización por algún grupo de médicos en su actividad curativa de un conocimiento construido sobre una base científica y que ofrecerá en la práctica mayores éxitos³⁸.

1.2.2. La medicina griega como mito fundador de la medicina occidental

En la llamada «medicina griega» asistimos por vez primera a una fundamentación racional de la ética de esta actividad. La observación y la deducción racional de los procesos mórbidos y la naturaleza del cuerpo humano elevan la preocupación por el enfermo así como su participación en el conocimiento médico de lo que a su salud le afecta a la categoría de valores propios del oficio.

En la época de los primeros escritos hipocráticos (siglos V-IV a.C.) la medicina helénica (*techné iatriké*) ya es considerada como *arte*, un oficio técnico y una disciplina con autonomía social producto de saberes cualificados en manos de familias. Los síntomas (*semejon*) de las perturbaciones mórbidas del cuerpo son buscados por vez primera de manera desprejuiciada, excluyendo, por principio, la intervención divina³⁹. Es decir, una actividad racional y aplicada, basada en la observación empírica y básicamente desligada de la práctica religiosa y la superstición popular.

Benjamín Farrington comparte las tesis de los historiadores que descartan incluso que las *fuentes* de la medicina griega se hallasen en el ritual del antiguo templo de Asclepios, dios de la medicina.

³⁸ “Experimentalmente, el trabajo médico está dirigido, ante todo, a la solución de un problema práctico, al igual que el trabajo del hechicero. Hasta que tuvo base científica, el trabajo médico podía ofrecer pocas ventajas a sus consumidores sobre el de una multitud de curadores diversos” (Eliot FREIDSON, *La profesión médica*, op. cit., pág. 30).

³⁹ El conocimiento humano a diferencia del de los dioses es conjetural y las enfermedades son una manifestación de la “negación de la transparencia de la realidad” por lo que la actividad del médico es esencialmente conjetural, indiciaria (Carlo GINZBURG, *Mitos, emblemas, indicios. Morfología e historia*, op. cit., pág. 146-147).

“Las artes no se aprenden en el templo observando las intervenciones sobrenaturales, reales o supuestas, sino como nos lo dicen los autores hipocráticos, por la experiencia y la aplicación del razonamiento a la naturaleza de los hombres y de las cosas”⁴⁰.

Sin embargo, Laín Entralgo, al asimilar el “momento ético-religioso” a la práctica médica, es de la opinión contraria cuando afirma que

“la ética de los médicos hipocráticos fue formalmente religiosa. La interpretación positivista de la cultura griega se ha complacido presentando la medicina hipocrática como una suerte de «secularización científica» de la medicina religiosa anterior a Hipócrates. [...] no fue tanto una «secularización» como una reforma: junto a la vieja *religiosidad cultural*, fuese olímpica, dionisiaca u órfica su figura, apareció en determinados círculos una *religiosidad ilustrada*, cuyo nervio más íntimo consistió en subrayar intelectualmente el carácter divino de la *physis*”⁴¹.

Lo cierto es que no todo el ejercicio de la medicina estaba en manos del gremio de técnicos formados en la escuela jonia de Cos, familias de médicos prestigiosos que concebían la medicina originada en la técnica. Escuelas médicas como la de Crotona, la de Filolao, la de Cnido o la de Empédocles en Agrigento aspiraban a deducir las reglas de la medicina práctica de opiniones cosmológicas y filosóficas apriorísticas⁴². También la labor de purificación de los sacerdotes, la magia de curanderos o las curaciones religiosas de los cantores de poemas épicos eran remedios de “curación” coexistentes

⁴⁰ WITHINGTON, «The Asclepiadae and the Priests of Asclepius», en Charles SINGER, *Studies in the History and Method of Science* (vol.II, pág. 192), Oxford, 1958, citado en Benjamin FARRINGTON, *Ciencia griega*, Barcelona, Icaria, 1986², pág. 60. Es más, Farrington considera que la ciencia del período más primitivo de Grecia, incluida la medicina, se parece a la nuestra contemporánea porque “ingenua y rudimentaria como fue, considera al hombre como un producto de evolución natural, juzga su capacidad de hablar y pensar como un producto de su vida social, y considera a la ciencia como una parte de su técnica para el dominio de su medio natural”(op.cit., pág. 11). Por otra parte, Farrington reemplaza la fuente religiosa de la medicina por la de la *cocina* siguiendo al autor hipocrático de *De la medicina antigua* que atribuye el origen de la experiencia médica a la cocina. Comparación que no compartiría Sócrates en *Gorgias, o de la Retórica* de Platón cuando quiere distinguir precisamente la medicina como *arte* de quehaceres menores como la cocina y la retórica destinados a la adulación: “La cocina se ha introducido furtivamente disfrazada de medicina y se atribuye el discernimiento de los alimentos más saludables del cuerpo, de manera que si el médico y el cocinero tuvieran que disputar juntos delante de los niños o de hombres tan poco razonables como los niños, para saber quién de los dos, el médico o el cocinero, conoce mejor las buenas y las malas cualidades de los alimentos, el médico se moriría de hambre. Esto es lo que yo denomino adulación y digo que es una cosa vergonzosa (...). Añado que no es un arte, sino una rutina, porque no tiene ningún principio seguro referente a la naturaleza de las cosas que propone que le sirva de guía de conducta, de manera que no puede dar razón de nada, y yo no llamo arte o cosa alguna que está desprovista de razón” (PLATÓN, *Gorgias, o de la Retórica*, en «Diálogos», Madrid, Espasa-Calpe, 1976 [trad. Luis Roig de Lluís, 1938], págs 213-214).

⁴¹ Pedro LAÍN ENTRALGO, op. cit., págs. 95-96.

⁴² B. FARRINGTON, *Ciencia griega*, op.cit., pág. 62. Era lógico ante la falta de acumulación suficiente de conocimiento positivo y la especialización necesaria del trabajo científico que la filosofía abarcara todas las ramas del conocimiento.

con la de aquella casta científica minoritaria⁴³. La actividad curativa cirujana y de tratamiento de enfermedades seguía siendo mayoritariamente una práctica “popular” (frente a una “profesional”) y una práctica de rituales religiosos⁴⁴.

A pesar de las reservas de la sociedad helénica hacia el trabajo manual, el del médico, especialmente el de la escuela de Cos, gozaba de prestigio, ya que conjugaba la actividad manual con la aplicación de su saber teórico (*épisteme*) a la ciencia práctica (*techné*), es decir, era un trabajo *técnico* que puede ser calificado de *arte, ciencia, oficio* o *profesión* con un sistema de reglas y categorías con una sólida base teórica construida a partir de la experiencia y el razonamiento.

“El carácter de la época [siglo V a.C.] era tal, que los honores eran conferidos a los técnicos. La palabra griega para expresar sabiduría, *sophia*, significa aún en esta época «habilidad técnica» y no especulación abstracta; mejor dicho, no se hacía distinción entre ambas, pues la mejor especulación se basaba en la habilidad técnica. El autor de *De la medicina antigua* no sabía de títulos más altos que el de técnico”⁴⁵.

Ningún conocimiento merecía el título de *techné* a menos que diera resultado: toda técnica era una manera de imitar la naturaleza, cuando daba resultado probaba que

⁴³ Albert R. JONSEN, *A Short History of Medical Ethics*, Oxford University Press, 2000, pág.1; M.^a Dolores LARA NAVA, «Introducción» al «Juramento (*Horkós*)», en *Tratados hipocráticos*, tomo I, Madrid, Gredos, 1990, pág. 73.

⁴⁴ “Mas los hijos de Autólico, al verlo [herido], acercáronse a Ulises, el igual a los dioses, curaron la herida, vendaron diestramente la pierna, con cantos cortaron el flujo de la sangre y volvieron aprisa a la casa paterna” (HOMERO, *Odisea*, XIX 455 y sigs.). Para tener una idea general de *folkmedicina* o *medicina popular*, véase J.M. LÓPEZ PIÑERO y L. GARCÍA BALLESTEROS, *Introducción a la medicina*, op. cit., págs. 32-36.

⁴⁵ B. FARRINGTON, *Ciencia griega*, op. cit., pág. 73. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la distinción establecida por la escuela helenística de Alejandría (siglo III a.C.) entre «artes liberales», propia de los hombres libres, que requieren una larga formación teórica y que se solía practicar con cierta independencia, frente a las «artes serviles» y las «artes mecánicas» dependientes y de escasa formación teórica, consideraba la medicina como «arte mecánica», aunque disfrutaba del reconocimiento social equiparable a las artes liberales por poseer además un saber teórico cuya posesión requería una larga dedicación formativa, mantenido y transmitido por familias selectas que gozaban del favor de la aristocracia. La distinción entre «artes liberales» y «artes mecánicas» y «serviles» respondía al modelo de división del trabajo de la sociedad política dividida en clases en las que los *libres* poseían los medios de producción intelectuales y materiales básicos y los siervos y esclavos realizaban el trabajo manual o ejecutante principal para sostenimiento de la ciudad. La medicina es el *arte mecánico* que busca su reconocimiento como *arte liberal* a partir del apoyo recibido por parte del poder político así como por su componente de conocimiento teórico específico y por el control del proceso de su aprendizaje en manos de familias y gremios vinculados al poder. En la formación de una ideología de la profesión médica consideramos indispensable tener en cuenta cómo esta división social del trabajo entre intelectual-ordenante y manual-ejecutante ha permeabilizado en la conciencia colectiva hasta nuestros días hasta el punto de seguir considerando que el trabajo manual con escasa formación intelectual en comparación con las profesiones universitarias mayoritarias en las clases dirigentes es poco meritorio e inapreciable. La restricción del acceso a los bienes de cultura intelectuales permite seguir apreciando una sociedad jerárquica y canalizar los deseos de la mayoría en alcanzar las posiciones más elevadas.

el técnico la comprendía⁴⁶. En el caso de la medicina y para el tratamiento de aquellas dolencias internas el médico hipocrático aludía a inferencias de hechos invisibles por los síntomas visibles, el método de la observación y experimentación y el razonamiento para intentar comprender la naturaleza del hombre y de sus patologías⁴⁷. Por ello, a diferencia de las otras escuelas médicas que reducían este saber a filosofía y cosmología e ignoraban la práctica, la escuela de médicos hipocráticos centraba su atención en el deber primordial de curar y evitar el sufrimiento del paciente.

En el saber teórico de la medicina hipocrática había además un interés, explicitado por escrito, en exponer las ideas médicas para un público profano. Por vez primera se estableció en el ámbito cultural griego, a través de la literatura médica de la época, una distinción entre “profanos” y “profesionales”, estos últimos dotados de un saber científico y una capacidad de ilustración (de *paideia*) y de transmisión de su saber a los pacientes⁴⁸. Tras esa concepción de la medicina como *paideia* el médico aparece aquí

“como representante de una cultura especial del más alto refinamiento metódico y es, al propio tiempo, la encarnación de una ética profesional, ejemplar por la proyección del saber sobre un fin ético de carácter práctico, la cual, por tanto se invoca constantemente para inspirar confianza en la finalidad creadora del saber teórico en cuanto a la *construcción de la vida humana* (...) De todas las ciencias humanas entonces conocidas, incluyendo la matemática y la física, la medicina es la más afín a la ciencia ética de Sócrates”⁴⁹

En definitiva, es evidente que el prestigio social de la medicina hipocrática no procedía de su divulgación pedagógica sino que fue construido a partir del éxito presumible de sus resultados prácticos, sobre todo, en comparación con las otras formas

⁴⁶ B.FARRINGTON, op.cit., pág. 65.

⁴⁷“El concepto de naturaleza humana que hallamos con tanta frecuencia en los sofistas y sus contemporáneos, nació en las esferas de la medicina científica. El concepto de la *physis* es transportado de la totalidad del universo a la individualidad humana y recibe así una matización peculiar. El hombre se halla sometido a ciertas reglas que le prescribe la naturaleza y cuyo conocimiento es necesario para vivir correctamente en estado de salud y para salir de la enfermedad. Del concepto médico de la *physis* humana, como organismo corporal dotado de determinadas cualidades, se pasa pronto al concepto más amplio de naturaleza humana tal como la hallamos en las teorías pedagógicas de los sofistas. Significa ahora la totalidad del cuerpo y el alma y, en particular, los fenómenos internos del hombre.”(W. JAEGER, *Paideia*, México, FCE, 1996,pág. 280).

⁴⁸ Carlos GARCÍA GUAL, «Introducción general» en *Tratados hipocráticos*, op. cit., págs. 14-15. Aristóteles llama médico tanto “al practicante, al que dirige el tratamiento, y en tercer lugar al instruido en ese arte” (ARISTÓTELES, *Política*, III,11,1282^a, -edición a cargo de Julián MARÍAS, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1989, pág.88-).

⁴⁹ W. JAEGER, op. cit., pág.783.

de curar populares, religiosas o las de otras escuelas más filosóficas que médicas⁵⁰. Y desde el punto de vista de la expansión de una *ideología* del *arte* médico, la proclamación de su preocupación específica por el bienestar del enfermo también contribuyó de alguna manera a consolidar la reputación de la escuela de Cos. Con todo, tal prestigio y reputación sólo se podían mantener si aquella medicina servía directamente a las necesidades de las clases dirigentes, mientras los pobres seguían recurriendo a la religión para hacer frente a sus problemas⁵¹.

El origen mitológico de la escuela de Cos, la más representativa de la medicina helénica, a la que pertenecía Hipócrates, supuso dotar de un porte simbólico-religioso a un oficio de carácter gremial y familiar (los *Asclepiadas*) que, por su origen sagrado, quedaba revestido de una fuerza *distintiva* respecto de otras actividades humanas. Lo significativo de este hecho es que la defensa ideológica de la raíz clásica de la medicina occidental como un oficio *distintivo* se remonta al mito de Asclepios, hijo del dios Apolo, aprendiz del centauro Quirón y fundador de la medicina, descrito por Píndaro (siglo VI a.C.) como un curador diestro y ejemplar y que, dejándose seducir por unos suculentos honorarios, osó desafiar el destino de muerte asignado por Zeus a un enfermo curándolo⁵². Es decir, que además del reconocimiento social del carácter de *techné* del trabajo médico éste se revestía de *formas* que lo vinculaban a una tradición religiosa como un puente entre la base científica del trabajo médico y el relato mitológico comprensible y aceptado por el pueblo, un relato que divulgaba la imagen del médico cuya técnica desafiaba el destino marcado por los dioses y aunque ésta fuera aplicada con el objeto de curar a aquellos condenados por los dioses, perseguía una “buena vida” como recompensa a su destreza.

En este sentido, el texto paradigmático del *éthos* profesional helénico vinculado a formas religiosas, por cuanto es el más aludido como tal, es el llamado «Juramento hipocrático» de la escuela de médicos de Cos. Este *Juramento* ha sido utilizado como modelo de «código ético» de la profesión médica para numerosos códigos del siglo XIX y XX, pasando por alto textos quizás más acordes con la idea moderna de «deontología»

⁵⁰ H.M. KOELBING, *Ärztliche Deontologie im Wandel der Zeit*, en «Praxis», 32, 1970, pág.1147.

⁵¹ B. FARRINGTON, op. cit., págs. 70 y 182 y sigs.

⁵² PÍNDARO, *Pítica tercera* en *Himnos triunfales* (trad. Agustín Esclasans), Barcelona, Iberia, 1987, pág. 106.

profesional como son la *Ley* (siglo IV a.C.), *Sobre la decencia* (siglo III a.C.), *Sobre el médico* (siglo III a.C.) o los *Preceptos* (siglos I o II d.C.).

En general, para la clase médica el *Juramento* ha constituido la base deontológica y el símbolo ideológico de la medicina prácticamente hasta nuestros días, gracias, sobre todo, a la asunción por parte del cristianismo de sus postulados y a su proyección desde las esferas del poder político⁵³. Prueba de ello son los escritos actuales sobre ética médica que asumen su descendencia del *Juramento* bajo el argumento de que en él se reflejan unos mínimos éticos y universales inherentes a la profesión médica y que carecen, por tanto, de una vigencia temporal y de un ámbito espacial-cultural concretos⁵⁴. Lo cierto y significativo para nuestra tesis es que el *Juramento* hipocrático ha sido utilizado corporativamente como una afirmación de la herencia pasada en la que los tomadores del juramento afirman y conservan una “tradición venerable” de responsabilidad social y personal reconocida como una *función distintiva* de la profesión, esto es, más como *símbolo* de la reputación de la profesión⁵⁵.

⁵³ M^a Dolores Lara Nava señala que “la Iglesia católica jugó un papel importante en la aceptación y generalización del «juramento hipocrático», hasta el punto de que el papa Clemente VII, en la bula *Quod jusiurandum* de 1531, lo prescribía a todos los que obtenían el grado en medicina. Todavía en 1948 la Asociación Mundial de Médicos adoptó este juramento como base de sus formulaciones deontológicas” (M.^a Dolores LARA NAVA, «Introducción» al «Juramento (*Horkós*)», en *Tratados hipocráticos*, op. cit., pág. 65). De hecho, como veremos más adelante, a partir del siglo XIII al iniciarse la recuperación de la medicina clásica frente a la monástico-religiosa la recepción de la medicina hipocrática supuso también la adaptación de su ética al marco cultural cristianizado. La tradición de su uso en las universidades, colegios y academias sólo es clara a partir de los siglos XVII y XVIII y ésta perduraría prácticamente hasta nuestros días mediante juramentos específicos basados en el modelo hipocrático o normas ético-profesionales inspiradas en sus principios, como por ejemplo el código de ética médica de Thomas Percival de 1809, el código de la American Medical Association de 1853, el código de Ginebra de la Asociación Médica Mundial de 1948 hasta la asunción de formas juramentales, inspiradas en el *Juramento* hipocrático, en algunas universidades americanas y europeas actuales.

⁵⁴ M.^a Dolores LARA NAVA, «Introducción», op. cit., pág. 66, cita a O. KÖRNER (*Der Eid des Hippokrates*, 1921), J.H. WOLF (*Der Wille zum Ruhm*, en «Melemata» -ed. Por J.SCHUMACHER-, 1967), también el cuasi-manifiesto de William Henry Samuel JONES (*The Doctor's Oath. An Essay in the History of Medicine*, Cambridge, University Press, 1924) acerca de que el *Juramento* hipocrático forma la base de la ética médica. También cómo el *Juramento* refleja valores de la profesión médica contemporánea: Dale C. SMITH (*The Hippocratic Oath and Modern Medicine*, en «Journal of the History of Medicine», 51, octubre 1996, pág. 500) y H.M. KOELBING (*Ärztliche Deontologie im Wandel der Zeit*, op. cit.) o en referencia concreta a la pervivencia del “axioma” de la ética médica de no dañar al paciente –pudiendo hacerlo- (o «principio de no-maleficencia»): Albert J. JONSEN, «Do not harm: axiom of medical ethics», en F. SPICKER y H. Tristram ENGELHARDT (eds.), *Philosophical Medical Ethics. Its Nature and Significance*, Dordrecht, D.Reidel Publishing Company, 1977; Diego GRACIA GUILLÉN, *Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica*, Madrid, Real Academia de Medicina, 1990.

⁵⁵ Dale C. SMITH, *The Hippocratic Oath and Modern Medicine*, op. cit., págs. 484 y sigs. A partir del siglo XVII-XVIII el uso del *Juramento* o de modelos inspirados en éste en las universidades y colegios profesionales parece ser que sirvió como declaración de una ética corporativa y una declamación sobre la pertenencia a un antiguo linaje (ibíd., pág. 487).

Existen diversas teorías acerca de la naturaleza de la fundamentación ética del *Juramento*. Ludwig Edelstein sugiere que se trata de un convenio de carácter privado de un grupo pequeño de médicos seguidores de Pitágoras en el que se articula un sistema de creencias morales religiosas. En el discurso ético del resto de los escritos hipocráticos, en cambio, el médico aparece como un prudente artesano preocupado en construirse una reputación como un sanador fiable y diestro⁵⁶. Para Karl Deichgräber el *Juramento* contiene una serie de principios que establecen límites éticos a la búsqueda de la fama por parte de los médicos de la escuela de Cos. Éstos están contenidos en normas éticas comunmente aceptadas y en normas enraizadas en la ética patriarcal-aristocrática, y no propiamente médica ni exclusivamente pitagórica, y con una motivación netamente religiosa⁵⁷. Otros autores insisten en el carácter ético general que reflejan ideales comunes de una época, no atribuibles exclusivamente a una escuela sino incluso a otros grupos profesionales y religiosos⁵⁸. Fridolf Kudlein sostiene que es igualmente plausible defender que el discurso del *Juramento* está basado en una moral popular, que procedería del ámbito religioso, y que el gremio médico recoge a modo de compromiso como respuesta a los prejuicios populares contra dicho colectivo⁵⁹.

Todos estos autores coinciden en el carácter excepcional del propio texto del *Juramento*, cuyo credo no sólo tenía poco que ver con las normas de conducta real de los médicos, sino que ni siquiera fue generalmente seguido en la práctica ni consagrado como una institución⁶⁰.

⁵⁶ Ludwig EDELSTEIN, «The professional ethics of the Greek physician», en Owsei TEMKIN y C. Lilian TEMKIN (eds.), *Ancient Medicine. Select Papers of Ludwig Edelstein*, Baltimore, Johns Hopkins University press, 1967, págs.317-348), Albert R. JONSEN, *A Short History of Medical Ethics*, op. cit., pág.4 y en M.^a Dolores LARA NAVA, «Introducción», op. cit., pág. 67.

⁵⁷ M.^a Dolores LARA NAVA, ibíd., citando a K. DEICHGRÄBER, «Die ärztliche Standesethik des hippokratischen Eides» en *Quellen und Studien zur Geschichte der Naturwissenschaften und der Medizin*, 3 (1933), págs.79-99 y *Der hippokratische Eid*, Stuttgart, 1955.

⁵⁸ O. Gigon (*Der Ursprung der griechischen Philosophie von Hesiod bis Parmenides*, Basilea, 1945); W. Burkert («Weisheit und Wissenschaft. Studien zu Pitágoras, Philolaos und Plato» en *Erlanger Beiträge zur Sprach- und Kunstwissenschaften*, 10, 1962), citado en M.^a Dolores LARA NAVA, op. cit., pág. 68-69.

⁵⁹ Fridolf KUDLEIN, «Medical ethics and popular ethics in Greece and Rome» en *Clio Medica*, 5, 1970, págs. 91-121, citado en Albert R. JONSEN, *A Short History of Medical Ethics*, op. cit., pág.4 y M.^a Dolores LARA NAVA, op. cit., pág. 70.

⁶⁰ Albert R. JONSEN, op. cit., pág.12 y M.^a Dolores LARA NAVA, op. cit., pág. 73.

Por otro lado, lo que estas teorías acerca del fundamento ético del *Juramento* parecen indicar es la ausencia de una ética exclusiva o “especial” del cuerpo de médicos y la adaptación al quehacer curativo de postulados éticos generales de la cultura griega, fueran éstos pitagóricos, socráticos, mitológicos o populares.

Parece ser que el *Juramento* existió como un texto ritual para establecer un pacto de familia o gremial y como un documento ético más de conducta para el médico en aras a forjarse una reputación y preservar de paso la de la profesión. Ese rito comenzaba con la invocación a los dioses protectores de la familia profesional y del arte para concluir con la advertencia de las consecuencias terrenales de su transgresión.

“Esta fórmula juramental es decisiva para el contenido, ya que le da un carácter vinculante y sagrado, aunque no se trate de un compromiso legal, sino de una simple promesa privada”⁶¹.

La forma de *Juramento* tenía un peso específico en la cultura griega. *Horkós* deriva de *horkíos* que significa *estar ligado* por un juramento y se refiere también a una deidad del Panteón, hijo de Eris (cólera) que castiga a los perjuros. Esta modalidad de compromiso ante los dioses era especialmente importante para la ley, la religión popular y la vida personal de los griegos. El *Juramento* hipocrático constituía la moral positiva de una tradición comunitaria plasmada, por escrito, quizás para dotarle de mayor fuerza y sacralidad a un compromiso que acostumbraba a transmitirse oralmente. De manera que el juramento escrito ligaba a las personas a través de sus palabras, constituyendo así, según Albert R. Jonsen, la “quintaesencia de la deontología” en cuanto que aquellas interiorizaban los mandatos y éstos eran autoimpuestos con la fuerza de una creencia⁶².

⁶¹ M.^a Dolores LARA NAVA, op. cit., pág. 71.

⁶² Albert R. JONSEN, *A Short History...*, op. cit., pág. 4. El argumento de este autor para deducir el «Juramento» hipocrático como “deontológico” es la forma prescriptiva escrita, la apelación a la prudencia, al autocontrol, esto es, la interiorización de las obligaciones morales del médico como guía de conducta personal y el reconocimiento de los límites éticos del ejercicio del arte de la medicina. Esto es, como un documento que contiene deberes éticos específicos *de* ese oficio. Para Marcel Sendrail lo que deriva de la hipotética filantropía pagana hipocrática es una «deontología» o ciencia de los deberes que no se desprende del *Juramento* sino, en todo caso, del tratado *De la conveniencia* que enumera virtudes indicativas del médico -desinterés, reserva, prudencia, modestia en el vestido, limpieza, juicio, etc.- (M. SENDRAIL, op. cit., pág. 183). Sin embargo, para Josep M^a Calbet i Camarasa (*Evolución ideológica de la medicina*, Barcelona, Laboratorios Fher S.A., 1988) el *Juramento* hipocrático es, en el fondo, “una visión idealizada de lo que ha de ser el médico según el deseo expresado por la mayoría. En este sentido, más que una realidad sería un proyecto deontológico”.

1.3. El anclaje religioso medieval y su secularización: hacia una ideología moderna de la profesión médica

La medicina, como el arte y la literatura y como las demás ciencias, sufrió una decadencia con la caída del imperio romano y buscó refugio en los monasterios incipientes del cristianismo. En esta primera fase de la Edad Media la técnica médica era rudimentaria y la referencia al *Juramento* hipocrático muy rara. Las enseñanzas hipocráticas y galénicas recibidas por el contacto con el mundo oriental que las habían mantenido permanecían invernadas en las bibliotecas monásticas hasta prácticamente el siglo XIII. La aportación de la medicina árabe y judía coetánea quedaba restringida al ámbito de la asistencia de los monarcas y de potentados. Sin embargo, existían restos de saberes clásicos sobre la medicina que mantenían el factor técnico y “científico” como un rescoldo en la oscuridad supersticiosa de la Alta Edad Media y que influyeron sobre muchos clérigos ejercientes como “médicos”⁶³.

Mientras tanto, y de manera separada a la teorización médica y a su literatura, la práctica curativa permaneció, desde el siglo VI hasta el siglo XII, básicamente en manos de clérigos cuya actividad se redujo a elaborar una farmacopea esencial de herbolario y al cuidado del enfermo en un sentido no estrictamente médico sino fundamentalmente caritativo. No obstante, con los “clérigos-médicos” coexistían médicos seculares cuya actividad todavía venía regulada, durante los siglos VII-VIII, por la autoridad civil como pervivencia de las antiguas instituciones romanas⁶⁴.

La concepción de la medicina, así como de su práctica, estaban determinadas por la doctrina teológica y la disciplina cristiana impuesta por la Iglesia. Ello afectó de manera fundamental a lo que podríamos reconstruir como una ética de la medicina de la época que no se concebía como un saber separado de la religión.

⁶³ Es el caso de los libros IV y XI de las *Etimologías* de San Isidoro de Sevilla, del siglo VI. Quizás eran los rescoldos necesarios para avivar, gracias al aliento portador del saber greco-romano del Islam, a partir del siglo XI, la institucionalización de la medicina “técnico-científica” alejada precisamente de la práctica monástica.

⁶⁴ Así, el *Fuero Juzgo* de Recesvinto o *Liber iudiciorum*, sobre todo en lo que se refiere a honorarios y responsabilidad, establecía: «Ley VI. Si el omme libre o el siervo muere o enflaquece por la sangría. Si algun fisico sangrase algun omme libre, si enflaqueciere por sangría, el fisico debe pechar C e L sueldos. E si muriere metan el fisico en poder de los parientes que fagan del lo que quisieren. E si el siervo enflaqueciere o muriere por sangría, entregue otro tal siervo a su sennor» (Edición de T.MUÑOZ ROMERO, Madrid, 1847, citado en J.M.LÓPEZ PIÑERO, *Medicina, Historia, Sociedad*, Barcelona, Ariel, 1970, pág.76).

Según los evangelios el rezo y el milagro son instrumentos de curación y la curación física la metáfora de la “curación del alma” por intervención de la “gracia divina”. En algunos pasajes se establecen analogías entre «salud» y «salvación» y «enfermedad» y «pecado»⁶⁵. Esto suponía, a la vez, a semejanza del *Vía crucis* de Cristo, asociar el dolor y el sufrimiento como mérito para conquistar la salvación y como medio de expiación de culpas.

Como resultado de la introducción de aquella moral interpretada por la teología, el fundamento genérico e ideal de la naciente relación cristiana entre el médico y el enfermo era (o es), según Laín Entralgo, el siguiente⁶⁶: se trata de una relación afectivo-amistosa ideal entre el médico cristiano y el enfermo basado en la conjunción entre un “amor de proximidad”, representado en la figura del “buen Samaritano que da todo de sí a otro” (una persona en abstracto, *cualquiera* sea o no cristiano), y un “amor de amistad” cuando en el “encuentro” entre médico y enfermo aparece la “confidencia”. Esta interpretación otorga de hecho a la función médica un papel sacerdotal de confesor de males y pecados eminentemente paternalista y que modernamente es atribuido a la ética particular del *Juramento* hipocrático.

“[...] ¿cómo la relación de benevolencia con *una* persona puede convertirse en relación de benevolencia con *esa* persona? La respuesta a mi juicio, no puede ser más que una: sólo por la vía de la *confidencia*: sólo cuando la relación interpersonal consista en efundir hacia el otro lo que en la propia persona es más íntimo, más «propio»”⁶⁷.

⁶⁵ Lo que Marcel Sendrail denomina como «teología de la dolencia» que, en un primer estadio del cristianismo, se resume en el adagio *secundum corpus et animam in deterius commutati*, debido al pecado su cuerpo y su alma habían sufrido una fatal degradación (M. SENDRAIL, op. cit., pág. 177). Respecto las citas bíblicas, la epístola de Santiago (SANTIAGO, 5:13-16): “*Utilidad de la oración en la salud y la enfermedad*. 14. ¿Está enfermo alguno entre vosotros? Llame a los presbíteros de la iglesia y oren por él, ungiéndole con óleo en el nombre del Señor. 15. Y la oración de la fe salvará al enfermo, y el Señor le aliviará y, si se halla con pecados, se le perdonarán. 16. Confesad, pues, vuestros pecados uno a otro y orad los unos por los otros para que seáis salvos; porque mucho vale la oración perseverante del justo”. También MATEO, 8:1-14; 9:1-8 y 18-34; 17:14-21;19:20-34, MARCOS, 1:21-45; 2:1-12; LUCAS, 13:10-17; JUAN, 5:14; 11:4; 1 CORINTIOS, 11: 29,30.

⁶⁶ Pedro LAÍN ENTRALGO, op.cit., págs. 104-119. Este fundamento pervive, según Laín, en el médico cristiano “sin mengua de [la] ineludible condición técnica, profesional y económica [de la relación entre médico y enfermo]” (pág.119).

⁶⁷ Pedro LAÍN ENTRALGO, op.cit., pág.118. Es lo que Laín califica como “perfecta relación cristiana entre médico y enfermo”, la “recta articulación entre la beneficencia y la confidencia”. Dado que además el enfermo transfiere información “íntima”, privada, a un técnico al que solicita su conocimiento y pericia para curarle, es decir, por *necesidad*, resulta curioso otorgar la categoría de “benévolo” al acto médico si no es con la voluntad de revestirlo de una naturaleza paternal, una autoridad que conoce las intimidades de la persona y que en virtud de ese conocimiento actúa por su bien guiado por su juicio experto y pericia. Veremos cómo la proclamación de una ética médica de estas características adquiere un carácter esencialmente retórico sobre todo a partir de la masificación de la medicina, la administración hospitalaria de los cuerpos en nuestras sociedades burocráticas y el creciente protagonismo de intereses económicos en la industria sanitaria y en la gestión de la salud. Michel Foucault va un poco más lejos y critica esta

Además, según Marcel Sendrail, el mandamiento del *amor* de las *Escrituras* no se remite al auxilio individual sino al colectivo incidiendo en el sector de la población más vulnerable.

“Además, el *ágape* evangélico no se reducía a suscitar un auxilio como toda imploración individual; tenía que inspirar una asistencia colectiva, particularmente a los más desprovistos. Recordemos el texto de Orígenes en el cual se condena a «estos médicos que sólo se ocupan de las clases elevadas y desprecian al hombre vulgar, mientras que los discípulos de Jesús se aplican a preservar la salud de la masa» (*Contra Celsum*, VIII, 60)”⁶⁸.

La asistencia médica de la Alta Edad Media era, por consiguiente, *cristiana*, es decir, en ese estadio técnico tan primitivo la ayuda era fundamentalmente moral y religiosa y estaba en manos de sacerdotes y clérigos seculares. La importancia del cuidado del enfermo representaba una tarea de caridad y misericordia cristianas. La tarea salvadora de Cristo se asimilaba a la tarea curativa de los médicos de manera que en la retórica cristiana se hablaba familiarmente de *Christus Medicus*. Nombres e instituciones vinculaban el sacerdocio con la medicina siendo dominante la figura del «sacerdote médico»⁶⁹.

Entre los siglos VI y VIII, los monasterios recién fundados como “hospitales” acogían a enfermos sin importar la condición de éstos, si eran paganos, extranjeros o menesterosos. Esta caridad cristiana puesta en práctica durante las épocas de devastadoras epidemias contribuyó de manera significativa a la expansión inicial de una Iglesia que potenciaba su dimensión espiritual mientras seguía subyugada al poder político imperial. Además, la fe cristiana proporcionó una explicación convincente para justificar el sufrimiento y el deber moral de caridad que condujo también a la conversión voluntaria de muchos paganos al cristianismo⁷⁰.

retórica de la “amistad” o “camaradería” entre médico y enfermo, la cual ve en ello “la formulación concisa de un humanismo médico tan antiguo como la piedad de los hombres”, trasladada a la experiencia clínica moderna. Y añade que “las fenomenologías acéfalas de la comprensión mezclan a esta idea mal trabada, la arena de su desierto conceptual; el vocabulario débilmente erotizado del «encuentro» y de la «pareja médico-enfermo», se agota queriendo comunicar a tanto no-pensamiento los pálidos poderes de una ensoñación matrimonial” (Michel FOUCAULT, *El nacimiento de la clínica*, op. cit., pág. 8).

⁶⁸ M. SENDRAIL, op. cit., pág. 183.

⁶⁹ Pedro LAÍN ENTRALGO, op.cit., pág.140 y Albert R. JONSEN, *A Short History of Medical Ethics*, op. cit., pág.14.

⁷⁰ Albert R. JONSEN, *ibíd.*

Lo reseñable en la actitud ética y operativa de los mandamientos cristianos aplicados a la medicina de la Alta Edad Media es, por consiguiente, la condición igualitaria del tratamiento, la incorporación del “consuelo” como método operativo del sacerdote-médico más allá de la cura, la asistencia caritativa, gratuita, y “la valoración a un tiempo moral y la terapéutica de la convivencia con el enfermo: la *com-pasión* en un sentido paulino del término”⁷¹.

Sin embargo, durante la época cesaropapista de los primeros concilios, de hecho, a partir de la conversión al cristianismo del emperador Constantino en el siglo IV, esta actitud consecuente con la doctrina cristiana empezaría a toparse con el creciente poder institucional de los portavoces de la doctrina *sobre* el cristianismo, dotados de autoridad política. Sínodos de obispos de oriente y de Roma instituidos como *ecclesia* con el soporte (e intervención) del emperador dictaban cánones de disciplina eclesiástica dirigidas al clero, a la forma del culto y consolidando una doctrina institucional respecto la naturaleza de Dios, el papel de Cristo y la Virgen y la “unión del Verbo divino y la naturaleza humana”. Los concilios de la *communio* episcopal constituyen un ejercicio de plena potestad de la Iglesia mediante actos propiamente colegiales y aceptadas por el romano pontífice⁷². Constituyen, desde el siglo IV, el acuerdo del poder de la curia para dirigir la institución de la Iglesia y monopolizar la hermenéutica de las *Escrituras*, el establecimiento de rituales y símbolos de culto así como la anatemización de las doctrinas dispares respecto la acordada. La estrecha vinculación de la Iglesia con el poder político permitió legislar a ésta a través de sus concilios y concordatos ya no sobre la vida eclesiástica sino también sobre cuestiones sociales y políticas, lo que obviamente condicionó el hacer de los clérigos sometidos a la jerarquía eclesial y también al conjunto de la sociedad cristianizada. Como consecuencia de ello la sociedad altomedieval empezaría a vivir, paralelamente a la consolidación de la Iglesia de Roma como un auténtico poder jurídico-político, un proceso de conversiones forzosas y persecuciones de aquellos que dejaban de contar por no ser «cristianos»⁷³.

⁷¹ Pedro LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, Barcelona, Salvat, 1989, pág.141.

⁷² PAREDES, Javier (Dir.); BARRIO, Maximiliano; RAMOS-LISSÓN, Domingo; SUÁREZ, Luis, *Diccionario de los Papas y Concilios*, Barcelona, Ariel, 1998, pág. 607.

⁷³ “La Iglesia de los primeros siglos, perseguida por el poder imperial, había hecho hincapié en la dimensión espiritual de su misión y en la distinción entre lo temporal y lo espiritual, lo debido al César y lo debido a Dios,..., y reivindicando la libertad de acción en su ámbito. Obtenido el reconocimiento legal bajo Constantino (Edicto de Milán, 313), el cristianismo se convirtió seguidamente en la religión oficial del Imperio. La Iglesia quedó así asociada más o menos directamente a su gobierno, no sin ser objeto de

Ya durante el siglo XI, la medicina comenzó a ser cultivada en las «escuelas catedralicias», como la de Chartres, precursoras de las universidades medievales y donde se comenzaban a aplicar las enseñanzas de Hipócrates y Galeno sin abandonar el peso determinista de la “gracia divina”. De hecho, en la literatura monástica de los siglos VIII a X ya apareció de forma más frecuente la mención al *Juramento* (cristianizado) como directriz ética de los ejercientes de medicina⁷⁴.

Si bien el helenismo cristiano de la Edad Media estimuló la consideración del enfermo como ser *responsable*, en el sentido de ser dotado de vida interior (de conciencia), lo que también significó relacionar los desórdenes de la enfermedad con el *pecado*, en el diagnóstico también cabía relacionar la enfermedad como “perturbación de la naturaleza humana y de la individual naturaleza del paciente” y no sólo como vicisitudes del enfermo en el orden “espiritual”⁷⁵. La enfermedad no se presentaba ya como castigo o mero azar sino como *prueba*. El cristianismo pronto planteó el problema de la enfermedad en su dimensión humana, no excluía la vinculación entre determinada transgresión moral y la enfermedad pero tampoco ésta se originaba en el pecado sino que se presentaba como

“una realidad intrínseca, dirigida por una necesidad propia de cada individuo. En consecuencia su génesis y desarrollo están determinados por las disposiciones según las cuales el hombre afronta su destino singular”⁷⁶.

más de una injerencia perturbadora, y que en todo caso hubo de compartir finalmente su temor de que la pluralidad de doctrinas y credos amenazase la cohesión de la sociedad en su conjunto. De ahí en aquella una actitud nueva, propicia a servirse, más allá de la exclusión de su seno de los disidentes (excomuniación), propia de su naturaleza y su fin, de medidas que implicasen formas de coerción externa o el recurso a lo que posteriormente se llamaría el «brazo secular»” (A. TRUYOL Y SERRA, *Historia de la Filosofía del Derecho y del Estado*. Vol.1: *De los orígenes a la baja Edad Media*, Madrid, Alianza Universidad, 1992¹¹, pág. 271).

⁷⁴ Albert R. JONSEN, op. cit., pág.15.

⁷⁵ Pedro LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, op. cit., pág.125.

⁷⁶ M. SENDRAIL, op. cit., pág. 179-180 y, citando a Santo Tomás (*Summa Theologica*, 1-2, q.85, a 5) afirma que el pecado original no había provocado una corrupción esencial de la naturaleza humana sino que había despojado al hombre de sus dones sobrenaturales inherentes al estado de inocencia primitivo y dejado la naturaleza humana abandonada a sí misma (ibíd., págs. 177-178). Y en el mismo sentido, Laín Entralgo dice que el médico medieval “quiso dar realidad clínico-semiológica a la concepción tomista del principio de individuación: *materia signata quantitate*. El enfermo sería el supuesto personal de una naturaleza en la cual el *accidens modale* llamado *morbus*, «enfermedad», adquiere individuación precisa por la cuantificación material de los diversos *accidentia* o *symptomata* que le dan su concreta realidad física [...] La asunción medieval del naturalismo griego por el personalismo cristiano condujo a entender la realidad personal del hombre enfermo como supuesto o soporte –tal *individua substantia*, con su inteligencia, su libertad y su destino sobreterreno- de los accidentes que pueden afectar a su naturaleza, entre ellos el de la enfermedad” (P. LAÍN ENTRALGO, op. cit., págs.171-172).

Durante la etapa de la Baja Edad Media la medicina experimentó un despegue secular del ejercicio monástico y de su exclusiva interpretación teológica. Sin embargo, en el plano de los deberes morales vinculados al oficio de curar se consolidó una literatura específica anclada en la fe y en los mandatos cristianos con un “fuerte tono deontológico”, una vez más, en palabras de Jonsen⁷⁷. Los tratados de medicina de la época indicaban principios como la “aprobación divina de la curación humana”, lo cual abría una puerta a la consideración de causas naturales de la enfermedad y al ejercicio experimental y deductivo de la medicina por seculares; o la aceptación de la medicina en virtud de la analogía de Jesús como médico, salvador no sólo de almas sino de cuerpos y su propio papel compasivo que establece la equivalencia entre la visita al enfermo y la visita a él, o bien, introducían la necesidad de realizar “trabajos de gracia” en favor de los más vulnerables como un medio de salvación personal.

Pero no conviene olvidar la circunstancia de que la labor hermenéutica de las *Escrituras* y de todo aquello que podía relacionarse arbitrariamente a la «Palabra de Dios» era monopolio de los teólogos y que la Iglesia católica, cuando pasó a ser un poder político de primer orden, convirtió aquellos trabajos en dogma para los católicos y en prescripciones para la población.

“Todo aquello que atañe a lo substancial de la historia de la Iglesia sólo puede ser observado por los católicos [y teólogos] para dar *testimonia pro domo*. Presentan una versión dogmática y tendencial en lugar de descripciones positivas de la historia y deben violar el verdadero curso de los acontecimientos históricos según los posteriores dogmas impuestos. [...] Contra el sentimiento de piedad se impone el respeto a la autoridad”⁷⁸.

No se trataba ya de una estricta cuestión de “fe en la Palabra” sino que ésta tenía fuerza normativa con un sistema de sanciones no solo morales sino también jurídico-políticas, es decir, pasó a tratarse de una cuestión de “fe en la autoridad”⁷⁹. Por consiguiente, la relectura de las *Escrituras* por la curia conciliar se realizó en función de las necesidades del mantenimiento de la estructura institucional y sus relaciones de poder internas, con el poder político civil y con la sociedad.

⁷⁷ Albert R. JONSEN, op. cit., pág.16.

⁷⁸ DESCHNER, Karlheinz, *Abermals krähte der Hahn. Eine kritische Kirchengeschichte von den Evangelisten bis zu den Faschisten*, Düsseldorf, Econ Verlag, 1980², pág.127.

⁷⁹ San Agustín mismo defendió la autonomía política de la Iglesia frente al Imperio protector. Basaba su defensa en la temporalidad de todo gobierno humano, pero también en el reconocimiento de la autoridad eclesial: “Verdaderamente, si no fuera por la autoridad de la Iglesia católica, no daría ningún crédito a los Evangelios” (*Contra faustum manichaeum*, 5, en K. DESCHNER, *Abermals krähte der Hahn*, op. cit., pág.126); de modo que sólo se confía en las Evangelios por la autoridad de su máximo intérprete, la Iglesia, cuya autoridad está basada precisamente en la lectura de los Evangelios.

El concordato de Worms (1122) y el primer Concilio de Letrán del año siguiente ponían fin al conflicto entre Imperio y las elecciones episcopales en las que el poder político civil renunciaba a la investidura eclesiástica adquiriendo los “príncipes” eclesiásticos un grado de independencia fundamental. El I Concilio de Letrán, entre otras cosas, declaró nulo el matrimonio de los clérigos, prohibió a los laicos disponer de bienes eclesiásticos, otorgó la indulgencia plenaria a cuantos fuesen a Tierra Santa, sometió a los monasterios a la autoridad de los obispos salvo los expresamente exentos y equiparó la Reconquista española a las cruzadas. La Iglesia, por ende, se alzó como una “gran monarquía pontificia”⁸⁰.

En este sentido, resulta sintomático que los concilios ecuménicos de los siglos XII y XIII, contrarios a la continuidad de la medicina monástica, hicieran concentrar la tarea de los “servidores de Dios” en la “cura de almas infieles” y en el proselitismo cristiano bajo estrictos cánones disciplinarios para la curia. Esta restricción de “competencias” parece guardar una estrecha relación con la consolidación paralela del poder político-religioso a través de la acumulación de riquezas de la Iglesia de Roma, las campañas militares contra “infieles” y la propia represión interna de las disidencias⁸¹. Suponía, en consecuencia, un cambio de estrategia en la captación de “almas” por vía de la ejemplaridad del ascetismo, entrega, misericordia y caridad cristianas a la de la represión de las “almas impías” e insumisas⁸². La nueva actitud de la Iglesia, contraria al ascetismo y dedicación exigidos en las tareas médicas misericordiosas se tradujo en el *ecclesia abboret a sanguine* del Concilio de Tours de

⁸⁰ PAREDES, Javier (Dir.); BARRIO, Maximiliano; RAMOS-LISSÓN, Domingo; SUÁREZ, Luis, *Diccionario de los Papas y Concilios*, op. cit., pág. 182.

⁸¹ La Iglesia persiguió las desviaciones de su doctrina y la desobediencia a sus cánones que en muchos casos no eran sino actitudes peligrosamente ejemplarizantes de la puesta en práctica de la doctrina de Jesús de Nazaret y que no hacían sino destacar la acumulación de riqueza y las intrigas políticas de una institución que buscaba reproducirse y crecer en poder: “La comunidad, verdadero cuerpo místico, estaba siendo amenazada por desviaciones muy serias que ya fueron tratadas en los sínodos de Montpellier (1162) y de Tours (1163), en los cuales se reconoció la necesidad de recurrir a medidas de fuerza para desarraigarlas. Como un eco de las críticas que se levantaron contra la estructura jerárquica de la Iglesia y sus medios materiales, surgían movimientos que reclamaban la pobreza absoluta, como era el caso de Pietro Valdo (1140-1217) y sus discípulos, o que rechazaban abiertamente los fundamentos mismos de la Iglesia, como sucedía con los *cátharos*[...]” (PAREDES, Javier (Dir.),... *ibíd.*, pág.194).

⁸² “Ahí estaba la disyuntiva: los fieles a la reforma gregoriana pensaban que había que continuar por el camino ya inaugurado de transformación de la sociedad desde sus individuos en una exigencia cada vez mayor de cristianismo; pero en la curia sería cada vez más fuerte la corriente que pensaba que lo importante era, precisamente, construir la arquitectura de un gobierno eclesiástico” (PAREDES, Javier (Dir.),...*ibíd.*).

1163 y separó definitivamente a los clérigos de la cirugía. Para ello se alegaron razones morales y disciplinarias. Dada la enorme influencia que ejerció la moral religiosa en actividades como la práctica médica, el miedo a la muerte, la “naturalidad” asociada a los procesos mórbidos como manifestación de la voluntad divina, la sacralidad de la vida humana y, por consiguiente, su indisponibilidad y la fuente exclusivamente teórico-libresca del conocimiento del mundo natural contribuyeron a mantener hasta prácticamente el siglo XIX prejuicios obstaculizantes y prohibiciones sobre un conocimiento exhaustivo de la fisiología y la anatomía⁸³.

Paralelamente, la medicina académica dirigida por seculares se iría consolidando como “profesión erudita”⁸⁴. Sus conocimientos técnicos, en aplicación de los saberes médicos clásicos y arábigos, adquirieron comparativamente mejores resultados que la medicina monástica de herbolario y de consuelo al enfermo. Teólogos y canonistas articularon entonces los deberes cristianos de los médicos seculares cuyo trabajo se vería limitado en el marco de los cánones de la ley divina y normas eclesiásticas⁸⁵.

Por consiguiente, así como en la etapa preconstantiniana del cristianismo, éste había sido una “isla en expansión”, a partir del cisma de oriente y los primeros concilios y, sobre todo, a partir de las Cruzadas y los concilios del siglo XII, el cristianismo se torna en “continente”, es decir que *todo* en la sociedad medieval parece informado por el cristianismo⁸⁶. La institucionalización de la Iglesia católica como “poder terrenal” con claras competencias políticas intervino decisivamente en la configuración de una sociedad en la que los cristianos vinculados a la Iglesia de Roma tenían un estatuto “privilegiado” frente a los no-cristianos, paganos o *infieles*, en cuanto que ese privilegio consistía en primer término una salvaguarda de la propia vida. A partir de ese momento la «condición igualitaria» que menciona Laín en el tratamiento médico cristiano, sobre todo desde el punto de vista político, entra en una contradicción: la lucha contra el “infiel” y la misericordia y amor cristianos hacia todo ser humano de la primera etapa

⁸³ M. FOUCAULT, *El nacimiento de la clínica*, op. cit. págs. 23 y sigs.

⁸⁴ Eliot FREIDSON, *La profesión médica*, op. cit., pág. 35.

⁸⁵ En 1215 el IV concilio de Letrán establecía genéricamente que todo católico debía confesar sus pecados a su sacerdote y en otro canon requería específicamente que los médicos admonizasen a sus pacientes que escucharan al “médico del alma” antes de aplicar la medicina.

⁸⁶ P. LAÍN ENTRALGO, op. cit., pág.136.

del cristianismo pero que la Iglesia no obstante continuará proclamando a lo largo de los siglos⁸⁷.

Resulta curioso señalar, sin embargo, que en el caso español la nobleza se servía de médicos judíos dedicados a la práctica médica, y no a la medicina teológica, transmitida en el seno de familias o *alijamas* que funcionaban como gremios con maestros y aprendices y cuyo saber se impuso en la corte a lo largo de la Edad Media probablemente por sus resultados exitosos. Es lógico pensar, pues, que desde las instancias del poder político civil se buscara un control sobre el oficio médico estableciendo la validez de un saber médico eminentemente racionalista, el greco-romano y el arábico-judío transmitido por médicos como Ar-Razí, Avicena, Avenzoar, Averroes o Maimónides (traducido al latín en el siglo XIII), aunque tímidamente incorporado después en las instituciones de enseñanza universitaria controladas por la Iglesia⁸⁸. La pugna estaba servida entre la enseñanza de una medicina racionalista y práctica que se ejercía, por un lado, en la corte por prestigiosos médicos y, por otro lado, con menor fortuna en los hospitales monásticos y que estaba en manos de bienintencionados y misericordiosos monjes sin base teórica y “racionalista” pero con una importante base práctica y de contacto directo con el cuerpo enfermo, y la enseñanza libresca, erudita, memorística y escasamente práctica de las universidades católicas medievales.

El momento más decisivo quizás en la difusión de un saber médico más estrictamente técnico y racional en occidente fue la aparición hacia el siglo X de la escuela de medicina de Salerno, llamada también *Civitas hippocratica*. Fue éste un lugar especialmente privilegiado en la recepción de la ciencia árabe, judía y para el desarrollo y difusión del saber greco-arábico por el continente europeo. Allí se comenzó a organizar de una manera reglada la enseñanza y el ejercicio de la medicina. Ésta, de carácter principalmente secular, los cuales no quedaron al margen de su ordenación jurídico-política⁸⁹.

⁸⁷ Es paradigmático, en este sentido, la conversión de la orden hospitalaria en Palestina del siglo XII de los *Hermanos de los Pobres* en una orden caballeresca que luchó ferozmente contra los sarracenos durante el siglo XIII continuando su servicio hospitalario en Tierra Santa. La orden de los *Caballeros Hospitalarios de San Lorenzo* de Jerusalén asistía y donaba bienes a los leprosos pobres o empobrecidos pero pronto abandonaría el espíritu caritativo originario (Marcel SENDRAIL, op. cit., pág. 235). Se trataba de órdenes caritativas convertidas en órdenes militares donde si los deberes ético-religiosos y los deberes militares entraban en conflicto, éste se solventaba finalmente a favor de los últimos (Albert R. JONSEN, *A Short History of Medical Ethics*, op. cit., pág.16).

⁸⁸ SALINAS ARAYA, Augusto, *Tradición e innovación en la medicina española del Renacimiento*, en «Ars Médica», núm. 4, Pontificia Universidad Católica de Chile-Facultad de Medicina, 2001. “De un médico judío”, dice este autor, “es, sin ninguna duda, el libro *Método para curar enfermedades de los Magnates de Castilla* que se inscribe en una larga lista de tratados de «Medicina de Corte» publicados durante los siglos XIII y XIV”.

⁸⁹ P. LAÍN ENTRALGO, op. cit., pág.141. Roger II de Sicilia decretó en 1146 la necesidad de que el médico candidato fuera examinado por los oficiales reales antes de empezar a ejercer.

A partir de ese momento se inició una relectura cristianizada del *Juramento* hipocrático incidiendo en aquellos deberes que potenciaba la doctrina cristiana como por ejemplo la referencia a Dios y a Cristo sustituyendo a las divinidades griegas, la prohibición de suministrar abortivos o medicinas que ayuden a morir o el mantenerse casto ante las mujeres-paciente⁹⁰. A pesar de esa *relectura* que transfiguró la ética clásica originaria del *Juramento* para adaptarla a los nuevos preceptos morales del cristianismo se desconoce con qué frecuencia y quiénes consideraban el *Juramento*, tanto en su versión clásica (tal como indicamos más arriba) como en su relectura cristiana y si representaba realmente un documento “deontológico” para los médicos católicos del medioevo⁹¹.

En los trabajos acerca de los orígenes de nuestra tradición ético-médica occidental a veces se obvia el hecho de la traducción de los principios bíblicos en términos de deberes *civiles* en la ética caballeresca entre señor y vasallo siguiendo la estructura social feudal de la época.

Existía un reconocimiento social y por parte del poder político del ejercicio de la medicina por los caballeros, una “medicina” a la que se *honraba* especialmente. Esto es, la concesión del disfrute de unos privilegios que derivaban de hecho del *status* social, el poder y la formación y que estaban fundados en un sentido profundo de la propia dignidad de clase y en la consideración de su *excelencia*⁹².

⁹⁰ El mayor cambio en la versión cristianizada del *Juramento*, a parte de la inclusión de la nueva deidad, es una declaración más severa acerca del aborto sobre la que entonces podía leerse “No daré tratamiento alguno a mujeres que cause aborto, sea por vía oral o quirúrgica” ([*Vindobonensis med IV*, siglo X] Albert R. JONSEN, op. cit., págs.17 y 127). De todas formas, conviene puntualizar dos cosas respecto lo declarado en el *Juramento* y las opiniones acerca de la práctica real en la medicina clásica: Primero, que en el supuesto de la promesa del médico de no administrar venenos, hay opiniones que desmienten la idea de que el *Juramento* se refiere a la eutanasia (Deichgräber, Edelstein, Littré). La alusión al auxilio al suicidio sólo cabría desde la óptica de los pitagóricos que lo rechazaban (Platón, *Fedón*, 61e ss.-Filolao-). Se trata más bien de la prohibición del envenenamiento ya que la eutanasia no ofrecía problema en la antigüedad y sí, en cambio, el envenenamiento, difícilmente detectable y perseguible y frecuente. “De hecho, el *Juramento* recoge leyes generalmente conocidas, y recogidas en el derecho ático, que prohibían el envenenamiento y consideraban el suicidio como un crimen” (K. Deichgräber, *Die ärztliche Standesethik des hippokratischen Eides*, op. cit., pág. 107). En segundo lugar, respecto al aborto, se conoce que sólo estaba sancionado en Tebas y en Mileto (Deichgräber) y, en general, el aborto terapéutico era admitido por los médicos hipocráticos. Platón lo considera una institución de un Estado ideal (*La República*; 461c y *Leyes* 740) y Aristóteles también lo admite (*Política* 1335b 20 ss.) como forma de control de natalidad. Sólo los pitagóricos niegan la licitud del aborto (Carlos GARCÍA GUAL, «Introducción» en *Tratados hipocráticos*, op. cit., pág. 80).

⁹¹ Robert M.VEATCH, Carol G. MASON, «Hippocratic vs. Judeo-Christian medical ethics: principles in conflict», en *Journal of Religious Ethics*, 15, 1986, págs. 86-105.

⁹² Albert R. JONSEN, *The New Medicine and the Old Ethics*, op. cit., pág. 65.

Es importante señalar que tanto para la tradición religiosa como secular esos privilegios no son *merecidos* sino *otorgados* en razón de la condición social. Aquellos caballeros trabajaban con mentalidad de servir a los menesterosos enfermos “siendo siervos y esclavos de nuestros señores los enfermos”. El seguimiento de este *deber civil* de servicio al enfermo procedía pues de un mandato moral del “Señor” para aquellos vasallos en la tierra que demostraran un espíritu heroico de sacrificio, de servir al enfermo sin atender a riesgos ni costes. El aprecio por esas vidas heroicas de «caballeros hospitalarios» se tradujo en aprecio por su “espíritu noble”, su aristocracia, en cuanto que vidas “escogidas” que se dedicaban a intereses moralmente elevados.

La práctica de esa “servidumbre” para con la enfermedad y el enfermo buscaba alcanzar una “excelencia” al cumplir con un deber elevado: la ética de la “*noblesse oblige*”. Ya no se trataba de representar al «buen Samaritano» bíblico sino de cumplir con un deber religioso y moral por el *status* noble poseído plasmado en el deber de atención médica y que contribuiría en consecuencia a su “ennoblecimiento”. La asistencia al enfermo implica un acto de gratitud por la “noble” condición y que se expresa de la mejor manera cuidando a los menos afortunados⁹³.

En este hecho podemos observar la construcción de un símbolo ideológico de la profesión médica que no atañe directamente al discurso teológico sino al político a pesar de su trasfondo de legitimidad religiosa, un símbolo que va a servir a los intereses particulares de la profesión médica en la proyección de su imagen pública y en la defensa de una posición ideológica en la política.

Sin que desde aquí podamos apreciar el alcance histórico real del papel de esa “aristocracia médica”, sí es fundamental para nuestro trabajo la *evocación* que los historiadores de la ética médica hacen de esos hechos como una hipótesis de partida para fundamentar la herencia de “aristocratismo” en una profesión también denostada históricamente hasta finales del siglo XIX como es la profesión médica.

La tesis de Jonsen es que la élite de la clase médica de finales del siglo XIX y principios del XX parece haber suscrito esta ética, incorporada en los tratados de moral médica continentales y los primeros códigos deontológicos anglosajones, aunque después perduraría en la mentalidad de muchos médicos, formando parte del *éthos* profesional, en la construcción de una identidad médica determinante en la relación con

⁹³ A. R. JONSEN, *A Short History of...*, págs.16-17 e *ibíd.*, *The New Medicine and ...*, op.cit., pág. 65.

los pacientes, con el poder político y con otros trabajadores especializados del campo sanitario⁹⁴.

Un reflejo de la pervivencia de ese *éthos* aristocrático es la fuerte tendencia a la defensa corporativa, que sigue el modelo de la defensa de una “fortaleza”, si seguimos con la metáfora medieval, aquí en un sentido fundamentalmente político e ideológico. Esto es, la defensa de la integridad institucional y de sus poderes y privilegios en una sociedad dividida que se extiende a la de los miembros de esa institución por la principal razón de su pertenencia a la misma; la defensa en general de los intereses de la profesión (una línea de actividad y de relación con sujetos ajenos a la misma constitutivas de una imagen de la profesión que se pretende defender, o la defensa de intereses más evidentes de orden económico o político frente al Estado) o la defensa de su *status* social como posición de clase, por ejemplo.

Esta cualidad de la “nobleza” o “aristocracia” del oficio médico pervive hasta nuestros días, según Jonsen, por ejemplo en actitudes que manifiestan una mentalidad arrogante y estrecha. Un *éthos* que nunca parece olvidar su posición de superioridad en la escala social⁹⁵. Estas actitudes parecen ser el resultado del asedio económico y político-social contemporáneos a esta “noble” labor que provoca que sus ejercientes sean propensos a reaccionar con distanciamiento en sus relaciones con los pacientes y los profanos. Distanciamiento que, respecto de los primeros, se refleja también en la tradicional conducta “paternalista” y “proteccionista” de los médicos⁹⁶.

“En el último siglo, la nobleza de la medicina ha adquirido un gran poder: el monopolio de la profesión ha creado grandes instituciones y controla amplios recursos económicos. Su control ya no yace en la espada sino en el poder de prescripción. Aunque en años recientes dicho poder ha sido erosionado por el gobierno, las compañías de seguros, por los tribunales y por los legisladores”⁹⁷.

Lo cual ha exacerbado en algunos casos el giro de aquel *éthos* caballeresco de la “*noblesse oblige*” a la protección prioritaria del *status* y los propios intereses⁹⁸.

⁹⁴ A. R. JONSEN, *The New Medicine ...*, op.cit., págs. 68 y sigs.

⁹⁵ *Ibíd*, pág. 81.

⁹⁶ John L. YOUNG, en una reseña al libro de Albert R. JONSEN, *The New Medicine and the Old Ethics*, op. cit., en «Journal of the History of Medicine», 47, enero 1992.

⁹⁷ A. R. JONSEN, *The New Medicine...*, op. cit., pág. 74.

⁹⁸ “El ‘*éthos* aristocrático’ revela la tendencia de la *noblesse oblige* a convertirse en *noblesse protégé* y de la ‘dedicación al servicio’ al ‘propio interés’ (*Ibíd.*, pág. 133). “Aún en su forma benigna, en esencia se trata de un *éthos* capaz de ser dominado por el propio interés” (pág. 75).

La defensa de este aristocratismo profesional puede encuadrarse en la ideología conservadora postrevolucionaria del XIX. No se trata ya del tópico de la defensa de los valores tradicionales frente el racionalismo individualista de la ilustración por parte de personalidades representativas de la clase médica. Se trata particularmente de la defensa corporativa de unas determinadas estructuras de autoridad tradicional en las que las corporaciones (familia patriarcal, Iglesia, estamento, gremio) reivindican su posición de mediación entre la sociedad y el Estado pero con un carácter autónomo, independiente y en las que perviven vínculos de fidelidad, sujeción personal, temor, etcétera.⁹⁹ Es decir, reivindican un grado sustancial de autonomía, un espacio donde desplegar su propia autoridad “en un ideal que crea una civilización fuera del caos”¹⁰⁰. Así pues, reivindican una libertad interna de la corporación para el diseño de un tipo de orden basado, en el caso de la profesión médica, en una relación de padre a hijo, por la *posesión* de valores reconocidos socialmente como la acción experta, graciosa y noble del padre médico frente al desvalido e ignorante hijo enfermo.

En este contexto hay que tomar con mucha cautela propuestas actuales como la de la realización de una ética de la virtud en el ámbito profesional basada en la aspiración a la «excelencia» como *exigencia moral* a todo profesional¹⁰¹. Una propuesta que trataría de recuperar aquel espíritu «aristocrático» del héroe de la antigüedad y del caballero medieval en el contexto político-cultural de las democracias actuales y que, en nuestra opinión, no deja de ser una propuesta retórica y vacua, que en la práctica conduce a los hábitos que precisamente Jonsen critica. Esto es, el reforzamiento de un conservadurismo ideológico que la democratización formal no puede salvar, basado en una simbología de la *distinción* social y que forzosamente tiene su reflejo en un vaciamiento mayor de la autonomía decisoria de los pacientes resultante de la práctica de aquellas actitudes “paternalistas” y “proteccionistas” de la profesión, en la actualidad más o menos encubiertas o disimuladas por mecanismos aparentes de democratización de la relación médico-paciente.

⁹⁹ Para entender la caracterización del conservadurismo en la ideología política moderna véase Robert NISBET, *Conservadurismo*, Madrid, Alianza, 1995.

¹⁰⁰ Albert R. JONSEN, *The New Medicine...*, pág. 65.

¹⁰¹ Adela CORTINA, *Universalizar la aristocracia. Por una ética de las profesiones*, en «Claves de razón práctica», 75, 1997, págs. 46-52.

a) Las universidades

De forma paralela al resurgir de la medicina helénica y la necesidad de revestir su filosofía moral, así como la de la medicina judeo-arábica recibida, de *hábitos* romano-apostólicos retorna la regulación jurídico-política del oficio médico con el reforzamiento político de la Iglesia y el afianzamiento del cristianismo. Durante los siglos XIII y XIV, coincidiendo con la fundación de facultades médicas en las nacientes universidades europeas, la enseñanza y el oficio médico se *profesionalizan*, en el sentido de que progresivamente caen fuera de la vida monástica y fuera de la competencia de los sacerdotes-médicos aunque bajo férreo control papal¹⁰². A este hecho organizativo de la actividad médica como un saber no sobrenatural y una técnica que pasa a tener titulares específicos, aquellos que se dediquen y sean evaluados aptos para esa titularidad, hay que sumarle el control, por un lado, y el impulso jurídico-político de esa actividad, por otro, por parte de los poderes religioso y civil.

Como ya vimos, ya en el siglo XII, cuando la legislación canónica comienza a interesarse por la práctica de la medicina, primero limitando y posteriormente prohibiendo su ejercicio por parte de los clérigos, el poder temporal político-religioso manifestaba un interés específico en el control de la actividad médica¹⁰³. Consolidado el poder jurídico-político de la Iglesia ésta extendió su control a toda actividad intelectual disidente, es decir, que cuestionara tanto su autoridad moral sobre las “almas” como sus propios intereses “terrenales”. De este control tampoco escapaban las universidades¹⁰⁴.

Los títulos académicos de las universidades medievales adquirirían un valor que iba más allá del ámbito estrictamente académico, y que respondía a razones políticas. El

¹⁰² Más abajo trataremos la aparición de la noción de «profesión» y «profesionalización» en relación con sus orígenes religiosos. Ahora para entendernos en este contexto histórico previo a la Reforma cristiana nos guiamos por el significado de «profesionalización» como un proceso en el que una ocupación adquiere carácter institucional, esto es, que es reconocido por el poder jurídico-político no obstante su progresiva autonomía en la organización, calificación y control de la actividad profesional adquirida tras un aprendizaje común de fuentes más o menos homogéneas (como en este caso era la medicina hipocrática, galénica y de Avicena).

¹⁰³ Concilios de Clermont (1130), Reims (1131), Londres (1138), Letrán (1139), Montpellier (1162 y 1195), Tours (1163), Paris (1212) [P. LAÍN ENTRALGO, op. cit., pág.142].

¹⁰⁴ Por ejemplo, ya en el siglo XIV en la facultad de medicina de la universidad de Padua, por sus tendencias averroístas, al intentar conciliar la fe cristiana con el aristotelismo y el galenismo arabizados levantó sospechas del Santo Oficio. Algunos médicos fueron perseguidos por su “cientificismo” y sus teorías que cuestionaban la providencia divina acabaron siendo consideradas heréticas (Marcel SENDRAIL, op. cit., págs. 223-224).

valor de la *licentia* radicaba fundamentalmente en su consagración como autorización papal y monárquica. Al dejar de reconocer la autoridad del canciller de la catedral o de otros dignatarios eclesiásticos locales para las habilitaciones profesionales y caer el reconocimiento de los títulos bajo jurisdicción papal, éstos adquirirían validez para una habilitación universal del ejercicio de la profesión.

El título universitario que certificaba la habilitación deviene así en *propiedad constitutiva de la profesión*, acredita capacidad y mérito del habilitado como para ser considerado un “elegido para ocupar los cargos mejor pagados y de mejor prestigio dentro de la sociedad”¹⁰⁵. Las cualidades certificadas de *capacidad* y *mérito*, utilizadas como razones, han permitido desde entonces *distinguir* al profesional universitario de cualquier otro practicante del mismo área de trabajo. Estas cualidades otorgadas no demuestran nada en sí mismas sino en cuanto son publicitadas por la autoridad mediante el título que, en *propiedad* del habilitado, indica que éste posee la “educación teórica del más alto nivel”, es decir, la reconocida como tal por el poder jurídico-político y religioso, y que durante la Edad Media constituía una formación de prestigio frente a la formación esencialmente «práctica» o «mecánica»¹⁰⁶.

“El significado ideológico del título académico queda patente en la configuración de una *identidad* añadida a la persona que lleva aparejada su inclusión en un grupo social que persigue aquellos intereses específicos que permitan su reproducción como institución. Además, es utilizada como herramienta para reconocer y distinguir el *status* social del profesional y determinar así sus relaciones de poder con otros profesionales, no titulados, profanos y con el resto de la sociedad”¹⁰⁷.

En la Edad Media las universidades seguían el sistema de enseñanza impuesto por la teología escolástica. La tarea principal de la escolástica bajomedieval respecto a

¹⁰⁵ SALINAS ARAYA, Augusto, *Tradición e innovación en la medicina española del Renacimiento*, op. cit. La consideración del «título» o «licencia» como «justo título», en sentido jurídico, de propiedad privada para oponerlo frente a terceros es una muestra de la secularización posterior de la profesión liberal por la penetración en ese ámbito de división social del trabajo de los principios teóricos del iusnaturalismo ilustrado y que, según Jonsen, tiene su exponente más notorio en la influencia de la teoría política de John Locke a lo que hay que añadir su propia vinculación personal con la profesión médica (Albert R. JONSEN, *The New Medicine and the Old Ethics*, op. cit., págs. 80 y sigs.).

¹⁰⁶ De manera que las profesiones universitarias junto con el poder creciente de los colegios profesionales para regular el ingreso del habilitado en la profesión van a tener la facultad de mantener el monopolio legal o *de facto* sobre el ejercicio de la actividad (SALINAS ARAYA, Augusto, *Tradición e innovación en la medicina española del Renacimiento*, op. cit.). Aunque con Freidson parece más conveniente hablar de proceso hacia esa monopolización de la actividad médica que no se lograría hasta el siglo XIX, es decir, hasta que sea reconocida como “autoridad experta”, en función de sus resultados más que en su “prestigio” o su imagen autocreata (Eliot FREIDSON, *La profesión médica*, op. cit., pág. 23).

¹⁰⁷ SALINAS ARAYA, Augusto, op.cit.

la transmisión del saber médico consistía en acomodar la teoría griega de la enfermedad y los «humores» a la doctrina del alma. En estas enseñanzas se organizaban los comentarios a las traducciones de textos clásicos de la medicina con el planteamiento de problemas en términos de *quaestiones* estructurados lógicamente y basados en la *evidencia* y *autoridad*. Por lo que en este tipo de enseñanza se potenciaba el conocimiento de las lenguas clásicas, la capacidad memorística y la erudición. Esta “cultura libresca” o de “alto nivel teórico”, potenciada a partir de la implantación de la imprenta en el siglo XV, distanció el estudio práctico de la medicina, de manera que ésta entró en un periodo de “opacidad” hasta el siglo XVIII con respecto al tacto y la experiencia, esenciales para el desarrollo del conocimiento científico-médico¹⁰⁸.

Esta enseñanza universitaria medieval incluía además la construcción de un modelo subjetivo del médico ideal a partir de las instituciones morales del catolicismo, el cual, en definitiva, daba *forma* religiosa a usos propios de la profesión encaminados a conquistar un espacio de poder a través de su aceptación social¹⁰⁹. Tal forma religiosa, impuesta por la fuerza centrípeta del catolicismo, suponía la voluntad de seguir manteniendo un estrecho vínculo entre la actividad profesional (la medicina que iba hacia su autonomía y su secularización) y la Iglesia.

En cualquier caso, durante la Edad Media se concibió básica aquella forma *erudita* de enseñanza del saber médico frente a una práctica mecánica de contacto con la sangre de otros oficios curativos no eruditos.

La mirada médica no se dirigiría hacia el cuerpo enfermo hasta prácticamente el siglo XIX. La razón no era únicamente la de la influencia de la moral religiosa del *abboret a sanguine* pensada para los ejercientes del ministerio sino más bien por una cuestión de *distinción social* entre médicos y cirujanos. Éstos solían carecer de la

¹⁰⁸ Rosa Martha ROMO BELTRÁN, *La medicina y la universidad: mitos y conflictos*, en «Colección Pedagógica Universitaria», 29, Instituto de Investigaciones en Educación. Universidad Veracruzana, enero-junio 1998, págs. 119-138, citando a M.FOUCAULT, *El nacimiento de la clínica*, op. cit., págs. 4 y sigs.

¹⁰⁹ Así, la necesidad de la que hablaba Guillermo de Saliceto de la universidad de Bolonia en el siglo XIII, cuando describía la figura del “buen médico”, que éste adquiriera *solemnitas* frente a la sociedad y en la relación particular con sus pacientes. Se trata de un concepto, el de *solemnitas*, que traducía a términos de ritual religioso y gravedad en el juicio médico el *decorum* profesional del médico a la hora de dar una información dolorosa. La confianza transmitida por medio de la actitud *solemne* acrecentaba “el honor y la fama, así como la eficacia y el buen fin de la actividad médica”. La *solemnitas* obtendría así un protagonismo permanente en el *decorum* médico para que éstos trabajen con el objeto de establecer una profesión estimada por el público (Albert R. JONSEN, *A Short History of...*, op. cit., pág. 23).

formación teórica universitaria de los médicos y eran considerados socialmente cuanto menos como “carniceros”.

La asimilación tanto de las actividades de los médicos como de las de los cirujanos a las «artes mecánicas» hacía que fueran especialidades devaluadas frente a los saberes más “elevados” de las «artes liberales», saberes basados en la formación exclusivamente teórica y erudita a la que el conocimiento médico impartido en las universidades medievales deseaba tender y poder distinguirse de los oficios manuales¹¹⁰.

En esa época el reconocimiento oficial de la medicina se basaba en su proceso de aprendizaje universitario pues se consideraba que únicamente a través de los criterios impuestos por éste podía habilitarse a una persona en el ejercicio curativo¹¹¹. Es decir, criterios de “cultura libresca” reconocidas por el poder político.

Sin embargo, en el mundo del trabajo artesanal la medicina era altamente considerada no como «arte liberal» sino como «oficio» precisamente por su carácter práctico, cotidiano, con una formación necesariamente personalizada y en contacto tripartito entre médico, aprendiz y enfermo. Esto es, un saber necesariamente técnico cuya cualificación no podía quedar en manos de cualquiera sin su formación dentro de un gremio o «cuerpo» de maestros especialistas y sin estar sujeto personalmente al control de ese «cuerpo». Y este dato es especialmente importante cuando tratemos el reconocimiento del trabajo artesano como profesión por parte de la Reforma luterana y el Estado moderno.

En este sentido, los estudios de sociología de las profesiones señalan un origen común de los «oficios» (las ocupaciones manuales, cualificadas pero sin reconocimiento universitario) y las «profesiones» (“artes liberales”, ocupaciones vinculadas a la formación universitaria) y es el relativo a su vinculación a «corporaciones», es decir, la

¹¹⁰ Rosa Martha ROMO BELTRÁN, *La medicina y la universidad: mitos y conflictos*, op. cit. Si bien, esta distinción de la época helenística, ya mencionada más arriba, entre las siete «artes liberales» (*Trivium* o artes del *decir*, gramática, dialéctica y retórica y *Quadrivium* o artes de lo *dicho*, aritmética, geometría, astronomía y música), frente a las «artes serviles» y las «artes mecánicas», seguía vigente en la Edad Media, los saberes crecieron en esa época y a la multiplicación de cátedras de derecho, teología y medicina en cada área de conocimiento se formaron las facultades correspondientes que unificadas bajo una administración común formaron las *Universitas Magistrorum et Scholarum*, que en la España de las Siete Partidas de Alfonso X era *Ayuntamiento de Maestros y Alumnos con voluntad de aprender los saberes*. De esta manera un *oficio mecánico* con una importante base teórica como la medicina acabó siendo reconocida como *arte liberal*, esto es, una profesión con formación universitaria y práctica hasta cierto punto independiente, un medio de vida basado en la *libre* relación contractual o de pacto tácito entre médico y paciente y no propio del clero ni de la aristocracia.

¹¹¹ Vernon L. BULLOUGH, *The Development of Medicine as a Profession*, New York, Hafner Publishing, 1966, citado en Eliot FREIDSON, *La profesión médica*, op. cit., pág. 29.

pertenencia a entidades reconocidas social y políticamente, creadas en torno a una determinada ocupación en las que los miembros, unidos por vínculos morales y por el respeto reverencial a las normas correspondientes a su *status*, poseen unos derechos y unas obligaciones propios, también reconocidos, y que regulan la actividad en régimen de monopolio, las condiciones de pertenencia a la corporación y sus privilegios en su relación con el poder político. Así, el trabajo de determinados oficios y profesiones se distingue de aquellos trabajos manuales de personas que carecen de derechos en una sociedad estamental. No obstante la propia distinción entre «oficio» y «profesión», indica una división social estructurante del trabajo que a lo largo de los siglos ha atribuido connotaciones valorativas que diferenciaban a su vez entre el trabajo básicamente intelectual y el trabajo realizado principalmente con las manos; ocupación “elevada” y ocupación “baja”; trabajo “noble” y trabajo “vil”, etcétera, a pesar de la “lucha” de las corporaciones de los oficios manuales (no artistas, sino artesanos) por mantener una calidad y dignidad de su oficio a través de esas organizaciones¹¹².

b) Los gremios

El saber médico bajomedieval se canalizó, pues, principalmente en las universidades. Pero no sólo en ellas.

En una época en la que el control eclesiástico sobre la formación universitaria excluía la práctica médica extrauniversitaria, la necesidad de institucionalizar y normalizar una práctica profesional ajena al monopolio papal se reflejó en la consolidación de las organizaciones gremiales urbanas, asociaciones, ligas profesionales, colegios, hermandades, que buscaban alcanzar una capacidad propia para fijar derechos y deberes de sus miembros en el ejercicio del oficio que representaban así como el reconocimiento de su poder para determinar el contenido de las enseñanzas del oficio, la socialización interna de sus miembros y las características de la inserción profesional¹¹³. La generación de los gremios, cofradías, hermandades de oficios como

¹¹² DUBAR, Claude, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 2000³, pág. 126.

¹¹³ En este sentido, “la permanente pugna entre reconocimiento [oficial] *versus* desconocimiento [de la profesión médica] acentúa la importancia de las corporaciones como otro elemento legitimador de la profesión pues, si bien en varios periodos históricos la práctica médica es desconocida en las universidades, son las asociaciones las que permiten no sólo la integración de los agremiados, sino

precedente de las corporaciones profesionales era reflejo de la organización existente de la actividad mercantil en corporaciones con estatutos propios, esto es, con una autonomía respecto el poder político civil y eclesiástico y que aglutinaban los primeros mercaderes potentados constituidos en una clase social específica de los burgos.

A partir del siglo XIII aparecieron ya en Europa «colegios» y «cofradías» o «gremios» del oficio médico a los que se confiaba el suplir las deficiencias científicas y didácticas de las universidades creando su propia «escuela». Estas instituciones también se encargarían de “hermanar” a los miembros, mediante estrictos códigos de honor internos sobre cuyo juramento se testimoniaba la “profesión de fe” en el oficio y en la fidelidad a sus competencias, frente a la incompatibilidad entre los intereses personales del miembro y los de la corporación. La adscripción al gremio otorgaba al nuevo miembro un estatuto especial, distintivo, de clase y que podía oponer frente a la concurrencia de los no titulados, curanderos, clérigos ejercientes y charlatanes.

“Pronto, grupos de médicos instruidos en la universidad formaron sus propios *collegia* según el modelo gremial. Los gremios medico-quirúrgicos y los *collegia* entraron en complejas relaciones con las facultades universitarias, en ocasiones, disputándose el control y la licenciatura de los médicos. En 1271, la facultad de la Universidad de París emitió unos estatutos separando estrictamente la responsabilidad de médicos, cirujanos y boticarios cuyas competencias fueron diferenciadas en relación con su magisterio de la *scientia medicinae* adquirida en la universidad. La facultad misma no tenía poder para imponer esos estatutos pero pudo persuadir a la autoridad civil y religiosa a que llegasen a acuerdos con los *collegia*”¹¹⁴.

En España estos «colegios» no serían instituciones oficiales hasta el siglo XVIII. Su antecedente más próximo fueron las Cofradías de médicos y cirujanos, como las de San Lucas, San Cosme y San Damián creadas en el siglo XVI, con autoridad absoluta en el ámbito profesional urbano y, dotadas de un fuerte carácter comunitario-religioso. Estas Cofradías ejercieron un control profesional efectivo, de defensa de intereses de clase, colaborando con la autoridad civil en la represión del intrusismo, limitando el número de sus miembros y fijando las normas para delimitar las competencias de cirujanos, boticarios y de otros oficios sanitarios menores, todos subordinados a la autoridad de los médicos¹¹⁵.

también su subsistencia y la organización social de la ocupación” (Rosa Martha ROMO BELTRÁN, *La medicina y la universidad: mitos y conflictos*, op. cit.).

¹¹⁴ Albert R. JONSEN, *A Short History of...*, op. cit., pág. 24.

¹¹⁵ Luis GRANJEL, *Historia política de la medicina española*, Salamanca, Universidad de Salamanca-Real Academia de Medicina de Salamanca, 1985, págs. 204-205.

La corporativización profesional de los médicos implicaba, en definitiva, la formación de una corporación de clase para distinguir la actividad de sus miembros en la división social del trabajo, en este caso, curativo.

En una sociedad estamental, el régimen estatutario de aquellas corporaciones de oficios o profesiones, artesanales o mercantiles, suponía la introducción a través de la división del trabajo de un nuevo criterio de división social no dependiente de la pertenencia por nacimiento a uno de los tres estados del feudalismo, que seguía vigente, sino la pertenencia a un tipo de estrato social con privilegios, reconocimiento y poder mediante la *promoción individual*. El régimen estatutario de pertenencia a un grupo de actividad económica, en manos de la floreciente burguesía urbana, introdujo en lo que sería el futuro ideario político moderno un proyecto de organización social que posibilitaba la movilidad social vertical, una vez abolida la sociedad estamental, en función de la capacidad económica, es decir, de la propiedad privada del individuo. Evidentemente esto se convertiría en ideología, en la sustancia de la retórica liberal en la que se representa abstractamente al individuo libre de sujeciones, libre de contingencias contextuales determinantes de su trayectoria vital, libre de atributos condicionantes, con el único bagaje de su voluntarismo y raciocinio que lo capacita para dicha movilidad social.

Sin embargo, las corporaciones profesionales, los gremios de artesanos y los diferentes oficios que agrupaban las actividades de la burguesía, al buscar un medio de distinción social respecto de otros grupos sociales pertenecientes al mismo estamento, pretendían reproducir los vínculos de sujeción de la sociedad estamental en el seno de sus corporaciones limitando el acceso a su *status*, haciendo de éste una señal de identidad de por vida, regulando sus prerrogativas sobre la actividad, estableciendo en definitiva un *derecho propio*.

Los gremios, cofradías, corporaciones de oficios y profesiones medievales constituían auténticas «comunidades morales» en las que se potenciaba la vinculación personal y vital a los intereses de la agrupación mediante lazos de tipo emotivo o creencial¹¹⁶. Particularmente se habla de la reivindicación de una “dignidad” y una

¹¹⁶ SEWELL, W. H., *Gens de métier et révolution*, Paris, Aubier, 1984, pág. 53. Rosa Martha ROMO BELTRÁN (*La medicina y la universidad: mitos y conflictos*, op. cit.) define el gremio como asociación voluntaria en la que los hombres se agrupan para perseguir de una manera consciente fines comunes y en la que “mezclan fines religiosos con fines económicos y de ayuda recíproca” y donde “predominan las relaciones personales que se inmiscuyen en la esfera de vida del individuo ligándolo a la asociación”. Y añade, “los numerosos elementos ceremoniales y la vinculación a la tradición de esas asociaciones fortalecían aún más su carácter de grupos vitales, es decir, nacidas de una adhesión libre, adquirieron con

“calidad” de la actividad desempeñada por los miembros de la corporación a través del compromiso que éstos adquirirían al realizar el juramento público solemne de adhesión a la comunidad profesional o del oficio y el cumplimiento de sus normas sobre el ejercicio. Lo cual indicaba oficialmente haber superado un largo proceso de aprendizaje con la consiguiente aprobación por la posesión de la pericia y conocimiento suficientes.

El vincularse a esos gremios, cofradías, cuerpos o *collegia* otorgaba a los miembros un “estatuto jurado” aceptado y reconocido por el poder real. Este *status* estaba socialmente legitimado e incorporado en cada miembro gracias a “la eficacia simbólica de los ritos sociales”¹¹⁷. Por tanto, no se trataba sólo de la adquisición de conocimiento y pericias técnicas lo que proyectaba socialmente al miembro del gremio o cofradía sino también el hecho de pertenecer de por vida a una comunidad moral, vinculado bajo solemne juramento de fidelidad a un santo patrón, en la que el miembro era *investido* como profesional o artesano y que en dicha investidura el nuevo miembro pasaba a ser titular oficial de todo un *capital* simbólico oponible a cualquier intruso y también ofertable como mercancía¹¹⁸.

Aquellos elementos simbólicos constituían además signos de identidad personal en los que la posición, *status*, y distinción social del médico quedaban reflejados. De manera que, mediante esas apariencias, el interés personal del miembro del gremio médico y los intereses generales de esta corporación coincidían. Su posición de clase representaba la posición de clase de toda la profesión. El médico singular representaba así, externamente, al conjunto de la profesión.

El mismo lenguaje corporativo ha utilizado la noción de *status* para indicar el *compromiso de por vida* que supone la pertenencia a una corporación. Esta noción, ligada a la organización social estamental del medioevo continuó vigente durante el Antiguo Régimen integrada en un sentido que confería el momento socio-político, esto

el tiempo un carácter forzoso constituyendo así el precedente de los colegios profesionales modernos que se ciñen a sus límites y funciones específicos y no vinculan a los individuos en su propio destino vital”.

¹¹⁷ DUBAR, Claude, *La socialisation...*, op. cit., pág. 128, citando a J. HEILBRON, «La professionnalisation comme concept sociologique et comme stratégie des sociologues», en *Historiens et Sociologues aujourd'hui*, Paris, CNRS, págs. 61-78.

¹¹⁸ Esa *investidura* aporta símbolos aparentes (títulos, sellos, modos públicos de vida, hábitos de grupo, etc.) y símbolos de poder ocultos: por ejemplo, la posesión de conocimientos y de una formación que otorgan un poder de definición de los problemas y la solución técnica a los mismos a partir de aquella definición. Es decir, el poder de trasladar al campo profesional los problemas de los legos y determinar su solución únicamente a partir de la lógica del lenguaje experto. La posesión de estos elementos que configuran una estructura de poder específica de la profesión lo llamaremos siguiendo a Pierre Bourdieu «capital simbólico».

es el de la consolidación del poder corporativo de los oficios y el de la concentración del poder soberano estatal en la figura del monarca absoluto. En la *lettre patente* de 1585 del rey Enrique III de Francia se ratificaba el estatuto de unos oficios estableciendo “susodicho Estado en perpetuidad” lo cual significaba que el poder jurídico-político del Estado intervenía transformando el anterior “estatuto jurado” religioso de las antiguas corporaciones definitivamente en “cuerpos, cofradías y comunidades” instituidos por la autoridad real, es decir, corporaciones con privilegios y derechos reconocidos pero como un cuerpo permanente dentro del Estado y en los que los miembros pertenecen a dichas corporaciones hasta el fin de sus vidas. Se creó así un nuevo estamento, el estamento corporativo referido a las profesiones artesanales (incluida la profesión médica). El *status* de ese estamento social consistía en la “dignidad y la calidad” del oficio correspondiente “a los más estables e inseparables [estados] de un hombre”, de manera que cuando un miembro entraba a formar parte del oficio o la profesión adquiría un estado, una condición social particular, y una cualidad ontológica permanente. Con ésta el miembro de la corporación podía distinguirse de aquellos que ejercían la misma ocupación y no pertenecían a la organización o de los que ejercían otras profesiones¹¹⁹.

Por consiguiente, el elemento determinante en la cohesión de intereses corporativos con los intereses personales del miembro del gremio consistía en el *poder de socialización interna* del gremio el cual determinaba ciertos hábitos comunes a todos los miembros del gremio formados en su seno y, en consecuencia, una conciencia respecto la *excelencia* o *calidad* de su profesión.

El establecimiento de vínculos de “fraternidad” corporativa, en virtud de un pacto originario entre el futuro médico y la institución corporativa de la que iba a formar parte *mancomunadamente*, y la asimilación de esos hábitos comunes como un signo identitario de la profesión acababan por configurar un *éthos* específico de la profesión distinguible socialmente y que se vería reflejado en los correspondientes códigos morales del gremio.

“Otra característica de las asociaciones es posibilitar la socialización de sus miembros a través de los años de convivencia, lo que permite la transmisión de cierto tipo de comportamientos que van a ser requeridos tanto por la clase social como por el grupo laboral al que se pertenece, desarrollan además ciertas actitudes típicas en cada uno de los que integran el gremio. Dichas

¹¹⁹ DUBAR, Claude, *La socialisation...*, op. cit., pág. 129. “El estado de un artesano determinaba definitivamente su posición dentro del orden social y definía sus derechos, dignidades y obligaciones de una manera bastante similar, aunque a un nivel más elevado, a la pertenencia de un individuo a uno de los tres estamentos del reino, la nobleza, el clero y el Tercer Estado. Se consideraba pues la profesión como un medio para asentar su posición en la vida” (ibíd.).

actitudes se van a reflejar en las relaciones cotidianas, de tal forma que desde la Edad Media es posible detectar que a través de las asociaciones los grupos profesionales van constituyendo un *éthos*. En la formación artesanal es donde vamos a encontrar los antecedentes de las asociaciones, las cuales conservan rasgos tales como una convivencia prolongada, a través de la cual se comparten diversos esquemas sociales y operativos, lo que moviliza también la conformación del *éthos* gremial¹²⁰.

Hanna Arendt ha descrito la estructura “doméstica” o “privada” como un espacio de socialización propia del universo cristiano que imperó incluso en este tipo de instituciones medievales corporativas y que a partir de la Revolución francesa acabaría por abrirse a la intervención del poder político, introduciendo en su interior el elemento de autonomía, de libertad individual frente a la cohesión familiar o doméstica y a la vez la función *pública* o de interés nacional de las actividades de estas corporaciones.

Esa esfera doméstica o privada absorbió durante cierto tiempo *toda* actividad humana, de manera que en aquel mundo tradicional no existía una “esfera pública” o “política” autónoma. El ámbito de *lo común*, del “bien común” entre los *cristianos* se refería, en el análisis de Arendt, a la existencia de *intereses en común* entre particulares como una *exclusiva* “esfera privada común” en la que la tarea individual consistía en “conservar su intimidad” y “atender a su propio negocio si uno de ellos tomaba sobre sí la tarea de cuidar ese interés común”. Este esquema trasladado a la vida corporativa mostraba también esa confusión entre el propio interés del miembro con el interés común de la corporación y que era presentada como una coincidencia de intereses en los fines cristianos en lo ético o en los fines económicos en lo político, en su relación con el Estado.

“El copo de todas las actividades humanas por la esfera privada y el modelado de todas las relaciones de los hombres bajo el patrón doméstico alcanzó a las organizaciones profesionales en las propias ciudades, a los gremios, *confrèries* y *compagnons*, e incluso a las primeras compañías mercantiles, donde «la original ensambladura familiar parecía quedar señalada con la misma palabra ‘compañía’ (*compains*)... [y] con frases tales como ‘hombres que comen de un mismo pan’, ‘hombres que tienen un mismo pan y un mismo vino’»¹²¹.

Esta cultura de la “fraternidad” grupal en torno a unos intereses específicos y comunes de estos gremios, cofradías y *collegia* medievales son el embrión del corporativismo secularizado de la modernidad en el que va a representarse la concomitancia entre los intereses privados de la corporación, que a su vez

¹²⁰ Rosa Martha ROMO BELTRÁN, *La medicina y la universidad: mitos y conflictos*, op. cit.

¹²¹ Hannah ARENDT, *La condición humana*, Barcelona, Paidós, 1993, pág. 46, citando a W.J. Ashley, *An Introduction to English Economic History and Theory*, 1931.

representarían la correlación con los intereses particulares de los miembros, y los intereses generales de la nación.

Si partimos de la distinción de Ferdinand Tönnies entre «comunidad» y «asociación» convenimos en la existencia de un proceso evolutivo en el seno de las corporaciones de oficios y artesanos que va desde una estructura social en la que pesan más los vínculos de tipo personal, afectivo o de tipo clánico basados en sentimientos de pertenencia e identidad comunitaria representados por todo un aparato simbólico, ritual y religioso a una estructura social en la que las relaciones internas son cada vez más de carácter instrumental, estratégico, para alcanzar ciertos fines de interés específico para el grupo (el modelo asociativo), sin precisar tanto la cohesión afectiva y personal entre los miembros¹²².

Si bien, las corporaciones profesionales modernas son lo suficientemente complejas como para incorporar en su estructura básicamente instrumental de maximación de poder y de *status* la combinación de elementos “comunitarios” como un cierto sentimiento de pertenencia ya no basado meramente en un sentimiento religioso compartido y la defensa espontánea de los intereses y símbolos del grupo. Estos últimos elementos comunitarios, para lo que nos interesa, pueden estar incluidos en las regulaciones internas de la corporación profesional (estatutos y códigos morales), lo cual responde a fines racionales de legitimación y de reproducción de los intereses de grupo, a modo de normas de moralidad positiva lo suficientemente interiorizadas por los miembros de la corporación como para constituir incluso un elemento de identidad necesaria del sujeto *profesional* y con un poder de disciplinamiento propio, sin necesitar habitualmente de mecanismos de procesamiento y sanción ulteriores.

Volviendo a la lógica organizativa y de socialización de la corporación ocupacional, según lo examinado, el interés de ésta debía coincidir además con la promoción de los intereses específicos de sus miembros, en cuanto que tales intereses fueran compatibles con una garantía *pública* de la «calidad» de su actividad individual sujeta al control de la corporación, esto es, conforme al hábito, usos y costumbres del trabajo profesional del gremio. La convergencia de intereses, propios de cada miembro y los comunes de la corporación debía atender a la posibilidad de que la satisfacción de tales intereses personales supusiera además una proyección de los intereses

¹²² TÖNNIES, Ferdinand, *Comunidad y asociación. El comunismo y el socialismo como formas de vida social*, Barcelona, Península, 1979.

institucionales del grupo, incluyendo junto a la garantía de calidad la «dignidad» del oficio o profesión y la de su ejerciente.

La determinación de la *garantía de la calidad* de la actividad profesional la establecían esas normas, pactos y promesas internas respecto la ayuda mutua entre los miembros del gremio, la prevención de prácticas negligentes y competencias desleales, un sistema propio de honorarios, que a veces chocaba con el sistema impuesto por el poder político civil, y el respeto a una serie de símbolos del oficio representativos de la *dignidad y poder* propios del oficio. Dichos símbolos estaban constituidos básicamente por la regulación de principios ético-religiosos, que en el caso de la medicina medieval y renacentista eran una proyección de aquel “*éthos* aristocrático” y cristiano de la ayuda desinteresada a los enfermos menesterosos y que los sacramentos fuesen administrados¹²³, la idea de la honorabilidad de la corporación y en el ejercicio del oficio o las normas relativas al comportamiento y apariencia social de los miembros. Así,

“la laudatoria opinión que de la dignidad de su saber mantuvieron los médicos renacentistas les condujo a elaborar criterios a los que buscaron ajustar la práctica profesional y a ello hubieron de incorporar los preceptos que el poder real iba a imponerles tras la creación del Protomedicato. Los expositores de preceptos de ética médica en algún modo recogen los ya formulados por médicos medievales, así en la *Sevillana medicina* de Juan de Aviñón, donde se explica “para qué aprovecha el arte de la melezina, pues vino de parte del cielo”. A la normativa formulada por los propios médicos se sumó la que les impuso la Iglesia, cuyo cumplimiento les recuerda una disposición del príncipe don Felipe en 1538 sobre obligatoriedad de acatar las disposiciones canónicas; de los deberes religiosos a que quedaban sometidos médicos y cirujanos en el ejercicio de su cometido tratan, entre otros moralistas, Martín de Azpilcueta en su *Manual de confesores* (1549) y fray Bartolomé de Medina en su *Breve instrucción de cómo se ha de administrar el sacramento de la penitencia* (1579)”¹²⁴.

Las corporaciones profesionales cerraban sobre sí mismas la cualificación y la organización del trabajo que representaban. También monopolizaban toda su simbología y reclamo atribuyendo a los saberes y actividades alternativas de curación un carácter peligroso, negligente, carente de garantía, sin respaldo de los poderes religioso y civil y acusándolas de atentatorias al honor del gremio.

Los símbolos representativos del oficio y de la corporación (el título, los propios códigos morales, la indumentaria, los escudos, el santo patrón, los usos homologados de la profesión ante el enfermo y ante terceros, etcétera) constituían desde su origen

¹²³ Albert R. JONSEN, *The New Medicine and the Old Ethics*, op. cit., págs. 61 y sigs.

¹²⁴ Luis GRANJEL, *Historia política de la medicina española*, Salamanca, Universidad de Salamanca, 1985, págs. 105-106.

propiedad exclusiva del grupo por lo que su apropiación por “falsos médicos” era considerada un fraude. Modernamente gracias a la intervención del Estado y el reconocimiento de la existencia de un *derecho médico* privado, en este caso de *propiedad* sobre la actividad considerara “médica” y sobre la titulación-habilitación profesional, dicha apropiación sería tipificada como «intrusismo profesional», ejercer sin título pero con apariencia suficiente como para inducir a engaño.

No obstante, la mera exhibición de estos símbolos de la profesión y de pertenencia al gremio podía volverse en contra de la profesión en su conjunto si eran usados como meros medios de distinción social que encubrían la ignorancia, la impericia y la codicia de quien los portaba¹²⁵. Por lo que resultaba necesario acompañar a tales distinciones y formas un “control de calidad” de la actividad profesional contando con los conocimientos y técnicas disponibles, entonces francamente limitados. Así que, dado el atraso estructural de la medicina y los escasos medios con los que contaba hasta finales del siglo XIX, era obligado *regular* dicha actividad para fijar unas pautas mínimas de conducta que sirviesen de garantía institucional en la “calidad” de la asistencia. Con un sistema disciplinario propio la regulación de la figura “moral” del médico en relación con los honorarios y demás honores, obtenidos a cambio de la prestación de un servicio poco exitoso pero considerado por la ortodoxia de la clase médica como el más próximo a la “verdad científica” y que la distingue como tal, es un intento de encubrir los fracasos médicos reales y mantener apartado al Estado de la intervención en la organización del trabajo médico mismo. Es sintomático que los tratados de moral médica de los siglos XVII y XVIII sobre todo incidieran de manera determinante contra los *pseudomedici* por sus “métodos no científicos o con las falsas doctrinas de empiristas, metodistas y iatroquímicos” y paralelamente coincidieran en que la primera virtud de la moral médica fuera la «prudencia» entendida como la habilidad para tomar decisiones racionales en situaciones complejas en el marco del cálculo de beneficios o “placer” y costes o “dolor” desde la perspectiva de los propios intereses¹²⁶. Es decir, la censura corporativa a decisiones aventuradas que incrementan

¹²⁵ “Sólo ignorancia y codicia, según los escritores del siglo XVII, será lo que oculte el atuendo con que socialmente se distinguen, por su condición de universitarios, los médicos, la ‘ropilla larga’ con su capa o ‘ferreruelo’, la gorra que cubre sus cabezas y los guantes usados de modo que permitan ostentar la sortija símbolo de la profesión” (Luis GRANJEL, *Historia política de la medicina española*, op. cit., pág. 111).

¹²⁶ Una moral distintiva de la clase médica frente al charlatanismo en la ocupación curativa ya aparece en los primeros tratados sistemáticos de moral médica del siglo XVI (por ejemplo, Gabriele Zerbi, *De cautelis medicorum* de 1495). Aquí pensamos más en los tratados del XVII y XVIII y su función en la construcción de un papel *político* para el médico de clase, es decir, su servicio a la causa del Estado, al

el riesgo y la toma de decisiones racionales sobre la base de una “verdad científica” que distingue a los «médicos» de otros practicantes. Una distinción, por otro lado, con claros efectos sociales desde el punto de vista de la división clasista del trabajo curativo (medicina respecto de cirugía, enfermería, farmacia).

En este sentido debemos observar, de manera paralela el fenómeno corporativo mercantil, que ya durante la Baja Edad Media generó un derecho privado burgués propio, esto es, elaborado sin mediación de la sociedad política y que como fuente privada de derecho acabó por imponerse universalmente, no solo a la comunidad gremial mercantil, sino a la clase burguesa entera¹²⁷. Se trata de un fenómeno que las demás organizaciones corporativas verán como paradigma de la consolidación de un espacio de actuación y competencia autónomo respecto al poder político. El poder creciente de la economía monetaria frente a la de carácter feudal de propiedad de la tierra determina que la actividad económico-financiera de las corporaciones y empresas mercantiles condicione la dirección política de la aristocracia absolutista. La burguesía verá en este papel organizado de su propia actividad el camino para la consecución del dominio político, de su dominio como *la* clase dirigente que no alcanzaría hasta la Revolución Francesa con la previa preparación ideológico-cultural de la población y la ayuda combativa de ésta¹²⁸.

El derecho estatutario surgido de la costumbre mercantil y la jurisprudencia de los tribunales internos de las corporaciones indicaba la existencia de un ámbito de soberanía propio en lo relativo al tráfico económico que se sumaba al derecho común de la tradición civilista romana y el derecho canónico. Era un derecho privado que aspiraba a la exclusividad en la regulación de las relaciones comerciales en las que al menos uno de los sujetos de la relación fuera miembro del gremio, esto es, un «mercader». De manera que este derecho privado corporativo podía extender su ámbito de aplicación

interés general representado en la figura particular del monarca, consistente en lograr *representar* la *medicina oficial* que es la considerada “válida”. En este sentido, los tratados de Rodericus à Castro, *Medicus Politicus* (1614) o el *Medicus Politicus* (1749) de Friedrich Hoffman son ilustrativos (Albert R. JONSEN, *A Short History of Medical Ethics*, op. cit., págs. 50 y sigs.).

¹²⁷ Francesco GALGANO, *Il diritto privato fra codice e Costituzione*, Bologna, Zanichelli, 1980.

¹²⁸ Un proceso que Gramsci describe como de salida de una “fase de primitivismo económico-corporativo” en la que la dirección política de la burguesía era de orden económico y para reorganizar su estructura, fase en la que estuvo anclada la burguesía al poder absoluto hasta finales del siglo XVIII, hacia una “fase más auténticamente política” en la que la dirección política de la burguesía pasa del orden económico de la “estructura” al de las “superestructuras complejas” (la organización política y cultural de la sociedad) (Antonio GRAMSCI, «El moderno príncipe», en *Note sul Machiavelli, sulla politica e sullo stato moderno*, Torino, 1945, págs. 45 y sigs., citado en Francesco GALGANO, op. cit., pág. 8).

respecto otros sujetos que entraran en la relación «mercantil», incluso... la nobleza dirigente. Un derecho que se consolidaba como el derecho particular de una nueva clase social en una sociedad en la que coexistían múltiples derechos particulares, derechos estamentales, ligados a la propiedad de la tierra o derechos de los gremios, cada uno con una aspiración de universalidad.

“Las normas del comercio fueron así sustraídas de la mediación «compromisoria» de la sociedad política; aquellas pudieron abarcar al mismo tiempo los límites comunales y expandirse, como normas profesionales de la clase mercantil, hasta donde se extendían los mercados. Un derecho comercial «grande, universal» -dirá Frémery [*Études de droit commercial*, Paris, 1833, pág. 19]- «como el comercio que lo había producido»¹²⁹.

Con la concentración del poder soberano en el monarca y el centralismo propio de las monarquías absolutas, las corporaciones mercantiles y ocupacionales se van convirtiendo en general en instituciones auxiliares de la monarquía, permaneciendo dentro de su estructura política con funciones de policía sobre la actividad profesional de sus miembros. Ya vimos cómo el Estado reglamenta sobre cuestiones relativas al desarrollo de las actividades de los agremiados, mercaderes o profesionales. Sin embargo, la característica de esa “intervención” del poder político en el ámbito corporativo es que se trata de una subrogación en el papel autoritario del control de la actividad. De la autodisciplina de los mercaderes, profesionales, artesanos propia de la relación comunitaria medieval se pasa a la disciplina autoritaria impuesta por el monarca a sus súbditos en la que la facultad del ejercicio de la actividad es concebida como un privilegio concedido por el soberano, quien a través de las corporaciones expende los títulos. Se produce una estatalización del derecho privado corporativo y una limitación de su alcance pretendidamente universal.

En el ámbito mercantil el derecho privado se extiende al ámbito territorial del reino y su fuente principal es jurídico-pública. Mientras en el ámbito mercantil el soberano “cuida” la actividad del comercio regulando el principio de buena fe contractual contra el fraude, en el ámbito de las profesiones liberales como la medicina regula la persecución del intrusismo profesional. El Estado toma en su monopolio jurídico la regulación de los principios morales básicos de la conducta de los miembros de las corporaciones profesionales y que habían sido producidos directa y autónomamente por ellas y que son, en definitiva, principios esenciales para la supervivencia económica, social y política de estas organizaciones.

¹²⁹ F. GALGANO, *ibíd.*, pág. 4.

Como ya examinamos la progresiva participación de la burguesía en la vida política gracias a los enlaces con la nobleza dirigente y sobre todo a la consolidación de una cultura política netamente burguesa tras la aportación del humanismo renacentista, la Reforma luterana, y toda la construcción ideológica del sujeto y la naturalización de los derechos necesarios para el nuevo orden económico industrial orientarán a las modernas corporaciones, a partir del fin del Antiguo Régimen, a buscar fórmulas contractuales que permitan mantener o recuperar un ámbito de autonomía en la organización de su trabajo.

c) La Reforma y la profesión

El proceso moderno de secularización afectó a la profesión médica (y a su ética), y a las nociones mismas de *profesión* y de trabajo y al sentido social de éstas.

Nuestra atención se va a centrar aquí en la influencia decisiva que tuvo la Reforma protestante, en la concepción religiosa del trabajo profesional a través de una nueva concepción del trabajo que resulta no sólo compatible sino, según las tesis de Max Weber, incluso impulsora del capitalismo y que promocionó la “liberalización” de las profesiones y su reconocimiento como medio de acumulación de riqueza, resultado testimonial del sacrificio ascético en el obrar.

Con relación a las profesiones científicas la Reforma protestante creó las condiciones ambientales intelectuales favorables para que cuajara la concepción científicista baconiana que condicionaba el desarrollo de la ciencia a su *utilidad práctica* y conferir así mayor *poder del hombre sobre la naturaleza*¹³⁰. Con Bacon, por ejemplo, se llegó a una formulación filosófica acerca de la posibilidad de aplicar el conocimiento científico a la mejora de la salud pero que no se concretaría hasta la fundación de los hospitales y ambulatorios del siglo XVIII. Pero, a partir de esas

¹³⁰ “Según Bacon «el verdadero y legítimo fin de la ciencia consiste, simplemente en enriquecer la vida humana con nuevos descubrimientos y nuevo poderío». Dice también Bacon que es importante que los científicos modernos se liberen del prejuicio de despreciar el trabajo técnico y manual si se quiere dar impulso a una ciencia realmente moderna e inserta en el desarrollo de la sociedad” (Stefano SONNATI, *Ciencia y científicos en la sociedad burguesa*, Barcelona: Icaria, 1984², págs. 19-20). Para Francis Bacon hay que considerar el cultivo de la ciencia como “empresa metódica de la colectividad, encaminada a aplicar los resultados de la investigación al dominio de la naturaleza. De Bacon es la famosa afirmación según la cual sólo se gobierna a la naturaleza obedeciéndola, es decir, poniendo en obra sus propias leyes” (A. TRUYOL Y SERRA, *Historia de la Filosofía del Derecho y del Estado*. Vol.2, Madrid: Alianza, 1988³, pág.157).

reflexiones, se sientan las bases de un *dominio* del profesional de la medicina, justificado de forma racional, sobre la naturaleza mórbida del paciente. Por una parte, un dominio “merecido” por la eficacia práctica del conocimiento científico y, por otra parte, un dominio entendido como un «derecho de propiedad» de ese conocimiento por parte de un grupo profesional encargado de aplicarlo sobre los enfermos, en virtud de las teorías filosófico-políticas de la época¹³¹.

Tampoco conviene olvidar la convulsión en las estructuras mismas del poder político que indujeron las propuestas del protestantismo, entre las que cabe incluir un proyecto de intervención del Estado en la formación de «ciudadanos sabios», que quería traspasar el monopolio de la Iglesia al del Estado en los procedimientos de licenciatura y de expedición de títulos, lo que significó un gran paso para el reconocimiento estatal de las profesiones universitarias.

En su *Ética protestante*, Max Weber analiza el proceso de convergencia de los valores religiosos aportados por la Reforma con ciertos valores modernos como la revalorización del trabajo y la profesión para un mundo en el que se potencia el desarrollo de la actividad productiva y la acumulación de capital. El rendimiento en el trabajo profesional está basado según el protestantismo en una conducción metódica, racional y sistemática de la vida profesional en la que los problemas éticos son reducidos al ámbito de la libre conciencia individual y los principios éticos reconducidos a legitimar las obras¹³². En definitiva, lo que Weber pretende demostrar y, además, advierte de manera explícita es que

“no hay que pasar por alto que yo intentaba demostrar precisamente que, a pesar de que la *doctrina* [puritana] era hostil a la riqueza, el espíritu de esta *religiosidad* ascética (igual que en las economías conventuales) parió el *racionalismo económico*, pues *premió* lo decisivo, los

¹³¹ Se trata de una teoría sobre la autoridad (poder) médico basada en la defensa de un pretendido derecho subjetivo de propiedad sobre el conocimiento y la pericia adquirida que la teoría iusnaturalista de John Locke legitima como inviolable y que determina la relación médico-paciente como una transacción comercial (Albert R. JONSEN, *The New Medicine and the Old Ethics*, op. cit., pág. 80 y sigs.).

¹³² También Lewis Mumford defiende la idea del protestantismo como una de las fuentes de desarrollo y justificación espiritual del capitalismo moderno, la unión de las finanzas a la vida religiosa y la conversión del ascetismo religioso, una vez superado, en un *modus vivendi* para la concentración de bienes terrenales y el progreso del mundo: “La vida, con toda su variedad voluptuosa y cálido deleite fue arrancada del mundo del pensamiento protestante: lo orgánico desapareció. El tiempo era real: ¡no lo pierda! El trabajo era real: ¡ejérzalo! El dinero era real: ¡ahórrelo! El espacio era real: ¡conquistelo! La materia era real: ¡mídala! Estas eran las realidades y los imperativos de la filosofía de la clase media” (Lewis MUMFORD, *Técnica y civilización*, Madrid, Alianza, 1992⁵, pág. 58). Conocida es la glosa que hace Carles Soldevila de la burguesía catalana pionera “de áspero bregar, genial ambicionar y ascético vivir”, cercana a ese ideal puritano, frente a la imagen de los burgueses de las generaciones posteriores “de tranquila posesión y gentil acomodamiento” más cercana a la imagen del burgués contemporánea (C.SOLDEVILA, «En la muerte de Isabel Llorach», en *Destino*, septiembre de 1954).

estímulos racionales de tipo ascético. Eso es lo fundamental, y justo éste es el núcleo de lo que aquí decimos”¹³³.

Weber basa su interpretación de estos *estímulos racionales*, que aportó la ética puritana para el desarrollo del capitalismo, en la literatura teológica. Nos interesa particularmente la interpretación que realiza del *Christian Directory* (1678) de Richard Baxter cuyo fundamento en la experiencia práctica pastoral permite a Weber percibir hasta qué punto fue decisiva la *praxis* desempeñada por los poderes religiosos en la configuración del “carácter del pueblo” y, por consiguiente, del capitalismo. El motivo de la selección de ese texto por parte de Weber es

“el deseo de hacer hablar no exclusivamente, pero sí lo más posible, al movimiento ascético de la segunda mitad del siglo XVII, inmediatamente *antes de la transformación en utilitarismo*”¹³⁴.

Para Weber el *Christian Directory*, bajo una óptica religiosa, plantea un giro racionalista y preutilitarista de la idea de trabajo productivo y generador de riqueza, su *fin* moralmente aconsejable, y de la acción del trabajo mismo como *medio* de “agradecimiento a Dios” al servicio del “bien de la mayoría”¹³⁵.

“Es por la *acción* que Dios nos mantiene a nosotros y a nuestras actividades: la obra es el *fin* tanto moral como natural del poder... Es la *acción* lo que más sirve y honra a Dios. *El bienestar público o el bien de la mayoría* ha de ser valorado por encima de nuestro bienestar” (*Christian Directory*, vol.I, págs. 375-376). Aquí se muestra el punto de partida para el paso desde la voluntad de Dios a los puntos de vista puramente utilitaristas de la teoría liberal posterior”¹³⁶.

De hecho ya desde la aportación del humanismo renacentista en la construcción del sujeto como *individuo con voluntad propia* (frente a la omnipotente y determinista voluntad divina del catolicismo) se establecieron las bases para reelaborar una cultura del trabajo productivo al servicio del capitalismo. Una cultura en la que los deseos e

¹³³ M. WEBER, *Die protestantische Ethik I*, op. cit., pág. 166 (en adelante citaremos la versión alemana aunque para la traducción de sus párrafos la cotejaremos con la excelente versión española M. WEBER, *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* (ed. Jorge Navarro Pérez), Madrid, Istmo, 1998).

¹³⁴ Max WEBER, *ibíd*, pág. 166.

¹³⁵ “Pero no puedes abandonar todo empleo corporal o trabajo mental en el que *puedas servir al bien común*. Cada cual, en tanto que miembro de la Iglesia o de la Comunidad, ha de contribuir al máximo al bien de la Iglesia y de la Comunidad. Pasar esto por alto y decir ‘Rezaré y meditaré’ [la práctica católica] es como si tu criado se negara a hacer tu obra *más grande* y se pusiera a hacer algo más fácil y sencillo [‘pues la contemplación place a Dios menos que la realización de su voluntad en la profesión’ – M.Weber]” (Richard BAXTER, *Christian Directory*, op. cit., vol.I, págs 108-109, en Max WEBER, *ibíd*, pág. 168).

¹³⁶ Max WEBER, *ibíd*, pág. 167.

intereses de los individuos serían reconducidos a un elemento motivacional del trabajo generador de riqueza.

En el discurso que examinamos esta moderna cultura del trabajo está orientada, sin embargo, hacia una concepción del trabajo profesional sacrificado, “mortificado” en aras a la *fidelidad profesional* como “servicio de amor y agradecimiento a Dios”, una forma de estimular el trabajo metódico y generador de riqueza sin crear mala conciencia y siendo valorizado socialmente.

Este planteamiento ético-religioso de la profesión será decisivo en la configuración posterior del sentido de las profesiones liberales como la medicina, pues permitirá hacer compatible un discurso de valores y principios éticos especializados para cada profesión con la defensa de intereses materiales, *privados*, propios de clase. La doctrina utilitarista del liberalismo burgués será el elemento justificador de la compatibilidad entre valores éticos e intereses utilitaristas del individuo. Veamos, pues, el planteamiento ético-religioso estudiado por Weber.

Según la tesis de Weber, es con las traducciones de Lutero al alemán de la Biblia cuando aparece un primer uso mundano del concepto de *Beruf* (profesión) como sinónimo de *Arbeit* (trabajo), obviamente en el contexto de una valoración religiosa del trabajo¹³⁷. Asimismo, en la exégesis que Lutero hace de los *Corintios* (1:7) a raíz de la exhortación que se hace en el versículo 20, en la que se dice que cada cual ha de permanecer en el *estado* (*Stand, status*) en el que estaba cuando *fue llamado*, asimila «estado» a «profesión»¹³⁸. En ese llamamiento (*Ruf*), que Lutero había interpretado alguna vez como *Stand* (*status*), se expresa el valor religioso del trabajo como una manifestación de la presencia del orden divino en las cosas de la vida mundana y que el puritanismo interpretaría como *predestinación*. De ahí que el significado de la vocación (*vocatio*), que constituía la “llamada divina a una vida santa”, en referencia a la vida

¹³⁷ En la Grecia clásica y en la Edad Media existían elementos rudimentarios que permitirían valorar el trabajo cotidiano en el sentido moderno de profesión (M. WEBER, *Die protestantische Ethik I*, op. cit., pág. 67). Basta examinar el papel desempeñado por los médicos hipocráticos cuya descripción aparece en los tratados hipocráticos y en el mismo juramento, considerado comúnmente como el primer código ético de una *profesión*.

¹³⁸ Es significativo que aún hoy se hable en Alemania de «*Standesethik*» (ética profesional), de *status* como sinónimo de profesión. Sin embargo, hay que considerar que a partir del siglo XVIII la idea tradicional de *status* va perdiendo fuerza frente a una división social en clases según las ocupaciones específicas, sobre la base de criterios de productividad. De ahí que la economía política de la época fundara la estratificación social en función de la economía y no en el *status* (Fernando DÍEZ, *Utilidad, deseo y virtud. La formación de la idea moderna de trabajo*, Barcelona, Península, 2001, págs. 39 y 45) y éste quedara relegado como símbolo de distinción y poder social de la profesión.

monacal, fue trasladada, en las traducciones bíblicas de Lutero, al trabajo profesional intramundano en el sentido de dotar una nueva valoración religiosa al *cumplimiento del deber* en las profesiones mundanas como culminación del *actuar ético*, es decir, conforme a la “voluntad de Dios”, voluntad que manda perseverar en el trabajo y en el *estado* en el que se está cuando se es llamado y cumplir con los deberes que de aquel trabajo se derivaran¹³⁹.

Se trataba, pues de una relectura religiosa de la idea política del *status* que había conferido al Estado moderno la tutela de las profesiones y oficios organizados en «cuerpos, cofradías y comunidades» ahora vinculados a la monarquía absoluta.

La novedad importante que incorpora el protestantismo al sentido moderno de profesión es su valor religioso de manera que no cabe superar la eticidad intramundana siguiendo ascéticamente los mandamientos cristianos, los preceptos y consejos del catolicismo monacal alejados del mundo cotidiano, sino mediante el *cumplimiento de los deberes en el mundo derivados de la posición (status) del individuo en la vida convertida en su profesión*.

El puritanismo calvinista que enfatizó este mensaje consideró todo trabajo del individuo cristiano como un trabajo *social*, de “amor al prójimo”, al servicio de la “gloria de Dios” en el mundo en cumplimiento de los deberes profesionales dados por la ley natural, es decir, el deber de cumplir fielmente la tarea “puesta por Dios”.

El trabajo profesional en este sentido religioso adquiriría un objetivo impersonal en cuanto se hallara al servicio de la “configuración racional del cosmos social revelada en la Biblia”¹⁴⁰. El trabajo estaba pensado para servir al “provecho” del género humano y la redención sólo era posible mediante el cumplimiento sistemático de los deberes, de la conducción ética de la vida que es *profesión* (en su valor religioso), sometiendo las acciones a un autocontrol continuo y a una ponderación de su alcance ético.

De esta manera, el protestantismo abandonó la idea católica de la salvación eclesial y sacramental mediante la confesión por considerarlo un medio mágico y

¹³⁹ M. WEBER, op. cit., pág. 67.

¹⁴⁰ “El «amor al prójimo» se manifiesta en *primera* línea (ya que sólo puede ser servicio a la gloria de Dios, y no de la *creatura*) en el cumplimiento de las tareas *profesionales* dadas por la *lex naturae*, y en ello adquiere un carácter peculiarmente objetivo-impersonal: el de un servicio a la configuración racional del cosmos social que nos rodea. Pues la configuración y organización maravillosamente adecuadas de este cosmos, que según la revelación de la Biblia y la comprensión natural está pensado para servir al «provecho» del género humano, permiten comprender que el trabajo al servicio de este provecho social impersonal es beneficioso para la gloria de Dios y, por tanto, ha sido querido por Dios” (M. WEBER, *ibíd.*, pág. 126).

sacrílego contrario a la idea que propugnaba una conducción ordenada y sistemática de la vida como un proceso para “ganarse” la salvación: la santificación de las obras hecha *sistema*¹⁴¹.

La idea del *status* profesional en la exégesis bíblica del protestantismo y particularmente en la del calvinismo, sugería la de la predestinación salvífica, si bien este “estado de gracia” necesitaba de la *confirmación práctica* mediante la actuación dentro del mundo, esto es, la conducción ética de la vida práctica, siendo la “buena obra” signo imprescindible de haber sido “elegido”¹⁴². Y siendo el fruto de la “buena obra”, es decir, las *ganancias*, la merecida recompensa en vida del cumplimiento ascético del trabajo profesional diario, de la tarea “designada por Dios”.

En resumen, con esta concepción puritana del trabajo profesional como acto de “amor al prójimo” y al servicio de la “gloria de Dios”, como vía de “salvación”, los intereses particulares del actor van a servir a los intereses generales de la comunidad.

Y no se refiere a la comunidad eclesial sino a la *comunidad mundana* a la que deben dirigirse de manera *objetiva* e *impersonal* las acciones individuales que confirman el “estado de gracia” del actor, del “llamado”. El interés privado, objetivado en el rendimiento del trabajo profesional y como expresión de “amor al prójimo”, ha de huir de la idolatría que se manifiesta en la relación personal basada en el sentimiento y no en la razón lo cual impediría actuar en beneficio de los fines *impersonales* de Dios y de la comunidad. De esta manera, el *profesional* antepone a todo bien “*personal*” o “privado” el beneficio de la comunidad o “beneficio público” o según Baxter, anticipándose al racionalismo liberal y al utilitarismo posterior, “el bien de la mayoría”¹⁴³.

“El giro utilitarista de que el cosmos económico ha de servir al objetivo del bienestar general [la noción calvinista de que el cosmos del «mundo» sirve a la gloria de Dios, a su auto-ensalzamiento] era la consecuencia de la idea de que cualquier otra interpretación conduce a la idolatría aristocrática o no sirve a la gloria de Dios, sino a «fines culturales», creaturales. Pero la voluntad de Dios tal como se expresa en la configuración ordenada del cosmos económico, sólo puede ser (si tomamos en consideración objetivos *terrenales*) el bien de la «colectividad»: la «utilidad» *impersonal*. Así pues, el utilitarismo es consecuencia de la configuración impersonal del «amor al prójimo» y del rechazo de toda glorificación del mundo mediante la exclusividad del lema puritano «*In majorem Dei gloriam*»¹⁴⁴.

¹⁴¹ *Ibid.*, págs. 123, 132-134.

¹⁴² *Ibid.*, pág. 131.

¹⁴³ Max WEBER, *ibid.*, pág. 125, citando a Richard BAXTER, *Christian Directory*, IV, 1678², pág. 262.

¹⁴⁴ Max WEBER, *ibid.*, pág. 170.

El luteranismo tomó el mundo tal cual era y elaboró el deber religioso a partir de éste. Lo que no pretendió fue elaborar unos principios éticos *para* la configuración del mundo como venía haciendo la Iglesia católica. Sin embargo el puritanismo calvinista supo conjugar los intereses económicos privados con sus principios éticos como una motivación puramente utilitarista orientada al “bien general” capaz de incrementar cuantitativa y cualitativamente el “cosmos económico” a través del rendimiento del trabajo¹⁴⁵.

Eso sí, intereses propios que, aunque se manifestasen en un aumento de la riqueza personal que incluso Calvino veía con buenos ojos como medio para aumentar el prestigio y reconocimiento social, debían centrarse en la *acción* y no en la *posesión* y *descanso* sobre la riqueza adquirida por sus consecuencias moralmente peligrosas. No había que afianzarse en la propia vocación sino aumentar la “gloria de Dios” mediante la actuación, el trabajo profesional *racional* (de ahí la crítica puritana a la contemplación inactiva de la vida monacal católica, a Dios no complace la obra sino la *obediencia* que hay en ella, como diría Lutero). Sólo el trabajo profesional racional, esto es, *útil*, podía ser capaz de aumentar las riquezas en la tierra, para todos, y así aumentar la “gloria de Dios”. Por lo que la consecuencia lógica de obtener lícitamente un provecho económico privado no fue vista, insistimos, como algo pecaminoso sino incluso, al ser resultado del ejercicio del deber profesional, éticamente necesario. Así, para ver cómo operaba en la práctica la orientación religiosa de la ética profesional al respecto dice Baxter,

“Cuando Dios os muestra un camino en el que de una manera lícita *podéis ganar más* que en otro camino y sin perjuicio para vuestra alma ni para la de otros y vosotros rechazáis esto y seguís el camino menos provechoso, *estáis impidiendo uno de los objetivos de vuestra llamada* (calling), *os estáis negando a ser administradores* (steward) *de Dios* y a aceptar sus dones para poderlos usar para Él cuando os lo pida. *Podéis trabajar para ser ricos* no, por supuesto, con el objetivo del deseo carnal y del pecado, *pero sí por Dios*”¹⁴⁶.

Esto es, un sentido del trabajo metódico como *pathos*, en cuanto destino asignado por Dios y vía de salvación personal del “elegido” para esa encomienda, que considera la posesión y el lujo como consecuencias colaterales.

¹⁴⁵ “Bien general” o *common best*, según Baxter, que es idéntico al bien del mayor número posible (Max WEBER, *ibíd*, pág. 170).

¹⁴⁶ Richard BAXTER, *op. cit.*, I, cap. X, tít. 1, dis. 9 (§ 24), en Max WEBER, *ibíd*, pág. 172.

La combinación entre ganancia producida por el trabajo profesional racional, el afán de lucro útil para acumular, esto es, para la metódica del trabajo, y el ascetismo en el consumo y en el disfrute de las propiedades y del lujo generó, con el ahorro del capital de inversión, la base del desarrollo posterior del capitalismo industrial. Además, esta concepción puritana y racional de la vida industriosa pero frugal estuvo claramente implicada en el nacimiento del *homo æconomicus* moderno en el que, sin embargo, las limitaciones éticas del ascetismo fracasaron ante las “tentaciones” de la riqueza¹⁴⁷.

En el contexto intelectual de los siglos XVII y XVIII, este planteamiento ético-religioso no hacía más que redundar en la idea de lo que los tratadistas de economía política de la época entendían como «trabajo productivo» o «trabajo útil»¹⁴⁸. Según esta concepción del trabajo productivo, la riqueza acumulativa era generada en virtud de la suma de labores productivas específicas. La división del trabajo productivo y la extensión del improductivo es presentada así como un fenómeno civilizatorio, sintomático de las economías excedentarias en las que esta segunda categoría de trabajo, el improductivo, debe quedar reducido al menor número posible¹⁴⁹.

La profesión médica, según esta caracterización del trabajo, constituiría aparentemente un «trabajo improductivo» en el sentido de no producir bienes directamente y dependiendo de la generación de riqueza del trabajo directamente productivo. Sin embargo, la abstracción de los términos de la definición convenida de «trabajo productivo» permitiría una interpretación laxa de “bien útil” que incluiría cosas como la formación profesional, la salud o la enseñanza, esto es, servicios con un valor económico, incluso con un precio en el mercado, y que contribuyen a la riqueza

¹⁴⁷ “Con mucha frecuencia encontramos a los partidarios más genuinos del espíritu puritano en las filas de las capas ascendentes de los pequeños burgueses y de los granjeros, y a los «*beati possidentes*» (incluso entre los cuáqueros) dispuestos a negar los viejos ideales” (ibíd., pág. 182).

¹⁴⁸ “El concepto de trabajo productivo define como ocupaciones productivas aquellas que crean un superávit de riqueza en términos de valores de uso, o, [...] aquellas que, hablando con propiedad económica, son socialmente útiles. Este es el tipo de trabajo que acrecienta la riqueza de la nación al generar todo tipo de bienes, dispuestos para cumplir funciones tanto reproductivas y sustantivas útiles, como excedentarias y acumulativas” (Fernando DÍEZ, *Utilidad, deseo y virtud*, op. cit., pág. 32). Es decir, como el mismo autor apunta en otro lugar, el trabajo productivo se asocia a la creación de bienes útiles, de “bienes con valor económico y precio en el mercado y dispositivo decisivo para la promoción de la riqueza de la nación” (ibíd., pág. 24). François Quesnay (1694-1774), aparte de ser médico y cirujano, era economista y exponente de la corriente fisiócrata de la ilustración y sostenía que los únicos trabajos productivos eran aquellos que aumentaban la cantidad de materias primas, pensaba particularmente en el trabajo agrícola, llegando a calificar de estériles actividades como el comercio o la manufactura por ser nuevas formas de la riqueza ya producida.

¹⁴⁹ Fernando DÍEZ, op. cit., al explicar la tesis del ilustrado Antonio GENOVESI (*Lezioni di Commercio*, 1765) sobre el trabajo productivo.

nacional sobre la base del desarrollo de las fuerzas productivas. Los teóricos de la economía del XVIII pensaban, no obstante, en bienes materiales y directamente producidos como «bienes útiles» resultantes del trabajo productivo aunque subrayaban el valor socialmente útil, mientras no se extendiese demasiado, de «ocupaciones improductivas» como la enseñanza, la policía, la abogacía o la medicina¹⁵⁰.

Por otro lado, puesto que hasta finales del siglo XIX la práctica médica aún no había conseguido grandes resultados y aún no se había extendido como servicio social sostenido por el Estado, cabía hablar de profesión «útil» sólo atendiendo a sus objetivos necesarios pero no a su eficacia real. Es preciso considerar también que la profesión médica se hallaba dividida de manera que aquel sector que prestaba sus servicios a la población más pudiente o a la élite del poder político y religioso y, en general, la medicina *oficial* que procedía de las universidades y de los *collegia*, gozaba de un *status*, que, aunque se quería representativo de toda la profesión, en realidad relegaba a los médicos rurales o de los hospitales de pobres a su sombra. Ese *status* convertido en categoría simbólica de distinción social, aunque no ya por tradición y como símbolo de inmovilidad estamental, sino como estado adquirido por el *esfuerzo individual*, el mérito, y por *contrato* con la organización que lo formaliza, fue signo de la burguesía en el poder a finales del XVIII, implicaba que la profesión médica en su conjunto se le debía reconocer su protagonismo, digamos «histórico», en la contribución a la riqueza de las naciones y en la búsqueda del mayor bien para la mayoría.

El utilitarismo laico de corte liberal propondrá finalmente en el siglo XIX una teoría moral adaptada al trabajo profesional en la que la motivación de la complacencia ascética a Dios deja de ser válida para convertirse incluso en un impedimento para la generación de riqueza. La culminación del “giro utilitarista” en Bentham hará que se confíe únicamente en ese principio en tanto que doctrina finalística de la maximación de la dicha. Y, en este sentido, el jurista y teórico moral inglés afirma que

“los principios del ascetismo y del sentimentalismo están en una situación de rivalidad con el principio de utilidad. El empleo de este término [«utilidad»] podría, en todo caso, servir de

¹⁵⁰ Genovesi se refiere a este tipo de trabajo que “no produciendo nada inmediatamente, y manteniéndose de las producciones de las primitivas (clases de gentes), se han hecho con todo tan necesarias como éstas, sirviendo o para defenderlas o para instruir las, o para ayudarlas; cuyos oficios bien entendidos y ejecutados, aprovechan infinito para el aumento de las rentas de la Nación”. Y respecto a las profesiones sanitarias en concreto añade que “sirven indirectamente a aumentar la suma de los trabajos metódicos y por consiguiente son útiles, no excediendo su número de lo preciso para las necesidades de los pueblos” (*Lecciones de Comercio o de Economía Civil*, I, págs. 171 y sigs., citado por Fernando DÍEZ, op. cit., pág. 37).

excusa para rechazar las proposiciones que sin él habrían sido admitidas. Este término presupone, por así decirlo, la verdad de la doctrina utilitarista”¹⁵¹.

La ética religiosa fue siendo reducida a una cuestión de conciencia privada separada de la actividad económica del burgués. La riqueza privada, el afán de lucro, manifestados en un estilo de vida de consumo y lujo van a ser los nuevos incentivos para la acumulación de capital, eso sí, bajo patrones ético-profesionales que mantendrán una conducción racional y ordenada para evitar la prodigalidad y la imagen social negativa de clase. Mediante la «maximización» del beneficio privado se pretenderá extender la riqueza a toda la nación en una suerte de lógica de *máxima ganancia de pocos, ganancia de todos*¹⁵². Los filósofos escoceses del XVIII y los ilustrados franceses como Helvétius, d’Holbach o los fisiócratas establecerán la armonía posible entre intereses privados, producto de los impulsos naturales egoístas del individuo, y los intereses públicos o el «bien de la mayoría». Una armonía formulada a partir del nuevo discurso secularizado construido sobre la razón, la (supuesta) experiencia empírica, el sensismo y el materialismo.

La conclusión de Weber es que el estímulo del protestantismo logró incidir fundamentalmente en un aspecto *económico*. Y que de una fase inicial de fervor puramente religioso, en el que la riqueza era señal de predestinación se pasó a otra fase en la que el enriquecimiento y el lujo fueron considerados positivos en el seno de una sociedad encaminada hacia la prosperidad y cuyo fin era la consecución de la felicidad privada y colectiva.

“[...] la convulsión de la búsqueda del reino de Dios había empezado a disolverse paulatinamente en la sobria virtud profesional y la raíz religiosa se secaba lentamente y dejaba su lugar a la terrenalidad utilitarista [...]. Lo que aquella época del siglo XVII tan viva en sentido religioso dio a su heredera utilitarista fue precisamente sobre todo una conciencia inmensamente buena (digamos sin más: *farisaicamente* buena) al ganar dinero si esto sucedía de forma legal. Había desaparecido todo resto de aquel «es muy difícil complacer a Dios». Había surgido un *éthos* profesional específicamente *burgués*”¹⁵³.

¹⁵¹ Jeremy BENTHAM, *Déontologie, ou Science de la Morale*, Vol. IV de las “Œuvres”(trad. por P. É. L. Dumont y B. Laroche), 1834, reimpresión, Darmstadt: Scientia Verlag Aalen, 1969, pág. 14.

¹⁵² De esta manera, frente a la alianza entre Estado e Iglesia y las grandes compañías de la época, construida sobre una base cristiano-social y orgánica, el puritanismo aportó los “*estímulos* individualistas del lucro legal y racional obtenido mediante la propia habilidad e iniciativa... implicados decisivamente en las industrias que surgían”, esto es, en el nuevo capitalismo industrial y que junto a su adaptación secularizada de la doctrina política moderna fundamentó el liberalismo económico burgués del XIX (Max WEBER, *ibíd*, pág. 186).

¹⁵³ *Ibíd*, pág. 184.

A la profesión médica del siglo XIX no le costará asumir los principios utilitaristas y adquirir así también una base moral laica, estrictamente profesional, que permitiera justificar el enriquecimiento personal y el mantenimiento del ya tradicional *status* social distintivo en una actividad que histórica e ideológicamente se había arrogado un papel filantrópico y de actividad imprescindible para la sociedad.

“Dentro de la sociedad secularizada, el médico cristiano –o el que así quiere llamarse a sí mismo- puede profesionalmente conducirse sin otro norte que el puro afán de lucro. Pero si se le interroga acerca del fundamento de su actividad, se sentirá con frecuencia obligado a afirmar hipócritamente –la hipocresía, se ha dicho muchas veces, es el homenaje del vicio a la virtud- que esa actividad suya no es sino la versión médica y profesional de la ayuda al prójimo. Él, desde luego, cobra por ejercerla; pero lo hace porque «hay que vivir» y por «el prestigio de la profesión». Tácticamente fingido e idealizado, el fundamento de su quehacer sería la versión cristiana de la *philantropía* antigua[...]¹⁵⁴.

En cuanto al mundo católico, la *praxis* a la que conducía la doctrina ética tradicional, si bien no era la de una “conducción metódica” y “racional” de la vida intramundana ni la santificación de las obras hecha sistema como la que planteaba la ética protestante, acabaría, poco a poco, por coincidir con ésta en la legitimación del enriquecimiento individual y, en general, en el carácter del trabajo *profesional* de la modernidad.

Sin duda contribuyó a la expansión de la noción moderna de profesión la aceptación por el catolicismo de la idea de «santificación por la obra mundana» para los seglares a través del seguimiento indirecto de Lutero en las traducciones católicas posteriores de la Biblia (siglos XVI-XVII). Para la escolástica medieval la articulación de seres humanos en estados y profesiones se debía a la obra de la “providencia divina” que configuraba así el universo social objetivo y la inclinación hacia determinada profesión (*ministerium* u *oficio*, éste en el sentido latino de *deber*, según Santo Tomás) se basaba en “causas naturales”, es decir, éticamente indiferentes. En esto coincidía la escolástica y Lutero.

El catolicismo casuista del siglo XVII aceptó teorías éticas especialmente indulgentes con la actividad económica y profesional del momento y la institución eclesiástica mientras las permitió condicionalmente, en el protestantismo esas teorías

¹⁵⁴ Pedro LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, op. cit., pág. 202. Y Jonsen ve el conflicto entre el *propio interés* y el *altruismo* como el problema ético típico de la profesión médica. El altruismo es enarbolado como estandarte, manifestación de la “bondad intrínseca” del quehacer curativo y cuyo fundamento no tendría su origen tanto en la supuesta filantropía antigua como en la ética cristiana del “buen samaritano” practicada en el medioevo y relegada en la actualidad por la intervención de otros intereses poderosos en juego a referente ideal (Albert R. JONSEN, *The New Medicine and...*, op. cit.).

eran consideradas positivas desde el punto de vista ético en cuanto defendían una forma de vida *dedicada* ascéticamente al servicio de la economía capitalista¹⁵⁵. Estas diferencias fundamentales entre el catolicismo y el protestantismo a la hora de defender una ética de las profesiones quedaban de manifiesto, sobre todo en la *práctica*, en el desarrollo de profesiones más secularizadas y de un mayor desarrollo de la economía capitalista y la industrialización en los países de órbita puritana frente un estancamiento ideológico, económico y profesional en los países en los que triunfó la contrarreforma.

Ahora bien, la oposición entre el tomismo escolástico y el luteranismo se situó en la diferente valoración religiosa que hicieron del trabajo. El tomismo consagró la actividad contemplativa y monacal respecto el trabajo mundano¹⁵⁶. Lutero, y antes que él los místicos alemanes, valoró por igual a todas las profesiones, incluidas las seculares, dado que la articulación en *estados* responde a la “voluntad de Dios” y es impuesta a los seres humanos *individualmente*. En consecuencia, toda profesión lícita tenía para el protestantismo el mismo valor ante Dios en cuanto que cada individuo cumpliera con los deberes intramundanos encomendados por la naturaleza –dada por Dios- de su *profesión* como medio de expresión del “amor al prójimo” y, en consecuencia, como medio para complacer a Dios¹⁵⁷.

La diferencia básica entre el protestantismo y la doctrina cristiana medieval era que el catolicismo partía de la «ética de la convicción» en la que el individuo debía cumplir con sus deberes mundanos pero sin que sus “buenas obras” constituyesen un sistema de vida, sino, en todo caso una forma de reparar pecados concretos y ocasionales facilitada con el sacramento de la penitencia. Con el protestantismo y particularmente con la doctrina calvinista, lo que se valoraba era una «ética de la acción» o de la “justificación por las obras” en el sentido práctico de *modus vivendi*, de conducción ética de la vida como único medio posible de salvación¹⁵⁸.

¹⁵⁵ Max WEBER, *ibíd.*, nota núm. 236, pág. 172.

¹⁵⁶ Recordemos cómo ya la Iglesia en el siglo XI prohibió a los monjes el ejercicio de la medicina. En adelante debían su dedicación a la tarea contemplativa y salvífica de almas. Esto coincidía con el incremento del papel jurídico-político de la Iglesia de Roma, es decir, con su función represiva de las disidencias y de conversiones forzosas frente a la consecución de adeptos mediante obras mundanas misericordiosas y la ejemplaridad de una institución ascética. La prohibición del ejercicio de la medicina por clérigos coincidía con la consolidación de la medicina académica y el inicio de su profesionalización.

¹⁵⁷ Max WEBER, *op. cit.*, pág. 131.

¹⁵⁸ *Ibíd.*, pág. 132-133.

Lo que la Reforma representó en definitiva fue que logró sacar el ascetismo cristiano racional y la metódica vital de los conventos y trasladarlos a la vida profesional mundana. Y esa experiencia revertería luego en las profesiones del mundo católico¹⁵⁹.

La teología de Duns Scoto que tiende hacia la primacía de la voluntad humana (frente a la divina), el parentesco con el puritanismo en un planteamiento ascético del obrar de la cultura monacal desde los tiempos de los primeros benedictinos (*ora et labora*) y la influencia cartesiana en el catolicismo del conocimiento reflexivo de uno mismo, del alcance ético de las propias acciones, instauraron una forma de superación del *status naturalis* del catolicismo en el que el hombre actúa irracionalmente y depende del mundo y de la naturaleza ordenados por Dios. Estas visiones racionalizadoras del catolicismo podrían constituir una base a partir de la cual explicar la convergencia ideológica hacia un *éthos* profesional común entre el catolicismo y el protestantismo¹⁶⁰.

En el caso de la medicina, autores destacables relacionaban la medicina y la religión tanto en su vertiente teórica como práctica expresando, por encima de las diferencias de época y de confesión, la condición de «cristiano» del profesional de la medicina. Una *condición* que considera, comúnmente para católicos y protestantes, la observación de los fenómenos de la naturaleza y los mandatos de las *Escrituras* las principales fuentes de conocimiento de su actividad profesional.

“Dios ha hablado al hombre de dos modos distintos: a través de la sagrada Escritura, con su palabra; a través de la naturaleza, con su obra creadora. Dos fuentes habrá de tener, por lo tanto, el recto conocimiento del mundo: la observación de la realidad natural y la exégesis de los textos sagrados. Tanto entre católicos como entre protestantes, esa va a ser la regla”¹⁶¹.

¹⁵⁹ *Ibid.*, págs. 134-135.

¹⁶⁰ Baste comparar el trasfondo moral protestante del código de ética médica de Thomas Percival de 1803 o el de la *American Medical Association* de 1847 con los tratados de moral y deontología médica continentales de la época, de fuerte inspiración católica, como la *Déontologie médicale* (1843) de Max Simon, los *Elementos de moral médica* (1831) de Félix Janer o la *Medicinisches Deontologie* (1897) de Julius Pagel, por poner los ejemplos más significativos. En España, durante el franquismo la ideología conservadora respecto el papel paternalista del médico y su enraizamiento en la moral católica mantuvo vigentes muchos tratados de finales de siglo y se impuso como disciplina de moral médica en las facultades de medicina alimentando la producción de tratados continuistas de la línea ideológica apuntada. Para examinar un ejemplo particular de las polémicas ideológicas internas de la profesión médica en España y el papel de los valores religiosos, véase el caso de los médicos catalanes, en su pugna por constituirse en corporación profesional autónoma dentro del organigrama estatal, en Josep Maria CALBET i CAMARASA y Manuel M. ESCUDÉ i AIXELÀ, *Orígens del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona*, Barcelona, PPU, 1994.

¹⁶¹ Pedro LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, op. cit., pág. 199. Por ejemplo, Jerónimo Merola aducía la autoridad, característicamente protestante, de los textos sagrados para demostrar la

d) *La construcción de la imagen profesional de la medicina y del médico*

Veamos ahora cómo se formaron las visiones dominantes sobre la profesión médica durante la época premoderna y la moderna y en referencia a la recomposición de la relación entre los poderes corporativo profesional, académico y religioso y el poder jurídico-político del Estado.

En el caso de la oficialización de una *profesión* médica, entre las facultades de medicina y los gremios y colegios profesionales se estableció un “matrimonio de conveniencia” pues ambas instituciones, la universidad con el título habilitante y el colegio y el gremio con sus normas reguladoras para ingresar en la profesión, otorgaban un derecho a ejercer la medicina que les obligaba a relacionarse. Tanto es así que en la formación del médico la universidad medieval y renacentista reprodujo los mismos vicios que los del gremio medieval. Reprodujo lo que entendemos por una actitud genuinamente corporativa, es decir, el sentido de pertenencia de un miembro al *cuerpo moral*, a una comunidad definida cuyos intereses principales son la eliminación de la competencia en el oficio, la protección mutua y la limitación del número de miembros para mantener íntegro dicho cuerpo moral. Si a esta actitud añadimos el lastre tradicional de una formación exclusivamente teórica, erudita, escolástica, controlada férreamente por la Iglesia, y en los países latinos, acentuado su conservadurismo por efectos de la Contrarreforma católica, todo ello explica en parte el escaso avance que tuvo el saber médico hasta el siglo XIX.

Pero, mientras en los gremios, colegios o corporaciones se conjugaba el aprendizaje de la medicina con su práctica haciendo de este «arte mecánico» una profesión progresivamente secularizada, en las universidades el otorgamiento del *título* separaba tajantemente la práctica del aprendizaje teórico. Aquel “hablaba por sí mismo” sin considerar las condiciones y capacidades objetivas del titulado, mientras que para poder ejercer con la autorización colegial o corporativa era necesaria la apreciación subjetiva del aprendiz aspirante a médico por parte del maestro en virtud del examen de sus habilidades prácticas.

importancia de la medicina en su *República original sacada del cuerpo humano* de 1587 (Luis GRANJEL, *Historia política de la medicina española*, op. cit., pág.104).

A eso hay que añadir que a la autoridad civil le interesaba reconocer la práctica médica como una profesión que debía ser vigilada por el Estado¹⁶².

Es destacable que ya en la normativa legal medieval se incluyeran “obligaciones éticas” así como la recuesta de un juramento para “seguir fielmente los requerimientos de la ley”. Esta regulación contribuyó a la profesionalización de la medicina y de los médicos los cuales quedaban vinculados mediante una declaración pública en forma de *juramento* a una corporación que a su vez tenía la obligación legal de reconocer el deber de servir a la población¹⁶³.

Las regulaciones externas respondían a la voluntad de la autoridad civil y religiosa de normalizar *un tipo* de medicina, una medicina *oficial*, la medicina *académica* nacida de la transmisión de los saberes médicos, monopolizados primero por las instituciones monásticas, y luego por las universidades, los colegios y las academias y cuya organización funcionaba autónomamente aunque bajo control fáctico de la Iglesia y la monarquía¹⁶⁴. Es decir, la intervención del poder político civil y religioso contribuyó a normalizar un *prestigio* de la medicina académica, a elaborar una reputación, la *dignidad* de un oficio que servía a la oligarquía y que había abandonado

¹⁶² Ya en una famosa ordenanza de 1231 del rey Federico II de Sicilia se reglamentó por vez primera la titulación y la enseñanza médicas para su posterior ejercicio. La razón, proclamaba dicha ordenanza, era evitar dolor y sufrimiento a los súbditos por causa de la impericia de los médicos. Esta norma se incluyó en la relación de leyes generales para el reino de Sicilia, las constituciones de Melfi, para regular la educación y supervisión de los médicos: una carrera de medicina devota hacia el reconocimiento de las obras de Hipócrates y Galeno y la facultad de medicina de Salerno como centro autorizado para examinar a los candidatos. El decreto entraba a regular cuestiones propias de los usos profesionales como la prohibición de hacer negocios con los boticarios y, dada la vinculación entre poder civil y religioso, también regulaba aspectos de moral cristiana como la asistencia gratuita a los pobres.

¹⁶³ Albert R. JONSEN, *ibíd.* y *Constitutiones regni Siciliae 1231 y Novae Constitutiones*, edición y traducción HUILLARD-BRÉHOLLES, citado en J.M. LÓPEZ PIÑERO, *Medicina, historia sociedad*, op. cit., págs. 88-90. En España es destacable la regulación del ejercicio de la profesión por parte del Estado a partir del siglo XV-XVI con la institución del *Tribunal del Protomedicato* de los Reyes Católicos que continuaría vigente hasta 1822. Con esta institución las obligaciones canónicas de la profesión pasaron a ser obligaciones civiles y la penitencia pasó a ser pena de multa o prisión. Si bien, a pesar de la autorización del ejercicio médico por parte de la autoridad civil y por parte de los gremios profesionales, hay que destacar el dato histórico de que el número de ejercientes *normalizados* por las autoridades fue durante muchos años bien escaso. Por ejemplo, en el París de 1550 que contaba con 300.000 habitantes no había más de 70 doctores. En España la situación se agravó con la expulsión de los judíos que ocupaban un buen número de puestos de médicos ejercientes además de transmisores del saber médico (P.LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, op. cit., pág. 381).

¹⁶⁴ Así, en la España del siglo XVI, “médicos y cirujanos para ser autorizados al ejercicio de las profesiones cuya práctica les reconocían los títulos conferidos por las Universidades o las Cofradías y Colegios profesionales, debían revalidar aquellas licencias ante el Tribunal del Protomedicato, quien les sometía a examen teórico y práctico exigiendo, asimismo, la llamada prueba de ‘limpieza de sangre’, precepto que en su pretensión, aunque repetidamente burlado, buscaba apartar de las profesiones sanitarias a descendientes de familias judías, los llamados ‘cristianos nuevos’ (Luis GRANJEL, *Historia política de la medicina española*, op. cit., pág. 204).

la práctica casi exclusiva de la medicina caritativa y ascética de los monjes por una medicina estimulada más en la consecución de la fama personal y en los cuantiosos honorarios que aportaba ese oficio especializado en manos del sector adinerado de la sociedad y con una demanda asegurada¹⁶⁵.

Sin embargo, la exigencia de los gremios y demás asociaciones médicas de profesionalizar la práctica desligándola del saber especulativo y escolástico de las universidades ofrecía el trabajo médico como un *honorable* medio de vida además de ser lucrativo. El paso de los aspirantes a médico por la universidad solía ocultar el interés por ese saber como un trámite para alcanzar un medio de vida rentable y un medio de proyección social más que un interés por “amor al arte” y a su conocimiento¹⁶⁶. Además el conocimiento propio de la medicina universitaria sufría graves defectos por el carácter conservador y hostil a la innovación y contacto con el cuerpo enfermo por parte de las facultades de medicina, así como por su metodología escolástica, su hermetismo, el seguimiento de la ortodoxia religiosa y la fragilidad de las doctrinas médicas clásicas en un escenario social de grandes epidemias en el que se esperaba que el Estado tomase cartas en el asunto.

Esto tenía el efecto perverso de generalizar una práctica médica errática y anómica, además de altamente retribuida, que condujo a un descrédito de la imagen del médico muy visible sobre todo durante el renacimiento y el barroco¹⁶⁷. De ahí que,

¹⁶⁵Por ejemplo, Laín Entralgo argumenta para justificar la “alta estimación” de la medicina y la “confianza” del enfermo medieval hacia el médico el hecho de la regulación de su ejercicio por emperadores y reyes y por la constancia documental que dejaron insignes personajes de la nobleza o el papado que mantenían buenas relaciones con sus médicos de cámara (P. LAÍN ENTRALGO, op. cit., pág.143). Ilustra ese trato médico privilegiado por ejemplo el *Regimen sanitatis ad regem Aragonum* de Arnau de Vilanova (s.XII-XIV) en el que la higiene se planteaba a nivel individual y reservada a las clases privilegiadas (LÓPEZ PIÑERO, op. cit., pág. 79).

¹⁶⁶ Augusto SALINAS ARAYA (en *Tradición e innovación en la medicina española del Renacimiento*, op. cit.) cita una carta de un humanista italiano del siglo XVI, Lucio Marineo Sículo, profesor de la universidad de Salamanca en la que expone que “con escasas excepciones, los españoles no quieren saber nada con las musas. Si puedes creerme todos los hombres de esta nación, que estudian en sus universidades, lo hacen no por amor a Minerva sino a Mercurio. El lucro, y no la sabiduría, es su objetivo”.

¹⁶⁷ Véase Luis GRANJEL, *Historia política de la medicina española*, op. cit., págs. 109-113. Ilustrativo es en este asunto el *De disciplinis* (1531) de Juan Luis VIVES en el que hace una crítica a la profesión médica del momento defendiendo la experiencia como método innovador en la formación del médico: “Estudiaban [los aspirantes a médico], pues, a vistas del lucro, y de esa arte y de todos esos estudios reunieron lo que era más indicado y seguro para hacer dinero, a saber: la historia de los tratamientos curativos, con un muy ligero y a veces nulo conocimiento de la filosofía y de aquel juicio que en aplicación de los remedios yo dije que era obligado gobernalle, pues sus yerros cométense con absoluta impunidad y encima son retribuidos con una paga. Ni les faltan recursos con los que encubrir su fechoría: la desobediencia del enfermo, la virulencia de la enfermedad, fuera de la eficacia curativa de la profesión. Hartas veces aluden con donaires y bromas, más o menos cínicas, las merecidas quejas que tienen que oír:

quizás por presión de los gremios y sociedades médicas, quizás por la presión social, el Estado comenzase a intervenir con mayor rigor a partir de los inicios de la modernidad y a regular más duramente los estudios y el ejercicio de la medicina y, en consecuencia, a comprometerse con las corporaciones médicas para formar *profesionales* idóneos¹⁶⁸.

De todas formas, a pesar de los intentos de las autoridades civil, religiosa y gremial de mantener una imagen de excelencia de la profesión médica, ésta fue sufriendo denuncias y críticas iconoclastas de la sociedad a medida que la secularización y el creciente protagonismo del ser humano individualizado alimentaban una conciencia crítica aletargada por la superstición y la inevitabilidad del destino trazado por la voluntad divina¹⁶⁹.

Así, a la *dignificación* del oficio médico construida desde las instancias del poder político, religioso y corporativo había que oponer la visión popular de dicho oficio reflejada en la literatura crítica y satírica que ponía a los médicos constantemente en entredicho y que, en cierta manera, contribuía a su desprestigio¹⁷⁰. La concepción dignificada del saber médico y de su práctica como “sacerdocio”, elaborada también

¿Cuándo un médico fue emplazado en tribunal por homicidio?...” (J. M. LÓPEZ PIÑERO, *Medicina, Historia, Sociedad*, op. cit., págs.129-130). Y esto último ya lo denunciaban Plinio y Petrarca lo cual nos hace suponer la existencia de cierta impunidad de la clase médica oficial, es decir, la medicina respaldada por el poder político, hasta que los colegios profesionales apoyados por éste intervinieron con más rigor para reconstruir el prestigio y la confianza social en la profesión médica.

¹⁶⁸ En España, por ejemplo, además del tribunal de “calidad profesional” del Protomedicato, que a pesar de ello ni él mismo cumplía las mínimas garantías de calidad, los Reyes Católicos promulgaron en 1480 una orden que prohibía el conferir grados de médico por rescriptos o bulas pontificias para ejercer, y que “no gocen de las preeminencias ni exenciones ni privilegios de los que gozan los legítimamente graduados en Estudios Generales”.

¹⁶⁹ La arrogancia experta de muchos médicos en la actualidad, alimentada por la eficacia de los tratamientos terapéuticos, la especialización y el complejo proceso formativo, se cobra debidamente la sátira popular tradicional hacia su quehacer, en una suerte de pervivencia de aquel “aristocratismo” distintivo, con anecdotarios de mayor o menor gusto que destilan un clasismo profundamente arraigado en la profesión y una poco meritoria gracia sobre la ignorancia de los pacientes legos (a título de ejemplo: J. Ignacio DE ARANA, *Diga treinta y tres. Anecdotario médico*, Madrid, Espasa, 2000).

¹⁷⁰ En círculos populares la consideración hacia los médicos era crítica acerca de su retórica técnica, su codicia, sus disputas y su encarnizamiento. Ello se manifestaba en sátiras medievales del médico y ya en el siglo XIV en la crítica de uno de los primeros humanistas a la profesión médica, Francesco Petrarca, en su *Carta al papa Clemente VI* (trad. E. CAPDEVILA y CASAS, Barcelona, 1941 en LÓPEZ PIÑERO, op. cit., pág. 90): “[...] Y no es dudoso (por decirlo con Plinio) que todos [los médicos] cuanto son, mientras que de hallazgos nuevos esperan la fama, hacen su tráfico de nuestras vidas; y (singular privilegio de esta profesión) basta que alguno se diga médico para que ciegame se le preste fe, cuando en ningún arte la impostura es tan peligrosa como en éste. Y nosotros les atendemos, tan potentes son para cada uno de los artificios de la esperanza”. Plinio Segundo, decía en su *Naturalis Historia*, XXIX,19: “Para protegernos contra los médicos no hay ley que persiga la ignorancia ni ejemplo de pena capital. Los médicos aprenden a nuestro riesgo, experimentan y matan con impunidad soberana; en realidad, el médico es la única persona que puede matar. Van más allá y hacen responsable al paciente: culpan al que ha sucumbido”.

desde la profesión misma mediante una extensa literatura autolaudatoria, fue objeto de crítica y escarnio por parte de la literatura humanista e ilustrada incluso dentro del propio cuerpo profesional¹⁷¹. La crítica a la profesión médica de la literatura del renacimiento y del barroco iba encaminada a una defensa de una ética médica renovada y laica, centrada en la exigencia de una formación universitaria rigurosa no subyugada a la escolástica y en la crítica al espíritu codicioso y socialmente distintivo del médico en sus *maneras* no por contravenir normas de moralidad cristiana, sino por constituir medios de encubrimiento de prácticas sangrantes para el enfermo contraproducentes para las *políticas* de prestigio profesional¹⁷².

En el ámbito estrictamente gremial o corporativo la construcción de una imagen pública positiva tanto de la actividad representada como de los miembros que la ejercían, pasaba por el cumplimiento fiel de los juramentos de adhesión y de las normas morales y usos profesionales internos. Así, los miembros de las corporaciones del oficio médico-cirujano elaboraron unos estándares propios de conducta moral y de organización interna, independientemente de la intervención directa del Estado y de la Iglesia, mediante los cuales instituyeron un *status* social específico de la profesión médica y con ello una *imagen social positiva* de la profesión¹⁷³.

¹⁷¹ Ejemplos de la literatura médico-moral española de los siglos XVII y XVIII en la que se atribuye desde un origen divino al cometido médico (TORRE y VALCÁRCEL, *Espejo de la Filosofía y compendio de toda la Medicina*, 1668; o la semejanza a Dios atribuida a los médicos en *Tesoro de las excelencias y utilidades de la Medicina. Y espejo del prudente y sabio médico*, 1668, de Diego de AROZA) hasta la sujeción de la ética de la medicina ilustrada a los preceptos religiosos coactivos como el *Nuevo aspecto de Theologia Médico-moral*, 1742-46, del Padre RODRÍGUEZ o las cuestiones deontológicas comentadas del Padre FEIJOO (Luis GRANJEL, *Historia política de la medicina española*, op. cit., págs. 106-107).

¹⁷² En este sentido, por ejemplo, médicos del XVI como Alonso Chirino, López de Villalobos, Andrés Laguna, Enrique Jorge Enríquez y literatos del XVI al XVIII como Mexía, Antonio de Torquemada, Quevedo, Tirso de Molina, Lope de Vega, Vicente Espinel o Calderón, en España o Molière en Francia (véanse las citas en Luis GRANJEL, op. cit.). Y ya se sabe que la literatura en cuanto parece reflejar una realidad distinta, exagerada, lo que en muchas ocasiones hace es demandar una rebelión contra la situación existente y de forma elíptica aportarnos un material muy valioso para reconstruir un pasado más plausible con los hechos realmente acontecidos y escapar de la versión de *lo establecido*.

¹⁷³ Dicha imagen vino reflejada en la formulación de unos presupuestos descriptivos de un modelo virtuoso de “profesional”, en la autorregulación de las conductas de los miembros de la profesión, recogido en múltiples tratados de moral médica hasta la aparición de los primeros códigos sistemáticos de ética y usos médicos a mediados del siglo XIX: así, por ejemplo, Gabriele ZERBIS, *De cautelis medicorum*, fechado hacia 1495 y considerado como el primer tratado de ética médica (Morton’s Medical Bibliography, Cambridge, University Press, 1991², pág. 271); Enrique Jorge ENRÍQUEZ, *Retrato del perfecto médico*, 1595, a la realidad de la práctica médica que recusa el autor contraponen la estampa del médico ideal con las cualidades que debe poseer para ser calificado de profesional perfecto (Luis GRANJEL, *Historia política de...*, op. cit., pág. 105) Rodrigo A. de CASTRO, *Medicus-politicus: sive de officiis medico-politicis Tractatus*, Hamburgo, 1614; Ludwig von HOERNIGK, *Politia medica*, Frankfurt a. M., 1638; Gideon HARVEY, *The conclave of physicians, detecting their intrigues, frauds, and plots*,

Aquellas normas morales internas contenían deberes de carácter religioso para con los menesterosos y la Iglesia y eran revestidas con una representación simbólico-religiosa de santos patronos, rituales y emblemas variados. Con el tiempo este tipo de normas, secularizadas y fusionadas con normas de uso profesional y con deberes civiles procedentes del Estado, tuvo comparativamente mayor poder de vinculación para los miembros del gremio que las derivadas de la misma autoridad político-religiosa.

El modelo gremial-profesional de los médicos, establecido a partir de la segunda mitad del siglo XIII, se basaba en el de aquellos poderosos gremios mercantiles y artesanales de la incipiente burguesía urbana, unas poderosas organizaciones que controlaban el oficio, sus tarifas, las condiciones y organización de su trabajo, tenían influencia en el gobierno local y algunas prestaban servicios de policía e higiene para la comunidad. Esto es, aquellos gremios mercantiles de la burguesía en los que se concentraba autonomía, poder económico y una notable influencia sobre la sociedad urbana, de manera que podían construir una imagen de aceptación social del oficio que representaban, eran el espejo donde las corporaciones médicas medievales se miraban.

La *imagen social positiva* de la profesión fue elaborada por esas corporaciones a partir de la conciencia de cada miembro de la cualificación de su actividad. Así, desde un punto de vista técnico y formativo, la *imagen social positiva* de la profesión se manifestó en el reconocimiento del que gozaba la formación universitaria y la que proporcionaban los «colegios» y, desde un punto de vista social y moral, en el reconocimiento de su objeto: el servicio a los enfermos y la cura (así, en abstracto). Esto hacía que el núcleo vital de toda organización gremial (y la médico-quirúrgica en particular) fuera la consecución de los fines de la propia institución o sus “intereses”: *interés* en su propia reproducción y proyección social como entidad autónoma del poder político civil y religioso. Un *interés* que de forma aparente se movía en torno a una idea de *calidad* del oficio (de hecho, en el reconocimiento de ésta por los estamentos sociales dominantes) determinada por el establecimiento de criterios a los que ajustar la actividad profesional.

Tampoco podemos olvidar que, con relación a lo expuesto hasta ahora, el progreso técnico, el humanismo y el pensamiento científico renacentista contribuyeron a reforzar la imagen del médico, desde ese sector profesional mayormente, sobre la base

against their patients, London, 1683; Ahasuerus, FRITSCH, *Medicus peccans, sive Tractatus de peccatis medicorum*, Nürenberg, 1684; Samuel BARD, *A discourse upon de duties of a physician*, New York, 1769.

de la importancia que la élite intelectual y económica empezaban a dar al *conocimiento científico y técnico* sobre el que se apoyaban algunas profesiones como la medicina y al reconocimiento del carácter autónomo de aquellas respecto la religión y el poder político. La práctica médica descansa históricamente sobre la decisión del enfermo profano en ser consultado por “quien sabe” curar, y como señala Freidson, “la decisión de consultar no puede ser forzada, debe ser atraída”¹⁷⁴. Hemos visto que todo ese ropaje simbólico, institucional, estatutario, ético-religioso, útil para forjar una imagen del profesional desde dentro, servía de poco para “atraer” si los resultados en la práctica eran negativos, como así sucedió hasta finales del XIX. Como el trabajo médico está dirigido a solucionar un problema práctico no es hasta la aparición de reiterados “resultados buenos” a partir de una base científica y pragmática evidente que el público comienza aceptar esa medicina practicada sobre la base científica. Es por esta vía, según Freidson, por la que la medicina científica consolida su espacio oficial y su “preeminencia” sobre otros modos de curar.

A partir de la aproximación de los médicos titulados en torno al modo científico ortodoxo de entender el trabajo médico puede empezar a hablarse de monopolización del “arte de curar” con un control oficial sobre su trabajo, esto es, autónomo pero dentro del espacio político del Estado. Este cuadro permite ver la nueva imagen, la *imagen moderna* de la profesión médica basada en un nuevo “dogma de fe” que justifican los “buenos resultados obtenidos”: la fe en la ciencia, en la tecnología, en la *profesionalidad*, en la cualidad de “experto” formado bajo esos parámetros.

Este proceso de conversión a la *imagen moderna* de la profesión médica se inicia ya en la Baja Edad Media a pesar de que la fe religiosa y la superstición continúan perviviendo y la teología y moral cristianas siguen siendo estudios paralelos a las ramas científico-naturales en las universidades. Entre tanto, la medicina gana poco a poco, desde el punto de vista institucional, *autonomía y estatuto social propio* respecto del poder religioso:

La lenta racionalización de la vida y de las relaciones sociales que dirigen la mirada intelectual hacia la “calculabilidad” de todo, así como la creciente tecnificación de los oficios por la progresiva búsqueda de aplicabilidad de los saberes científicos, consolidan la medicina como *ars*, pero cada vez más como una técnica sostenida por principios racionales regidos por la lógica de las ciencias físico-química, botánica y

¹⁷⁴ Eliot FREIDSON, *La profesión médica*, op. cit., pág. 37.

matemática y menos en la intuición del *artista* (el “ojo clínico”) y en la fe en la causalidad sobrenatural. A esto hay que añadir la conquista paulatina de la conciencia de la propia individualidad que despierta la búsqueda de la autonomía. En medicina, por ejemplo, esta autonomía se refleja en el afán de la experiencia personal respecto al conocimiento del mundo natural incluida la propia naturaleza humana. De la experiencia iniciática de carácter aventurero se pasará a la experiencia dirigida, inventada, para profundizar en el conocimiento, es decir, el «experimento»¹⁷⁵.

Contribuye a esa autonomía de la medicina, constituida como una esfera institucional con su propia lógica interna y su naturaleza propia de relaciones de poder, su composición social más o menos homogénea, el hecho de ser una profesión prototípica de la burguesía. La estimación por el trabajo artesanal, el trabajo técnico, y no sólo por lo producido y rentabilizado sino también por el valor de *dignidad* social que concede a este tipo de trabajo son rasgos sociológicos característicos de esta clase emergente en la Modernidad¹⁷⁶.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que el trabajo burgués desplegado en las ciudades genera un nuevo modelo de sociabilidad en la que comenzará a difundirse la *actitud contractual* en las relaciones interpersonales y, como hemos examinado más arriba, en la organización de esa “dignidad” del oficio artesanal y mercantil mediante la autorregulación de la actividad y la salvaguarda de los intereses por parte de las instituciones corporativas a las que los nuevos miembros se asocian libremente. Es decir, adquieren su *estatuto* por vía contractual una vez superados determinados requisitos establecidos por la propia organización y el Estado.

“La mentalidad burguesa dominará la esfera de la medicina en un contexto político, religioso y en gran parte cultural anclado aún en el feudalismo. La relación *crística* entre el médico y el enfermo venía condicionada cada vez más por el carácter *contractual* y *funcional* que, retomando el espíritu del derecho romano, imponía la racionalización jurídica de las relaciones humanas. El paciente-cliente debía pagar al médico a cambio de sus servicios técnicos. La legislación establecía algún mecanismo de garantía para el paciente que pagaba. Y así se establecía cierto orden en una práctica con pésimos resultados que tendía al abuso económico y cuyo prestigio social se veía continuamente mermado. Mediante el *contrato* y la *mediación jurídica* la confianza entre médico y paciente dejaba de asentarse en la débil y cándida base del

¹⁷⁵ Pedro LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, op.cit.

¹⁷⁶ Solamente los miembros de las clases más pudientes podían permitirse los largos años de formación que exige la medicina así como la posibilidad de establecer relaciones de clase internas necesarias para ingresar en la corporación y *establecerse*, esto es, *estatuirse* como profesional y entrar en una «posición social» reconocida en muchos casos por sus elevadas remuneraciones.

amor caritativo del cristianismo monástico-hospitalario y podía dirigirse a una relación individualizada y objetivada en la mutua contraprestación”¹⁷⁷.

Como ya vimos más arriba, la visión crítica de la profesión médica, anclada en las estructuras doctrinarias de la Iglesia, se enriquecería, sobre todo a partir del siglo XVIII coincidiendo con la laicización del mundo occidental, mediante la separación absoluta del quehacer científico-médico de postulados religiosos y la autonomía de la profesión, su giro utilitarista hacia la utilidad social del interés privado y por tanto la construcción laica de su prestigio social y el establecimiento de un precio a su *excelencia* (que incluye el saber cualificado, la pertenencia a una corporación de clase con poder de presión y la “garantía” del reconocimiento por la autoridad jurídico-política), esto es, a la disponibilidad de su *propiedad* como médico titulado en el servicio de consulta.

e) La secularización del trabajo médico y de la profesión

El seguimiento de la doctrina escolástica que consideraba las enfermedades como males indiferenciados de la especie humana, identificadas con la actitud pecaminosa de la persona enferma, venía de la tradición medieval y coexistió, sin embargo, con un planteamiento empírico, individualizado y descriptivo de las enfermedades proveniente de la medicina más partidaria de un determinismo orgánico que del peso de una “verdad revelada”.

“Se intentaba, desde luego, desde la altura de una cátedra magistral, definir la enfermedad como una entidad cuyos caracteres, idénticos para toda la especie, podían ser enunciados de una forma buena y adecuada, según las reglas de la escuela. Pero era penoso para el médico, en su labor cotidiana, no considerar en ella un hecho individual y sin equivalente, donde se encontraba empeñada la esencia propia e irreductible de un futuro humano”¹⁷⁸.

La idea tomista de que la “verdad revelada” y la “verdad demostrada”, la fe y la razón, no podían oponerse ni contradecirse condujo a interpretar unívocamente los hechos observables de acuerdo con una única fuente común de “luz”, la divina. La enseñanza medieval de la medicina en las universidades seguía esta síntesis entre fe y

¹⁷⁷ Pedro LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, op. cit., pág. 144 e *Historia de la medicina*, op. cit.

¹⁷⁸ Marcel SENDRAIL, *Historia cultural de la enfermedad*, op. cit., pág. 240.

razón, atendiendo al desorden espiritual del hombre como elemento determinante de los desórdenes orgánicos además de una referencia constante a una simbólica de la astrología y la alquimia que otorgaba al saber médico ese carácter hermético, que para los profanos persistirá a lo largo de la historia de la medicina. Las evidentes limitaciones técnicas y epistemológicas de la medicina hasta las puertas del siglo XIX fueron cubiertas con fe religiosa y con fe en la tradición hipocrática y galénica reinterpretada constantemente a la luz de viejas creencias de la alquimia junto con la introducción de otros saberes científico-naturales. Sin embargo, la medicina en su práctica cotidiana debía interpretar la enfermedad de un modo más concreto que las discusiones teológicas y construir su propio discurso de la verdad a partir de la experiencia y la observación racional para ofrecer resultados prácticos.

Con la expansión del conocimiento científico-natural y la decadencia de la enseñanza médica en las universidades, y de forma paralela a la secularización del poder político de la Iglesia, el fundamento religioso del saber médico fue puesto en tela de juicio y dejó paso a la aparición de múltiples enfoques e interpretaciones de la observación de los mismos hechos mórbidos constituyendo diversas doctrinas médicas que pugnarán por representar una supuesta “medicina verdadera”¹⁷⁹. No obstante, el saber médico no evolucionará de manera significativa hasta la mitad del siglo XIX, dado que todas esas tendencias, sin fundamentos claros, deformarán los descubrimientos científicos y el resultado de la aplicación de métodos racionales a los procesos biológicos. Coexistirán idealismo metafísico, prejuicios religiosos, reformulaciones de teorías galénicas e hipocráticas con el materialismo científico y el avance de las ciencias naturales.

Como vimos más arriba, el «paradigma indiciario» del saber médico acabó por combinarse con el conocimiento científico natural y matemático para sistematizar, dotar de “rigor” al método de individuación de cara a obtener en la ulterior aplicación práctica de ese saber resultados positivos reiterables. La fisiología aplicada en la medicina del XVIII aportó datos reveladores de la individuación de la enfermedad respecto a un tipo de paciente y sugirió la necesidad de terapias diferentes según los tipos de paciente. Las pruebas, los indicios sobre las realidades individuales y la introducción del cálculo estadístico aplicado en la medicina permitieron asumir que ciertos indicios eran reveladores de fenómenos más generales sobre los que la medicina podría intervenir con

¹⁷⁹ Pedro LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, op. cit., pág. 130.

cierta garantía de éxito sobre conjuntos de población. La intervención progresiva del Estado junto con la clase médica en políticas de higiene y sanitarias dirigidas a grupos de población específicos, sobre todo tras la Revolución Francesa y con el desarrollo de las nuevas relaciones de producción capitalista, hace que el tradicional control individual de la enfermedad pase a convertirse en un control social de la misma. Este cambio favorece además que la profesión médica pase a monopolizar un saber indiciario revestido del discurso científico de “rigor” bajo el amparo jurídico-político del Estado.

Por otro lado, la posibilidad que instituyó el pensamiento científico y las tecnologías modernas de que el hombre conociese racionalmente, dispusiese y manipulase el universo (es decir, que tuviese *poder* para ello), así como el pensamiento filosófico y político moderno desmitificador de la unidad feudal y religiosa de la sociedad, determinaron en una parte considerable la desacralización de las significaciones míticas religiosas, de la costumbre o de la moralidad positiva respecto de las subordinaciones personales y de los vínculos comunitarios tradicionales existentes y limitadores de la *libertad de acción*, esto es, limitadores de las *potencialidades* y del descubrimiento autónomo de la “verdad”.

La filosofía de la libre voluntad de acción del individuo moderno ofrecía la posibilidad de cuestionar racionalmente el sentido de unos vínculos sociales tradicionales que suponían un obstáculo para el progreso político-social y económico del individuo. Aquella tenía el efecto psicológico de concienciar acerca de la posibilidad de emancipación del individuo como *individuo autónomo* escindido de las sujeciones que implicaba su propio origen social¹⁸⁰.

Esta percepción moderna de la libertad individual aplicada al saber, a la política y a las relaciones sociales permeabilizó en las antiguas cofradías, los gremios y otras corporaciones medievales de oficios y profesiones. Junto con la secularización del poder político y la transformación de las actividades económicas y mercantiles del feudalismo, la propia actividad de esas corporaciones, su estructura interna y su relación con el poder político, sufrieron a su vez una profunda transformación.

¹⁸⁰ Pietro BARCELLONA, *Postmodernidad y comunidad, El regreso de la vinculación social*, Madrid, Trotta, 1992, pág.18. Maquiavelo expuso la virtud del valor y la capacidad individual para fundar el *nuevo principado* independientemente del mérito sucesorio. La dignificación de la política pasaba por las cualidades del príncipe sin tener en cuenta sus orígenes de manera que “nada le faltaba ya para reinar excepto el reino”, *quod nihil illi deerat ad regnandum praeter regnum* (Nicolás de MAQUIAVELO, *El Príncipe*, Buenos Aires, Hachette, 1946, capítuloVI, «De los principados nuevos que se adquieren con armas y cualidades propias», págs.20-23).

Las viejas corporaciones gremiales y cofradías de oficios con una estructura comunitario-afectiva fueron evolucionando hacia corporaciones de carácter asociativo fundadas en una racionalidad de intereses y fines. Aunque en el caso de las asociaciones y colegios profesionales de médicos éstos hubiesen conservado durante mucho tiempo propiedades o intereses, símbolos, hábitos y estructuras internas de poder propias de las corporaciones tradicionales que conforman un *étos* profesional común a todos los miembros y una manera específica de percibir el mundo social y sus relaciones con éste.

Y como ya mencionamos al abordar la distinción que hacía Tönnies entre «comunidad» y «asociación», los gremios y demás corporaciones medievales asumieron con la secularización y mercantilización progresiva de la sociedad feudal una estructura mixta. Ésta combinaba la lógica de cohesión grupal interna de las «comunidades morales», en este caso mediante sentimientos de pertenencia representados por esa simbología mencionada, con la lógica de cohesión grupal interna de las «asociaciones voluntarias» o por «interés» en la que los intereses particulares de los miembros de la corporación habrían de coincidir con los de ésta: progreso socio-económico e influencia social y política gracias a una mutua colaboración entre la corporación, el profesional y el Estado.

Mediante este sistema de reconocimiento profesional, en el que se hacían coincidir intereses personales y los intereses del grupo, podía justificarse desde la corporación, por ejemplo, el establecimiento de una relación contractual entre el médico y la corporación y entre el médico y el enfermo con la tasación de unos honorarios controlados por la corporación, independientemente del carácter cristiano de amistad de la relación médico-enfermo como señala Laín Entralgo. La ganancia del médico era así presentada como el precio justo a la prestación de una actividad garantizada y frecuentemente penosa¹⁸¹. La consideración posterior de las relaciones humanas como relaciones esencialmente contractuales permitió añadir el carácter *mercantil* de manera oficial en la relación médico-paciente. Aquí, una parte ofrece su *propiedad*, expresada en su «título», consistente en el conocimiento científico ortodoxo u homologado y la pericia técnica y que es presentada como «servicio beneficioso» garantizado (por ese título) a cambio de dinero y obediencia por el otro contratante que *desea* aquel servicio

¹⁸¹ Guillermo de Saliceto escribe ya en la segunda mitad del siglo XIII, que “no será cosa mala pedir honorarios máximos por la asistencia médica, dando como causa el examen de las heces y de la orina” (en P. LAÍN ENTRALGO, op. cit., pág. 162 y 451).

garantizado¹⁸². Y en el ámbito asociativo de los miembros a la corporación profesional, en su contribución económica y en la proyección de una imagen de la profesión para el mantenimiento y reproducción de esa organización.

Por otro lado, las normas religioso-morales y las procedentes del poder político civil asumidas por las corporaciones y los tribunales de honor internos constituían la fuente disciplinaria del gremio frente a los excesos de sus miembros que pusieran en entredicho la “honorabilidad” del oficio y la del gremio y la “calidad” de la actividad¹⁸³. Es decir, el establecimiento de medidas normativas y autoritarias frente aquellos miembros que antepusieran sus intereses privados contrarios a la solidaridad corporativa expresada en una serie de principios y normas de carácter ético-religioso y normas de uso profesional que expresaban a su vez la solidaridad con los pacientes empobrecidos. Se trataba, finalmente, de una regulación autónoma de las corporaciones gremiales frente al control directo del Estado y la Iglesia, aunque contemporizara con ambos poderes, y esa (auto) regulación expresaba el pacto entre la institución corporativa y el médico, es decir, *entre los médicos*.

La justificación que había tras aquel consejo a favor de satisfacer los intereses personales y no genuinamente altruistas del médico venía argumentada por las excelencias del oficio, el coste y la calidad en la formación del profesional, los “honorarios” que representaba o algo tan ambiguo comopreciado por los enfermos y tan escaso como el “talento artístico” que era el llamado “ojo clínico”, el saber indiciario e intuitivo que también tenía un precio. El precio y los “honorarios” se convertían en una motivación para el trabajo médico. Esa justificación, en teoría, no podía ser objeto de abuso sin chocar con los deberes religiosos recogidos por la autoridad civil y la política de defensa de una imagen pública honorable de la profesión por parte de los gremios, colegios o academias médicas.

“Por consiguiente, la medicina gremial fomentó la ética política [en el sentido de laica y pública] que luego sería tan importante para la ética médica: el buen servicio a la ciudad y a los ciudadanos a cambio de un monopolio de la práctica y un prestigio público. Lo cual reforzó una frecuente dualidad paradójica en el corazón de la ética médica entre el propio interés y el

¹⁸² Se trataría de la aplicación de la teoría jurídico-política de John Locke a la relación entre médico-paciente a partir del siglo XVIII que nos propone Albert R. Jonsen (*The New Medicine and the Old Ethics*, op. cit., págs. 86 y sigs.).

¹⁸³ Así, por ejemplo, ante la obligación cristiana de asistir gratuitamente a los pobres, obligación impuesta por la autoridad civil en el caso de las ordenanzas de Federico II (*Iste medicus iurabit...quod pauperibus consilium gratis dabit*), los tratados médicos bajomedievales y renacentistas apelaban al propio criterio moral del médico y del cirujano para pedir honorarios elevados a los clientes pudientes.

altruismo. [...] La ética política de la profesión que se estaba constituyendo como tal, era en parte un intento de reconciliar estos impulsos morales centrífugos y, en parte, un disfraz algo transparente para el propio interés profesional”¹⁸⁴.

La ética “política” que defiende Jonsen consistiría en la actualidad en considerar la promoción del seguro sanitario público a fin de abarcar al mayor número de personas posible como una “obligación moral” del Estado. “Esta ética”, dice, “reprende el propio interés que incita a las profesiones a proteger aquellas instituciones y medidas que les aprovechen”, esto es, como una finalidad en sí misma¹⁸⁵. Se trata, según nuestro parecer, de una cuestión que no entra tanto en el terreno moral sino en el terreno *político* del límite fáctico que impone la competencia estatal sobre los términos socioeconómicos del trabajo médico a la autonomía profesional. Un límite que puede menguar con las políticas de «desregulación» pública de un modelo de Estado cada vez más abierto al poder autorregulador del sector privado el cual lo *representa* públicamente mediante un discurso ético (sea este puramente declarativo o prescriptivo).

Ferdinand Tönnies resume en su teoría sobre el asociacionismo esa combinación necesaria entre el interés o voluntad personal del asociado y el interés o voluntad de la asociación o «grupo de interés». La asociación dispone de un capital poderoso – económico y político- capaz de requerir la cooperación de sus miembros en la consecución de sus fines de los que depende su reproducción, su existencia, como

¹⁸⁴ Albert R. JONSEN, *A short History of Medical Ethics*, op. cit., pág. 25. Conviene hacer aquí una advertencia respecto la idea de “interés personal” del médico que puede entrar en conflicto con los presupuestos ético-religiosos de la corporación. Y es que dentro de ese interés estrictamente *egoísta*, según apunta Laín Entralgo (*La relación médico-enfermo*, op. cit., pág. 188) aunque no lo especifique, podemos distinguir un “interés personal *profesional*” y el “interés personal *privado*” del ejerciente. El primero se refiere al interés personal del médico en cuanto miembro de un colectivo humano que ejerce la misma actividad y que, por consiguiente, representa de alguna manera los intereses de aquella. Laín señala por ejemplo que en este caso el interés personal del médico moderno, frente al medieval, puede orientarse hacia aspectos objetivos de la naturaleza mórbida y no tanto hacia el aspecto subjetivo del trato con el enfermo. La distinción moderna entre sujeto y objeto transforma el objeto de interés personal del médico en cuanto que *profesional*. El segundo tipo de interés, el “privado” puede confundirse fácilmente con un interés personal profesional que lo arropa y así encubrir éste por ejemplo un puro afán de lucro, codicia o ambición social, intereses que, proclaman los médicos de la época, se escapan de los auténticos fines de la profesión, y que, en definitiva, pueden dañar su imagen social altruista, es decir, revertir en contra de los principios ético-religiosos y de la propia actividad diseñada por la corporación, esto es, en contra de los “intereses de grupo”. Veremos, sin embargo, cómo con el mercantilismo y, sobre todo, con el liberalismo económico y la secularización de los valores ético-religiosos, los intereses privados referidos al lucro económico y a la ambición social serán conjugados con los intereses de la profesión en la formación de un poder y prestigio corporativo, de clase. También veremos cómo estos intereses privados pueden entrar en conflicto con intereses, esto es derechos, de los pacientes y los intereses generales de una asistencia sanitaria progresivamente masificada.

¹⁸⁵ Albert R. JONSEN, *The New Medicine and...*, op. cit., pág. 54.

institución¹⁸⁶. Estos fines constituyen el «interés» de la organización que coincide obviamente con el de sus creadores. Dado que la asociación es una entidad creada para servir a los intereses de sus creadores, los contratos o acuerdos entre los miembros que otorgan su existencia, son de carácter *estatutario*, es decir,

“mediante el nombramiento de un acuerdo representativo definido, proporciona al grupo una voluntad, y también un fin o un propósito, en el que todas las partes contratantes han de estar de acuerdo. La constitución, además, le dota de los medios de obtener ese fin; estos medios consisten en contribuciones por parte de los miembros, o sea, representan una mancomunicación de los medios de éstos. En parte, estos medios representan derechos sobre ciertas acciones de las personas individuales de que la asociación o grupo específico de intereses puede disponer legalmente, justo como cualquier individuo puede englobar sus actos en la esfera de su voluntad racional y es libre de disponer de ellos a placer. En consecuencia, estos derechos son elementos de libertad”¹⁸⁷.

De ahí que estatutariamente también, en la regulaciones internas de las corporaciones profesionales propias de las épocas premoderna y moderna se tendiese a fijar pautas comunes para el ejercicio de la profesión médica en la relación con otras profesiones sanitarias, con los pacientes, en el cobro de honorarios y en la exhibición de signos y hábitos por parte de los miembros de la corporación, en cuanto que representantes de la profesión, como esos “medios mancomunados” para alcanzar los *fines* propuestos por la institución corporativa. Medios que, por otra parte, componen los intereses personales de los miembros (en cuanto que *derechos* profesionales) en el marco, esto es, limitados o bajo el dominio, de los intereses de la institución corporativa, es decir, de los intereses *comunes* a todos los sujetos comprometidos con la profesión.

¹⁸⁶ Mary DOUGLAS en su libro *Cómo piensan las instituciones* (Madrid, Alianza, 1996), sostiene básicamente que cada uno razona en función de sus compromisos institucionales por lo que, en virtud de ese compromiso, comparte las mismas categorías de pensamiento que los otros sujetos *comprometidos*, estableciéndose vínculos de solidaridad entre ellos destinados a salvaguardar los intereses de la institución, es decir, sacrifican sus intereses privados en favor del interés común representado por la institución. Así, la defensa de un «orden social», la defensa de la existencia de un «bien común», etc. se convierten en razones suficientes que legitiman las acciones individuales, la coordinación de los intereses privados con los institucionales, que permiten la reproducción y, llegado el caso, el desarrollo de la institución social. En cualquier caso, hoy día no puede darse por supuesta la convergencia entre el interés de los miembros de una asociación y la política de la organización, el propio interés de los dirigentes vestido de “interés colectivo”, sobre todo si la estructura de esa organización no favorece la competencia entre dirigentes y no proporciona a los miembros recursos suficientes para controlar los resultados (Suzanne BERGER (comp.), *La organización de los grupos de interés en Europa occidental. El pluralismo, el corporativismo y la transformación de la política*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1988, pág. 21).

¹⁸⁷ Ferdinand TÖNNIES, *Comunidad y asociación*, op. cit., págs. 256-257.

El estatuto de «socio» del médico colegiado le otorga un título, una licencia de actividad que no depende de su adscripción juramental o de su proceso de vinculación personal con la corporación como en la tradición. El nuevo *status* liberado del modelo social estamental del antiguo régimen, implica un “contrato social” entre el futuro miembro y el conjunto de la profesión organizada en un cuerpo institucional. Es un *status* que da la habilitación al licenciado en medicina por parte de la profesión organizada y que indica la posesión de la competencia y la pericia *oficiales*, una presentación simbólica de la “garantía de calidad”.

En la segunda edición de *De la division du travail social* (1902) de Emile Durkheim el autor nos explica que las asociaciones profesionales modernas están constituidas fuera del Estado, aunque sometidas a su acción. Este hecho supone, sin embargo, la mejor solución para establecer “una disciplina moral de un género nuevo sin la cual todos los descubrimientos científicos y todo el progreso del bienestar no podrían hacer más que desdichas”¹⁸⁸. Durkheim precisa que no se trata de bogar por una restauración de las antiguas corporaciones sino por la instauración de un nuevo tipo de asociaciones profesionales que, reconocidas a la vez por el Estado y por las familias de sus miembros asociados libremente, constituyan nuevos “cuerpos intermediarios” (entre sociedad y Estado) provistos de una autoridad legal y con poder para asegurar las bases concretas de la integración y de la regulación sociales¹⁸⁹. Durkheim piensa en el poder de disciplinamiento moral interno de las corporaciones profesionales gracias a la capacidad autorreguladora de esas organizaciones a la sombra únicamente de la efectividad institucional del poder público. Con ese margen o espacio de libertad que concede esta estructura organizativa de la corporación es posible avanzar en el progreso científico sin otras cortapisas que la conciencia de los profesionales y el régimen disciplinario interno de la organización.

¹⁸⁸ DURKHEIM, Emile, «Prefacio de la segunda edición. Algunas observaciones sobre las agrupaciones profesionales», en *La división del trabajo social*, Madrid, Akal, 2001⁴.

¹⁸⁹ DUBAR, Claude, *La socialisation...*, op. cit., pág. 130. "Una nación no puede mantenerse como no se intercale, entre el Estado y los particulares, toda una serie de grupos secundarios que se encuentren lo bastante próximos de los individuos para atraerlos fuertemente a su esfera de acción y conducirlos así en el torrente general de la vida social. Acabamos de mostrar cómo los grupos profesionales son aptos para desempeñar esta función, y cómo todo les destina a ello". Y, "para que una moral y un derecho profesionales puedan ser establecidos en las diferentes profesiones económicas, es preciso, pues, que la corporación, en lugar de seguir siendo un agregado confuso y sin unidad, se convierta, o más bien vuelva a convertirse, en un grupo definido, organizado, en una palabra, en una institución pública" (DURKHEIM, Emile, op. cit. págs. 34 y 8).

Este marco asociativo profesional ganará fuerza en el Estado liberal burgués frente las estructuras organizativas de la tradición medieval y frente las propuestas del socialismo gremial en la reivindicación de derechos para estos grupos en su función intermediaria entre la ciudadanía y el Estado. En este paisaje socio-organizativo se representan las diferentes posturas ideológicas del terreno político, el liberalismo, el conservadurismo y el socialismo¹⁹⁰.

El movimiento de reforma social representado por una multitud de grupos del extremo ideológico opuesto al conservadurismo (sindicalistas, socialistas utópicos, comunistas, cooperativistas, etc) abogaba por la supresión de aquellos derechos tradicionales de los grupos intermedios que supusieran la *conservación* de una sociedad dividida en clases, bajo un sistema de dominación patriarcal-familiar y de predominio de la Iglesia (católica o anglicana) sobre cualquier autonomía política. Para ellos la existencia de corporaciones profesionales constituía un vestigio del antiguo régimen, por tratarse netamente de organizaciones de clase con su *status* y privilegios sociales. La razón de ser de los grupos intermedios sólo podía implicar una función representativa directa de los intereses de los diferentes grupos de trabajadores frente al Estado y el poder del capital.

Para los conservadores en cambio era de vital importancia el mantenimiento de una estructura de relación triangular entre individuo, corporaciones y Estado, en el que las corporaciones (estamento, familia, Iglesia y gremio) pudieran hacer valer sus derechos tradicionales frente al Estado y frente a los derechos del individuo, situándose en una posición superior e intermedia entre el Estado y el individuo que no tendría más representatividad, o “intereses” que defender, que los de la familia, el clan, el gremio o la religión.

La tendencia moderna a la construcción de un derecho a la propiedad en el que se pudieran incluir todo tipo de cosas calificadas de «mercancía», y que permitiera la existencia de propiedades más fluidas, móviles y monetarizadas, como por ejemplo la fuerza de trabajo o la prestación de trabajo cualificado (en el caso de la medicina), hizo que todos, sin distinción de clase social, pudiesen entrar en los circuitos económicos de la nueva sociedad concurrencial. Para la ideología liberal, y de acuerdo con la voluntad de extensión del tráfico mercantil era contrario al derecho el establecimiento de vínculos de sujeción personal, supresores de los derechos del individuo, vínculos basados en

¹⁹⁰ Robert NISBET, *Conservadurismo*, Madrid, Alianza, 1995, págs. 39 y sigs.

valores irracionales, creenciales, de la tradición. La intervención del Estado liberal en la configuración de los grupos corporativos intermedios situó a éstos a medio camino entre las pretensiones más jacobinas de supresión de los gremios y corporaciones tradicionales o su restauración respetando su naturaleza autónoma frente al Estado y al individuo según las aspiraciones conservadoras. La conversión de las antiguas corporaciones en «asociaciones voluntarias», como las descritas por Tönnies y Durkheim, permitía respetar cierta estructura organizativa interna, cierta autonomía para dichas corporaciones aunque debían adscribirse al “pluralismo liberal” y someterse a un control final por parte del Estado en el acceso a las mismas, en su organización económica y en sus relaciones con otras organizaciones ocupacionales. Con todo en la etapa liberal se intentó mantener la compatibilidad de las organizaciones corporativas con la idea del respeto primario al individuo y sus derechos frente a la corporación y al Estado mismo.

El resultado de la conversión liberal de las corporaciones medievales en «grupos de interés» hace que, para controlar el marco de orden público de ese «interés corporativo» el Estado integre en su organigrama a estas corporaciones a modo de prolongación del «interés público» que defiende aunque de forma descentralizada, esto es integrándolas en la administración institucional del Estado.

Los colegios profesionales modernos son el resultado de este proceso. Logran incorporar, a su vez, los «propios intereses» de los miembros de la corporación como representantes de los intereses de la profesión en general e indirectamente como representantes de los «intereses públicos o generales» del Estado. La figura del médico, como veremos seguidamente, trascenderá su imagen singularizada de la *relación privada* entre médico y paciente para pasar a cumplir una imagen representativa del «bien público» salud, al servicio de los intereses generales del Estado, es decir, una imagen *política* en este sentido. A su autoridad particular en la relación privada de consulta como propietario del conocimiento y gestor de los medios curativos habrá que añadir la autoridad política que se proyecta en esa relación como una sombra del poder institucional, de la corporación y del Estado.

La constitución de la corporación profesional como grupo de interés reconocido implica, por consiguiente, la cesión por parte del Estado de un espacio de libertad en el ámbito de las funciones de la organización y control de la actividad profesional de sus miembros, un espacio estratégico de autorregulación y autonomía decisoria. En el reconocimiento político-público de la corporación profesional como entidad *intermedia*

entre los ciudadanos y el Estado esa libertad corporativa tiene un peso específico especialmente relevante para nuestro análisis del papel que en adelante va a cumplir el derecho y el Estado en ese ámbito. Sobre todo, cuando hacemos hincapié en su específica capacidad reguladora y cuando ésta incluye una normativa ético-disciplinaria que se sitúa entre los ciudadanos demandantes de servicios médicos y el poder jurídico del Estado.

Para ello, insistimos, es imprescindible el reconocimiento y la validación por parte del poder jurídico-político de la institución corporativa y de sus actos institucionales. De ahí que, paralelamente a la secularización del Estado y su intervención, sustituyendo a la Iglesia, en la vida asociativa las corporaciones gremiales tuviesen que abandonar su carácter originario de adhesión personal y moral y su autonomía, esta vez, del Estado y tuviesen que comenzar a formalizar sus relaciones con la sociedad y con el Estado desde el discurso más técnico y negociable de «derechos» e «intereses». Estado, derecho e instituciones corporativas pasaban a utilizar el mismo lenguaje.

Desde un punto de vista de orden interno de la profesión médica la elección individual de la profesión reconocida estatalmente y, en consecuencia, la inclusión personal en su estructura corporativa se concibe, según esta interpretación “asociativa”, como la celebración de un contrato entre el candidato a médico y la autoridad corporativa. Ésta otorgará derechos y privilegios al futuro miembro como el libre ejercicio (libre contratación con el paciente-cliente), el apoyo de la autoridad frente a las competencias desleales, frente al intrusismo, o en el establecimiento de un marco de honorarios y símbolos de prestigio social y una posición de clase dentro de la sociedad.

El apelativo “liberal” de la profesión escapa de su acepción originaria de las ocupaciones basadas en una formación universitaria de “artes liberales” para distinguirlas en la división social del trabajo entre manual e intelectual. En el siglo XIX significa además que se trata de una ocupación que no está destinada a mantener derechos, prohibiciones, vínculos y tradiciones gremiales propias de una sociedad estamental. La adhesión a las asociaciones y colegios profesionales va a ser voluntaria, *libre*, hasta finales del XIX¹⁹¹.

¹⁹¹ Josep M^a CALBET I CAMARASA, Manuel M^a ESCUDÉ I AIXELÀ, *Orígens del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona*, Barcelona, PPU, 1994, pág. 45.

Los “profesionales libres” de la medicina ya empiezan a unirse en “comunidad científica”, en la época de la Ilustración, para comparar, comunicarse el saber y buscar conjuntamente verdades científicas ayudados por los nuevos descubrimientos y los nuevos métodos bajo una actitud de autocrítica y así poder refundar su profesión. La idea consiste en desmarcarse de los curanderos y charlatanes y “proteger al pueblo contra sus propias ilusiones”¹⁹². Se trata de representar un *saber* y un *hacer* homologado para conquistar prestigio social y que la sociedad reconozca a los médicos profesionales como un cuerpo *necesario* a la vez que éstos invocan en el nuevo contexto de la economía de libre mercado el pacto tácito existente entre médico y enfermo. Se trata de un viejo derecho privado en el que se basa la retórica de la amistad médico-paciente y en el que se establece una relación terapéutica particularizada con el ropaje científico-racional, una cualidad y *calidad* publicitada del tratamiento con un coste económico¹⁹³. La profesión médica del XIX se presenta, en consecuencia, como un servicio *garantizado* a contratar en el ámbito doméstico o particular y en el marco mercantil-concurrencial de otras “ofertas” de servicios sanitarios.

Este nuevo discurso ideológico del liberalismo burgués en medicina chocará sin embargo con una dura realidad: mientras que las teorías médicas habían evolucionado pero “gravitaban en el vacío”, las estructuras, los hábitos, los discursos, la conciencia médica general, seguían anclados en valores y prácticas medievales. El poder público, consciente de que esas estructuras medievales de la profesión seguían vigentes, como las de las corporaciones de médicos que funcionaban privadamente con sus propios sistemas de socialización y formación, y consciente a su manera de que el saber médico era “necesario para la sociedad” intervino con la pretensión de reconfigurar la profesión en su conjunto. Así, en la Francia revolucionaria jacobina, a pesar de que el plan Bouquier decía que el Estado debía favorecer “los conocimientos necesarios para la sociedad [como la medicina]... pero no puede ni organizarlos ni controlarlos [como la educación por ejemplo]; sirven a la colectividad, no forman al individuo”, en el periodo de Termidor los bienes de los hospitales fueron nacionalizados, prohibidas las corporaciones profesionales y las academias, la Universidad con las facultades y

¹⁹² M. FOUCAULT, *El nacimiento de la clínica*, op. cit., págs. 74-75. La lucha contra el intrusismo profesional va a ser uno de los principales caballos de batalla de la ordenación colegial y la reclamación de un poder de autorregulación efectivo además del reconocimiento jurídico-penal estatal del intrusismo como delito (vid. Josep M^a CALBET I CAMARASA, Manuel M^a ESCUDÉ I AIXELÀ, op. cit.).

¹⁹³ M. FOUCAULT, op. cit., pág. 9.

Escuelas de medicina abolidas, aunque el Estado no pudo poner en práctica su política de asistencia, ni pudo limitar el libre ejercicio, ni estatuir las actitudes necesarias del médico, ni fijar las formas de su enseñanza¹⁹⁴. La Ley *Chapelier* de 1791 abolió las corporaciones con el siguiente tenor:

“Ya no existe ninguna corporación dentro del Estado, sólo existe el interés particular del individuo [la esfera privada] y el interés general [la esfera política-pública]”¹⁹⁵.

Con todo, a pesar de que pudiera ser determinante la influencia de la centralidad del *individuo y sus derechos* frente a la injerencia estatal en el quehacer profesional, la actividad médica cumplirá un servicio “político” al Estado: pondrá al descubierto un testimonio privilegiado de las condiciones de existencia y formas de vida de los individuos de las diferentes clases sociales a lo largo de la historia. En la tradición médica la gestión de las enfermedades se dirige a una gestión pública contra los *malos* hábitos de vida por exceso o por carencia. Su mirada indagadora de las causas de los males se dirigirá a las políticas de los Estados a la vez que serán los propios Estados los que acudirán a la medicina para evitar que las epidemias diezmen a la población.

El papel del médico será *político* a la vez que *moral* al vincular la medicina, en parte, a los destinos de los Estados y en el desarrollo de un conocimiento en torno a la salud, definiendo el *hombre modelo* y *normalizando* los hábitos de vida *saludables*¹⁹⁶.

A partir de la instauración de los Estados liberales, la conciencia del papel de la profesión médica vinculado a la *vocación* a cumplir con los deberes del nuevo *status* social y político del médico, esto es, los deberes derivados de la posición que ocupa en el trabajo socialmente dividido como representante de una ocupación de «interés

¹⁹⁴Ibíd., págs. 80-83.

¹⁹⁵ Citado en Robert NISBET, *Conservadurismo*, op. cit., pág. 23.

¹⁹⁶ Conocemos el antecedente teórico en obras político-morales de médicos convencidos que la lucha racional por preservar la salud constituía un «bien público». Así en *Medicus-politicus: sive de officiis medico-politicis Tractatus* de Rodericus A. CASTRO (Hamburgi, ex bibl. Frobeniano, 1614) o en *Politia medica* (Frankfurt a. M., bey C.Schleichen u.Mitverwandten, 1638) de Ludwig von HÖERNIGK, o el tratamiento del médico como “policía-médico” en la Ilustración en la obra, por ejemplo, de Johann P. FRANK, *System einer vollständigen medicinischen Polizey* de 1777. En este sentido Michel Foucault cita a GANNE (*De l’homme physique et moral, ou recherches sur les moyens de rendre l’homme plus sage*, Estrasburgo, 1791) en *El nacimiento de la clínica* (op. cit., págs. 60-61): “[La medicina] recibe la hermosa tarea de instaurar en la vida de los hombres las figuras positivas de la salud, de la virtud y de la felicidad; toca a ella escandir el trabajo para las fiestas, exaltar las pasiones tranquilas; velar sobre las lecturas y la honestidad de los espectáculos; tiene también que controlar que los matrimonios no se hagan sólo por interés, o por capricho pasajero, sino que estén bien fundados sobre la única condición durable de la felicidad, que es para utilidad del Estado”.

general» y de un saber “científico” hegemónico, queda recogida en la idea de una profesión “nacionalizada”. La imagen del “estado de gracia” de la profesión médica persiste, en su forma laica, en la continuidad de la percepción de la profesión médica como un *sacerdocio* ahora al servicio de la nación:

“Convertida en actividad pública, desinteresada y controlada, la medicina podrá perfeccionarse indefinidamente; alcanzará, en el alivio de las miserias físicas, la vieja vocación espiritual de la Iglesia, de la cual formará el calco laico. Y al ejército de los sacerdotes que velan por la salud de las almas, corresponderá el de los médicos que se preocupan por la salud de los cuerpos”¹⁹⁷.

¹⁹⁷ M. FOUCAULT, op. cit., pág. 58. Esta será una tendencia que culminará en el siglo XX en un proceso calificado como de “nacionalización de la salud” en el que la atención sanitaria ha constituido una de las principales fuentes de inversión del producto nacional bruto de los países de la OCDE, además de ser considerada como «bien público» financiado en su mayor parte en la mayoría de los países con recursos públicos y en la que los comportamientos individuales de los potenciales enfermos (obesos, fumadores, etc) y la actividad de los médicos son asunto de «interés público» (véase Hugo Tristram ENGELHARDT, *Salud, medicina y libertad: una evaluación crítica*, pág. 14, en «Libertad y salud», Barcelona, Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 1, 1999).

Capítulo 2.

Una mirada histórico-filosófica sobre la noción de «deontología»

2.1. La «deontología» utilitarista de Bentham

2.1.1. La ética ilustrada como antecedente de la «deontología» benthamiana

El pensamiento ilustrado no fue solamente el resultado de las influencias mutuas e internas entre autores de cada país sino también el resultado de un viaje (real e intelectual) continuo de ida y vuelta de transferencias de ideas entre autores ingleses (y de la «Escuela escocesa») y franceses principalmente. Locke, Shaftesbury o Hutcheson tuvieron un peso más o menos decisivo en Voltaire, los enciclopedistas, los materialistas y fisiócratas franceses y éstos, a su vez, en Hume, Smith, Burke, Bentham, James y o Austin. En todos ellos, sin embargo, fue decisiva la influencia de la epistemología racionalista y empírica de Bacon, Descartes, Malebranche, Bayle, Newton o Pascal, y la inauguración del pensamiento político-moral moderno de Montaigne, Bodino, Grocio, Hobbes o Spinoza.

Nuestra pretensión aquí no es entretejer todas las ramificaciones de las influencias posibles en la teoría moral benthamiana sino únicamente apuntar las ideas básicas del pensamiento ilustrado precedente a la culminación del *giro utilitarista de la ética* protagonizado por Bentham.

El pensamiento utilitarista en moral y en política es anterior a Bentham. Ya vimos cómo la Reforma protestante convirtió la práctica religiosa para la salvación personal en el seguimiento metódico y ascético del trabajo mundano como profesión. Vimos como el consiguiente enriquecimiento individual era el justo reconocimiento moral a “la obra de Dios en la tierra” mediante el trabajo y que, por ende, redundaba en beneficio de todos si todos cumplían con ese “áspero bregar, genial ambicionar y ascético vivir”. Vimos también la forma en la que ese inicial ascetismo religioso en el trabajo fue reconducido por las teorías económicas del siglo XVIII a la idea de trabajo «útil» o «productivo». La introducción de la categoría de «utilidad» sobre la base de la

idea del enriquecimiento de las naciones se entendía en relación con la noción de «uso» de las cosas (trabajo útil es el que produce bienes de uso, sobre todo, si éstos sirven para producir más bienes). Por otro lado, la idea puritana de la ética del trabajo estableció una cultura de cálculo moral de méritos o transgresiones en la actividad mundana esperando conquistar finalmente la «salvación».

En el terreno laico del pensamiento político, con la incursión del racionalismo y el cientificismo empírico, desde Hobbes imperó el determinismo psicológico y antropológico de una naturaleza humana egoísta e individualista siempre tendente a ponderar las expectativas de dolor y placer como estrategia en la persecución de los exclusivos intereses personales. La *naturalización* consecuente de las instituciones políticas y morales condujo a una secularización de las categorías religiosas aportadas por la Reforma protestante. Nosotros prestamos atención especial a la secularización de la categoría motora de «salvación» para el trabajo mundano profesional en la categoría de «felicidad», clásica en la filosofía, pero central en su reformulación moral utilitarista por la Ilustración.

Primero examinaremos brevemente las tesis de Locke como pensador puente o de tránsito entre el iusnaturalismo de corte religioso y su racionalización a partir de un planteamiento empirista en el que basa su utilitarismo, cómo influye en Hume y la aportación de éste al giro utilitarista de la ética. Luego analizaremos la importancia del reformismo ilustrado y del enciclopedismo francés en la teoría moral benthamiana, para analizar finalmente la *deontología* de corte utilitarista creada por Bentham, la cual constituiría gran parte de la base teórica e ideológica de la codificación moral-profesional en medicina hacia finales del siglo XIX.

Entre la ética protestante y el sistema ético lockeano se pueden establecer conexiones que, a su vez, permiten comprender el encaje del *éthos* del individuo moderno en las nuevas relaciones de producción de la sociedad mercantil del XVII. Locke elabora su teoría a partir de principios en los que se puede apreciar la mezcla de un utilitarismo racionalista y un cristianismo iusnaturalista propio del pensamiento de la Reforma¹⁹⁸.

¹⁹⁸ Las tesis de Locke respecto del trabajo coinciden en líneas generales con la línea teórica del ascetismo protestante sobre el sentido de la *acción* del individuo propietario y lo que Weber denomina “espíritu del capitalismo”: “consumir menos de lo ganado y acumular así capital, pues la riqueza de la nación la forman el capital acumulado por la industria y el comercio privados” (C.B. MACPHERSON, *La teoría política del individualismo posesivo*, Barcelona, Fontanella, 1970, pág.180); y con la teoría de la acción puritana, la reprobación del *descanso* en la posesión (y en el trabajo), el consumo suntuoso e inútil, la valoración del “bien de la mayoría”, servir al “bien del mayor número posible” por encima del propio

Una de las conexiones entre la ética protestante y el sistema ético lockeano es la consideración de la *felicidad* como meta moral del hombre, pero una *felicidad* teologizada (la “verdadera o auténtica y duradera felicidad” santificada, glorificada) que condiciona el *actuar* del hombre. De este modo, el hecho de que el hombre experimente como *malestar* la imposibilidad de alcanzar la “verdadera felicidad” influye en una suerte de mecanismo determinante de la voluntad humana que dirige el *actuar* hacia la consecución de aquella felicidad. Y dado que para la filosofía moral y el iusnaturalismo cristianos la naturaleza humana dotada de razón está concebida para perseguir el fin que determina Dios, de su destino hacia la *felicidad* resulta el *deber* de seguir el hilo conductor hacia la “auténtica felicidad” (*summum bonum, true happiness*), esto es, perseguirla¹⁹⁹. El núcleo de la doctrina puritana reside pues en el *perseguir* esa «gloria» o «verdadera felicidad» como *acción* constante, sacrificada, metódica del individuo a través de su trabajo profesional²⁰⁰.

Por otro lado, la vertiente “utilitarista” de Locke es un buen precedente para abordar la teoría moral benthamiana en el marco del pensamiento liberal y el llamado “giro utilitarista” que sufriría la eticidad de las profesiones²⁰¹.

bienestar y que no deja de ser una motivación utilitarista que permite el enriquecimiento económico privado (a propósito del calvinismo y su teoría del deber ético del trabajo profesional (M. WEBER, *Die protestantische Ethik I*, op. cit., págs. 167, 171-172, 180).

¹⁹⁹ John LOCKE, *An Essay concerning Human Understanding*, New York 1959², vol.II,21,52, pág.350. Él sistema ético lockeano nos enseña que “virtud y religión son necesarios para la felicidad del hombre, ya que le permiten ver la vida futura en beatitud o en maldición donde podrá descubrir a Dios, el justo Juez, el cual dará a cada uno «lo que de sus actos se desprenda: vida eterna a aquellos que se conducen mediante paciente perseverancia en hacer el bien para la gloria, el honor y la inmortalidad; pero para cada alma que haga el mal, cólera, encono, sufrimiento y miedo»” (J.LOCKE, *ibíd.*, pág.356). Esta observación de ambas consecuencias de la acción humana debía modificar totalmente la vara de medir el bien y el mal de un hombre. Éste no ajustará su acción según el *placer* y *dolor* pasajeros que acompañan las acciones terrenales, sino que medirá sus acciones para ver si conllevan el asegurar aquella *felicidad* duradera e impecable en el más allá (J.LOCKE, *ibíd.*).

²⁰⁰ Como vimos, Max Weber sostiene la tesis de que el protestantismo concebía la fidelidad al trabajo profesional, a la disciplina y dedicación en el trabajo, como una necesidad de obedecer a Dios. El trabajo como fin en sí mismo de la vida está prescrito por Dios y constituye el único medio para alcanzar la «verdadera felicidad» (M. WEBER, *Die protestantische Ethik I*, op. cit., págs. 167-169).

²⁰¹ A.P.Brogan es de la opinión que la ética lockeana establece una “doctrine of the harmony of interests” utilitarista y que por ello sería un predecesor inmediato de la ética utilitarista inglesa, sin embargo no parece considerar la vinculación de Locke con el derecho natural tradicional, por lo que hay que considerar aquellos elementos de su teoría en torno a la «naturaleza humana», al «estado de naturaleza» que persistirán como punto de partida teórico de los utilitaristas de la ilustración (BROGAN, A. P., *John Locke and Utilitarianism*, en «Ethics», 69, 1959, págs.79-73). Por otro lado, H.V.S.Ogden explica que “en 1690, cuando Locke publicó sus *Two Treatises of Government*, expuso la teoría de los derechos naturales en la forma que dominó la teoría política inglesa durante los siguientes setenta años. Ya hacia 1800 la teoría de los derechos naturales perdió virtualmente todas sus adherencias inglesas. En su lugar aparecieron varias formas de utilitarismo, especialmente el utilitarismo de Burke, Paley y Bentham”

Locke entiende la tendencia a la felicidad como un *deber* que impone Dios a los seres dotados de razón. Para Locke no existe una tendencia natural del alma humana al *summum bonum*, sino que la inclinación natural al bien, a la felicidad, la ha sustituido en su teoría por un *deber de cálculo de las consecuencias* que pueden tener las conductas de los hombres respecto de una felicidad presente y opuesta a la “auténtica” y que, en cambio, puede ayudarles a alcanzarla.

Locke admitía que los hombres se mueven por apetitos y aversiones, por placer y dolor. La gradación que hace Locke de la felicidad es distinguible desde un punto de vista *cuantitativo*, no cualitativo, en función de la mayor o menor satisfacción del placer. Esta perspectiva hedonístico-utilitarista del actuar humano aparece en su *Essay concerning Human Understanding*, en el cual la teoría de la motivación de la acción parece ser que recibió influencias de la ética neopicúrea de autores franceses de finales de los setenta del siglo XVII²⁰².

La concepción neopicúrea de la naturaleza del hombre se define básicamente por la tendencia *natural* de éste a perseguir el placer y huir del dolor. Las normas que regulan la vida en sociedad no son otra cosa que el resultado de pactos de manera que los individuos que convengan entre sí no se perjudiquen mutuamente en la persecución de ese placer. Tales normas son elaboradas por los hombres si bien, dentro de la tradición iusnaturalista moderna, deben considerarse a lo sumo como «derechos naturales» o prepolíticos, en este caso, *derecho al placer* y *derecho de autoconservación*. En el pensamiento de Locke y para el liberalismo posterior estos derechos servirán para fundamentar la existencia de un derecho prepolítico a la propiedad y a la acumulación ilimitada²⁰³.

La *natural* capacidad racional del individuo de establecer pactos certifica, por tanto, la *naturalidad* de las normas resultantes que regulan por ejemplo la propiedad o la libertad contractual. Y que, en conclusión, no deja de representar también la capacidad racional (*natural*) de elegir entre lo «bueno» y lo «malo» lo «correcto» y lo «incorrecto», la «felicidad» y el «dolor», es decir, de dirigir ordenadamente las

(H.V.S. OGDEN, *The State of Nature and the Decline of Lockian Political Theory in England 1760-1800*, en «The American Historical Review»,46, 1941, pág. 21).

²⁰² François Bernier, Abbé Justel o Abbé Thoynard seguidores de la filosofía sensualista y neopicúrea de Pierre Gassendis (1592-1655), cit. en Walter EUCHNER, *Naturrecht und Politik bei John Locke*, Frankfurt del Meno, Suhrkamp, 1979, pág.11.

²⁰³ Walter EUCHNER, op. cit., pág.13.

conductas hacia la consecución de la felicidad tras sopesar el grado de placer y dolor en las consecuencias de las acciones.

Asociar hedonismo y epicureísmo genuinos, esto es en su sentido clásico, con el disfrute del derecho de propiedad y de la acumulación de capital como meta placentera e instintiva en el hombre y, consecuentemente, defender su *utilidad social*, supone según Hannah Arendt hacer una interpretación exagerada y forzada de aquellas corrientes éticas de la Antigüedad sobre el sentido de la «felicidad» como virtud.

El hedonismo moderno y el neoepicureísmo presentaron el placer como principio de la felicidad, como su guía principal, y no la evitación del dolor. Y la consecución de esta felicidad era resultado de un cálculo aritmético de placeres y dolores.

“Mientras que los antiguos confiaron en la imaginación y la memoria, en la imaginación de los dolores de los que se habían librado o en la memoria de pasados placeres en situaciones agudamente dolorosas, para convencerse de su felicidad, los modernos necesitaron el cálculo del placer o la puritana contaduría moral de méritos y transgresiones para llegar a cierta ilusoria certeza matemática de felicidad o salvación”²⁰⁴.

En Jeremy Bentham, según Arendt, se alcanza la máxima simplificación teórica de un hedonismo focalizado en la persecución del placer como único patrón válido para la conducta humana y que, por consiguiente, es el que sirve para regularla, culminando con ello el “giro utilitarista” en la moral.

“Los sacrificios son lo que demandan todos nuestros moralistas de hoy día. El sacrificio, considerado en sí mismo, es dañino y dañina es la influencia que vincula la moralidad al sufrimiento. Parecen ignorar que la moral, como los hombres, puede ser más eficaz sin necesidad de acudir a las penas. La moral debe estimular los pensamientos de felicidad y alegría y no de tristeza y de disgusto. Es cierto que cuanto menor sea la porción de felicidad sacrificada

²⁰⁴ Hannah ARENDT, *La condición humana*, Barcelona, Paidós, 1993, pág. 335. Así, por ejemplo, Epicuro habla de la conveniencia *natural* del pacto en su categoría moral de lo justo para evitar la agresión, el daño mutuo y no para la consecución del placer tras un cálculo de intereses personales: “XXXI. Lo justo según la naturaleza es símbolo de lo conveniente para no causar ni recibir mutuamente daño. XXXII. Los animales que no pudieron hacer pactos para no agredirse recíprocamente, no tienen ningún sentido de lo justo y de lo injusto. Lo mismo ocurre a todos los pueblos que no pudieron o no quisieron establecer pactos para no agredir ni ser agredidos.” (EPICURO, *Máximas capitales*, en «Obras», estudio preliminar, traducción y notas Montserrat Jufresa, Madrid: Tecnos, 1994², pág. 73).

mayor será la que quede. Ésta es la verdadera economía del placer. Ésta es la cultura de la virtud más adecuada para producir sus frutos”²⁰⁵.

A la doctrina protestante cuyo singular estoicismo supresor del placer y la felicidad “terrenal” benefició al desarrollo del capitalismo en Europa había que contraponer ahora el neoepicureísmo ilustrado y secularizado sobre la base de un derecho natural racional para construir una nueva moral que no contradijese ese *éthos* productivo y acumulativo alcanzados y que incluso lo estimulase.

El “probar” y “sopesar” las buenas o malas consecuencias de una acción (en Locke, “to examine”, “balancing in the mind”, “judging of the good or evil of any action”) hay que entenderlo ya no desde una óptica naturalista como una indicación dada hacia “lo bueno” y “lo justo”, aquello determinado por una graduación de cualidades jerarquizada, sino como un cálculo utilitarista, en el sentido de Hobbes, de previsión de ganancias y pérdidas:

“Y como en la deliberación los apetitos y aversiones surgen de la previsión de las consecuencias buenas y malas, y de las secuelas de la acción sobre la cual deliberamos, el efecto bueno o malo de ello depende de la previsión de una larga serie de consecuencias, de las cuales raramente un hombre es capaz de ver hasta el final”²⁰⁶.

Lo fundamental de este pensamiento a diferencia de la moral escolástica es que otorga al hombre autonomía de voluntad y capacidad racional en su elección de “lo correcto”. La elección de “lo bueno” y “lo justo” no depende de una inclinación hacia el *summum bonum* enraizada en la naturaleza humana. Para el conocimiento de la “verdadera felicidad” al hombre le queda solamente la fuerza de convicción que pueda aportarle el cálculo de ganancias y pérdidas, de placer y dolor. Cálculo al que impele el mecanismo determinante de la voluntad que hace reaccionar al hombre inmediatamente contra el malestar. Así, el hombre puede suspender sus deseos inmediatos para sopesar racionalmente las buenas o malas consecuencias de sus acciones.

²⁰⁵ Jeremy BENTHAM, *Déontologie, ou Science de la Morale*, Vol. IV de las “Œuvres”(trad. por P. É. L. Dumont y B. Laroche), 1834, reimpresión, Darmstadt: Scientia Verlag Aalen, 1969, pág. 13 -existe una versión española de 1835, *Deontología o Ciencia de la Moral*, 2 vols., Valencia: Ed. Imprenta de J.Ferrer de Orga, Librería de Mallen y sobrinos, pág. 14.

²⁰⁶ Thomas HOBBS, *Leviatán. O la materia, forma y poder de una República eclesiástica y civil*, (Parte I, «Del hombre», cap. 6), México: FCE, 1996², pág. 49.

Esta moral en la que la elección de “lo bueno”, “la felicidad”, queda establecida como un cálculo racional supone la idea del perfecto *homo œconomicus* diseñado ya en el pensamiento pascaliano y en la ética del protestantismo (como cálculo para la «salvación eterna»): garantizar la posesión del *status* de gracia por llevar una vida intramundana laboriosa y metódica cuyos frutos en forma de riqueza, de “buena vida”, constituyen la *confirmación* de ese *status* y la recompensa moral²⁰⁷.

El moderno hedonismo, reformulado en el concepto de felicidad producto de la racionalidad calculista, concibe los placeres del individuo desde la óptica *económica*. Como ya examinamos más arriba, el enriquecimiento personal y el consumo de lujo dejan de ser simplemente consecuencias moralmente positivas para el protestantismo que no atendía tanto a ese resultado como al trabajo ascético productivo en sí mismo. La posesión y el descanso *racional* en la riqueza y el lujo, o lo que es lo mismo de manera más abstracta, la racionalización de las acciones encaminadas a la obtención de placeres (terrenales), su ponderación con las consecuencias gravosas, es la vía propuesta a partir de las tesis de Locke para alcanzar la propia felicidad. En este sentido, la felicidad del *homo œconomicus* es interpretada como un objetivo moral extensivo a toda la comunidad. La «felicidad del mayor número» es entendida como un sumatorio de felicidades individuales motoras, es decir, generadoras de riqueza nacional, de prosperidad y felicidad comunes.

Por ende, el giro utilitarista en la ética de la acción productiva del individuo se manifiesta en la nueva posibilidad que se le ofrece de actuar motivado por sus instintos o sensaciones para alcanzar la propia felicidad, es decir, *para satisfacer sus propios intereses*, con dos limitaciones básicas: que la actuación esté guiada por un cálculo racional de ganancias y pérdidas, de placer y dolor, en atención a las consecuencias de la acción y que con ello sirva al bien (felicidad) del mayor número posible de individuos.

De la aportación de Hume al giro utilitarista de la ética conviene destacar lo siguiente. Aun cuando Hume conectara con la teoría empirista del conocimiento aportada por Locke, denunció la falta de coherencia lógica entre el empirismo como punto de partida de la construcción teórica y el iusnaturalismo racionalista resultante. Para Hume no cabía inferir prescripciones de conductas o criterios valorativos para

²⁰⁷ Walter EUCHNER, *Naturrecht und Politik bei John Locke*, op. cit., pág.115, y M. WEBER, *Die protestantische Ethik I*, op. cit., págs. 164-165.

juzgar lo bueno, lo malo, lo correcto o incorrecto, lo justo o injusto de la experiencia del mundo de contingencias ordenada por la razón. La razón podía servir en todo caso como medio para buscar estrategias óptimas para conseguir los fines deseados o bien eludir los males no deseados, es decir, como *guía para la voluntad* según las propias perspectivas de placer y dolor. La voluntad es la que determina la propensión o el rechazo hacia algo y determina los fines para la razón²⁰⁸. La experiencia podía establecer únicamente una correlación puramente *fáctica* entre causa y su efecto²⁰⁹.

Con esta idea Hume argumentaba que los juicios morales no se asientan en la *razón*, sino en «artificios» como las «convenciones»²¹⁰. Las convenciones son el resultado de un proceso psicológico no racional basado en creencias o imaginaciones pero con eficacia práctica en el ámbito del comportamiento social.

“Su validez es esencialmente social, pues deriva de que los hombres las adoptan habitualmente, por cuanto resultan útiles, ya que permiten elaborar reglas de conducta más o menos estables. Las convenciones son así tan necesarias como no susceptibles de una justificación íntegramente racional”²¹¹.

El aparente psicologismo empírico humeano, tras el cual se oculta la observación personal y el conocimiento histórico, reduce la complejidad de sentimientos y pasiones a la formulación de unos principios generales, abstractos y simples, válidos para toda la especie humana. De éstos son distinguibles las virtudes «naturales» en cuanto que la distinción entre vicio y virtud, placer y dolor, nada tiene

²⁰⁸ David HUME, *Tratado de la naturaleza humana* (trad., introd. y notas de Félix Duque), Barcelona, Orbis, 1984 (reimpresión de la edición de Madrid, Editora Nacional, 1981), tomo II, págs. 616 y sigs. En este punto se centra la filosofía humeana de la servidumbre de la razón con respecto a las pasiones con la famosa cita de “la razón es, y sólo debe ser, esclava de las pasiones, y no puede pretender otro oficio que el de servir las y obedecerlas”.

²⁰⁹ David HUME, *Tratado de la naturaleza humana*, op. cit., tomo I, págs. 182 y sigs. y 301 y sigs.

²¹⁰ Así, por ejemplo, cuando Hume concluye que el «amor al prójimo» no puede ser el motivo originario de la «justicia», deduce que “no tenemos otro motivo real o universal de observancia de las leyes de la equidad que no sea la equidad misma y el mérito [moral] resultante de esa observancia; y como no hay acción que pueda ser justa o meritoria cuando no puede surgir de algún motivo separado, se produce aquí un evidente sofisma en círculo. Por consiguiente, a menos que admitamos la naturaleza ha puesto como fundamento un sofisma, y lo ha impuesto como necesario e inevitable, deberemos conceder que el sentido de la justicia y la injusticia no se deriva de la naturaleza, sino que surge, de un modo artificial aunque necesario, de la educación y las convenciones humanas” (David HUME, op. cit., tomo III, pág. 707).

²¹¹ Antonio TRUYOL Y SERRA, *Historia de la Filosofía del Derecho y del Estado. Del Renacimiento a Kant*, vol.2º, Madrid, Alianza Universidad, 1988, pág. 331, en referencia a «algunas reflexiones ulteriores referentes a la justicia y a la injusticia» y al «origen de la obediencia civil» de David Hume, *Tratado de la naturaleza humana*, op. cit., tomo III, págs. 766-768 y 776 y sigs.

que ver con los milagros y, sobre todo, porque estas distinciones son expresión de los *sentimientos de moralidad*, algo común y consustancial a la especie humana²¹².

Así, por ejemplo, los hombres participan de los sentimientos ajenos, agradables y dolorosos, en lo que Hume llama la «simpatía». Esta participación se expresa en hechos y comportamientos como la sociabilidad y la generosidad hacia los demás. Esta participación sólo es posible gracias al sentido moral (*moral sense*) común e inseparable de la especie humana que permite la valoración de las cualidades humanas según si resultan útiles o agradables, es decir no generadoras de dolor, para quien las posee y para los demás. De esta manera el sentido moral actuaría como calibrador “objetivo” de la cualidad de la conducta propia y ajena si con “buen sentido y juicio” no atendemos a los fines o intereses particulares propios de la doctrina del egoísmo radical hobbesiana.

“Las buenas cualidades del enemigo nos resultan nocivas, y pueden, sin embargo, seguir mereciendo nuestro aprecio y respeto. Sólo cuando un carácter es considerado en general y sin referencia a nuestro interés particular causa esa sensación o sentimiento en virtud del cual lo denominamos moralmente bueno o malo. Es verdad que los sentimientos debidos al interés y los debidos a la moral son susceptibles de confusión y que se convierten unos en otros [...] Pero ello no impide que los sentimientos sean de suyo distintos: un hombre de buen sentido y juicio puede librarse de caer en esas ilusiones”²¹³.

Sólo son virtudes «artificiales» las generadas por convención. Para Hume la virtud de la «justicia» es un artificio convencional que nació de la necesidad de establecer normas para la paz social consistentes básicamente en asegurar una estabilidad en la posesión de los bienes en propiedad y asegurar el cumplimiento de las obligaciones contractuales. Aquí, como en Locke, la razón humana convencional establece unos límites, un orden y control de las pasiones y sentimientos y las virtudes «naturales» que de ellos derivan, considerando que el problema de la «justicia» se plantea desde una base económica de escasez de bienes disponibles con relación a los *naturales* deseos de apropiación. Por ello, Hume objeta contra Hobbes que la fuente egoísta del propio interés sea el motivo legítimo de toda *acción moral*, por ejemplo, en la salvaguarda de nuestra propiedad o de nuestra reputación.

“Si dijéramos, por ejemplo, que es la preocupación por nuestro interés privado o por nuestra reputación el motivo legítimo de todas las acciones honestas, se seguiría que cuando no exista ya

²¹² David HUME, op. cit., tomo III, págs. 695-696.

²¹³ David HUME, op. cit., pág. 694. La influencia en Hume de las teorías del *moral sense* de Francis Hutcheson, y su utilitarismo altruista aquí es decisiva para la elaboración de una noción de «felicidad» no individualista en la línea hobbesiana de cálculo racional y egoísta (en función exclusiva de los intereses personales) de placeres y dolores y que pesó más en la moral benthamiana.

preocupación se acabará también la honestidad. Pero lo cierto es que cuando se deja actuar al egoísmo a su libre arbitrio resulta fuente de toda injusticia y violencia, en vez de comprometernos en acciones honestas, y es también cierto que nadie puede corregir esos vicios sino corrigiendo y reprimiendo los movimientos naturales de aquel apetito”²¹⁴.

Es decir, sí cabe considerar como razón o motivo originario del establecimiento (convencional) de la «justicia» la existencia del *interés personal* con sus sentimientos morales y pasiones en conflicto con los de los demás.

Sin embargo, gracias al *sentido moral* común que poseemos como humanos, al participar en mayor o menor medida por *simpatía* del malestar o bienestar de los demás y recíprocamente de esas sensaciones de los demás con respecto a nosotros mismos, podemos valorar la utilidad de las normas de la «justicia» como moralmente positiva. Siguiendo aquí el altruismo hutchesoniano, Hume defiende la tesis de la felicidad del conjunto o la promoción y respeto del *interés público* en cuanto que el bien privado, el *interés particular*, no puede realizarse en su plenitud sino a través de aquel.

Por consiguiente, el motivo de la *aprobación moral* de la «justicia» es el *respeto al interés público* cuya conexión con la virtud «justicia» no es natural sino *convencional*.

“La *regla general* va más allá de los casos particulares de que surgió, mientras que al mismo tiempo *simpatizamos* con los demás en los sentimientos que de nosotros tienen. *De este modo, el interés por uno mismo es el motivo originario del establecimiento de la justicia, pero la simpatía por el interés público es la fuente de la aprobación moral que acompaña a esa virtud*”²¹⁵.

El *interés público* no resulta para Hume de una pasión pretendidamente universal como sería el «amor al prójimo» o a la «humanidad» que proclama el cristianismo pero que no existe. Manifestado en grados muy diferentes, dado que se trata de una preferencia remota, e incluso ausente en muchas personas, el «respeto a los intereses ajenos» no es el motivo originario del seguimiento de las leyes de la «justicia» sino que es la *utilidad* que para el conjunto de la sociedad se deriva de este seguimiento por lo que deberá ser aprobado moralmente²¹⁶.

²¹⁴ David HUME, op. cit, pág. 703.

²¹⁵ David HUME, ibíd, pág. 727.

²¹⁶ Antonio TRUYOL Y SERRA, *Historia de la Filosofía del Derecho y del Estado*, op. cit., pág. 333, citando a Hume: “En definitiva, «las reglas de la equidad o justicia dependen totalmente del estado y condición particular en que se encuentran los hombres, y deben su origen y su existencia a la utilidad que para el público resulta de su estricta y regular observancia». De esta utilidad para el público recibe la justicia «su mérito y obligación moral»”.

La utopía moral de la ilustración construida en torno a la idea de «felicidad» consideraba ésta como un premio indefectible de la virtud. Idea que incluso haría suya el catolicismo ilustrado acorde con los nuevos valores de la sociedad mercantil para legitimar el enriquecimiento personal como algo no condenable moralmente. Es la época en la que se produce, no sólo una plena aceptación, sino una *apología del lujo* como elemento inseparable de la felicidad humana. Hume integrará esta apología del lujo en su discurso moral argumentando cómo este efecto de un deseo que nace del interés personal es susceptible de aprobación moral por resultar una virtud *útil* al interés público.

Asociado tradicionalmente al placer, el lujo, la ostentación de riqueza, la vida privada rodeada de comodidades y símbolos que producen el efecto psicológico de *distanciamiento* social, van a ser ahora los estimulantes de la acción. Hume, en su ensayo *Sobre el refinamiento de las artes* (1760) considera el lujo como un resorte esencial para el movimiento anímico hacia la felicidad, un estímulo para la acción que genera riqueza y prosperidad. Tanto es así que el lujo considerado como un objetivo *natural* del propio interés, de las pasiones y deseos particulares de todo individuo, y entendido sobre todo como justa recompensa moral al esfuerzo desarrollado en el trabajo, revierte en la *prosperidad general* propia de una sociedad mercantil.

“La necesidad del lujo para la prosperidad pública no se asienta en los vicios privados, sino en las virtudes útiles de la sociedad comercial. El lujo no es un mal necesario o un vicio útil, sino un fenómeno inocente que acompaña a las sociedades refinadas y forma parte sustancial de la felicidad moral de los individuos que las pueblan”²¹⁷.

Hume tuvo una gran acogida en la Francia de los ilustrados y mantuvo estrechos contactos con Voltaire, d’Alembert, Diderot, Buffon, d’Holbach y Rousseau principalmente, aunque disentía de muchas de las teorías sostenidas por aquellos. No compartía por ejemplo el utilitarismo de corte egoísta que mantenían d’Holbach y Helvetius.

Sin embargo, existe la tesis de que fue el empirismo y la moral utilitarista lockeana la que tuvo un peso decisivo en el reformismo ilustrado francés manifestado básicamente en el enciclopedismo y en las obras de los materialistas como d’Holbach,

²¹⁷ Fernando DÍEZ, *Utilidad, deseo y virtud*, op. cit., págs. 131-133, a propósito de *Sobre el refinamiento de las artes* de David Hume que, recordemos, defendía la tesis de la dependencia de la satisfacción del propio interés de la realización del interés público.

Helvetius y los médicos La Mettrie, Cabanis y los fisiócratas representados por el también médico y cirujano y economista François Quesnay²¹⁸.

De todas formas, de la corriente reformista de la ilustración francesa fueron las reflexiones de Claudio Helvetius y, en menor medida las de d'Holbach, y la sistemática de los enciclopedistas, los que tuvieron una influencia decisiva en la teoría moral y en la epistemología de Bentham. No queremos ignorar la influencia que tuvo en Bentham el pesimismo antropológico, el individualismo egoísta y el concepto imperativo y voluntarista del derecho de Hobbes; ni el empirismo, ni la teoría rupturista con el contrato social y la teoría del fundamento de la virtud moral en la utilidad (por ejemplo, que la idea de «justicia» tiene su origen en la utilidad pública) que aportó Hume. De los autores ingleses y escoceses que pesaron en Bentham tampoco hay que olvidar la propuesta de Joseph Priestley de la medida de valoración de los gobiernos por la «felicidad del mayor número de miembros de un Estado» y, en ética, la propuesta utilitarista de la opción de «la mejor acción» que es la que conduce a «la mayor felicidad de la mayoría» que ya planteó Hutcheson. O la reformulación de la teoría epicúrea sostenida como base supuestamente empírica o psicológica de la naturaleza humana para desarrollar las teorías éticas y filosóficas de Hobbes, Hartley y Tucker acerca de la búsqueda del placer y la evitación del dolor. Ahora nos centraremos, no obstante, en la aportación más decisiva de los ilustrados franceses al “giro utilitarista” de la ética y que es la que influyó en la formulación explícita y universal de la utilidad como principio de la moral y de la legislación del utilitarismo benthamiano.

Los enciclopedistas materialistas ya afirmaban que lo que gobierna la conducta de los hombres es el *propio interés* como consecuencia de una concepción antropológica del hombre, de raíz hobbesiana, y que reformularon como un ser esencialmente egoísta y solitario.

Helvetius y el barón d'Holbach fueron los precursores de la formulación específica del principio utilitario en la moral que está, según sus planteamientos, sujeta a las leyes del *interés* en el que cada cual tiende a disfrutar del mayor placer y sufrir el menor dolor posible. De ambos autores Bentham participó de la pedagogía especial de la moral en la que el bien y el mal dependen de lo que la educación convierta en agradable o desagradable, así como de la función educativa de la legislación “destinada

²¹⁸ Antonio TRUYOL Y SERRA, *Historia de la Filosofía del Derecho y del Estado*, op. cit., pág. 311.

a hacer comprender que el interés individual no se concibe fuera del interés general”, siendo el mejor gobierno “el que asegure la mayor felicidad del mayor número”²¹⁹.

Particularmente, en el utilitarismo benthamiano pesó el reduccionismo que planteó Helvetius del entendimiento humano, y por consiguiente también de la ética, a percepción sensible de manera que la base de la conducta humana es el «amor propio» que tiene como meta la consecución del placer y la huida del dolor y donde se reducen todas las virtudes. Las virtudes morales corresponden a las acciones que son útiles al público y acordes con el interés general. Para Helvetius, al igual que en Hume, el utilitarismo tiene una finalidad esencialmente altruista en la que el *propio interés* es el movimiento originario y universal de la conducta humana y el *interés público* es la norma de la moralidad universal. Pero a diferencia de Hume, el utilitarismo que propone Helvetius es más simple y se basa exclusivamente en el «amor propio» y en el cálculo personal de dolores y placeres siendo el único principio de la moralidad “el bien público es la ley suprema”²²⁰.

Del enciclopedismo francés es destacable la aportación epistemológica y sistemática de Jean le Rond d’Alembert y de Georges Leclerc de Buffon, cuyos escritos influyeron en la clasificación benthamiana de las ciencias (una de las cuales es precisamente la «deontología»).

La *Histoire naturelle générale et particulière* (1749-1788) de Buffon fue decisiva para el cambio de paradigma de la «mirada médica» al que nos referimos al analizar la descripción que hace Foucault del proceso de evolución de la profesión médica del XVIII al modelo clínico del XIX. En esa obra, Buffon manifestó el error de construir un ideal de método científico universal y encajar en ese marco el resto de las ciencias y condicionar así los resultados de las observaciones. Buffon rechazó por ejemplo el método de clasificación de los organismos en especies separadas por unos límites rígidos y preestablecidos para forzar luego a la naturaleza a que encajara en ese esquema. Así, sustituyó la idea de una jerarquía de clases delimitada por una nomenclatura por la serie o cadena de clases o especies (grupos de individuos con características parecidas) en cada una de las cuales los miembros se agruparían por el

²¹⁹ *Ibid.*, pág. 313.

²²⁰ Frederick COPLESTON, *Historia de la filosofía*, vol. VI, Barcelona, Ariel, 1979³, págs. 44-47 y Antonio TRUYOL Y SERRA, *op. cit.*, pág. 332.

parentesco observado. Con este sistema clasificatorio se podía jugar con cierta flexibilidad de los conceptos clasificatorios y obedecer así a la naturaleza observada²²¹.

D'Alembert defendía la idea de que el objeto de todo conocimiento científico debe consistir en mostrar la unidad y coherencia de los fenómenos de la naturaleza a la luz de sus principios sin caer en especulaciones metafísicas. Aquellos fenómenos son descritos por el conocimiento científico de modo sistemático y la filosofía de la ciencia debe ocuparse de los fenómenos a partir de la experiencia sensible y no de la metafísica para luego deducir conclusiones verificables. Por otro lado, d'Alembert separó dentro de la teoría moral la ética de la teología y la metafísica como los demás pensadores ilustrados para conectar la moralidad con los fenómenos, en este caso, psicológicos del interés personal y la utilidad social.

“La moralidad es la conciencia de nuestro deber respecto del semejante nuestro. Todos los principios de la moralidad convergen hacia el mismo fin, a saber, mostrarnos la íntima conexión que hay entre nuestro verdadero interés y la realización de nuestro deber social. La tarea del filósofo moral consiste en poner claro al hombre su lugar en la sociedad y su deber en utilizar su capacidad al servicio del bien y la felicidad comunes”²²².

Parece ser que fue a partir de la crítica a la clasificación de las ciencias que apareció en la obra *Système figuré des connoissances humaines* de d'Alembert, que Jeremy Bentham clasificó sus diferentes ramas de enseñanza e instrucción en su *Chrestomathia*, un proyecto de sistema de enseñanza de las artes y las ciencias que respondía a esa actitud pedagógica ilustrada en la que lo útil y bueno para la sociedad dependen de lo que la educación convierta en agradable o desagradable.

En esta obra Bentham se ocupó de la forma de proceder de las ciencias y de las artes “adaptada a todas las ramas de la instrucción que pudieran ser *útiles* tanto para las clases altas de la sociedad como para la clase media”. En el *Ensayo sobre la nomenclatura y la clasificación de las principales ramas del arte y de la ciencia* (1830), Bentham introdujo unos cambios con relación a las materias incluidas en la *Chrestomathia* con una nueva distribución de las “últimas ramificaciones del árbol del arte y de las ciencias”, introduciendo en este ensayo “un gran numero de términos

²²¹ Frederick COPLESTON, op. cit., pág. 59.

²²² *Ibid.*, pág. 54.

nuevos escogidos de la lengua griega”²²³. Con esta metodología clasificatoria uno puede hacerse una idea clara y completa de la naturaleza del objeto de estudio.

Es en esa nueva clasificación donde Bentham acuñó e introdujo por primera vez el término «deontología»²²⁴.

El tronco general de las ciencias y de las artes está formado por la «ontología» o ciencia del ser y la «eudomonia» o arte del bienestar. De este tronco común se distinguen las ramas de la «coenontología» (la ontología referida a las propiedades

²²³ Jeremy BENTHAM, *Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'art-et-science; Ouvrage extrait du Cresomathia de Jérémie Bentham, par George BENTHAM*, capítulo IV, «Essai d'une nouvelle classification des principales branches d'art-et-science», en *Œuvres*, tomo III, reimpr. Bruselas 1830, ed. M.Dumont, trad. P.E.L.Dumont et B.Laroche (Darmstadt, Scientia Verlag Aalen, 1969, prefacio pág. 309 y capítulo IV, págs. 326-345).

²²⁴ La noción «deontología» es un neologismo más de los muchos que acuñó el filósofo y jurista Jeremy Bentham. El término ha sido incorporado más tarde tanto en el discurso de la teoría ético-normativa como en el uso común del lenguaje en tanto que atributo de los códigos de ética profesional o códigos de conducta profesional. De manera que actualmente la noción «deontología» es utilizada tanto para designar a un *saber* («ciencia, estudio, doctrina o tratado de los deberes», «teoría de la obligación moral», «ética especial», etc.) como al *objeto* de ese saber («conjunto de normas morales», «reglas de conducta», «conjunto de deberes o de principios éticos», «código moral o de comportamiento», etc.). Una buena muestra del uso del término «deontología» como saber la encontramos, en primer lugar, en las definiciones del término que suministran por ejemplo, la *Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana*, Tomo XVIII (Primera parte), Madrid: Espasa Calpe, 1925; A. BARBARÁ RIUDOR, *Etimologías médicas o Breve diccionario de las etimologías griegas y latinas*, Barcelona, 1925; Eloy Luis ANDRÉ, *Deontología (deberes éticos y cívicos)*, Madrid: Sucesores de Rivadeneyra, 1928, págs.11 y 79; *Enciclopedia Italiana*, vol.XII, Milán: Rizzoli, 1931; G. PAYEN, *Deontología médica. Según el Derecho Natural, deberes del Estado y derechos profesionales*, Barcelona: Sucesores de Juan Gil, 1944, págs.1-2; José FERRATER MORA, *Diccionario de Filosofía*, vol.I, Buenos Aires: Ed. Sudamericana, 1965; Nicola ABBAGNANO, *Diccionario de Filosofía*, México: FCE, 1995 (1961); BATTAGLIA, *Grande Dizionario della Lingua Italiana*, vol.IV, Torino, 1966; *Grande Dizionario Enciclopédico*, vol.VI, Torino, 1968; *Encyclopaedia Britannica*, vol.VII, London: William Benton Publisher, 1970; H.M. KÖLBING, *Ärztliche deontologie im Wandel der ZEIT*, en «Praxis», 32, 1970, pág.1147; *Dictionnaire Français de Médecine et de Biologie*, vol.I, Paris: Masson, 1970; *Larousse de la Médecine (Santé. Higiene)*, vol. I, Paris, 1971; L. BRAIEV, *Diccionario Enciclopédico JIMS*, Barcelona, 1979; Carlo LEGA, *Deontologia medica. Principi generali*, Padova: Piccin, 1979, pág.3; María MOLINER, *Diccionario de uso del Español*, Madrid; *Encyclopaedia Universalis, corpus VII*, Paris, 1989; Ortfried HÖFFE, *Diccionario de Ética*, Barcelona: Crítica, 1994; *Gran Enciclopèdia Catalana*, vol. IX, Barcelona, 1995.

En segundo lugar, definiciones de «deontología» cuya acepción incluye su consideración como conjunto de normas, directivas, deberes o principios éticos y/o profesionales: por ejemplo, Luigi SEGATORE, *Diccionario médico*, Barcelona, 1960; *Grand Larousse de la langue française*, vol. II, 1972: “2° ...l'ensemble des règles que régient les rapports professionnels entre médecins ...”; Crispín ACOSTA, Ivonne E.ROUX, *Médico y Sociedad*, Madrid: Monografías Beecham, 1981, pág.11; Carlo LEGA, *Deontología de la profesión de abogado*, Madrid: Civitas, 1983, pág. 23: “...la deontología designa el conjunto de reglas y principios que rigen determinadas conductas del profesional...”; J. SABATINI, *La composante économique des codifications deontologiques*, en «Regards sur le Déontologie», Jaunée d'Etude, Lyon, 1^{er} février 1986, pág.50: “La déontologie est l'ensemble des devoirs qui s'imposent aux membres d'une profession”; *Vocabolario della lingua italiana del Istituto della Enciclopedia Italiana*, 1987; *DISC (Dizionario Italiano Sabatini Coletti)*, 1987: “Codice morale, comportamentale che presiede a ogni attività professionale”; o el mismo *Código de Ética y Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos de España*, de 1999, cuyo artículo primero (que recoge el mismo tenor que el del código anterior a esta reforma) establece que “la deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional del médico”.

generales observables), y la «idiontología» (referida a las propiedades particulares observables). En esta última rama distingue Bentham la «somatología», referida a la *materia*, de la «pneumatología» referida al espíritu. De esta última rama derivan otras dos principales, la «nosología», referida al espíritu intelectual observable del sujeto y que incluye saberes como la lógica, la ideología y la filosofía y la rama de la «anosopneumatología», referida al espíritu intelectual no observable del sujeto. De ésta distingue a su vez la «pathoscopía», referida a la voluntad no observable por el individuo, es decir, la puramente corporal, física o instintiva, de la «ética», palabra sinónima de la «telematoscópica», es decir, la referida a la *voluntad observable* por el individuo (la facultad de la voluntad en función de los fines). Dentro de la «ética» Bentham distingue entre la «exegética», la que se ocupa de la voluntad expositora del sujeto y la rama que nos interesa particularmente de la «deontología», sinónima de la «dicástica», es decir, la que se refiere a la *voluntad censora observable* del sujeto.

La «deontología» o la «ética dicástica», es decir, «censora», según Bentham:

“tiene por sujeto las diferentes acciones de la voluntad cuando uno quiere vincular a éstas una expresión de aprobación o de desaprobación. El objeto de esta rama es indicar si esta o aquella acción debe o no debe realizarse. Para esa rama no existe una denominación de referencia que sea apropiada, de ahí que se pueda facilitar la de «Deontología»²²⁵.

2.1.2. La «Deontología» de Bentham o la «ética del interés personal socializado»

Discípulos, biógrafos y autores especialistas en Jeremy Bentham coinciden en afirmar que este autor inglés fue fundamentalmente un pensador político y un jurista y sólo en un segundo plano debe ser considerado como un teórico de la ética²²⁶. En este sentido, conviene recordar que las reflexiones sobre la ética constituían una parte

²²⁵ Jeremy BENTHAM, *Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'art-et-science*, op. cit., pág. 343. En referencia a la noción «Deontología», el pie de página del texto incluye una primera definición: “*Deontología* de δειων, δεοντος, *aquello que debe hacerse*, y de λογος, *discurso*. La palabra Deontología designa, pues, la indicación de aquello que es conveniente realizar. Del uso de un término igual, si nunca llega a ser general, parece que deban seguirse ventajas importantes en todas las partes del campo de la Ética, sobre todo, en la Política tanto interior como exterior, donde se ha confundido con frecuencia lo que se hace en ciertas ocasiones con lo que se *debe* hacer en casos similares”.

²²⁶Ross HARRISON; *Bentham*; London: Routledge & Kegan Paul (col. The Arguments of the Philosophers), 1983, págs.4 y sigs., 263 y sigs.

“relativamente periférica” en el conjunto de su obra²²⁷.

Sin necesidad de ir muy lejos, John Stuart Mill concentró su crítica de la obra de Bentham, en la teoría moral que éste desarrolló, al señalar de partida que

“tal vez es por fortuna que Bentham dedicara mucha más parte de su tiempo y esfuerzo al tema de la legislación que al de la moral, puesto que el modo en que comprendía y aplicaba el principio de utilidad me parece más susceptible de conseguir resultados verdaderos y valiosos en el primer tema que en el segundo de estos dos temas de investigación”²²⁸.

La artillería crítica que Mill desplegó contra la teoría moral de su maestro pretendía demostrar que este tenía un conocimiento inexacto de la compleja naturaleza humana.

“Como estudioso de la naturaleza humana (la facultad en la que principalmente debe sobresalir el filósofo de la ética), no puedo situar a Bentham en un lugar muy alto. Su contribución es escasa en esta área, más allá de la introducción de una fraseología que juzgo más bien engañosa y de suministrar un catálogo de «motivos de la acción», en el que se omiten algunos de los más importantes”²²⁹.

A lo que se refiere Mill es que la afirmación de Bentham de que nuestras acciones están determinadas por los placeres y dolores sobre los que existe un *motivo* y un *interés* correspondiente (catalogados en su *A Table of Springs of Action* de 1817) y que, en consecuencia, el ámbito de la acción humana como ámbito de la *moralidad* está determinado por los intereses personales preponderantes y el balance de los motivos o intereses, lo que en realidad propone es que los actos humanos están determinados por dolores y placeres contemplados *prospectivamente* como *consecuencias* de nuestros

²²⁷ Desde una perspectiva biográfica Ross Harrison señala que “el trabajo sobre la ética privada, la *Deontología*, lo dejaba (Bentham) para después de cenar para ser dictado, junto con la autobiografía, a Bowring. Constituía una frivolidad si lo comparamos con la seriedad del trabajo de la codificación. De aquel trabajo sólo se ocupaba una vez finalizado este trabajo principal” (Ross HARRISON, op.cit., pág.263). Acerca de esa “frivolidad”, J.H.Burns escribió refiriéndose a la obra de Bentham, *Deontology*, como “the worst book even written on an important subject” (J.H.BURNS, «Bentham’s critique of political fallacies» en B.PAREKH -coord.-, *Jeremy Bentham: ten critical essays*; London: Frank Cass, 1974). Asimismo Harrison duda acerca de la calidad de algunos pasajes de la mencionada obra benthamiana (*ibid.*, pág.264) y cita a David Baumgardt que, saltándose quizás las normas mínimas del decoro, califica algunas de las trivialidades de *Deontology* tan embarazosas como “(the) emission of gas from the alimentary canal” (D.BAUMGARDT, *Bentham and the ethics of today*; Princeton University Press, 1952 -reimpreso en Nueva York: Octagon Books, 1966-; citado en R.HARRISON, op.cit., pág.263).

²²⁸ John Stuart MILL, «Remarks on Bentham Philosophy» en Edward Lytton BULWER, *England and the English*, Londres, Bentley, 1833, vol. II, de la traducción de José Juan Moreso en Pompeu CASANOVAS y José Juan MORESO (eds.), *El ámbito de lo jurídico. Lecturas del pensamiento jurídico contemporáneo*, Barcelona, Crítica, 1994, pág. 150.

²²⁹ John Stuart MILL, «Remarks on Bentham Philosophy», op. cit., pág. 156.

actos. Y esta afirmación sostenida como verdad universal no es defendible, según Mill, habida cuenta de la posibilidad de la determinación de los comportamientos por *impulsos* sin la deliberación o razonamiento previo acerca de las consecuencias del acto que plantean los motivos o intereses²³⁰.

Pero examinemos con más detalle en qué consiste la reformulación del utilitarismo que propone Bentham como teoría moral para luego examinar su teoría *deontológica*.

El hedonismo psicológico con el que Bentham dibuja la naturaleza humana es de raíz epicúrea y hobbesiana y se refiere a la persecución del placer y la evitación del dolor terrenales, es decir, no metafísicos²³¹. Un dolor y un placer que no constituyen exclusivamente resortes o motivos de la acción humana, sino que en Bentham se presentan como capaces de contribuir a la aparición de *criterios objetivos de moralidad*, del carácter moral de las acciones humanas.

“Al hombre sólo corresponde el señalar lo que *debe* hacer, al igual que el *determinar lo que hará*. En su entorno se enlazan, por una parte, los criterios del bien y del mal; por otra, la cadena de causas y efectos”²³².

De hecho, es la *utilidad* la que suministra el criterio objetivo del bien (placer) y del mal (dolor), criterio consistente en la búsqueda del mayor bien, placer o felicidad posible para el mayor número posible de personas. Si pensamos, además, que no toda conducta humana conduce hacia ese fin, es decir, es *útil*, lo que debemos hacer para que una conducta sea buena es calcular, sopesar racionalmente, a fin de que sea útil. En este caso, calcular las *consecuencias* de la acción, prever que, por ejemplo, el desarrollo de una acción placentera en el presente pueda resultar ulteriormente doloroso y por ese razonamiento guiar estratégicamente nuestra acción para alcanzar la máxima felicidad resulta conveniente. Según este esquema, para la moral benthamiana una acción será buena (útil), por tanto *deberemos* realizarla, si tiende a *acrecentar la medida total de placer*.

²³⁰ *Ibíd.*, págs. 156-157.

²³¹“«Del principio de utilidad»: La naturaleza ha colocado a la humanidad bajo el gobierno de dos dueños soberanos, el dolor y el placer” (Jeremy BENTHAM, *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation* -J.H.Burns y H.L.A.Hart eds., *The Collected Works of Jeremy Bentham*, University of London, The Atholone Press, 1970, pág. 11).

²³² Jeremy BENTHAM, *Ibíd.*

“El *principio de utilidad* reconoce esta sujeción [al gobierno del placer y dolor sobre todas nuestras acciones y pensamientos] y la asume para fundamentar ese sistema cuyo objeto es hacer crecer el marco de la felicidad por obra de la razón y de la ley”²³³.

En una edición posterior revisada de *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation* datada en 1822, Jeremy Bentham precisa el sentido y la importancia que le da al principio de utilidad diciendo que

“A esta denominación [«principio de utilidad»] últimamente le hemos añadido o sustituido por la del *principio de la mayor felicidad o la mayor dicha*, dicho así de manera concisa, en lugar de decir finalmente que este principio enuncia la mayor felicidad para todos aquellos cuyo interés está en juego, consistente en el fin de lo correcto y lo justo en la acción humana, y sólo lo correcto y lo justo universalmente deseable. Esto es, el fin de la acción humana en cada situación y, particularmente, en aquella en la que el funcionario o grupo de funcionarios ejercen los poderes de gobierno. El término *utilidad* no indica tan claramente las ideas de placer y de dolor como lo hacen las voces de *felicidad* y *dicha*, ni nos lleva a la consideración del *número* de los intereses afectados; esto es, la consideración del *número* como circunstancia que contribuye en mayor proporción a la formación del modelo en cuestión de lo correcto y de lo equivocado y por el que la particularidad de la conducta humana sólo puede ser escogida con propiedad en cada situación. Esto carece de una conexión suficientemente manifiesta entre las ideas de felicidad y placer, por un lado, y la idea de utilidad por otro. [...]”²³⁴.

En esta precisión, Bentham parece objetar que la utilidad no es mensurable (o mejor, *ha dejado de ser* mensurable), pues la utilidad no considera el *número* y sin éste no puede formarse un modelo de lo correcto e incorrecto, de la “recta conducta” y de la “conducta equivocada”. De ahí que debamos considerar sensaciones más fácilmente mensurables como el placer y el dolor y, a partir de su cálculo, establecer baremos de «felicidad» individual y colectiva.

El “giro utilitarista” benthamiano consiste así en separar explícitamente la noción ilustrada de «utilidad» del vínculo que hasta ahora ésta mantenía con el *valor de uso* de las cosas²³⁵. Ligada a la función productiva de las cosas y de la naturaleza, así como a su uso fungible y suntuario, la motivación humana se había reducido modernamente al principio de utilidad de aquella función y a la cual se le atribuía la

²³³ *Ibíd.*

²³⁴ Nota al pie añadida por el autor en julio de 1822 (*Ibíd.*).

²³⁵ Se trata de una conclusión de las consecuencias económicas del cambio de apreciación en el sentido de lo *útil* en la sociedad mercantil que deduce Hannah Arendt de esa culminación del giro utilitarista benthamiano. También queda de manifiesto en la afirmación de que la filosofía jurídico-moral de Bentham es una *concepción económica* puesta en imperativos en cuanto que al aplicar su teoría moral utilitarista a la legislación que afecta *intereses económico-privados* ha de identificar «lo bueno» (mayor felicidad para el mayor número) con «lo útil», dando a éste un sentido novedoso (El SHANKENKIRI, *La Philosophie juridique de J. Bentham*, tesis doctoral, Paris, 1969, citado por Jean CARBONNIER, *Sociología jurídica*, Barcelona, Tecnos, 1977, pág. 57).

«felicidad». Según Arendt, esta idea clásico-moderna de utilidad identificaba la *acción* humana y, particularmente, la meta de la acción con la *fabricación* (de cosas útiles).

Ahora bien, con Bentham se hace explícita la separación entre la noción de utilidad y la de la *fabricación* como finalidad objetiva. La utilidad de las cosas y acciones se convierte aquí en un *proceso*, en el juego de unos medios hacia un fin subjetivo, «la mayor felicidad del mayor número», aunque parece ser que *objetivable*.

“Bentham deduce su principio de felicidad del principio de utilidad divorciando el concepto de utilidad de la noción de uso. Esta separación señala un punto decisivo en la historia del utilitarismo. Porque, si bien es cierto que antes de Bentham se había relacionado primordialmente con el ego, fue Bentham quien radicalmente vació la idea de utilidad de toda referencia a un mundo independiente de cosas de uso y transformó así el utilitarismo en un verdadero «egoísmo universalizado»”²³⁶.

Bentham culmina así lo ya apuntado por Hobbes, Helvetius o Priestley. El modelo de medición esencial ya no es, por tanto, la *utilidad* y el uso sino la *felicidad* o el «grado de placer y dolor».

Esta *medición* que propone Bentham permite un *cálculo matemático aplicado a la moral*, según critica Arendt; un cálculo introspectivo del individuo a partir de un sentido interno, pretendidamente “puro” y común a todos los hombres que se basa en la percepción de sensaciones y que ya fue señalado por Hume²³⁷. Bentham parte de la premisa de una *identidad de cálculo* común a todos (que lleva a saber ponderar lo que conviene y lo que no) y una *capacidad común* de sentirse afectados por el dolor y el placer, consideradas entidades separadas del resto de sensaciones anímicas o bien extremadamente reduccionistas de todas ellas²³⁸.

El agente moral se sirve del criterio objetivo de moralidad (la utilidad o, en este caso, «la mayor felicidad del mayor número») para *estimar* la medida de dolor y la

²³⁶ Hannah ARENDT, *La condición humana*, op. cit., pág. 333, citando a Élie HALÉVY, *The Growth of Philosophic Radicalism*, London, Beacon Press, 1955, en la nota a pie de página. Con este planteamiento las cosas pierden su valor intrínseco y predeterminado de uso y son consideradas “más o menos como resultados incidentales del proceso de producción que les dio realidad, de manera que el proceso de producción deja de ser un fin verdadero” (ibíd.).

²³⁷ Sin embargo, contrariamente a Arendt, Frederick Copleston precisa la naturaleza de ese cálculo moral indicando que el propio Bentham vio en este cálculo de las consecuencias placenteras o dolorosas de la propia acción básicamente una “guía para la acción” y no un cálculo matemático exacto, dado que la ética hedonística de la que bebía sugería pautas prácticas de conducta que requerían en todo caso *algún* tipo de cálculo asumiendo riesgos ciertos por su *inexactitud* (F. COPLESTON, *Historia de la filosofía*, vol. VIII, Barcelona, Ariel, 2000³, pág. 28).

²³⁸ Sobre la defensa de la hipótesis del *moral sense* y del *common sense* como criterios universales para la estimación utilitaria de la moralidad de las acciones, véase John AUSTIN, *The Province of Jurisprudence Determined*, New York, The Noonday Press, 1955, págs. 87-88.

medida de placer que puede producir su acción y, tras contrastar ambas estimaciones, deducir si su acción es moralmente buena o condenable²³⁹.

El tratado *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation* supuso la base anticipada y esquemática del pensamiento iusfilosófico y filosófico moral de la obra posterior de Bentham. Como hemos visto, aquí se trata el criterio de la utilidad como principio ético fundamental para *toda* acción humana. Bentham no se refería sólo al ámbito de acciones estimuladas por intereses personales o egoístas del agente individual, sino al ámbito de las acciones humanas motivadas por un interés público o común que funcionaba como estímulo de la estricta gestión de gobierno y la legislación y que colateralmente también impulsaba las acciones morales, colaborando ambos en la consecución de la mayor felicidad para el mayor número de ciudadanos.

Si consideramos la legislación y la acción de gobierno dentro de la esfera de la acción humana y ésta tiene el mismo fin que la esfera de la moralidad, «la mayor felicidad para el mayor número», habrá que aplicar a aquellas acciones políticas ese principio de utilidad en lugar de centrarlo todo en un hipotético «sentido moral» de servicio a lo público del individuo.

Lo “bueno” y lo “malo” en la esfera individual de intereses particulares, y nociones como «interés público», «bien común» y «comunidad» son abstracciones que sólo tienen sentido en la teoría benthamiana en cuanto puedan ser reductibles a un análisis cuantitativo. De ahí que para justificar la función del gobierno y la legislación en tanto que servidores del interés común, que buscan el máximo bien para el mayor número posible de personas, la *ecuación* de Bentham considere lo siguiente: que el «interés público», o «bien común» o «bienestar común», es la suma total de «intereses personales», o «propios» o «privados», o de la «dicha individual» de cada miembro de la comunidad; que esta última, como vimos, se consigue mediante el cálculo individual de placeres y dolores según la tabla de motivos propuesta por Bentham; que el fomento del interés público o «bien común» sólo se consigue *incrementando* en general la felicidad individual, el interés privado; que la «comunidad», en el contexto de «maximación» de la felicidad, se refiere al mayor número posible de personas dichosas; y que para que cada individuo busque e incremente su propia felicidad personal de manera que no afecte a y sea compatible con la felicidad y los intereses personales de

²³⁹ Para el cálculo Bentham extrajo de Epicuro unos seis criterios o dimensiones de valor (la intensidad, duración, certeza, incertidumbre, proximidad, lejanía) añadiendo el criterio extensivo del número de personas afectadas por el placer o dolor consecuente de la acción individual (F. COPLESTON, *ibíd.*).

los demás, esta búsqueda deberá realizarse de forma *racional*. Es tarea de la legislación y del gobierno, a fin de maximizar la felicidad del mayor número posible, *armonizar racionalmente* los intereses particulares con los intereses públicos o comunes.

La propuesta material benthamiana, y luego desarrollada por James Mill, de armonización de intereses y, en consecuencia, de generación de mayor felicidad o bienestar para la comunidad, incluye por ejemplo la supresión de restricciones y obstáculos legales al librecambismo y a la libre competencia en el mercado²⁴⁰. En el ámbito de la gestión gubernamental incluye la propuesta de una mayor democratización en el sentido de incrementar la participación ciudadana en el gobierno así como la abolición de la monarquía.

Y la propuesta política liberal que subyace en esta teoría de correlación entre intereses particulares (la propia felicidad) y los intereses generales (la felicidad del mayor número) permite formular lo que el ministro de Luis XVI, Turgot, ya dijo a mediados del siglo XVII:

“Cuando el interés particular es exactamente lo mismo que el interés general, lo mejor que se puede hacer es dejar a cada hombre libre hacer lo que quiera”²⁴¹.

En definitiva, Bentham propone una teoría general sobre el objetivo moral supremo, la máxima dicha para el mayor número, que permite distinguir dos ámbitos o esferas de acción humana en relación con dicho objetivo. Una es la esfera pública o «política» (gobierno y legislación) y la otra la esfera de la «Moral» (o “moral privada” como la llama Bentham) que es el espacio de actuación personal de los individuos.

Se trata de dos ámbitos conectados pero separables, de manera que no puedan interferirse mutuamente y en los que el legislador por un lado y el moralista por otro pueden señalar un perímetro de obligaciones propias y distintas de las del otro.

De ahí que el Bentham jurista y sus seguidores, como John Austin, fueran conscientes del peligro de la invasión de un discurso moral en el derecho que se sintiese capaz de interpretar la ley en términos de moralidad, tal y como había sido corriente en

²⁴⁰ Los fisiócratas franceses y las tesis de Ricardo influyeron en ese trasfondo económico del *laissez-faire* con el que Bentham buscaba *armonizar* su teoría moral de maximación de la dicha pública. Mill concretó esta argumentación en su *Elements of Political Economy* de 1821.

²⁴¹ GERMAIN-MARTIN, *La grande industrie en France sous le règne de Louis XIV*, Paris, 1899, págs. 354 y sigs., en Francesco GALGANO, *Il diritto privato fra codice e Costituzione*, op. cit., pág. 12.

la tradición jurídica del Antiguo Régimen²⁴². Había que liberar la retórica jurídica de valoraciones morales y, para comprender la verdadera naturaleza del derecho, había que analizar los conceptos jurídicos básicos, distinguir y comprender sus rasgos fundamentales y así eludir la confusión entre derecho y moral. Solo así el legislador podía encaminar el derecho a fines moralmente más justificables (y, según Bentham, más factibles) como la consecución del mayor bien para el mayor número de ciudadanos²⁴³. Para Bentham el derecho es el derecho puesto por el legislador:

“Una ley es la manifestación, en términos ordinariamente generales y siempre precisos, de la voluntad de la persona o personas a quienes los miembros de la comunidad política, para los cuales se ha elaborado esta ley, están dispuestos a obedecer, bien por hábito, bien por compromiso expreso”²⁴⁴.

Según Bentham el legislador dice a los ciudadanos *lo que deben hacer* y esta obligación heterónoma condiciona la actuación del individuo. Condiciona su autonomía en el sentido de producir en éste *intenciones* o *resortes* (no genuinamente autónomos) determinantes de su conducta: la amenaza de «dolor», el compromiso con la ley o el «hábito» o costumbre de obedecer a la autoridad. Por otra parte, la función de la «Moral privada» tal y como la denomina Bentham, o mejor, la función del moralista, consiste en *enseñar, persuadir* al individuo a actuar *por sí mismo* (autónomamente) de manera que pueda guiarle a procurar la felicidad. Sin embargo, el legislador benthamiano carece de límites a la hora de dirigir a las personas directamente (mediante el derecho) o indirectamente (sirviéndose de las “sanciones morales o sociales” de la ética cuando el

²⁴² La moral pertenece al ámbito del individuo, y esto quedó ya patente con la supresión de la monarquía absoluta “usurpadora de la autoridad moral del individuo”(J.Bentham). A partir de la condena de la experiencia absolutista el jurista inglés arremetió, al igual que la mayoría de los pensadores de la época, contra el soberano como árbitro supremo de la moral, que a base de leyes, preceptos y mandatos invadía la esfera de autonomía moral del individuo -especialmente, señala Bentham, en las “opiniones religiosas”- apropiándose de esa *autoridad* que tiene el individuo para definir sus deberes en relación con sus intereses (Jeremy BENTHAM, *Déontologie, ou Science de la Morale*, op. cit., pág.19).

²⁴³ David LYONS, *Ética y derecho*, Barcelona, Ariel, págs. 77-78. Felipe González Vicén señala que la fundamentación racional y abstracta que caracteriza la positividad del derecho en Bentham y en Austin permite “obtener, inductivamente de las circunstancias de cada momento, la fórmula que asegure la felicidad de un grupo humano”, y que se trata de “una forma de pensamiento abstracto y calculador, en el que se expresa la conciencia histórica de la nueva burguesía industrial inglesa, y cuyos orígenes ideales se hallan paradójicamente, en el mismo optimismo revolucionario que nutre los sistemas jurídicos y políticos del Derecho natural” (Felipe GONZÁLEZ VICÉN, «Estudio preliminar» en John AUSTIN, *Sobre la utilidad del estudio de la jurisprudencia*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1981, págs. 7-8).

²⁴⁴ Jeremy BENTHAM, *Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d’Art-et-Science*, op. cit., pág. 344.

derecho es insuficiente) a fin de que actúen *en la línea que deben*, esto es, a fin de conseguir la mayor felicidad para el mayor número.

Por consiguiente, la propuesta normativa entre el legislador y el moralista difiere en que en la norma del primero *crea un* interés de la persona en cumplirla, mientras que la norma del moralista *muestra que hay* un interés de la persona en cumplirla, dejando a la libre y autónoma determinación del individuo la acción a realizar a partir de la estimación de las consecuencias morales de su acción.

Recapitulando: para Bentham, el ámbito de la legislación y gobierno y el ámbito de los intereses privados se mueven, *deben moverse, separadamente*.

Sin embargo, la armonización entre los intereses privados y el interés público o común tendente a aumentar la felicidad de la comunidad (y crear *un* orden social) admite la posibilidad de que el deber jurídico sea insuficiente para resultar *útil*, esto es, para generar la mayor felicidad del mayor número, y el legislador puede acudir a sanciones morales más eficaces para obtener esa felicidad de la comunidad²⁴⁵. Por otro lado, cabe la posibilidad de que al legislador le convenga, a través de los actos de gobierno, cambiar o moldear las opiniones de la sociedad: la educación es parte del “arte de gobernar”²⁴⁶.

“*Lo público* afecta a cuestiones de naturaleza permanente y general y es el campo de acción del legislador, mediante cuyo “arte” [que Bentham equipara al del médico] (...) debe crear un ámbito común de significados y coincidencias, dirigido por el principio de la mayor felicidad para el mayor número; *lo privado*, en cambio, está orientado al placer individual, es el dominio de la Deontología [y del moralista]”²⁴⁷.

En la *Nueva clasificación de las ramas del arte y de la ciencia*, vimos cómo Bentham situaba la «Deontología» dentro de la «Ética» como una rama referida a la *voluntad censora observable* del sujeto, es decir, una rama en la que las acciones del

²⁴⁵ “El legislador benthamita es un moralista científico, un calculador infatigable de penas y placeres, que se atiene a los hechos y menosprecia las teorías abstractas porque no es dueño de las disposiciones del corazón humano, sino su fiel intérprete” (Benigno PENDAS GARCÍA, *Jeremy Bentham: Política y Derecho en los orígenes del Estado constitucional*, Madrid: Centro de Estudios constitucionales, 1988, pág. 275).

²⁴⁶ Jeremy BENTHAM, *An Introduction...*, op.cit., pág.283. Ross Harrison señala que para Bentham gobierno y legislación interfieren en la esfera privada de los individuos, los envuelve, en el sentido de que sus intenciones llegan a ser producidas artificialmente hasta el punto de que éstos actúan de manera diferente a como lo harían si se les dejara solos, esto es, si no hubiese interferencias del gobierno y la legislación. Y pone como ejemplo paradigmático la autonomía del individuo en el ámbito de la economía (Ross HARRISON, *Bentham*, op. cit., pág.265).

²⁴⁷ Benigno PENDAS GARCÍA, *Jeremy Bentham: Política y Derecho en los orígenes del Estado constitucional*, op. cit., pág. 237.

individuo –también voluntarias y observables- son objeto de censura o aprobación. La «Deontología» sería entonces el saber encargado de indicar si una acción observable, sujeta a nuestra voluntad, *debe o no debe* realizarse.

Aquí se plantea la noción en términos generales, de manera que agrupa en su conjunto tanto a la «Política» (que se refiere a deberes nacidos de la acción legislativa y administrativa) como a la «Moral» o «Moral privada» (que se refiere a deberes nacidos de la propia estimación del individuo de «lo conveniente», esto es, de placeres y dolores que le afectan a uno).

En la obra *Deontology or Science of Morality* Bentham define a la *deontología* como

“conocimiento de aquello que es justo o conveniente. Este término se aplica *aquí* a la Moral, es decir, a aquella parte del dominio de las acciones que no está bajo el imperio de la pública legislación”²⁴⁸.

La deontología elabora una teoría de la obligación que resulta importante para el trabajo práctico del legislador, del gobernante, del religioso y del moralista y cuyo objeto es establecer «lo justo o conveniente», esto es, lo que resulta adecuado realizar en cada caso para alcanzar la mayor felicidad del mayor número de personas, el fin «ético» común. En palabras de Bentham:

“La moral, la religión, la política no pueden tener más que un solo y mismo objeto [la felicidad común]. Si el político, el moralista y el sacerdote comprenden su misión su objetivo debe ser el mismo”²⁴⁹.

Ahora bien, Bentham desarrolló su deontología en la mencionada obra haciendo referencia principalmente al ámbito de la moral o «moral privada», como la llamaba, a fin de diferenciar ese ámbito de autonomía individual del ámbito de las obligaciones jurídicas o «políticas» o «públicas» heterónomas.

“Los casos en los que el principio deontológico entra en acción son, o bien permanentes, o bien transitorios, o públicos o privados. Los casos públicos son aquellos que se dan de hombre a hombre como miembros de la sociedad en general. La mayor parte de estos casos, que uno puede llamar *políticos*, no entran en el marco de esta obra. Las relaciones privadas del hombre son, o bien naturales, o bien fácticas. Son aquellas que pueden ser observadas como procedentes del individuo desde que nace y aquellas que son accidentales. Uno encontrará la utilidad de estas divisiones en cuanto se trate de la aplicación práctica del *código moral*”²⁵⁰.

²⁴⁸ Jeremy BENTHAM, *Déontologie, ou Science de la Morale*, op. cit., pág.11.

²⁴⁹ Jeremy BENTHAM, *ibíd.*, pág. 12.

²⁵⁰ *Ibíd.*, pág. 14. En el capítulo “Limits between private ethics and the art of legislation” de *An*

La «Deontología» pertenece al ámbito de la moral y no al del derecho o al de la «Política». Tiene por objeto la *acción libre*, autónoma, del individuo, es decir, aquella acción que no está regulada jurídicamente, ni es objeto de administración por parte del gobierno, ni es objeto de control por una autoridad teológica o religiosa actuante como poder político. La deontología depende toda del principio de utilidad.

“La base de la Deontología es el principio de la utilidad; es decir, que una acción es buena o mala, digna o indigna, o merece la aprobación o desaprobación, en proporción de su tendencia a acrecentar o disminuir la suma de la dicha pública”²⁵¹.

Bentham incluye dentro de la deontología a la “moral privada”, que se refiere tanto al autoexamen de las propias acciones como al examen por parte de los demás, o la “opinión pública”, de la utilidad de las acciones del individuo.

“La Deontología apolioscópica, o Moral privada, contempla todo aquello que le conviene hacer a cada uno, sea por propio interés o bien sea por el interés de otro. Esta distinción nos proporciona la quincuagésima división [del sistema]: la de la Moral en Moral autoscópica o para el *examen de uno mismo* y en Moral heteroscópica o para el *examen de los otros sobre uno*. La Moral debe comprender asimismo la Religión y la Teología privadas del mismo modo que el Gobierno o Política encierra la Religión y la Teología políticas”²⁵².

La deontología es presentada por Bentham como un saber consecuencialista. Los motivos o intenciones personales reales no pueden ser conocidos, sino, en todo caso, adivinados por otros con el peligro de error que esto comporta. El error del juicio moral consiste en valorar la moralidad de la acción por sus motivos y no por sus resultados o consecuencias, pues las intenciones virtuosas pueden conducir a consecuencias moralmente perniciosas.

“Un hombre juzga que una medida es perjudicial cuando ésta es opuesta a sus intereses, y si ésta es perjudicial a sus ojos es obvio que le atribuya un motivo perjudicial. La moral exige, pues,

Introduction to the Principles of Morals and Legislation (-1789- en BOWRING, *Collected Works*; Nueva York: Rusell and Rusell, 1962, pág.298), Bentham escribe además que “la ética privada enseña cómo puede disponer cada hombre de sí mismo para seguir el mejor rumbo conducente a su propia felicidad”, y esa va a ser precisamente la tarea “pedagógica” del deontólogo benthamiano.

²⁵¹ Jeremy BENTHAM, *Déontologie, ou Science de la Morale*, op. cit., pág.12. “La palabra Deontología o la ciencia de lo que es bien o conveniente, se ha escogido como la más propicia de todas para representar en el dominio de la moral el principio del *utilitarismo* o de la utilidad”. Y dado que el término «utilitarismo» resulta demasiado vago y poco definido, “si este término pudiese ser aplicado de una manera directa e inmediata a la producción de la felicidad, éste podría emplearse de una manera justa y conveniente” (ibíd., pág. 14).

²⁵² Jeremy BENTHAM, *Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art-et-Science*, op. cit., pág. 344.

imperiosamente que evitemos atribuir los motivos a otro así como condenar a la ligera y apresuradamente a aquellos imputados por sus motivos”²⁵³.

Hay que tener en cuenta además que, en el cálculo estimativo de placeres y dolores resultantes de la acción individual realizado por el propio sujeto afectado, habrá que incluir siempre como *inputs* el placer o el dolor que producen las *sanciones morales* (o sociales o “populares” como Bentham también las llama) impuestas por la opinión de los demás (u “opinión pública”) sobre nuestras acciones.

Bentham escribe, en el capítulo dedicado a las “cuatro sanciones o fuentes de dolor y placer”(sanción física, política, moral y religiosa) de *An Introduction to the Principles of Moral and Legislation*, que la «sanción moral» o «popular» consiste en la sanción que impone un grupo cualquiera de la comunidad de acuerdo con una disposición espontánea y no con cualquier norma convenida o concertada²⁵⁴.

En una nota a pie de página Bentham especifica que es preferible denominar a la «sanción moral», «sanción popular» o «social»:

“como indicador más directo de su causa constitutiva e, igualmente, por su relación con la noción más común de «opinión pública» [...], el nombre al que se le da a ese poder tutelar, sobre el cual últimamente se habla tanto y por el que se hace tanto. Esta última apelación quizá es infeliz e inexpressiva, ya que si «opinión» es material sólo lo es en virtud de la influencia que ejerce sobre la acción, por la mediación de las afecciones y la voluntad”²⁵⁵.

La sanción social o moral de la opinión pública adquiere su eficacia a través de la “reprobación pública” del individuo que comete el acto inmoral. Se apela, pues, a los sentimientos penosos de vergüenza personal como una sanción cuya amenaza debe contar en el cálculo del interés personal de placeres y penas y la actuación consecuente.

Bentham parece confiar en la eficacia fiscalizadora de la «opinión pública» que nace de esa moral “heteroscópica” sobre la acción individual, si bien esa opinión pública necesita ser ilustrada. Por ello, mientras no impere el “reino de la *justicia*, el reino de la utilidad”, advierte que no conviene aceptar sin más la fuerza de la aprobación o reprobación pública, ya que “los fallos del tribunal de la opinión pública son contrarios a las leyes de la utilidad cuando la reprobación pública prohíbe actos de los que es difícil vincular el vicio o la vergüenza”, y cuando se basa en convenciones

²⁵³ Jeremy BENTHAM, *ibíd.*, pág. 114.

²⁵⁴ Jeremy BENTHAM, *An Introduction...*, *op.cit.*, pág. 35.

²⁵⁵ *Ibíd.*

sociales que son “restos de barbarie” y “prejuicios legados del feudalismo”²⁵⁶.

La confianza en la eficacia sancionadora de una «opinión pública» ilustrada es tal que, en su *Constitutional Code*, llega a proponer la implantación de un auténtico “Tribunal de la Opinión Pública” con funciones casi penales²⁵⁷. Pese a ello, en *Deontology* la mención del «tribunal» de la opinión pública parece tener un carácter metafórico y no hay una propuesta concreta de una institución orgánica con funciones parajudiciales específicas.

En cualquier caso, según Bentham, parte de las funciones atribuidas al *legislador* penal en el Antiguo Régimen pueden pasar a ser en la sociedad ilustrada competencia del *moralista*, y esto tras una delimitación clara del ámbito de lo moral respecto de lo jurídico. La confusión entre moral y derecho marcó el despotismo, según Bentham, pero ello no tiene por qué caracterizar a la nueva sociedad.

“Finalmente llega el reino de la *justicia*, el reino de la utilidad. Bajo sus auspicios la obra del legislador se verá aligerada y varias de sus funciones pasarán a ser atribuciones del moralista. El tribunal de la opinión pública repasará la decisión de numerosas cuestiones que ahora están en el dominio de la jurisdicción penal. La línea de separación entre lo justo y lo injusto será más neta y más definida a medida que el predominio del gran interés social derribe las barreras erigidas en el contorno censurable legadas por las tradiciones ignorantes de tiempos pasados”²⁵⁸.

En la obra *Principios del Código Penal*, Bentham indica quién compone y qué función cumple la opinión pública que actuaría como tribunal moral.

“El público ilustrado, depositario de las leyes y de *los archivos del honor, administrador de la sanción moral*, forma un tribunal supremo que decide sobre todas las causas y sobre todas las personas [los subrayados son nuestros]”²⁵⁹.

La opinión pública como “controladora moral” se presenta en la deontología benthamiana bajo la forma de una entidad despersonalizada, general, en manos de la ciudadanía, opuesta al papel autoatribuido de árbitro soberano de la moral que hasta

²⁵⁶ Jeremy BENTHAM, *Déontologie, ou Science de la Morale*, op. cit., pág.115.

²⁵⁷ John Stuart Mill llegaba a justificar el castigo de una persona por incumplimiento de una obligación moral (en protección de los demás) “si no por medio de la ley, por la opinión de sus semejantes; si no por la opinión, por los reproches de su propia conciencia... El deber es algo que puede exigirse a las personas como se les exige una deuda” (J. S. MILL, «Utilitarianism» (1861), cap. V, pág. 14, en *Essays on Ethics, Religion and Society*, J.M.Robson (ed.), Toronto, University of Toronto Press, 1969, citado en David LYONS, *Ética y Derecho*, Barcelona, Ariel, 1989, pág. 179).

²⁵⁸ *Ibid.*

²⁵⁹ Jeremy BENTHAM, *Principios del Código Penal*, en E. DUMONT, «Tratados de Jeremy Bentham», tomo IV, 1821, Madrid, Ed. Nacional, 1981 (reimpresión), pág. 387.

entonces desempeñaban los monarcas absolutos, los cuales se creían capaces de determinar despótica y arbitrariamente lo que estaba bien o estaba mal mediante el orden jurídico-penal²⁶⁰. Con la nueva época del “reino de la justicia o de la utilidad”, los ciudadanos “ilustrados”, además de participar en la elaboración del derecho positivo, van a ser sujetos legitimados para juzgar la moralidad de la conducta de los individuos. La ciudadanía ilustrada que conforma la opinión pública juzgará los actos individuales bajo parámetros de maximación de la dicha pública. Ella misma valorará lo que mejor le conviene de manera que su función consistirá en buscar la adecuación de la moralidad individual a ese objetivo común que es designado por Bentham como “gran interés social”.

Pero la eficacia de la “sanción social” o del control de la opinión pública pierde poder entre individuos no ilustrados, “saturados de superficialidad” y de “opulencia”, incapaces de hacer una estimación racional y equilibrada de penas y placeres y, en consecuencia, incapaces de generar felicidad, pues

“es frecuente que a la grandeza y a la riqueza le suceden de cerca la laxitud y el disgusto. Los placeres de los sentidos desaparecen con su uso prolongado y se vuelven en algo irritable por el abuso. La sanción social tiene menor poder cuando el orgullo se imagina que puede obtener la conducta debida de otro sin auxilio de ella. El control de la opinión pública pierde su eficacia allí donde se manifiesta una creciente disposición a infravalorar su autoridad y a desafiar sus resoluciones”²⁶¹.

En cualquier caso, de lo expuesto hasta ahora se deduce que el núcleo del problema que plantea la deontología de Bentham está en cómo compatibilizar la autonomía individual que sostiene a la *moral privada*, y que debe estar a salvo de ingerencias heterónomas del legislador, del religioso o del moralista, y a la vez proponer un modelo de actuación conforme a una norma moral suprema que es la maximación de la dicha pública; cómo armonizar los intereses personales de los individuos con los intereses públicos, la búsqueda autónoma de la propia felicidad con la aspiración de alcanzar la máxima felicidad para el mayor número de personas posible; cómo, en otro sentido, hacer compatible la función del legislador con la del moralista o “deontólogo”.

Conforme con la tesis de David Lyons²⁶², consideramos también que Bentham sostiene la idea de que existe una “armonía natural” de *intereses*: el interés de cada

²⁶⁰ Jeremy BENTHAM, *Déontologie...*, op. cit., pág. 13.

²⁶¹ *Ibid.*, pág. 115.

²⁶² David LYONS, *In the Interest of the Governed*; Oxford University Press, 1973.

sujeto es igualmente parte del interés general y el interés general está en cada interés personal.

Bentham afirma en *Deontology* que para cualquier propuesta *práctica*, y al jurista inglés le preocupaba siempre *lo posible, lo practicable* (“dar a la teoría de la moral su valor práctico” –sic-), no existe el *deber* de un individuo de realizar algo que sea *interés* suyo no realizarlo (por evitar la posible sanción legal o la reprobación pública, por ejemplo).

“El deber siempre cederá el paso al interés. El objeto que nos proponemos en esta obra es hacer resaltar las relaciones que unen el interés al deber en todas las cosas de la vida. Cuanto más atentamente se examine este asunto, tanto más evidente aparecerá la homogeneidad del interés y del deber. Toda ley que tenga por objeto la dicha de los gobernados, deberá tender a que éstos encuentren su interés en hacer aquello cuyo deber les impone la misma. En sana moral, jamás podrá consistir el deber de un hombre en aquello que tiene interés en no hacer. La moral le enseñará a establecer una justa estimación de sus intereses y de sus deberes; y, examinándolos, notará su coincidencia”²⁶³.

Para Bentham sólo es *practicable* considerar el deber hacia los otros, esto es, respecto de los intereses y la dicha de los otros, tanto como los intereses propios, si el resultado que se quiere conseguir es el mismo considerando únicamente el propio interés, es decir, la propia felicidad. No es que exista realmente una “armonía de intereses”, sino que, para el proyecto que tiene Bentham en mente en *Deontology*, solamente es practicable considerar aquellos casos en los que la coincidencia de intereses sea *posible*²⁶⁴. Y eso, a pesar de que Bentham llega a afirmar como un principio general y abstracto que

“(…) el amor propio sirve de base al bien universal, no sabría servir al mal universal: y es el amor propio que demuestra la unión íntima que existe entre el interés del individuo y el del género humano. Esta unión se apoya así sobre el deseo universal de obtener la buena opinión de los otros”²⁶⁵.

Así, como ya se apuntó, Bentham manifiesta que en todo planteamiento moral, el “principio personal” es necesariamente lo más importante. Considera la deontología como “moral privada”, la “ciencia del bien particular fundada sobre motivos extralegislativos”, esto es, sin intervención del Estado soberano.

La misma noción de «deber» queda regida por ese “principio personal”

²⁶³ Jeremy BENTHAM, *Déontologie...* op.cit., pág.9.

²⁶⁴ Ross HARRISON, *Bentham*, op.cit., pág.269.

²⁶⁵ Jeremy BENTHAM, *Déontologie...*, op.cit., pág.112.

indicando así que todo deber cuanto menos venga impuesto desde el exterior del individuo (desde el Estado o la religión) mejor. El *deber* está contenido en cada individuo para la estimación de lo que le conviene. De ahí que Bentham rechace la idea del deber moral de obedecer sacrificando el propio interés. Esto resultaría indicativo de la imposición de aquel desde otras esferas distintas a la propia. Interpreta el deber moral no en términos de *sacrificio* sino, podríamos decir, de *inversión* para la propia felicidad, en la que la felicidad o el interés ajeno constituye su condición de realizabilidad.

En este sentido, sólo se podrá perseguir la propia felicidad promoviendo la de los demás, mediante la evitación de la sanción moral o social y obteniendo la aprobación de los demás. La “buena conducta” individual que propone Bentham, bajo el nombre de la “prudencia” y “benevolencia” en la consecución de la propia felicidad, constituye un *deber* a perseguir por parte del individuo para regular y dirigir su conducta en el sentido más favorable a sus intereses, que coincidirán con los de los demás en cuanto se trata de la conducta “recomendada” para no generar ofensas ni crear enemigos²⁶⁶.

Por consiguiente, la tarea del moralista o deontólogo consistirá para Bentham en

“(…) sacar a la luz o destapar aquellos aspectos de los deberes en los que la naturaleza ha asociado los intereses del individuo a sus disfrutes, en los cuales su propio bienestar ha sido vinculado, combinado, identificado con el bienestar de los otros; su labor, en una palabra, es dar al motor social toda la influencia del motor personal”²⁶⁷.

La finalidad de la deontología es que las personas hagan lo que *deban hacer*, sólo que *por sí mismos*, sin el poder externo de la ley o de la religión que manipule sus intereses. Sin poder heterónomo la única tarea que puede realizar la deontología es la *persuasión*, y la única tarea posible de persuasión es *señalar que algo es de interés* de alguien. Por lo que la deontología benthamiana se manifiesta en un “manual de instrucciones” que explica a las personas qué es lo recomendable de sus intereses; un

²⁶⁶ Jeremy BENTHAM, *ibíd.*, pág.111. La idea de “prudencia” que más conviene a Bentham es la idea aristotélica de la “prudencia” como “virtud de la parte racional del alma” que prepara todos los elementos de nuestra felicidad: “(…) el propio oficio del prudente es poder consultar bien las cosas buenas y útiles para sí, no en alguna materia particular, como si dijésemos en aquello que valga para conservar la salud o la fuerza, sino en qué cosas importan para vivir prósperamente. Lo cual podemos entenderlo fácilmente de esto: que decimos ser prudentes en alguna cosa particular los que, en las cosas que no consisten en arte, dan buena razón y la encaminan a algún buen fin” (*Ética a Nicómaco*, 1140a, trad. Pedro Simón Abril, Barcelona, Orbis, 1984, vol. 2º, pág.17).

²⁶⁷ Jeremy BENTHAM, *ibíd.*, pág.11.

manual explicativo sobre cómo alcanzar la propia felicidad en relación con los intereses y la felicidad de los demás, es decir, que afecta a los otros en cuanto que el interés personal depende del respeto de los otros.

Bentham nos habla de “libro” o “código moral” en el cual hace de la “prudencia” y de la “benevolencia” personal que concierne a los demás un deber personal a cumplir para regular y para dirigir la conducta en el sentido más favorable a los intereses personales.

La propuesta prescriptiva del deontólogo de Bentham consiste pues en el establecimiento de unas *pautas* de actuación, que *persuadan* o *iluminen* la conducta, no que la ordenen en un sentido predeterminado mediante la amenaza de una sanción penal –ésta aparece como consecuencia del error de cálculo-, con el objeto de que sea el propio individuo quien autónomamente haga un cálculo de sus intereses, de los placeres y las penas resultantes de su conducta. Estas pautas de “ética privada” o deontológicas quedarían recogidas en un código “sistemático”, “completo” y “coherente”, según los criterios de los códigos legales propuestos por él mismo:

“(…) En lo que se refiere a la aplicación de estos principios [la *prudencia* y la *benevolencia*] en la práctica, como se apoyan sobre todas las cosas de la vida, sobre los acontecimientos de cada día, de cada existencia individual, y como estos acontecimientos son variados en cada carácter hasta el infinito, es evidente que todo lo que podemos hacer es establecer unas reglas generales, y apoyarlas con unos cuantos ejemplos. Estos ejemplos serían como aquellas lámparas cuya llama, aunque exigua, extiende a lo lejos su halo luminoso. En todo el edificio moral hay unidad, simplicidad, simetría; cada parte hace comprender todas las demás; cada fragmento da el carácter, la medida de todo. Una vez que uno se libra del círculo de vaguedad y de dogmatismo, que no comprende que un número muy pequeño de artículos es aplicable a todos los casos posibles y resuelve todas las cuestiones discutibles, todo es armonioso en el código moral”²⁶⁸.

Bentham formula en su *Deontology* unas virtudes “reales” y “legítimas”, incluidas en las cualidades morales generales de la “prudencia” y la “benevolencia”, frente aquellas “falsas, imperfectas y dudosas” y su taxonomía es útil, dice, para “la introducción de una moral práctica, simple y natural”²⁶⁹. Con ello, nuestro autor propone una guía, unas pautas de conducta en un listado de cualidades morales como lo harán los tratados específicos de deontología profesional posteriores. Las virtudes de la piedad, la fortaleza, la temperancia, la liberalidad, la magnanimidad, la modestia, la mansedumbre, la veracidad, la amistad, la urbanidad, que presenta son cualidades cuyo contenido y alcance están en función de la producción de placer y la evitación de dolor

²⁶⁸ *Ibid.*, pág.112.

²⁶⁹ *Ibid.*, págs.116 y sigs.

respecto los otros estableciendo además un marco de “prudencia”, de “mesura” para la búsqueda de la propia felicidad.

Con este ensayo, Bentham no sólo inaugura la noción de «deontología» como una teoría de las obligaciones morales, sino que el mismo tratado teórico contempla la posibilidad de este saber de ser útil en la práctica, compilando un «código moral» que recoja diversas directrices para la conducta individual, atendiendo a las consecuencias morales de los actos individuales, suministrando consejos prácticos para orientar la autonomía individual hacia la maximación de la propia felicidad y de la dicha pública.

Para concluir, hay que señalar que la deontología como *sistema de persuasión*, de *educación* para modificar deseos contrarios a la maximación de la felicidad general, o incluso para introducir nuevos objetos de deseo mediante la amenaza de las sanciones morales o sociales, ha de tener como programa la alineación, la alianza de intereses y deberes: la deontología ha de persuadir al individuo cuando su propio interés constituye su deber, de tal forma que si actúa “éticamente mal” respecto de los otros su “reputación” sufrirá la sanción moral o social, el “castigo” de la “opinión pública”. Una imposición de sanciones legales en este tipo de conductas significaría que una acción inmoral quedaría impune. La única exigencia práctica para la eficacia de este sistema de deontología es que depende de la contingencia de que los intereses estén alineados con los deberes.

Existe en Bentham, por lo tanto, una simbiosis *interés-deber* frente a la *obligación* de la ley o del deber abstracto de la moral clásica, esto es, frente a la obligación heterónoma. El acto de *deber* (moral) no puede ser un “acto de autoridad” exógeno sino un acto personal que se compromete a realizar aquella acción en el propio interés. En consecuencia, la motivación de lo ético surge, según Bentham, del interés y no del deber.

No hay que olvidar que en la obra de Bentham, y según interpreta correctamente Ross Harrison, el papel de la deontología debe estar supeditado siempre al de la legislación. La deontología debe completar a esta última, y más que establecer unos fines u objetivos alternativos lo que debe hacer es rellenar las lagunas legales. En los supuestos de conflictos graves entre intereses personales e intereses generales, supuestos que exigen una respuesta seria, no cabe hacer depender la decisión que se adopte de lo que *persuada* la deontología, y será necesaria la *fuerza coactiva de la ley*

para que se dé solución al litigio²⁷⁰.

2.2. La respuesta teológica del catolicismo continental a la «deontología»

Durante el siglo XIX en la Europa posrevolucionaria, la Europa de los Estados-nación liberales y de las reinstauraciones monárquicas y de las nostalgias latentes del absolutismo, en la época de las primeras convulsiones sociales del movimiento obrero, nace una corriente de pensamiento que reinterpreta el catolicismo en clave moderna como respuesta al empirismo materialista y al racionalismo ateo de la ilustración. Esta corriente forma parte de una corriente ideológica más general que en el plano político se define como «conservadurismo» y apareció como reacción al Estado liberal burgués y a la sociedad industrial, individualista y ahistóricista surgida tras la Revolución y que tiene como primer exponente inaugurador y definidor de la ideología conservadora contemporánea a Edmund Burke con su *Reflections on the Revolution in France* de 1790²⁷¹.

En el viejo continente se manifiesta el intento de reconstruir el catolicismo seriamente dañado, tras la fragmentación protestante y por el proceso de secularización política y cultural, para volver a otorgarle un papel protagonista en la vida social y para su intervención decisiva en la política de los Estados²⁷².

Junto al romanticismo y el pensamiento político contrarrevolucionario y conservador de De Maistre, De Bonald y Lamennais se produce un renacer religioso que tendrá sus centros de atención principalmente en la corriente del *espiritualismo* francés y en el *Risorgimento* católico italiano representado en el filósofo y sacerdote Antonio Rosmini (1797-1855) y la neoescolástica y apologética de Balmes (1810-1848) en España, influenciados ambos por el «espiritualismo» ecléctico de Victor Cousin (1792-1867).

Estas corrientes de renovación del conjunto doctrinal del catolicismo y de

²⁷⁰ Ross HARRISON, *Bentham*, op.cit., pág.270.

²⁷¹ E. BURKE, *Reflexiones sobre la Revolución Francesa*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1978. Véase Robert NISBET, *Conservadurismo*, op. cit., pág. 13.

²⁷² “En gran medida el apoyo conservador a la religión descansa en la bien fundada creencia de que los seres humanos, una vez se han liberado de una gran ortodoxia [como tras la Revolución], probablemente sufrirán algún grado de trastorno, de pérdida de equilibrio” (Robert NISBET, ibíd., pág. 104).

reconstrucción de su filosofía y su estructura argumental promovieron una crítica profunda contra la secularización de la modernidad en general y, en particular, contra el ideario laicizante y revolucionario francés, el empirismo británico, el materialismo ilustrado y el utilitarismo inglés y el idealismo alemán coetáneos.

Esta crítica de carácter especulativo tenía además un alcance político que en el caso italiano y español se reflejaba en un conservadurismo en el que se manifestaba una actitud antiextranjera en general y una actitud fuertemente polémica contra los reformadores sociales (socialistas y comunistas) en particular, no sólo contra los liberales. El movimiento nacionalista y romántico suponía la posibilidad de reintroducir la *tradición* que daba fuerza a la “exaltación de la conciencia nacional y hace palanca en la tradición católica que quiere renovar y acordar con el progreso del mundo moderno”²⁷³. Suponía, en definitiva, defender valores conservadores sin caer en el radicalismo absolutista de la Restauración ya de baja a partir de los años treinta del siglo XIX por el pujante liberalismo con el que había que armonizar su ideología del progreso y su doctrina económica.

El pensamiento espiritualista defendía, pues, la *tradición* frente a aquellos efectos excesivamente autonomistas y ateos de la *modernidad* al interpretar la primera como manifestación en el mundo humano del mismo “principio divino” revelado en la conciencia²⁷⁴. De la conciencia se infieren, para el espiritualismo, los datos de todo conocimiento humano sobre el ser, y la razón puede aprehender la realidad, el *ser*, suprasensible.

Esta corriente establecía la continuación de una teodicea racionalista frente a los filósofos revolucionarios de la ilustración y se caracterizaba porque, además, había sabido adaptar a su discurso metafísico la lógica argumentativa de aquellos. Victor

²⁷³ Michele Federico SCIACCA, *El pensamiento filosófico de Rosmini*, Barcelona, Ed. Luis Miracle, 1954, pág. 14. Además, “la defensa de las «buenas causas» de que hablara Cousin se traduce en el ámbito de esta corriente, y en la mayoría de las ocasiones, en el conservadurismo político” (Nicola ABBAGNANO, *Diccionario de filosofía*, op. cit., pág. 446). En este último sentido, M. F. Sciacca indica en la nota preliminar (op. cit., pág. 9) al referirse a Rosmini que “vivo y actual sigue siendo su pensamiento político: defensa de la justicia y del valor de la persona, subordinación de la autoridad del Estado a los valores morales y a la autoridad de la Iglesia, crítica del socialismo y del comunismo, etc. (...). En él encontramos un poderoso y aguerrido aliado en defensa de la eterna y auténtica civilización de Cristo y de Roma; un aliado que ha sabido entablar diálogo correcto con el moderno pensamiento anticatólico y anticristiano, adentrarse en él, comprenderlo y combatirlo con sus mismas armas en un esfuerzo gigantesco por enderezar la civilización moderna desviada del curso ancho y magnífico del catolicismo”. El mismo conservadurismo político (y, desde luego, moral) se ha atribuido al pensamiento de Jaime Balmes o de Donoso Cortés, por citar a dos autores de nuestro país, a pesar de haber sido criticados por los sectores más ortodoxos y antiliberales (R. NISBET, op. cit., pág. 14).

²⁷⁴ Nicola ABBAGNANO, op. cit., pág. 446.

Cousin estableció una fórmula ecléctica entre cierto empirismo combinado con ideas de la filosofía escocesa del *common sense* y el trascendentalismo inspirado en el idealismo alemán, básicamente, la identidad *sujeto* cognoscente y *objeto* como manifestación de la conciencia subjetiva.

Como esta doctrina consideraba la religión como una garantía para preservar los valores morales de la tradición, las “buenas causas”, y al igual que Kant, defendía la idea de que sólo a través de ella podían conocerse todos los deberes morales como mandatos divinos garantizando su valor absoluto, también había que incluir una teodicea. Así, mediante el razonamiento inductivo a partir de la conciencia y de la percepción de la existencia de sustancias finitas, con ese reconocimiento en el *objeto* de la manifestación del *sujeto* aportado por el idealismo romántico, se podía conocer la existencia de Dios. Ese razonamiento también era construido (como fue el caso de Antonio Rosmini) a partir de premisas extraídas de la teología agustiniana y tomista para eludir una conclusión panteísta o atea que podía conducir el idealismo germánico que confundía la “conciencia finita” del hombre con la “conciencia infinita de Dios”.

El espiritualismo atribuyó al materialismo y al agnosticismo la negación de los valores morales de la tradición que solamente la *conciencia* humana como medio de conocimiento podía reafirmar. La conciencia es, pues, para la corriente espiritualista, el punto de partida y fundamento de la filosofía y es concebida como revelación directa a los hombres de la “Verdad” o “voluntad de Dios”.

Uno de los expertos más conocidos en el pensamiento de Antonio Rosmini, Michele Federico Sciacca, resumía el ambiente que inspiró la corriente espiritualista en la Italia del XIX dominada por el imperio austrohúngaro en los términos siguientes:

“En esta época la preocupación moral es grande, siendo además diversa del moralismo del siglo dieciocho; fortísima la confianza en el poder de las virtudes; profundo el culto del deber; encendido el amor a la patria y el deseo de gloria, todo llevado casi siempre según el espíritu y la doctrina de la Iglesia. Educación clásica, recuerdo de las virtudes romanas, firme confianza en el poder regenerador del Catolicismo, puntos de contacto y simpatías con el movimiento religioso francés de la Restauración, todo converge en el movimiento romántico y espiritualista italiano. Por esto nuestros espiritualistas no sólo combaten la cultura francesa del siglo XVIII, sino también el criticismo de Kant y el idealismo trascendental. El pensamiento alemán de Kant a Hegel es también, para ellos, subjetivista, escéptico y ateo; así, pues, hacen valer contra el subjetivismo y el panteísmo la fe religiosa, el primado de la moral y la eternidad de la verdad, los únicos valores que pueden devolver al hombre el mundo interior que el escepticismo le había quebrantado”²⁷⁵.

²⁷⁵ M. F. SCIACCA, op. cit., págs. 13-14. Sciacca defiende la tesis que Rosmini no puede encuadrarse en el idealismo. Si bien Rosmini critica el pensamiento moderno desde Descartes hasta Hegel y los utilitaristas coetáneos, penetra en sus categorías fundamentales y rechaza las argumentaciones que llevan al agnosticismo o a la negación de las “verdades eternas”. Sciacca defiende la originalidad del pensamiento rosminiano que dentro de una filosofía moderna (que incluso especifica como

La figura del filósofo y teólogo italiano Antonio Rosmini representa muy bien ese retorno a la teología cristiana y su reformulación según las propuestas de la gnoseología espiritualista, esto es, la que consideraba el *conocer* como una *relación de la conciencia consigo misma*, garantizando la identidad del *conocer* subjetivo con el *objeto* (la conciencia misma o, al menos, su producto o su manifestación). Esta corriente de pensamiento católico significaba una reacción al peso que tuvo la filosofía de la ilustración en sus vertientes materialista y, según Sciacca, “individualista, sensista, escéptica, atea y desorganizadora de la vida social”²⁷⁶.

Frente al individualismo moderno y la filosofía de la historia y del Estado hegeliana Rosmini defiende la organicidad del Estado y de la sociedad y su subordinación a los valores morales y religiosos trascendentes. Integra en su sistema filosófico la noción de «libertad del hombre y del ciudadano» si bien rechaza la posible confusión de «libertad» con «albedrío» del individuo o con la absoluta autonomía de la voluntad que, como vimos, defendía por ejemplo Bentham, ya que esta última se trata de una forma de libertad que no pertenece al hombre sino a Dios. Rosmini defiende, siguiendo la comparación con Bentham, una *ética del deber* frente a la *ética del interés* propia del pensamiento ilustrado. Contra el determinismo materialista defiende una concepción finalista en la que la naturaleza aparece como un orden de la Providencia, tal como idearon los escolásticos, y en la que la historia no es la lucha destructiva entre diversas formas históricas sino la realización de ideales eternos de “verdad” y de “bien”. Asimismo, el sujeto antropológico que propone Rosmini se aleja del modelo *homo aeconomicus*

“propio de las éticas sensistas, hedonistas y utilitaristas que distinguen mal la moral de la

“contemporánea”) sintoniza con el pensamiento agustiniano, bonaventuriano y con el «espiritualismo» de la época (Francisco-Cristóbal FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, *De la conciencia ética. A. Rosmini*, Barcelona, PPU, 1996, pág. 19). Esta defensa de Sciacca del teólogo roveretano podía significar un intento de desmontar las suspicacias del catolicismo más ortodoxo, acusándolo de ontologista y antitomista, generadas por su pensamiento católico “modernizador” y que le costó la “acusación antirosminiana” ante el Papa de “errores” y cuya plena rehabilitación no sería conseguida hasta 1966. Por eso es discutible hasta qué punto determinó el pensamiento kantiano y el espiritualismo francés en el conjunto del pensamiento rosmíniano presentándolo como un pensamiento más sincrético o ecléctico que genuino. En este sentido hay quien no ha dudado en calificar a Rosmini como el “Kant italiano” (B. SPAVENTA, *La filosofía italiana nelle sue relazioni con la filosofía europea*, Bari, 1926, en F.-C. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, op. cit., pág. 18). Acerca de la tesis de la *originalidad* de la filosofía rosmíniana sobre el ser, pero distanciada de la ambigüedad de la corriente espiritualista, también es compartida por Francisco-Cristóbal FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, op. cit., pág. 21.

²⁷⁶ M. F. SCIACCA, op. cit., pág. 14.

economía, [y que sustituye] por el del hombre sujeto espiritual, que pone el bien por encima de todo interés, utilidad o placer y considera la satisfacción de las necesidades económicas como medio para la realización de sus fines morales y religiosos”²⁷⁷.

Sin embargo, a pesar de la oposición de Rosmini al «sensismo» y al «subjetivismo» que conducía el racionalismo ilustrado, no compartía la posición de los defensores de la Restauración y de aquellos que negaban el cambio en la mentalidad europea tras la revolución y las guerras napoleónicas. Y de esta discrepancia especulativa pasó Rosmini a la discrepancia política con aquellos que negaban “el principio de constitución nacional de los pueblos libres”²⁷⁸. Es decir, que aunque el conservadurismo de Rosmini, propio del movimiento católico posrevolucionario, hiciera pensar que aceptaría, de entrada, las tesis políticas conservadoras nacidas de la restauración monárquico-absolutista del congreso de Viena, lo cierto es que los acontecimientos políticos que siguieron a dicho congreso con la reestructuración del mapa político italiano a pura conveniencia de los aliados absolutistas y, a resultas de aquel, por la progresiva influencia austriaca en Italia, le hicieron situarse del lado de las reivindicaciones nacionalistas y liberales románticas (pero no las republicanas) y que contaban con el respaldo del sector más influyente de la Iglesia.

Por otra parte, su crítica al socialismo y al comunismo (particularmente el de Saint-Simon, Fourier y de Owen), hecha en un discurso publicado un año antes de la aparición del *Manifiesto* de Marx y Engels, sentó su posición a favor de un liberalismo contenido, eso sí, por los cánones estrictos de la moral cristiana. En esta cuadratura del círculo de modernidad y tradición que plantea Rosmini ajusta el liberalismo político, entendido como garante de la libre concurrencia en el plano económico, al marco de las normas morales religiosas. Esta idea queda resumida en la frase de su discurso contra el socialismo, “nosotros pensamos que el mejor gobierno debía ser el que conservara el uso de la mayor libertad posible en todos los ciudadanos, regulada con el *orden más perfecto*”. El “orden perfecto” es el establecido, obviamente para Rosmini, por la moral católica para “alcanzar la perfección” y ésta es compatible en cuanto que dirigida a la esfera privada del individuo otorga a éste la “libertad” de elección en el seguimiento o no de las normas morales como ser *consciente* de la bondad o maldad de sus acciones y, por tanto, responsable exclusivo de sus acciones.

²⁷⁷ *Ibid*, pág. 15.

²⁷⁸ F.-C. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, *op. cit.*, págs. 12-13.

“Asumamos, pues, señores de buen grado el oficio de defensores del progreso y, ¿por qué no?, del verdadero liberalismo, palabra de la que tanto se ha abusado, y, por lo tanto, está necesitada de una *recta* definición. El liberalismo de que hablamos es un sistema de derecho y al mismo tiempo de política, que asegura a todos el precioso tesoro de sus *libertades jurídicas*. [...] La libertad *natural* puede considerarse como la potencia general de hacer lo que se quiere sin coacción ni necesidad. Tal potencia se resuelve en facultades, funciones y actos especiales que, considerados *en relación con la ley ética que los tutela*, toman naturaleza y nombre de *derechos* (naturales, civiles y políticos). [...] El problema social de «cuál es la mejor constitución de una sociedad civil», se debe resolver «en una conciliación armónica entre las libertades privadas y la autoridad del gobierno, de modo que *bajo la más firme autoridad cada uno conserve el ejercicio de la mayor posibilidad jurídica*». [...] El sistema de los reformadores (...) no abre el concurso de todos a todos los bienes, sino que destruye la concurrencia; lejos de fomentar la industria, la agricultura, las artes y el comercio, mata todo estímulo, anulando la voluntad privada y el trabajo espontáneo(...)” [los subrayados son nuestros]²⁷⁹.

Rosmini intentó, pues, conciliar el espíritu romántico, liberal y nacionalista del *Risorgimento* italiano y la defensa de la tradición y de las instituciones en las que ésta se encarnaba, lo que produjo un distanciamiento, en el plano intelectual, con respecto a los pensadores y políticos coetáneos republicanos y más liberales como Vicente Gioberti o Giuseppe Mazzini. En definitiva, su posicionamiento político no era genuinamente liberal, ni mucho menos, sino más bien favorable a aquel sector del conservadurismo moderado que consecuentes y entusiastas de los derechos de propiedad y el valor de las instituciones sociales tradicionales veían el peligro de cualquier tipo de redistribución por medios político-públicos y que, por ende, coincidían en líneas generales con la política económica del Estado liberal.

En otro frente, su filosofía sincrética y su teología modernizadora, si bien pasó en un principio el *nihil obstat* de la Santa Sede, debido fundamentalmente a sus buenas relaciones con el Papa Pío IX y con un sector de la jerarquía eclesiástica patriótica, acabó por ser objeto de duras críticas por parte de los sectores más ortodoxos de la curia (particularmente de los jesuitas), por los firmes defensores de la Restauración que veían en el dominio austriaco la realización de aquella y por un sector de la filosofía neoescolástica que veía en el pensamiento de Rosmini un ontologismo y un subjetivismo contrario a las doctrinas de Santo Tomás y excesivamente influenciado por Kant. En este último grupo, cabe destacar la crítica que dedicó Jaime Balmes en su libro V de la *Filosofía fundamental* de 1846 a la idea del *Ser* de Rosmini. Unas discrepancias que se articulaban sin embargo sólo en ese plano especulativo de la ontología mientras que las doctrinas de Balmes y de Rosmini eran coincidentes en cuanto a la apología del catolicismo para los tiempos modernos así como en su actitud política general. Al igual

²⁷⁹ Antonio Rosmini, *Ensayo sobre el comunismo y el socialismo*, 1847, en M. F. SCIACCA, op. cit., págs. 383, 385, 390-391, 404.

que Rosmini, Balmes fue un firme defensor de las reformas políticas propuestas por el Papa Pio IX. Fue además en España un propulsor del escolasticismo ecléctico de Claude Buffier y de la filosofía escocesa del *common sense* de Thomas Reid por lo que a pesar de sus manifiestas críticas al espiritualismo francés de Cousin por su idealismo hegeliano y su firme defensa de la doctrina tomista y agustiniana también sufrió, como Rosmini, el acoso de los sectores más conservadores del catolicismo español.

En resumen, a partir del hundimiento de la filosofía política y del ideario propio de la Restauración, el alineamiento con el liberalismo y la pretensión de reconstruir el catolicismo conservando valores esenciales de su tradición por parte de esta corriente nacionalista católica que recorría Europa, hizo que sus pensadores evitaran caer en posturas radicales.

Había que asumir ciertos cambios de la modernidad, el “estar con los tiempos” sin caer en el radicalismo ideológico de la Ilustración que llevó a la Revolución Francesa y sin caer, por otro lado, en el radicalismo inmovilista de las monarquías absolutistas de la Restauración. La posición política más adecuada a esa línea ideológica era una posición conservadora «moderada» (entre los «progresistas» o «reformadores sociales» y los «absolutistas»), de *sentido común*, pragmática y a la vez consecuente con la defensa del catolicismo y de los valores tradicionales como una fuerza unitaria en la política (no sólo religiosa o moral). Lo que parecía reflejar la idea burkeana de «prejuicio» histórico como «creencia común» frente al relativismo ilustrado y la libertad disgregadora que conduce la autonomía del pensamiento racional. Lo que también se entendía como «buen sentido» o «sentido común» transmitido de generación en generación y común a todos, que hace recelar a las personas del cambio por el cambio, y cuyo motor no es la razón sino el sentimiento, la emoción y la fe²⁸⁰.

En esto coinciden pensamientos dispares en matices como el de Rosmini, Balmes o el de Donoso Cortés: en su liberalismo doctrinario un tanto confuso, su conservadurismo más o menos moderado, su tradicionalismo racional dogmatizante, su crítica contra los socialistas y su filosofía moral en la que integran “inteligencia”, “sentido común” o “buen sentido” (Balmes), libertad y religión para formar la personalidad moral ideal.

Hay que tener en cuenta que fue en el contexto del discurso suministrado por este ideario moderado, tradicionalista y liberal, dominante durante gran parte del siglo

²⁸⁰ Robert NISBET, op. cit., pág. 52.

XIX, como las profesiones liberales reconstruyeron su fuerza corporativa dañada con la Revolución Francesa. El nuevo discurso de la legitimación moral de la actividad de los profesionales corporizados se iba a ajustar a aquel ideario correspondiente con el oficial, el propugnado por el poder político y que vería su reflejo en nociones morales insertadas en el derecho privado y penal. En el ámbito de la profesión médica, su tradición corporativa autónoma, su enraizamiento en la ética cristiana (católica y protestante), la nostalgia del valor estatutario personal que confería la pertenencia al gremio en una sociedad tradicional estructurada en estamentos, el valor autoritario del médico respecto del paciente, toda esta serie de elementos prototípicos del mundo abolido por la Revolución Francesa, van a reinterpretarse y reintroducirse en la vida social moderna y liberal. Esto se verá reflejado en las luchas ideológicas internas de la profesión, en su adscripción al modelo asociativo y colegial dependiente, en último término, del poder político, en la conservación de valores y actitudes propias de un modelo social estamental o “aristocrático” y, para lo que más nos interesa, en la elaboración, en ese sentido, de un discurso ideológico oficial propio manifestado en los códigos morales, éticos o deontológicos de la profesión.

De este “moderantismo” político y sincretismo filosófico que segregó el conservadurismo decimonónico nos interesa detenernos ahora en la teoría ética de Rosmini, puesto que retomó la noción de «deontología» de Bentham para reformular esa “ciencia de los deberes morales” ahora en un sentido católico.

La filosofía de Rosmini se presenta como un *sistema* donde la ética se encuadra orgánicamente. Rosmini parte de presupuestos y nociones fundamentales de su sistema con los que su «ética» está conectada. Son nociones cuyo sentido y función atraviesan su sistema dividido temáticamente en una ontología, una epistemología y una antropología²⁸¹.

El primer problema filosófico de Rosmini consistía en proponer un

²⁸¹ F.-C. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, op. cit., pág. 21. El sentido que queremos darle aquí a la noción de «sistema» es el que propone Donoso Cortés de una estructura integradora de ideas que ofrece un sentido unitario como lo es, piensa, el catolicismo. Esta idea también explica el sincretismo que extrae de todos los sistemas de pensamiento los aspectos que admira el pensador pero no para averiguar sus diferencias sino las cualidades unánimes o comunes: “en un sistema todo está unido... en donde todas las partes están unidas, el todo recibe las cualidades de las partes, las cualidades del todo, al menos por el punto que se tocan” (Donoso CORTÉS, *carta a Manuel Gallardo del 25 de julio de 1829*, en José VILA SELMA, «Introducción» a Donoso CORTÉS, *Ensayo sobre el catolicismo, el liberalismo y el socialismo*, Madrid, Editora Nacional, 1978, pág. 33). Esta es la idea de “sistema” que integra el *Sistema Filosófico* de 1845 de Rosmini en el que distingue la ética formando parte de las “ciencias deontológicas” vinculada a su ontología, antropología, su epistemología y su teosofía.

conocimiento objetivo de una verdad ajena a la creación del sujeto: la idea del “Ser”²⁸². El pensador roveretano proponía un conocimiento de la realidad (conocimiento objetivo del ser) por métodos de conocimiento modernos pero sobre la base de presupuestos del pensamiento metafísico clásico y el principio de la “Verdad” de la teología escolástica. Parte importante de sus teorías iba dirigida a demostrar que la “idea del ser” (*la noción del ser* como elemento invariable y universal) consistía en esa verdad objetiva no dada por los sentidos ni por la mente.

Los rasgos básicos de la filosofía moral rosminiana son los siguientes.

En primer lugar, para el «conocimiento objetivo del ser» Rosmini parte al igual que Kant del empirismo británico y del racionalismo cartesiano para replantear la perspectiva del conocimiento y desde éste reelaborar una ontología cristiana no reduccionista como la que resultaría de seguir fielmente las tesis kantianas. Rosmini plantea su ontología como una tesis acerca de la unidad de todos los “seres”, todas las formas del “ser”, como partes de un único ser (Dios), de manera que las formas ideal, real y moral del ser, que distingue, se hallan integradas en un “único bien”, el ser.

El conocimiento del ser es posible por el hombre como sujeto intelectual, sensitivo y “subsistente” que participa de esa “luz divina” agustiniana modelo del ser de todas las cosas. La percepción intelectual es, por consiguiente, para Rosmini como en Kant, el «juicio sintético *a priori*» y que junto a la experiencia sensible, a diferencia de Kant, no es mera forma o categoría sino que constituye la “intuición del ser” fundamento de todo conocimiento. La intuición del ser no reposa en lo *ideal* sino en lo *subsistente* y es *a priori* del acto cognitivo, esto es, la subsistencia del mismo sujeto pensante y de las cosas es preexistente al momento de conocer. La intuición del ser es la presencia en el sujeto de la *idea del ser* y es condición de posibilidad de toda experiencia y de todo juicio ético. Es la presencia de la “verdad” que constituye al sujeto como tal ante el objeto²⁸³.

²⁸² En un relato biográfico de 1854 Rosmini cuenta lo siguiente: “...Mi persuasi allora che l’idea dell’essere è la ragione ultima di ogni concetto, il principio di tutte le cognizioni... L’idea dell’essere è il «continente massimo», l’«idea madre», siccome quella che contiene nel suo seno tutte le altre, il «fondo comune» di tutte le idee, che non sono se non l’idea dell’essere più o meno circoscritta e determinata” (GROSSI, G.B.PAGANI, *La vita di Antonio Rosmini*, Rovereto, Genova, 1957, vol. 1, pág. 111, en F.-C. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, op. cit., pág. 10-11).

²⁸³ “La idea del ser tiene varios usos que se manifiestan en su aplicación. En primer lugar, es fuente de todos los juicios (...); la idea del ser adquiere el nombre de *verdad* cuando conocemos su relación con la cosa percibida (ya sea con sentido externo o interno) para juzgarla” (Antonio ROSMINI, *De Conscientia ethica*, capítulo 3, «La obligación ética», art. núm. 42, 1830-1831, en F.-C. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, op. cit., pág. 159).

El ser como objeto intelectual del sujeto es ser “ideal” o “posible” hasta que es capaz de generar efectos sensibles a la experiencia. En este momento decimos que el ser se muestra en su forma *real*.

En términos de la teología, la *idea del ser* constituye un atributo fundamental de la “revelación de Dios” y un *a priori* no derivable de la experiencia sensible (el “sensismo” que es la forma subjetiva de *conocer*, según el idealismo kantiano, y que impide conocer la esencia de las cosas) sino una forma objetiva del *conocer*. Esa intuición, esa *conciencia del ser* expresa la “voluntad de Dios” que es “Ser real”, por lo que la intuición del ser *por el hombre* es en su *posibilidad* y no en su realidad ya que “a Dios (“Ser real”) no se le intuye”. El *a priori* rosminiano explica (al igual que Kant) el conocimiento intelectual, pero también, como objeto de la mente, hace posible la fundamentación racional de la metafísica.

Por último, la síntesis de la forma ideal y real del ser da lugar, según Rosmini, a la forma *moral* del ser²⁸⁴. La forma moral del ser se refiere a la “verdad moral objetiva” o “bien moral” que realiza el sujeto en su relación con el objeto (lo que el sujeto conoce mediante la inteligencia) mediante la *acción* cumpliendo, así, “una unión transformadora perfectiva del sujeto”²⁸⁵. Mediante la acción personal se da pues la síntesis entre ser ideal y ser real, síntesis que constituye al *ser moral*. La moral contiene en sí la “perfección” de los modos de ser ideal y real y la persona “se perfecciona” con la acción moral teniendo en cuenta que el ser real del sujeto es la “virtud” y el ser ideal, su elemento intelectual, es la ley moral.

“[La idea del ser] forma entonces juicios de un género particular, que se llaman juicios éticos, que versan sobre la honestidad de las acciones humanas. Además, cuando realizamos el primero de tales juicios éticos, se nos presenta entonces la ocasión de conocer que la misma idea del ente es la primera ley o norma según la cual se juzga la honestidad de lo que hay que hacer y según la cual se debe vivir. Es entonces como la idea del ser comienza a ser para nosotros *ley*; si no fuera aplicada en acto a los juicios morales, no podríamos ni sospechar tan siquiera su capacidad para regir nuestras costumbres. Es por ello como se manifiesta en nosotros por primera vez la ley natural cuando aplicamos por vez primera la idea del ser a la formación del juicio ético”²⁸⁶.

La acción humana integra un aspecto material, la experiencia sensitiva o

²⁸⁴ “El ser moral es la relación que tiene el ser real consigo mismo mediante el ser ideal” (A. ROSMINI, *Sistema filosófico* (1845), art. núm. 169).

²⁸⁵ F.-C. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, op. cit., pág. 26-27. El “ser moral”, “tiene la propiedad de ser el acto que pone en armonía el sujeto con el objeto, de ser virtud perfeccionadora, cumplimiento del sujeto mediante la unión y la adecuación con el objeto de beatitud del ente” (A. ROSMINI, op. cit., art. núm. 170).

²⁸⁶ A. ROSMINI, *De Conscientia ethica*, op. cit., pág. 159-160.

“sentimiento”, y un aspecto formal o “espiritual”, el conocimiento en cuya base está la intuición del ser propio del intelecto del sujeto que conoce y que se determina en la experiencia concreta. El uso de la razón es el medio, la acción discursiva, por el que el pensamiento, el intelecto, avanza. Rosmini distingue entonces un uso puramente especulativo de un *uso ético* de la razón, que no «práctico» (tal como distingue Aristóteles) referido éste a la acción misma, a la “fuerza real”. Cuando en la acción personal confluyen inteligencia y voluntad en la elección práctica, en la “fuerza real” a desarrollar, el uso de la razón para ello se llama «juicio práctico», un acto en el cual *emerge* la acción. El juicio práctico es, en Rosmini, el mismo origen de la acción²⁸⁷.

Así pues, Rosmini nos habla del «juicio ético» que es un juicio teórico sobre la bondad o maldad de la acción. El «juicio ético» implica un uso ético de la razón o “razón ética” que determina la *norma ética* o “verdad moral”. La razón ética, el juicio ético, permite determinar la forma ideal del ser moral de una acción futura pues ésta es conocida en su razón de posibilidad. Esta determinación es la “verdad ética” de la acción o “conocimiento directo” y esta verdad conocida es el modelo al que debe conformarse la propia voluntad para ser “buena”, para que la persona alcance la “perfección”. La “verdad ética” es así *ley moral* o “verdad normativa”²⁸⁸. Y esta verdad o ley moral constituye “el ejemplar ideal” o modelo al que la acción humana debe ajustarse para ser buena.

Rosmini habla también de un «juicio eudemonológico» independiente del juicio ético. Se trata del juicio sobre el placer o dolor reportado o previsto por la acción moral, un uso “eudemonístico” de la razón que atiende el aspecto material o corporal o sentimental, prevé el posible placer o dolor corporal (sentimiento) si se realiza la acción. Al ser un juicio independiente del juicio ético puede suceder que en un momento dado sean contradictorios por lo que la persona deberá elegir obrar según el bien *debido*, esto es de acuerdo con la ley moral o bien obrar contrariamente a la ley moral, a la verdad

²⁸⁷ F.-C. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, op. cit., págs. 37-38. Este mismo autor señala en una nota a *De Conscientia ethica* que Rosmini distingue con mayor claridad en otras obras suyas entre “sentimiento moral”, de naturaleza corporal, y “conciencia moral” de naturaleza intelectual aunque ambos se den conjuntamente en la persona. En la obra *Principios de la ciencia moral* (capítulo 6, art. núm. 7, Milán, Pogliani, 1831) Rosmini define la conciencia moral como “un juicio especulativo sobre la moralidad de mi juicio práctico y de las consecuencias de esto”. El conocimiento ético es, por tanto, especulativo pero referido a lo práctico y normativo, no es meramente indicativo o “puramente especulativo”. No se trata de una “ciencia práctica” como sostendría Aristóteles, ni la conciencia moral es “sentimiento moral”. La conciencia moral es “la conciencia (intelectual) de la moralidad de la acción, que a su vez (cuando es real) genera “sentimiento moral” (F.-C. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, *ibíd.*, pág. 229).

²⁸⁸ *Ibíd.*, págs. 38-39.

ética conocida. La persona deberá elegir entre el bien ético y el bien eudemonológico, entre lo subjetivamente placentero pero objetivamente deshonesto y lo objetivamente honesto pero subjetivamente doloroso²⁸⁹.

El «juicio práctico» es el juicio que aparece en el inicio efectivo de la acción, “sólo mediante la fuerza práctica, voluntaria, de la razón surge la acción en el juicio práctico”. Es el momento en el que definitivamente la persona al obrar elige entre el “bien” y el “mal”. En el supuesto en que la acción no se muestre a la razón como *debida*, esto es, no se halle impuesta por la norma moral, la norma de la acción u omisión será entonces la de la “prudencia” o el “obrar mejor (posible)”²⁹⁰.

Rosmini introduce en su sistema filosófico una antropología del sujeto con elementos del empirismo que nos recuerdan la fundamentación de la teoría moral benthamiana: habla del impulso de la acción, la movilidad espontánea por una motivación activa el “sentimiento fundamental” o “vital” que le permiten agregar nuevos sentimientos en la búsqueda del placer y la huida del dolor combinados con los instintos. Si bien abunda en la complejidad psíquica del hombre en la que la memoria, la imaginación, el pensamiento, la voluntad conforman esas acciones y reacciones corporales.

Sin embargo, Rosmini condiciona la voluntad humana por la interpelación del conocimiento del “bien” ya que el hombre tiene cierto “sentido intelectual” que añade al “conocimiento directo” (del ser) la razón de “bien”. Por este sentido intelectual o “fuerza racional” el hombre puede hacer de su voluntad una voluntad apreciativa, reconocer, apreciar, valorar el bien mostrado a la inteligencia y actuar en consecuencia.

Ahora, ese bien, esa “verdad moral”, o “perfección” o felicidad (no en sentido hedonístico material) es *ley moral*, el elemento intelectual de la acción humana con el que la persona se “perfecciona”. Mediante la razón ética el sujeto determina y estructura los tipos de acciones (la forma particular ideal del ser moral posible) de acuerdo con la norma moral en razón de su posibilidad de realización. La “perfección” es inconclusa, parcial, si esa determinación no la realiza con el juicio práctico y particular respecto a su propia acción²⁹¹.

“Perfección humana” y “felicidad” son para Rosmini sinónimos. Sin embargo,

²⁸⁹ *Ibid.*, pág. 43.

²⁹⁰ *Ibid.*, págs. 38-39.

²⁹¹ *Ibid.*, págs. 52-53.

es la idea de “perfección humana”, en lugar de la de “felicidad”, y la idea de “verdad eterna e impasible”, las que determinan el único ámbito posible de la *heteronomía moral*, lo que constituye la base de su teoría moral “teonomizada”.

“Yo distingo la ciencia de la felicidad de la moral, y llamo a aquella eudemonología y a ésta ética o moral, ciencias que siempre estuvieron más o menos confusas, o, según mi parecer, no fueron distinguidas con bastante claridad. Una escuela moderna [el utilitarismo] llegó incluso a hacer sistemática la confusión de una de estas dos ciencias con la otra, confusión y mezcla que no puede ocasionar más que daño a la moral (a la que conduce a su destrucción): ciencia que es honor de la humanidad, que eleva al hombre sobre su propio interés, sobre sí mismo y que no existe sino a condición de olvidar por completo la propia utilidad, para no ocuparse más que de lo justo y lo honesto”²⁹².

El fin de la moral es la “perfección humana” y el de la eudemonología la “felicidad humana”. “Felicidad”, no obstante, vinculada a la moral en cuanto que no se refiere a una “utilidad subjetiva”, un fin en sí mismo, sino que, con Aristóteles, se refiere a la “felicidad de la contemplación intelectual”, la contemplación del “ser inteligente” que se olvida de sí mismo y goza del conocimiento de las cosas como son en sí²⁹³.

La moral o la ética para Rosmini, a diferencia de Bentham, no constituye, pues, un saber sobre cómo alcanzar la felicidad, dado que considera la ética como

“ciencia absoluta [que] mira las verdades eternas e impasibles, que exigen obediencia y reverencia incondicionadas, sin necesidad de una razón extraña a ellas, sino solamente por una razón simple, inexpugnable, evidente que en ellas luce, y que no admite ni excepción, ni ignorancia, ni contradicción, ni lucha de ninguna clase”²⁹⁴.

Enfrentándose claramente a las tesis utilitaristas, Rosmini afirma en *Principios de la ciencia moral* que

“la moral, más bien que de *placer* y de propio interés, trata por completo de deber y de obligación. El placer y el interés, entendidos como se quiera, pertenecen siempre al sujeto; mientras que el deber, la obligación es siempre con respecto a un sujeto que se considera en sí mismo con la inteligencia. (...) un ser no es bueno moralmente en tanto su instinto lo mueve e impulsa a su propio placer, al propio bien. En tal movimiento no tiene al bien porque sea bien, sino al bien porque le es propio. Es a sí mismo a quien ama y no al bien como tal”²⁹⁵.

²⁹² A.ROSMINI, *Principios de la ciencia moral*, op. cit., cap.3, art.1.

²⁹³ Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, “De la felicidad contemplativa”,1177^a.

²⁹⁴ A. ROSMINI, *Prefacio a las obras de filosofía moral*, (1837), citado en SCIACCA, op. cit., pág. 325.

²⁹⁵ A.ROSMINI, *Principios de la ciencia moral*, op.cit., cap.4, art.5.

Por consiguiente, “bien moral”, “perfección” o “felicidad” no se asimila al placer o la utilidad empíricos sino *a la ley moral* que se plantea inicialmente como una norma autónoma de libertad, es decir, en un sentido kantiano, como una “noción de la mente con el uso de la cual se hace juicio de la moralidad de las acciones humanas y según la cual, sin embargo, se debe obrar”²⁹⁶.

Rosmini fundamenta la obediencia a las leyes morales sobre tres principios básicos coincidentes, en parte, con la ética kantiana²⁹⁷.

En primer lugar, como hemos apuntado el autor italiano coincide con Kant en que no hay moral sin una ley *a priori* universal y categórica, no derivable de la experiencia sensible, cuya autoridad se impone por sí misma (incondicionalmente). A partir de la existencia de esa ley moral Rosmini distingue la Moral o “doctrina de la Moral” (de la ley moral), de su ética “de la perfección humana” o “ciencias deontológicas” (de cómo alcanzar la “perfección” o “bien moral”), de la “eudemonología” o “ciencia de la felicidad” y de las éticas hedonistas y utilitaristas.

“Que la bondad, la perfección del hombre sea el bien, el único bien de él como hombre, no puede dudarse, puesto que no puede ser un bien para el hombre lo que no le mejora. Tampoco puede dudarse que el perfeccionamiento humano dependa de la observancia de las normas que recoge la ciencia moral, conteniéndose esto precisamente en la definición de ciencia. (...) la necesidad de obedecer a las reglas de lo honesto y de lo justo no nace de la consideración de que obedeciéndolas el hombre se perfecciona. La perfección del hombre es un *efecto* de aquella obediencia, pero no es la razón de ella. [La razón de] la obligación de acomodarnos a la honestidad y a la justicia es simple, inmediata y absoluta. Es independiente de la consideración de los efectos que reporta tal operación al sujeto que la realiza. Es una autoridad que se nos manifiesta con sólo presentársenos a la mente la regla de la honestidad, que requiere por sí misma, y no por otro respecto de ninguna clase, una reverencia suma e indispensable”²⁹⁸.

En Rosmini, la obligación de obedecer la ley moral natural es una obligación que nace por el mero hecho de *conocer* la moral en su “autoridad y poder” que se impone por sí misma. Obrar contra ese conocimiento de la autoridad moral supone obrar contra la propia *conciencia* por lo que el “remordimiento” constituye la “fuerza

²⁹⁶ A.ROSMINI, *Principios de la ciencia moral*, op. cit., prefacio.

²⁹⁷ I. KANT, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, -Cap. primero, (trad. Manuel García Morente) México, 1990⁷-. De la escuela kantiana Rosmini llega a afirmar que “debemos en cambio rendir tributo de alabanza a la escuela germánica que ha separado la moral del estímulo de la felicidad. Lástima que después no haya logrado determinar la verdadera naturaleza de la misma moral, en vez de detenerse en un estímulo del bien moral, privado de los caracteres necesarios para ser moral, en un estímulo último, fatal, y por esto mismo irracional, no justificado por nada, sino impuesto al hombre por una ley de su naturaleza férrea y cruel” (*Principios de la ciencia moral*, op.cit., cap.3, art.1).

²⁹⁸ A.ROSMINI, *Prefacio a las obras de filosofía moral*, op.cit., en SCIACCA, op. cit., pág.324.

que obliga”²⁹⁹.

De este modo, en segundo lugar, a diferencia de la kantiana, la ley moral rosminiana no es sólo una categoría formal *a priori* e imperativa del sujeto, sino que implica también un objeto: la ley moral es conocida por la razón como condición de posibilidad del juicio moral de las acciones. La ley moral natural para Rosmini es esencialmente objetiva, innata, necesaria y eterna, es decir, según su planteamiento teológico, constituye una “verdad ética” que no pertenece al hombre sino a Dios, por lo que el hombre no puede *crearla*, no tiene libertad de creación, sino que solo puede descubrirla, *participar* de ella. La ley moral no es una «forma de voluntad» humana, como defiende Kant, esto es, algo propio del sujeto particular y contingente. La voluntad humana no puede darse a sí misma la ley moral natural, sino que el hombre la recibe mediante su conocimiento objetivo. En cambio la voluntad humana normadora relativiza la ley moral natural (absoluta), la hace subjetiva. Como el hombre no es Dios no puede ser ley de sí mismo por lo que su razón no puede ser tampoco legisladora sino *promulgadora* de la ley moral³⁰⁰.

El “bien moral” sin embargo, es resultado de la voluntad humana en cuanto “buena voluntad”, es decir, *voluntad de obrar por deber* que Rosmini concreta en el “amor” o “querer” sobre el “bien” conocido por la razón, la ley moral.

En tercer lugar, la fundamentación rosminiana de la obediencia a la ley moral también se colige del imperativo moral kantiano deducido de la consideración del hombre como fin en sí mismo.

“La moral ordena que debe querer el bien de la naturaleza humana donde quiera que lo encuentre, tanto en mí como en el otro; por consiguiente, tengo el deber de respetarlo incluso en mí mismo como fin”³⁰¹.

En definitiva, el teólogo italiano traza una distinción entre moral o ética, por una parte, y deontología o “doctrina de la perfección humana”, por otra, y la hace con un doble objetivo. Primero, el de denunciar la confusión, entre moral y las doctrinas

²⁹⁹ “Cuando tengo conocimiento de la cosa (conocimiento directo) [“...no hay nada que me fuerce a decirme a mí mismo que no la conozco o que la conozco de otro modo del que la conozco”], y sin embargo, niego o desconozco lo que tiene en sí de valor, haciendo de ella una estimación falsa e injusta, siento que hago una torpeza. Este remordimiento, esta conciencia de obrar mal es una manifestación de la *fuerza que obliga*” (A.ROSMINI, *Principios de la ciencia moral*, op.cit., cap.5, art.6).

³⁰⁰ M.F.SCIACCA, *El pensamiento filosófico de Rosmini*, op.cit., pág.23.

³⁰¹ A.ROSMINI, *Teodicea*, (1845), págs. 369-370, en Francisco VÁZQUEZ, *Fundamentos de Ética informativa*, Madrid, Forja, 1983, págs. 126-127.

hedonistas, utilitaristas y materialistas, doctrinas fundamentadas en la autonomía absoluta del sujeto, en un voluntarismo condicionado en todo caso por la búsqueda del placer y la huida del dolor y la moralidad del sujeto condicionada a su vez por esos fines, por los efectos de la acción sobre los intereses personales. Y, en segundo lugar, con el objetivo de erigir la moral como autoridad categórica, *a priori*, derivada de un “principio divino” que se revela en las conciencias de los hombres dotados de razón. La moral es, por consiguiente, heterónoma y obliga al ser dotado de entendimiento.

En el *Sistema filosófico*, Rosmini no define explícitamente la «deontología» que constituiría el objeto genérico y común de las “ciencias deontológicas”. En consecuencia, tendremos que buscar la definición de Rosmini del adjetivo “deontológico” a partir de lo que pueda colegirse de su epistemología y de su teoría moral.

El roveretano establece una división estructurada de ciencias o saberes en su sistema filosófico. Las “ciencias filosóficas” o la filosofía entendida como “la ciencia de las últimas razones” está en la cúspide de los saberes y en este sentido hablar de «filosofía» equivale a hablar de «metafísica». Atendiendo al “acto del espíritu humano” a través del cual cada saber recibe su objeto, es decir, por “intuición”, por “percepción” y por “razonamiento”, podrán clasificarse las distintas ciencias.

La «Ideología» y la «Lógica» son las ciencias cuyo objeto, el “ser ideal” (la idea del ser siempre es *objeto*, por esencia), se alcanza por “intuición”; mientras que las ciencias cuyo objeto, el “ser real”, se consigue por conocimiento o inteligencia, esto es, por “percepción” y por “razonamiento”, son las «ciencias metafísicas» que pueden subdividirse en ciencias del razonamiento que corresponden a la «Ontología» en sentido estricto y a la «Teología natural» y las ciencias de la “percepción” que son la «Psicología» y la «Cosmología».

Rosmini distingue para las ciencias o saberes cuyo objeto no es el ente real tal como es, sino el ente real tal como *debe ser*, como saberes no incluidos en la metafísica y que llama, retomando la denominación de Bentham, “ciencias deontológicas”. Al igual que Bentham, Rosmini asigna a las “ciencias deontológicas” el saber que permite determinar “lo que es conveniente, lo que es necesario”, es decir, en la lectura rosmíniana, unos saberes normativos pues indagan cómo *debe ser* el ente para ser “perfecto” desde el punto de vista cristiano³⁰². Por lo que las “ciencias deontológicas”

³⁰² A.ROSMINI, *Psicología* (1850), «Prefacio a los trabajos de Metafísica», art. núm. 18.

deben incluirse en la rama de las ciencias del razonamiento.

“Las ciencias deontológicas son todas las que tratan de la *perfección del ente*, y del modo de adquirir o producir esta perfección o de perderla”³⁰³.

La cúspide de la deontología, según Rosmini, es la ética, moral u “hosiología” (del griego *hosíos*, ordenado por ley divina o natural, (con) sagrado, justo, permitido). Sin embargo, para aspirar a esa “perfección”, a la completud del “ser real” éste debe contener la forma moral por lo que la vinculación entre metafísica y deontología es muy estrecha³⁰⁴.

Así pues, Rosmini parte de la moral como un saber desgajado de la filosofía o metafísica. Considera a ambas *teorías*, pero mientras la segunda se ocupa en demostrar cómo *son* o están los seres y cómo obran, la primera es *teoría de la práctica* que determina cómo *deben ser* las acciones humanas, esto es, fijando normas a las que debemos conformar nuestras acciones. A la metafísica le correspondería lo que le es dado a la mente *conocer* cómo son los entes y cómo obran, mientras que a la moral le correspondería, en cambio, lo que le es dado a la mente *juzgar* cómo deben ser y cómo deben obrar los entes. Y es en este último ámbito donde se circunscribe la deontología.

Las “ciencias deontológicas” comprenden la “Deontología general” y la “Deontología especial”. La “deontología humana” es una “ciencia deontológica especial” ya que trata la “perfección *humana*” y no de la de los entes en general según sus “relaciones de perfección propias” de los modos del ser (ideal, real y moral) y que Rosmini llama “Deontología general”.

“211. El hombre es un ser real, intelectual y moral. Participa, pues, de la perfección propia de los tres modos del ser. Pero como quiera que la perfección moral completa la de los otros, y sólo ella es perfección moral, no será de extrañar que la doctrina de la *perfección moral* sea la que resume en sí misma la doctrina de la perfección humana.

212. La doctrina de la perfección humana presenta a la mente las tres partes en que se divide la *Deontología general*, es decir: primero, la doctrina del *arquetipo humano*, al que todo hombre debe procurar acercarse; segundo, la doctrina de las *acciones*, con las que el hombre se acerca y se conforma al arquetipo; tercero, la doctrina de los *medios* y ayudas con los que es estimulado a realizar tales acciones.

213. La primera de estas doctrinas se llama *Telética*, la segunda *ética*, la tercera, es decir, la doctrina de los medios, se divide en varias ciencias, porque el hombre puede adquirir y aplicar estos medios a sí mismo: *Ascética*; o puede aplicarlos a sus semejantes, excitándoles o ayudándoles a la adquisición de la perfección humana: *Educación* o *Pedagógica*, que es la ciencia que enseña a aplicarlos al individuo, y la *Economía*, que enseña a aplicarlos a la sociedad

³⁰³ A.ROSMINI, *Sistema filosófico* (1845), art. núm. 189.

³⁰⁴ “La Ética, la ciencia que enseña cómo puede ser el ser moral, es la última palabra de deontología y, por lo tanto, la más filosófica de todas las ciencias” (A.ROSMINI, *Psicología*, op. cit., art. núm. 19), por lo que debemos interpretarla, parafraseando a Rosmini, como la ciencia de “la razón última”.

familiar para que ésta, siendo buena, influya en hacer buenos a los individuos que la componen. La ciencia que enseña a aplicarlos a la sociedad civil para que ésta influya sobre sus miembros, haciéndolos buenos, se llama *Política*. Por último, la que enseña a aplicarlos a la sociedad teocrática del género humano se llama *Cosmopolítica*”³⁰⁵.

La doctrina de la *perfección moral* (la doctrina Moral) resume en sí misma la de la *perfección humana*. La “Deontología especial”, la “ciencia de la perfección humana”, se define en términos de una aplicación de la “suma perfectibilidad” al sentido de lo humano. La ética o moral, según Rosmini, transmite o comunica a la deontología el “esplendor”, la “perfección moral” que resume en sí misma la “perfección humana”, objeto de la deontología.

La deontología rosminiana sigue pues la *autoridad* de la “ley moral natural” que es una forma *a priori* en el sujeto.

El teólogo roveretano argumenta que la necesidad de obedecer las normas no nace de la consideración de la “perfección humana” como meta, sino que esa “perfección” es un efecto de la *obediencia* a unas normas morales inmediatas, absolutas y categóricas. El fundamento del deber ético de obedecer es el “amor a la verdad ética” o a la “ley moral natural” o al “ser”.

“Este amor, lo hacemos constar, es práctico y no una mera abstracción porque lo que constituye la obligatoriedad del precepto es la reverencia al legislador [Dios]; con el cumplimiento de lo preceptuado se reconoce no la ley (concebida, ahora sí, como una “idea” abstracta) sino un ser de consistencia ontológica que reclama un reconocimiento práctico”³⁰⁶.

Contrariamente a la ética utilitarista, la *obediencia* a la ley moral de la deontología rosminiana no depende de los efectos que produce en el sujeto que realiza la acción. El fin, el interés personal no condiciona el fundamento de la obligatoriedad.

El conocimiento que aporta la razón ética, formalmente especulativo y materialmente práctico, determina el modelo o ejemplar al que la acción debe ajustarse para ser moralmente “buena”. Por consiguiente, también es el fin del obrar, el objeto, pues determina la forma ideal del ser moral del ente, lo que es “virtuoso”, el arquetipo moral humano.

Así, pues, puede deducirse que Rosmini considera la deontología o doctrina sobre cómo *debe ser y debe comportarse* el hombre para “ser perfecto” una doctrina *del efecto del “obrar virtuoso”*. Efecto que indica el seguimiento de la autoridad y potestad

³⁰⁵ A.ROSMINI, *Sistema filosófico*, op. cit., arts. núms. 211-213.

³⁰⁶ F.-C. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, *De la conciencia ética*, op. cit., pág. 55.

de la moral. Autoridad y poder que la moral tiene por sí misma.

El planteamiento de Rosmini del papel de la deontología en la teoría moral es que, como un saber teórico sobre la moralidad de las acciones, tiene un alcance más global que el que plantea Bentham. Para Rosmini la deontología no incluye sólo los “juicios” y “estimaciones prácticas” de la moral para un propósito concreto, es decir, no se trata sólo de los *medios*, guías de conducta o ayudas para estimular o dirigir las conductas hacia el bien moral (única función que otorga Bentham a su deontología), sino que también incluye un saber que deduce de la ley moral natural el modelo o *arquetipo* moral humano (esto es, una ética de la virtud) al cual acercarse y una doctrina de las *acciones* necesarias para acercarse al modelo o ejemplar moral. Para Rosmini, la deontología consiste en un saber general que incluye otros saberes prácticos más particulares (Telética, Ética, Ascética, Pedagógica, Economía, Política y Cosmopolítica) cuyo conocimiento permite al hombre alcanzar la “perfección” pues son saberes que enseñan cómo aplicar a nuestras acciones la “verdad ética”, “revelada por Dios” como ley moral natural, *a priori*, absoluta y categórica.

Con la deontología Rosmini quiere indicar que la moral humana encierra algo más que los simples fundamentos de “la Moral”. La deontología de Rosmini sirve para aplicar, a través de sus saberes prácticos concretos, los principios morales del catolicismo, que él llama “verdades éticas”, a los hombres adecuándolos para su uso. Es decir, que el hombre elabore a partir de esos principios de la ley moral, que conoce con el uso de razón, la intuición y la percepción de los seres, unas normas a las que adecue su acción.

“(…) es de suma utilidad recoger en un tratado especial cuanto respecta a la regla de las acciones, de las que el hombre es autor y señor, para que pueda ayudarse de ella como si fuera un código para conducir rectamente sus pasos en el viaje que comenzó al nacer”³⁰⁷.

Inspirado por la propuesta codificadora benthamiana, Rosmini sugiere además una clasificación de las normas morales según el modo en que se consideren realizadas las acciones.

“(…) de manera que existan ciertas normas *genéricas* que rijan los géneros de acciones, ciertas normas *específicas* que presidan las especies de acciones y, por último, que exista además un dictamen último que prohíba o permita en el hecho mismo la acción particular. Por lo que manifiestamente se ve que la Ética, definida como la ciencia reguladora de las leyes o normas morales, se divide naturalmente a la manera de un *código* que anuncia diversos órdenes de leyes gradualmente más o menos generales. En efecto, comenzando por las leyes amplísimas y

³⁰⁷ A.ROSMINI, *Prefacio a las obras de filosofía moral* (1837), en SCIACCA, op. cit., pág.320.

descendiendo a leyes más restringidas, es decir, tales que se extienden a complejos menores de acciones, termina finalmente por prescribir la conducta que se ha de observar en los casos particulares”³⁰⁸.

En definitiva, Rosmini está lejos de la pretensión de que el código de conducta moral que propone sea una mera guía articulada, una “lámpara de llama exigua pero que extiende a lo lejos su halo luminoso” como el propuesto por Bentham, Rosmini presenta un tratado de moral práctica, resultado de aplicar la “ciencia deontológica”, que contenga no meras pautas orientativas de la conducta sino auténticas prescripciones, prohibiciones y obligaciones morales, integradas en una teorización acerca de la “verdad moral” cristiana. Los códigos morales serán por consiguiente unos medios para alcanzar la perfección en los que se incluye la teorización acerca del arquetipo moral para todo hombre y acerca de las acciones ideales y necesarias para acercarse a ese arquetipo, en este caso, de acciones prescritas. Las normas deontológicas estarían así incluidas dentro de un “juicio práctico”³⁰⁹.

Es cierto que el “liberalismo” rosminiano le impide hacer explícita la idea de que la ética sea algo esencialmente heterónimo. Por eso Rosmini defiende la existencia de cierta autonomía del sujeto en el juicio de la moralidad de sus acciones y, por consiguiente, en la elección del “camino moral” a seguir. Sin embargo, la voluntad normadora, la autonomía, es subjetiva, “escéptica” y relativa con respecto a la ley moral natural (la “verdad de Dios”). Ésta es, sin embargo, la norma que debe obedecer el sujeto para “obrar bien”, de manera que será “buena” la voluntad de obrar por deber en ese sentido. Las leyes morales tienen un fundamento “divino” que es *a priori*, inmediato, absoluto y categórico al que ellas “miran”, sólo que a diferencia de Kant, estas leyes son conocidas objetivamente: la inteligencia o razón que sirve para conocer resulta que está informado con la presencia de ese “principio divino, noción o “verdad”, de modo que sin él el pensamiento no sería concebible. La heteronomía ética de Rosmini consiste en el resultado del ejercicio de la autonomía del sujeto que *conoce* la “verdad ética revelada por Dios” que está en el sujeto de forma ideal *a priori* y cuyo carácter normativo o “teonómico” (Dios como “legislador supremo”) obliga a actuar al sujeto de ese modo prescrito. La razón de esa obligatoriedad radica en el “amor a la verdad ética” cuya transgresión comporta “remordimientos de conciencia”, la “fuerza que obliga”.

³⁰⁸ A. ROSMINI, *ibid.*, en SCIACCA, *ibid.*, pág. 328.

³⁰⁹ Francisco VÁZQUEZ, *Fundamentos de ética informativa*, op. cit., pág. 126.

Nótese que en la ética benthamiana el fundamento de la obligatoriedad también es particular y con el mismo sentido concluyente, la fuerza del deber moral está en la infelicidad personal (los “remordimientos” o “mala conciencia” en Rosmini) que produce en uno la opinión censurable de los demás como consecuencia de la estimación errónea de intereses personales e intereses generales respecto las consecuencias placenteras o dolorosas de la acción, es decir, un “desencuentro” (desamor, en Rosmini) con la particular “verdad” que plantea Bentham en términos cuantitativos de la cualidad, la máxima dicha para el mayor número.

Para Rosmini la moral está ordenada por los hombres hacia la práctica, en concreto, hacia la obediencia de sus “verdades eternas e impasibles”. La obligación de acomodarnos al bien moral es independiente de la consideración de los efectos que reportan al sujeto que se obliga (esto es, de su *interés*). Es una obligación que nace por el mero hecho de *conocer* la moral. El hecho de actuar contra ese conocimiento implica la sanción moral de los “remordimientos de conciencia”. De ahí que, contrariamente a Bentham, sea necesaria la actitud de “sacrificio” ante la autoridad de la moral, ya que esta actitud justifica que se actúa correctamente, no por interés subjetivo sino por “obediencia y reverencia incondicionadas”.

“La Moral” hace “buenas” las acciones humanas, y las leyes de “la Moral” tienen como *fin* las mismas acciones humanas y son *causa* de la “perfección humana”.

Mientras que la moral es el “espejo” donde la deontología se mira, la deontología es la doctrina de los *efectos* del obrar obedeciendo las leyes morales, es decir, para juzgar y estimar si las acciones son buenas o malas, perfectas o imperfectas *en virtud de la obediencia o desobediencia* de las normas morales. Esto es, una doctrina (o un conjunto de doctrinas) que aplica el hombre para *juzgar* o *estimar cómo deben ser* los hombres y *cómo deben obrar* para alcanzar la “perfección” (el efecto). La deontología sería, pues, una “subdoctrina” de la doctrina moral, subordinada a ésta; una versión resumida de la moral para su aplicación práctica en las “relaciones de perfección” entre los hombres. El medio idóneo para ello es la elaboración de códigos de conducta moral.

2.3. De la deontología a los códigos deontológicos de la profesión médica

En los apartados anteriores hemos examinado dos discursos bien representativos de la teoría ética, y deontológica, de la primera mitad del siglo XIX. El de Bentham, inaugurador e inventor de la noción de «deontología», y el de Rosmini, reintérprete de dicha noción. Cada uno de ellos representa a las dos corrientes ideológicas dominantes en el poder político del siglo XIX, el liberalismo y el conservadurismo. Dos corrientes en cierto modo enfrentadas en su visión política del mundo, pues una parte de una concesión inicial de protagonismo al individuo autónomo de raíces ilustradas, la otra parte de una percepción del individuo como fundamentalmente sujeto a instituciones histórico-sociales, políticas y culturales que conforman una tradición. La primera defendiendo la noción de «progreso» frente a la inercia de las viejas instituciones y frente a los frenos prescriptivos de tipo ético-religioso. La segunda reivindica el pasado y el valor intrínseco de las normas de la tradición moral y religiosa. La primera está a favor de la concentración del poder en un ente abstracto resultante de un pacto socio-político entre Estado y ciudadanía. La segunda reclama el mantenimiento de ciertos elementos de un sistema social estamental, jerárquico y autoritario en el que no cabría una homologación de ciudadanos con «derechos iguales», sino una distinción entre *súbditos* del poder soberano y sujetos sometidos a la autoridad de las instituciones intermedias (familia, Iglesia, gremio). No obstante, en el contexto de una economía monetarizada y prácticamente industrializada como la de la sociedad del siglo XIX, ambas corrientes coinciden en su respeto al poder del capital, unos con su exigencia de mayor protagonismo y autonomía para la burguesía empresarial, los otros con su aspiración a un mayor control del Estado aristocrático sobre el poder económico.

En la deontología benthamiana la “moral privada” aspiraba a conciliar el propio interés del individuo con la dicha pública como *consecuencia* u objetivo racional más estimable. La función del saber deontológico consistía para Bentham en averiguar qué es lo más conveniente para el individuo en el cálculo de sus intereses a fin de alcanzar aquel objetivo moral principal. Sin una voluntad política, que la respaldase la deontología benthamiana ofrecía criterios de conducta para la autonomía del individuo en la consecución de la mayor felicidad para el mayor número de personas. Pero la moral benthamiana podía adquirir una función educativa, *ilustrativa*. Ante la posibilidad de que existiesen voluntades individuales contrarias al objetivo moral general, conductas propias de personas no *ilustradas*, Bentham sostenía, basándose en la

relación que une al propio interés con el interés general, que anteponer el primero al último podría acabar suponiendo atentar contra el propio interés, dado que la censura, en tanto que “sanción moral” propia del “tribunal de la opinión pública” implicaría un mal superior que acabaría convirtiendo en erróneos los cálculos particulares de placer y dolor. Solamente después de esta instancia moral (privada) intervendría la legislación positiva dirigida también a la maximación de la dicha pública a través del sistema de sanciones penales.

Sabemos que el proyecto político-legislativo de Bentham abogaba por la sistematización de las principales ramas del derecho y por la concentración ordenada y lógicamente interrelacionada de las normas en textos unitarios que permitiesen una utilización económica, simple y coherente. Bentham fue el teórico por excelencia de la codificación moderna del derecho. De ahí que no resulte casual que propusiera también una organización y una sistematización de las normas deontológicas en “códigos morales”³¹⁰. Ello suponía separar la deontología en tanto que saber práctico perteneciente a la moral de los códigos morales (Bentham *no* los denomina “deontológicos”), los cuales consistirían en normas y serían el objeto resultante de la aplicación del saber deontológico.

Por su parte, Rosmini, el cual ya vimos que planteaba una teologización de los presupuestos de la teoría moral de Kant, consideraba la ética como una “ciencia absoluta que mira las verdades eternas e impasibles que exigen obediencia y reverencia incondicionales sin necesidad de una razón extraña a ellas”³¹¹. Esas “verdades eternas” o “verdad moral” o “ley moral” serían los mandamientos de Dios. La obediencia a la ley moral según Rosmini tiene un fundamento básico: la existencia de una ley *a priori*, universal y categórica cuya obediencia nace del hecho de conocerla, por lo que obrar contra esa ley es obrar contra la propia conciencia. Para Rosmini el conocimiento de la ley moral por el hombre no deja de ser una “participación” de éste en “verdades divinas objetivas”, innatas, eternas y necesarias que tiene el objeto, a través del juicio práctico, de alcanzar un estado de “perfección”. Así como para Bentham el fin moral es la mayor felicidad para el mayor número de personas posible, para Rosmini la meta de la acción volitiva no es alcanzar la “perfección” sino cumplir con la ley moral. La “perfección”

³¹⁰ Jeremy BENTHAM, *Déontologie ou Science de la Morale*, op. cit., pág. 112.

³¹¹ Antonio ROSMINI, *Prefacio a las obras de filosofía moral*, op. cit., en M. F. SCIACCA, *El pensamiento filosófico de Antonio Rosmini*, op. cit., pág. 325.

no es un fin en sí mismo sino un *efecto de la obediencia* de las normas morales y se conoce en su razón de posibilidad. En este sentido, el juicio ético previo permite determinar la “forma ideal del ser moral” de una acción futura, un modelo de virtud al que debe conformarse la propia voluntad para lograr ser “buena”. La fuerza intelectual y racional hace de la voluntad humana, según este planteamiento, una voluntad apreciativa, meditada entre el bien y el mal, conociendo lo que establece la ley moral.

Vimos que Rosmini consideraba el saber deontológico una doctrina que indica qué hacer para alcanzar la “perfección”, esto es, para determinar lo “conveniente” o “necesario” para ser “bueno”, o “doctrina del efecto del obrar virtuoso o conforme a las normas morales”. Las “ciencias deontológicas” determinaban cómo deben ser las acciones fijando las normas a las que adecuarlas. Y vimos que Rosmini proponía recoger en un tratado especial, organizado a la manera de un código, esto es de manera sistemática y ordenando de lo más genérico a lo más particular, las normas a las que deben adecuarse las acciones.

Es decir, que para ambas teorías éticas, la de Bentham y la de Rosmini, existe una relación entre *conciencia* o “conocimiento de lo conveniente o necesario”, bien para maximizar la felicidad (propia y la del mayor número de personas), o bien para alcanzar la “perfección” (o la “verdad de Dios”), y la obligatoriedad moral respectivamente. Y para ambas teorías es posible redactar un “código” que ayude a alcanzar tal objetivo.

Es cierto que la conciencia ética implica siempre el reconocimiento del carácter obligatorio del comportamiento «moral», que se impone desde la conciencia misma, pero no es menos cierto que esa conciencia tiene inevitablemente un carácter social³¹². Es decir, que no puede afirmarse que la conciencia y la obligatoriedad moral son autónomas o heterónomas de una manera absoluta. Hablamos de la conciencia de un individuo que es un ser *social*. La valoración moral de las conductas (propias y ajenas) la podemos realizar de acuerdo con normas libremente aceptadas o creadas pero que forman parte del acervo de significaciones que nos forjan como individuos y nos orientan. Precisamente por esto no cabe hablar de libertad en términos absolutos en tanto que en la moralidad se trata de instituciones social-culturales preexistentes al individuo y que lo configuran como tal desde que nace integrándolo, a su vez, en la cadena heterónoma que genera esas mismas instituciones. Esas “instituciones”

³¹² Adolfo SÁNCHEZ VÁZQUEZ, *Ética*, Barcelona, Crítica, 1992⁵, pág. 177.

determinan el comportamiento, la autonomía del individuo, la conciencia de la obligatoriedad, el hábito, el juicio de una forma en cierto sentido heterónoma³¹³.

En ética no se piensa en una obligatoriedad moral impuesta a la conciencia individual desde *fuera* de la misma. Lo definitorio en ética es la “libre” autoimposición a partir del conocimiento de lo “bueno”, “correcto” o “conveniente” y la actuación o no en consecuencia. La “imposición externa” a la que tradicionalmente se contraponen la ética es la que procede de un poder de carácter social o político, es decir, de una autoridad institucional (del *pater familias*, del grupo social al que se pertenece, del Estado, de la autoridad religiosa, etc.) cuya capacidad para organizar las relaciones sociales es reconocida y cuyas normas pueden ser interiorizadas por el individuo. Es bien sabido que la *interiorización* de esas normas externas puede superar la simple obligatoriedad impuesta desde la amenaza exterior de las instituciones sociales y otorgarles una fuerza de convicción tal que supera en eficacia incluso a la de dichas amenazas.

Como sabemos, para Rosmini, la conciencia moral, sus juicios, el carácter de la obligación moral nacen del conocimiento de la “ley moral de Dios”. Para Bentham, en cambio, el cálculo de las consecuencias de la propia acción considerada en relación con la suma total de la propia felicidad está en el origen de la obligatoriedad moral. Pero ambos reconducían la peculiar “autonomía” y “heteronomía” de la ética hacia la posibilidad de la redacción de un conjunto de normas que explicase cómo alcanzar el bien. Tanto uno como otro utilizaron la noción de «deontología» para designar una rama práctica, aplicable, de la ética a partir de la cual elaborar un conjunto ordenado y sistemático de normas morales³¹⁴. Para el primero, una guía de conducta del moralista

³¹³ Cornelius CASTORIADIS, «Poder, política, autonomía», en *Un mundo fragmentado*, Montevideo, Altamira, 1993, págs. 69-90. Castoriadis (pág. 82) afirma que “casi siempre y en todas partes las sociedades han vivido en la *heteronomía instituida*. En esta situación, la representación instituida de una fuente extrasocial del *nomos* [como podría ser la idea benthamiana o kantiana de autonomía del individuo o las normas *morales* emanadas de la “propia conciencia” o “conciencia individual”] constituye una parte integrante”.

³¹⁴ Merece la pena aclarar que este uso del término «deontología» no está relacionado con la distinción, muy posterior, de las teorías éticas en éticas teleológicas y deontológicas. Esta división está relacionada con una distinción teórica más general sobre el objeto de la ética que fue abordada entre los años 30 y los años 60 del siglo XX, sobre todo, por filósofos anglosajones. De aquel podían distinguirse los estudios “cognitivistas” dirigidos a cuestiones epistemológicas y cuestiones semántico-conceptuales fundamentales o «metaética» o «teoría ética» de los estudios “no cognitivistas” dirigidos a cómo orientar la conducta, la «ética aplicada» o «ética normativa» relegada, según W. D. Solomon, a “predicadores” y no filósofos. Y no sería hasta las décadas de los 60 y 70 que a la luz de las cuestiones clásicas de teoría normativa (Aristóteles, Sto. Tomás, Kant o los utilitaristas) se retomó el análisis de la metaética asociada a cuestiones éticas y la ética-normativa fue entendida como aquella parte de la teoría ética que está más próxima a la práctica, esto es, a su posible aplicación y en la que podían distinguirse a su vez los tres tipos

para orientar al cálculo personal de intereses, aunque con la advertencia de que un error de cálculo podría llevar aparejada una sanción del “tribunal de la opinión pública». Para el segundo, unos mandatos y prohibiciones expresas que hay que obedecer siempre y cuyo incumplimiento sería castigado por Dios y podría ser exigido por instituciones sociales como la Iglesia y otras corporaciones relevantes para la organización de la vida social.

La atribución del adjetivo “deontológico” a esos “tratados” y “códigos”, que sugerían Rosmini y Bentham, se aplicó finalmente a los tratados y códigos normativos de moral elaborados por la profesión médica a finales del siglo XIX. De esta forma, un atributo que designaba un saber sobre la ética capaz de cierta concreción práctica sirvió para referirse a esos tratados que reúnen consejos, exhortaciones, usos profesionales y razones de tipo moral de la tradición profesional y la formulación posterior de éstos en códigos específicos de normas.

La forma en que se llevó a cabo esa redacción la veremos en el capítulo siguiente. Pero sí que merece la pena indicar aquí, que, en el caso de la profesión médica, si atendemos a la tradición ideológica religiosa, gremial y de clase a la que hicimos referencia en el primer capítulo, y si tenemos en cuenta la procedencia social de los integrantes de las asociaciones y corporaciones médicas que produjeron las normas para la profesión, en los primeros tratados deontológicos del siglo XIX, es fácil entender que se impusiera finalmente un carácter ideológicamente conservador³¹⁵. Y esto ¿qué significaba? Pues que en el terreno moral el anclaje religioso fue muy evidente así como la presencia de los valores gremiales tradicionales, lo que se refleja en un protagonismo de la perspectiva corporativa y paternalista en la redacción de los tratados y las normas

de teorías ético-normativas: teorías de la virtud, teorías deontológicas y teorías consecuencialistas (W. David SOLOMON, «Normative Ethical Theories» («Ethics»), en Warren Thomas REICH (ed.) *Encyclopaedia of Bioethics*, 2, New York, Simon & Schuster-MacMillan, 1995, págs.736-737). Adolfo Sánchez Vázquez distingue como «teorías de la obligación moral» sólo las deontológicas y las teleológicas en las que las diferentes orientaciones estarían en función de si el centro de atención es el juicio desde la exclusiva perspectiva del acto o desde la existencia de una norma condicionante (Adolfo SÁNCHEZ VÁZQUEZ, *Ética*, op. cit., págs. 177-193).

³¹⁵ En este sentido, por ejemplo es ilustrativo el proceso ideológico que dominó el escaparate institucional de la profesión médica en España, en asociaciones, colegios y revistas especializadas, durante el siglo XIX, con un peso decisivo del conservadurismo a pesar de introducir cierta alternancia con los liberales como en el terreno político del Estado (Celia CAÑELLAS, Rosa TORÁN, *El Col·legi de Metges de Barcelona i la societat catalana del seu temps (1894-1994)*, Barcelona, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 1994, págs. 20-22; J. M. CALBET I CAMARASA, M.M. ESCUDÉ I AIXELÀ, *Orígens del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona*, Barcelona, PPU, 1994). Véase también Diego GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989, pág. 144, con relación a la práctica monopolista real de la medicina frente a una muy tardía “revolución democrática” en medicina que “probablemente sólo ha llegado a su término en los últimos años”.

y en una marcada insistencia en las actitudes y apariencias distintivas del dominio médico.

Por esta razón los tratados de moral médica y posteriormente los códigos, siguieron durante todo el siglo una línea más próxima a la deontología rosminiana que a la benthamiana, en la cual las normas dictadas por la autoridad de la corporación o los consejos morales a los médicos formulados en los tratados estaban arraigados en ciertos valores cristianos acerca de la moral sexual y familiar, acerca del trato altruista hacia los enfermos y acerca del papel del médico como confesor de las intimidades del paciente.

Sin embargo, la consolidación de la ideología liberal y el auge social de la burguesía logró introducir ideas benthamianas, y un cierto catálogo de deberes morales mínimos más funcional a la gestión de la profesión en el nuevo contexto económico y social del momento se abrió paso con el discurso de los derechos del médico y con su laicización moral a la vez que con la reivindicación del papel de las normas morales como guías o pautas de conducta.

En el próximo capítulo analizaremos la forma en que estas posiciones ideológicas se articularon en los códigos éticos elaborados por la profesión médica desde el siglo XIX hasta la actualidad.

Capítulo 3.

La codificación clásica de las normas ético-médicas y de los usos profesionales

De los innumerables factores de tipo socio-cultural, económico y político que atraviesan la historia de la disciplina médica, en tanto que saber y en tanto que profesión, hemos explorado más arriba aquellos que nos parecen más importantes para la construcción del *éthos* médico determinante en la elaboración de los modernos códigos deontológicos. Hemos hecho referencia también a las bases teóricas que están detrás del proceso de transformación del saber ético en textos normativos específicos de la profesión médica que se produjo durante el siglo XIX. Ahora vamos a pararnos a examinar la forma en la que estos textos o códigos formales aparecieron como producto del poder institucional autorregulador de la corporación médica y cómo expresaron una serie de valores, principios y usos convencionales de la profesión de *carácter universal* para la clase médica. De ahí que sea la codificación “clásica” de las normas ético-médicas y de los usos profesionales, esto es, la anterior a la revolución tecnocientífica propia de la segunda mitad del siglo XX, aquello que examinamos a lo largo de este capítulo.

3.1. La necesidad de la organización de la competencia profesional y de su reconocimiento jurídico-político por parte del Estado

En las definiciones convencionales de «profesión» que de diversos autores recoge Carol Mason Spicer en la *Encyclopaedia of Bioethics* se incluyen la característica de la especialización, la adquisición del consiguiente *status* social, la reclamación a su vez de un ámbito de autonomía de la profesión y la promulgación de códigos éticos en tanto que reflejo de ese *status* y autonomía y como marca de identidad o insignia de la profesión:

“Las profesiones implican una organización especializada de conocimientos y destrezas que requiere una larga formación y adquisición de práctica para proporcionar un servicio a clientes y a la sociedad. Una vez que la especialidad ha alcanzado el *status* profesional un médico experimentado es considerado como profesional sin reparar en el *status* relativo al empleo. Otra característica de la profesión es su demanda de autonomía y autorregulación; de cualquier forma, con la libertad y el poder de la autorregulación viene una obligación concurrente en establecer y hacer cumplir patrones (*standards*) de conducta ética. Así, algunos han argüido que la existencia

de una ética profesional es el rasgo distintivo de una profesión. [...] La importancia de que una profesión emergente elabore sus propias directivas éticas indica una función primaria de estos documentos. *Ayudan a definir y legitimar a una profesión así como a mantener, promover y proteger su prestigio [los subrayados son nuestros]*³¹⁶.

Esta observación sobre la profesión médica nos es sin duda muy útil para sostener la hipótesis de una eficacia simbólica e ideológica de los códigos deontológicos que va más allá de una función correctora de las conductas que, según la opinión común, sería la principal razón de ser de dichos documentos éticos.

La sociología médica nos aporta una información muy valiosa acerca de la estructura organizativa interna de la profesión en relación con el control de su actividad mediante sistemas informales basados en las propias experiencias de los profesionales, el reconocimiento o censura mutuos o bien mediante sistemas formales que se apoyan en una normativa deontológica oficial.

Freidson nos habla de *profesionalización* de la medicina a partir del momento en el que un grupo ocupacional dedicado a la actividad curativa, y que goza de una formación académica específica cuya titulación indica la posesión de unos criterios de actuación propios de un segmento específico de trabajadores, obtiene un control sobre su trabajo en el sentido de logro de una «autonomía técnica». Esta autonomía, independientemente del control administrativo público o incluso interno que exista, concede al profesional una serie de ventajas y privilegios que se extienden a otros ámbitos de la práctica, desde la propia autoridad otorgada por su conocimiento y pericia admitidos hasta su influencia sobre aspectos de su trabajo que no son técnicos pero que resultan importantes: así la posibilidad de exigir los medios humanos y recursos técnicos que considere suficientes, quejarse ante determinadas interferencias o de la acumulación de excesivos pacientes por hora, etcétera³¹⁷. Conviene distinguir, pues, una

³¹⁶ Carol MASON SPICER, «Nature and Role of Codes and Other Ethics Directives», en W. T. REICH (Ed.), *Encyclopaedia of Bioethics*, vol. 5, Nueva York, MacMillan, 1995, pág. 2605, citando a Bernard BARBER, «Some Problems in the Sociology of the Professions», en *Daedalus*, 92, 1963, núm. 4, págs.669-688; Dennis M. CAMPBELL, *Doctors, Lawyers, Ministers: Christian Ethics in Professional Practice*, Nashville –Tennessee-, Abingdon Press, 1982; Lisa H. NEWTON, «Lawgiving for Professional Life: Reflections of the Place of the Professional Code», en Albert FLORES (ed.), *Professional Ideals*, Belmont –California-, Wadsworth, 1988, págs. 44-55. Por otra parte, el discurso acerca de la validez del conocimiento científico, acerca de la eficacia de la pericia técnica o acerca de la preocupación por el bienestar del paciente (luego, bienestar *público*), por poner unos ejemplos generales que son canalizados por todo el aparato institucional corporativo de la profesión médica y sus códigos deontológicos, son útiles como “proclamas ideológicas que una profesión realiza sobre sí misma para lograr apoyo público y político para sus privilegios” (Eliot FREIDSON, *La profesión médica*, Barcelona, Península, 1978, pág. 9).

³¹⁷ Eliot FREIDSON, *La profesión médica*, op. cit., págs. 58-60.

división del trabajo basada en razones técnicas de conocimiento y pericia de otra basada en motivos de tipo político, histórico-social en la que una ocupación adquiere un carácter jerárquico, en relación con otras profesiones, o se dota de un poder de naturaleza ideológica o “simbólica” respecto de la población profana .

Así, cuando Freidson nos habla de la “preeminencia” de la profesión médica indica que la base del control sobre el trabajo médico también es de carácter *político*: el Estado interviene en el “establecimiento y mantenimiento de la importancia de la profesión”, la cual depende de él para “establecer y sostener su autonomía técnica” y se dota de representantes corporativos “que intentan dirigir los esfuerzos del Estado hacia las políticas deseadas por el grupo ocupacional”³¹⁸.

El eje vertebrador de las estrategias políticas de la corporación profesional en su relación con el Estado, la sociedad y otros grupos ocupacionales es, por consiguiente, su *autonomía técnica* (que puede estar más o menos limitada). La corporación médica dispone de la competencia privada sobre la actividad, de su diseño técnico y control, posee autoridad legal formal delegada por el Estado, aunque éste controla la organización social y económica del trabajo médico y detenta el poder último que puede dotar o no de eficacia real a las disposiciones de la corporación. Esto indica que a pesar del papel decisivo del Estado en la configuración de la profesión médica moderna, los profesionales gozan de un *privilegio* especial para excluir a terceros extraños en el control de su trabajo sobre la base de la proclamación de la responsabilidad intrínseca que supone la actividad médica misma. Esa responsabilidad es la que hace que el profesional trabaje confiando en que la profesión, constituida en un cuerpo organizado y competente a la hora de determinar la pericia técnica, se haga cargo de las acciones sancionadoras en el caso de que algún médico no desempeñe el trabajo de forma ética o competente.

“La profesión es la única fuente de competencia para reconocer la actuación errónea y para regularse a sí misma en general. Su autonomía es justificada y probada por su autorregulación”³¹⁹.

Las acciones reguladoras pueden ser de tipo informal, como la evaluación experta entre colegas en la práctica clínica, o bien de tipo institucional o formal, el control disciplinario del colegio o asociación médica profesional o de comisiones

³¹⁸ *Ibid.*, págs. 39-40 y 60.

³¹⁹ *Ibid.*, pág. 145.

hospitalarias. Por la naturaleza especialmente *secreta* del trabajo médico (que explica la regulación del propio «secreto médico», la confidencialidad de los historiales clínicos, la relación en último término particularizada entre el enfermo y el especialista), el control entre los médicos de su actividad tiende a ser *informal* –Freidson ejemplifica esto apelando a la posibilidad del boicot personal- y a evitar mecanismos de control específicos de tipo administrativo que a su vez llamen la atención de estos sistemas de control formales para que se pongan en marcha ante las conductas irregulares de los médicos³²⁰.

La sociología médica ha advertido de la especial eficacia de estos medios de control informales³²¹, pero esto no nos interesa aquí. Nuestro centro de atención se dirige, no obstante, hacia los controles formales institucionales, y especialmente hacia los códigos deontológicos. No nos interesa aquí la cuestión de si los mecanismos informales funcionan correctamente, ni tampoco la cuestión de si los códigos deontológicos estimulan o no el comportamiento óptimo de los médicos, algo que es objetivamente muy difícil de comprobar. Lo que nos interesa es realizar un análisis del discurso contenido en esos códigos. Se trata de averiguar la razón de la *puesta en forma* de principios y valores éticos de la profesión con la idea *de estar en regla*, de presentar una organización ordenada, “nominalmente ética y competente, integrada sólo por miembros formados de acuerdo con normas mínimas de aprendizaje”, y con los que coexiste una diversidad de prácticas éticas y técnicas no codificadas formal ni públicamente ni reconocidas oficialmente³²².

Nosotros pensamos más en la hipótesis de la utilización de dichos textos normativos como insignia, bandera o escarapate de la profesión que en la hipótesis de una función eficaz de tales textos en el control de la actividad médica³²³. Ello no

³²⁰ Freidson expone como ejemplo de mecanismos informales de control del trabajo médico los que se despliegan en el propio ambiente de trabajo. Son dinámicas de evaluación y juicio experto, esto es, realizadas desde el propio lenguaje científico-médico por los colegas, por los pares (Ibíd., pág. 148). Todo ello permite que se desarrollen prácticas de defensa corporativa entre colegas tradicionalmente denostadas por el público por la indefensión que produce no tener un control sobre el discurso técnico especializado ni sobre la técnica misma del trabajo médico. Freidson advierte además que ninguna de las reglas relacionadas con la actividad médica puramente técnica pueden ser clasificadas como obligatorias formalmente pero que en conjunto son aceptadas como las *normalizadas* por la comunidad científico-médica (pág. 150).

³²¹ Ibíd., págs. 147 y 196.

³²² Ibíd., pág. 197.

³²³ En este sentido, dentro de la infinidad de normas formales e informales que coexisten y que proceden del seno de la corporación médica o del centro hospitalario o las derivadas de la relación contractual del

excluye que nuestro trabajo haya de entrar tanto en el examen tanto de la utilización de los mecanismos reguladores internos como de los mecanismos legales externos a la profesión y que tenga en cuenta la proyección de la imagen social de *control de calidad* del trabajo médico y de su autonomía técnico-profesional³²⁴.

Así que para nuestro análisis es determinante el papel del Estado en su relación con la aspiración secular de autonomía de la ocupación médica. El reconocimiento estatal de la capacidad autorreguladora de la profesión incluye la validación de su normativa interna, de los códigos deontológicos, y del consiguiente régimen disciplinario interno por violación de sus preceptos, lo cual no indica obviamente que estas normas sean *realmente* operativas.

La formación de los códigos deontológicos de la profesión médica y su reconocimiento por el Estado responde a una situación general de consolidación de la profesión *oficial* y al establecimiento de una burocracia interna capaz de canalizar, a través de su gestión corporativa y de la promulgación de normas escritas comunes, un cierto consenso previo existente en la clase médica acerca del tipo de actuación profesional que se debe controlar, y en su caso, sancionar. Tal consenso sólo podía obtenerse partiendo de la socialización previa de las experiencias de aquellas actividades, ya controladas de manera informal, y que eran consideradas especialmente graves o “poco éticas” en virtud de una serie de principios y valores de índole normativa suministrados por la tradición ideológica de la profesión y de los usos comunes en la práctica clínica.

De todas formas, la labor de codificación ética de la profesión con la pretensión de que sus normas de conducta fueran acatadas sólo pudo realizarse desde instancias respaldadas por un poder formal de tipo *político*. Esto significa que si lo que se pretende

profesional con la administración o con la clínica privada o las normas procedentes del exterior de la profesión, Freidson indica la existencia de aquellas normas formales que aunque tendrían que afectar a los médicos de hecho no lo hacen: “si éstas [normas] amenazaban la eficiencia médica u organizativa y había poca oportunidad de detectarlo, tanto la administración como los médicos acordaban tácitamente ignorarlas” (ibíd., págs. 149-150). Lo cual nos permite afirmar con Freidson que “no hay vínculo entre la realidad de la práctica profesional y la realidad de la organización formal de la profesión” (pág. 196). Nosotros pensamos, en este caso, en las posibles incompatibilidades entre una aplicación estricta de los códigos deontológicos y la práctica médica real, sobre todo, en un contexto político-económico, tecnológico y organizativo de los centros de salud o laboratorios en los que se plantean continuamente dilemas “éticos” y exigencias pragmáticas para los que la solución normativo-deontológica carece de eficacia práctica desde el punto de vista clínico y de las necesidades financieras.

³²⁴ “Especificar la organización formal de la profesión nos permite comprender qué es la *uniformidad estructurada* en la actuación médica, haciendo ampliamente referencia a las normas de licencia mínimas apoyadas legalmente” (ibíd, pág. 197). Su examen es lo que va a permitirnos defender la imagen legitimadora del hacer y del decidir del campo de la profesión médica.

es el acatamiento generalizado de unos patrones formalizados de conducta, en el seno de una comunidad heterogénea, jerarquizada y cerrada a la intervención de extraños respecto a los fines, la organización y controles de su trabajo, ello sólo puede realizarse desde la instancia de una estructura organizativa con poder sobre toda la profesión, validada por el Estado y con la aceptación tácita del conjunto de la sociedad.

Por consiguiente, si existe cierto “consenso” dentro de la profesión médica tanto respecto a la formalización de las normas deontológicas como respecto a su contenido, hay que entender éste desde una dinámica de mayorías ideológicas que se imponen en los organismos de gobierno de la profesión asociada y/o en el alineamiento con determinados representantes portavoces de toda la profesión con un peso decisivo en su organización y proyección exterior.

3.2. El papel político-social de la medicina moderna como factor propulsor de la codificación ética

Ya hicimos referencia al hecho de que a partir de la segunda mitad del siglo XVIII la medicina comienza a salir del ámbito estrecho de la *relación privada* entre el médico y el paciente y va adquiriendo un papel social y *político*. Surge así durante la época ilustrada una política médica al servicio del Estado, al servicio de la “prosperidad” de la nación, que amplía su objeto de estudio y extiende su práctica, que no se reduce a la curación individual sino al examen previo de las condiciones de vida de poblaciones enteras, a toda la sociedad.

La obra en seis volúmenes de Johann Peter Frank, *System einer vollständigen medicinischen Polizei* (Sistema de una política médica completa), escrita entre 1779 y 1817 es muy representativa de esta nueva orientación de la medicina y particularmente de la expansión de una ética médica de alcance político hacia el intercambio recíproco de *servicio público* por *prestigio profesional* que más tarde inspiró las primeras políticas públicas de amplio alcance en sanidad en la Alemania de Bismark³²⁵. La nueva función

³²⁵ Albert R. JONSEN, *A Short History of Medical Ethics*, op. cit., pág. 54. Esta nueva ética social de la medicina define también, según Jonsen, la mayor intervención del Estado en la esfera privada de las profesiones en el continente europeo que en los países anglosajones: “La profesión médica en el continente europeo desarrolló en su interior una cultura mucho más fuerte del control estatal de la medicina que lo que hizo en las profesiones americanas y británicas, y los deberes [de la profesión] hacia el bien común de las poblaciones constituyó una parte mayor de su ética que los deberes respecto los pacientes individuales” (ibíd).

de servicio público de la medicina se ampliaba así desde la relación particular entre el enfermo y su «médico de cabecera» a la relación entre ciudadanos de carácter nacional.

Asociado a esto, y ya a principios del siglo XIX, se produce el proceso de consolidación de la medicina como una profesión con su propia esfera de competencias, a partir de que un cuerpo de médicos educados en la universidad adquiere preeminencia económica y social, como clase, y capacidad para exigirle al Estado el reconocimiento de su derecho a organizar su trabajo y a restringir las prácticas de los no titulados que afectaran esas competencias.

Este cuerpo médico ahora profesionalizado, se iría organizando en asociaciones y colegios profesionales, originalmente de adscripción voluntaria, y con dirigentes de su propia elección, que pretendían garantizar el derecho al ejercicio a través del reconocimiento de la licencia como documento público otorgado por el Estado.

La interiorización por parte de la corporación profesional ahora reorganizada de ciertas responsabilidades propias hacia el bienestar social ayudó a dibujar una ética en la que los valores típicos de la medicina, pensados para una relación singular entre el médico y el paciente, se reinterpretaron a la luz de una voluntad de «servicio público». Esta vinculación entre profesión y poder político, en un contexto en el que la reformulación y solución eficaz de los problemas colectivos comenzó a ser una prioridad para la economía y la política de los Estados, junto con el crecimiento del propio prestigio de la profesión, fue lo que hizo exigible la formulación normativa de esa «ética política» de manera pública, clara y sistemática y en la forma de códigos éticos y deontológicos.

Hasta ese momento los tratados de moral médica reunían en máximas comentadas las virtudes deseables y los defectos repudiables del médico, y cumplían respecto a los profesionales la función catequizadora de las normas de moral religiosa predicadas paternalmente en la relación privada con el enfermo. A este tipo de preceptos morales solían añadirse en esos tratados cuestiones relativas a las “maneras” o a la “etiqueta” o al *decorum* concernientes a la imagen social del profesional, las cuales, sin ser cuestiones estrictamente *éticas*, cumplían junto con éstas la función simbólica de ser parte de la “insignia” de la profesión³²⁶.

El comportamiento contrario a las máximas de moral médica y a los usos comunes de la profesión, recogidos en los tratados, era considerado pecaminoso y

³²⁶ Jane CLAPP, *Professional Ethics and Insignia*, Metuchen – New Jersey, The Scarecrow Press, 1974.

recibía la sanción informal de la crítica de los colegas, siempre cuidadosos con la imagen pública de la profesión. Sólo en casos extremos, cuando la actuación superaba la esfera privada de la profesión y entraba a ser considerada como una cuestión de orden público –homicidios, abortivos, venenos-, podía intervenir la jurisdicción penal.

Como precedente de la futura incorporación de la «ética política» en los códigos deontológicos, los tratados de moral médica del XIX solían incluir algún apartado que trataba sobre las funciones del médico relativas a la salvaguarda de la “moral pública”, sobre la importancia social de la medicina o incluso, y éste es un aspecto que nos interesa de manera especial, sobre la manera en que podía influir la moral médica y la profesión en la actividad legislativa.

“De este modo la «ética política» de la profesión se presenta como algo intrínsecamente ambiguo dado que puede referirse tanto al oportuno acomodo del servicio autoorganizado de la profesión a las expectativas político-públicas como a la moralidad interiorizada de los médicos que realmente creen, como tales médicos, que se acogen a un estándar elevado de responsabilidad pública para su comportamiento personal. Algunas responsabilidades públicas son añadidas al *decorum* tradicional y a la deontología, pero lo más importante es que el conjunto entero de requisitos éticos es elevado al poder de la responsabilidad pública. La emergencia de la profesión y su atención a la «ética política» fomenta un nuevo estilo de expresión de la ética médica en la forma de código”³²⁷.

Un sector señalado de la clase médica continental y de ideología política conservadora moderada hizo aportaciones significativas, a lo largo del siglo, en lo que se refiere al diseño de una nueva moral profesional adaptada a las exigencias que suponía la nueva implicación social de la profesión médica, siendo capaz a la vez de notar las posibilidades de reconocimiento del poder político propio de la corporación médica que esto suponía. Se trataba de alcanzar un punto intermedio entre la nueva implicación político-pública de la profesión médica y la aceptación de las instituciones del liberalismo decimonónico, sin que esto perjudicase a la autonomía de la profesión y sin renunciar a la tradición moral del catolicismo, repudiando a la vez las nocivas consecuencias que tuvo para el prestigio de la profesión el escepticismo y el sarcasmo crítico de la Ilustración para con ella.

En este sentido, las dos obras más influyentes fueron la *Déontologie Médicale* (1845) de Max Simon (cuyas principales doctrinas fueron introducidas por Amadée Dechambre en su *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* de 1882 y que a

³²⁷ Albert R. JONSEN, op. cit., págs. 54-55.

través de ese texto se hicieron de uso habitual entre los médicos), y la *Medicinische Deontologie* de Julius Pagel editada, por primera vez, en 1897.

Max Simon le dedicó un capítulo entero, de los tres en los que se divide su *Deontología*, a los “deberes de los médicos para con la sociedad”. En él se afrontan las principales preocupaciones de la clase médica en orden a reconstruir su imagen social dañada por las críticas de los autores de la ilustración, el papel del conocimiento médico en la “civilización” y su validez frente a las teorías de los no profesionales. Se justifica además la posibilidad de que el médico “ilustre” al legislador, así como la de que de que sea “auxiliar de la moral y supla en algunos casos la insuficiencia y la imposibilidad de la ley”³²⁸. De ahí que Dechambre, al intentar precisar el sentido de la deontología expuesto por Simon, no pretenda limitar a ésta las cualidades deseadas en un médico desde la propia profesión, o al conjunto de consejos destinados a los profesionales en forma de deberes morales, sino que se refiera también a “todas las cualidades que el público debe buscar en el médico y de las que algunas son totalmente extrañas al dominio de la moral”³²⁹.

Respecto a las sanciones de las infracciones de los mandatos de esta deontología médica Simon no habla de la necesidad de una amenaza paralegal sino del “sentimiento de la obligación moral ante todo”, que en su sentido rosminiano, considera como “principio absoluto” propio del “destino” profesional del médico, cuya conducta es enjuiciable en todo caso por los pares de la profesión y, en esto recuerda a Bentham, por el “alto jurado de la opinión pública”, aunque nunca por la ley³³⁰. Simon considera, por ello, que estas normas deben ser públicas y su enseñanza en las universidades

³²⁸ Max SIMON, *Deontología médica. Treinta lecciones sobre los deberes de los médicos en el estado actual de la civilización, con un breve resumen de sus derechos* (trad. Francisco Ramos Borguella, “médico e individuo de varias corporaciones científicas y literarias”), Madrid, Imprenta Oficial del Ejército, 1852.

³²⁹ Dechambre incluye en «deberes públicos» del médico cuestiones relativas a deberes «políticos» en el sentido de referentes a *políticas* sanitarias, de higiene pública, etcétera, que son impulsadas por el propio Estado. Estos deberes son objeto exclusivo de la profesión médica, del médico como “guardián de la salud pública”, no tienen por consiguiente un carácter tanto moral como político y excluyen en este papel, con la competencia reconocida por la sociedad y el Estado, a otros oficios sanitarios (A. DECHAMBRE, *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, XXVII, Paris, P. Asselin et G. Masson, 1882, págs. 480-580). Como las decisiones del médico son de tipo técnico, aunque su influencia pueda ser moral y política sobre las personas y en la relación de la corporación con el Estado, precisa de un discurso (el deontológico) que se sitúe a medio camino entre el del moralista y el del legislador pero fundamentado en el “conocimiento de causa”, en su propia experiencia profesional como fuente de asesoramiento o consejo político.

³³⁰ Max SIMON, op. cit., págs. 60 y 517.

obligatoria, a fin de que puedan ser conocidas y universal y uniformemente aplicadas por todos los miembros de la profesión. Tal como lo expone Simon:

“Para exigir la responsabilidad médica no basta que se inscriba espresamente en la ley ó que se deduzca de textos interpretados con mas o menos exactitud: es preciso consignar terminantemente las obligaciones, cuya infracción haya de constituir una verdadera culpabilidad: es preciso colocar enfrente de una ley que amenaze, otra que mande: es preciso en una palabra redactar un código de medicina oficial. Fuera de este principio, la ley es tiránica, porque como ha dicho muy bien Butler, lo que nos hace dignos de castigo no es el saber que se nos puede castigar, sino únicamente el faltar á una obligación conocida”³³¹.

También la *Deontología médica* de Julius Pagel ofrece una línea directiva de actuación para la praxis que incluye todo lo que se refiere tanto a la ética como a la política médica. A pesar de presentar a su libro como un “pequeño catecismo para los médicos recién licenciados”, el tratado de Pagel contiene una interpelación al gobierno y asimismo una propuesta de “reglamento de clase médica para los miembros de la corporación médica” que contiene normas de competencia, “maneras” y “etiqueta” entre profesionales de la medicina, normas sobre la organización corporativa institucional y funcional y un sistema homologado de honorarios. Es decir, que esta deontología incide más en el aspecto político corporativo y de intereses económico-profesionales de los médicos, con un interés especial en señalar las competencias médicas y sus relaciones con otras profesiones sanitarias. La idea principal es mantener la cohesión de la clase médica e instituirse como poder organizador y controlador de su trabajo con el respaldo legal del Estado.

“Si el gobierno quiere hacer algo positivo para el *status* médico entonces que nos consiga la reglamentación de la profesión médica hace tiempo solicitada y la posibilidad de que mediante su propia fuerza en un sentido autoritario sea muy eficaz contra el peligro de contagio de inmoralidad entre los médicos. Reglamentación en la que el gobierno dote de competencias sancionadoras a la Junta del Consejo de médicos con facultades de inspección disciplinaria –sin ayuda de ningún aparato jurídico- parecido al caso de los tribunales arbitrales y de honor de las corporaciones”³³².

Pagel insiste, como asimismo Max Simon, en la importancia del seguimiento por parte del médico de las reglas técnicas, pero insiste en que esto no debe hacerse de manera ciega o automática. Consciente de que el saber médico es un saber esencialmente indiciario, considera que el médico ha de aportar el sentido de su “ojo

³³¹ *Ibid.*, op. cit., pág. 519.

³³² Julius PAGEL, *Medicinishe Deontologie. Ein kleiner Katechismus für angehende Praktiker*, Berlin, Verlag von Oscar Coblentz, 1897, pág. 62.

clínico”, el arte del “*savoir faire* médicamente correcto” que sólo puede conseguir observando el *codex ethicus* aplicado con “sentido común” ante los conflictos de intereses³³³. Pagel coincide con Simon, en exculpar de responsabilidad legal a los médicos por sus “tropiezos” y “errores”, dada la especial naturaleza científica y técnica del quehacer médico mismo y sus “objetivos éticamente elevados”. Los médicos deben quedar sujetos a la opinión pública y a la presión que ésta ejerce sobre su fama, pero sobre todo, deben quedar sujetos al enjuiciamiento formalizado de sus pares. A través de la *colegiación*, el médico entra en un círculo de obligaciones (*Pflichtenkreis*) en el que se interrelaciona con los otros médicos. La colegiación sólo puede envolver al médico en un *status* más elevado que un simple *modus vivendi* si se dota a la profesión del manto protector de la reglamentación médica, y “sobre todo de un *codex ethicus* autoritario y fuerte que proporcione cuerpo al conjunto de los médicos como un anillo cerrado de autodisciplina”³³⁴. Pagel denuncia precisamente la ausencia de estas formas normativas, de un código deontológico y una reglamentación estatal que reconozca el *status* específico del médico y el poder organizador de su propio trabajo, junto con el poder autodisciplinario interno, como los principales peligros que amenazan a la profesión médica.

Todo esto nos permite comprobar que es a través de la exigencia del reconocimiento público (del Estado pero también de la sociedad civil) del nuevo papel social del médico como la profesión quiere participar en la elaboración de las políticas públicas del Estado, y reclama para sí un control sobre las medidas legislativas relativas a la salud e higiene. Y es a través de ese reconocimiento como la profesión reclama la progresiva codificación de los estándares de conducta profesional emanados de su capacidad normativa interna. El Estado liberal burgués podrá ejercer así un control legal directo mediante el orden jurídico-penal y un control indirecto, ejercido a través de las organizaciones sobre el trabajo médico que deja, por consiguiente, un margen de «*laissez faire*» para que las corporaciones profesionales “vuelvan a ser artífices de su propio derecho” y puedan gestionar sus intereses particulares de manera que se integren, en definitiva y según el discurso liberal, en los intereses generales de la nación³³⁵.

³³³ *Ibid.*, pág. 28.

³³⁴ *Ibid.*, pág. 50.

³³⁵ Francesco GALGANO, *Il diritto privato fra codice e Costituzione*, op. cit., págs. 8-12. Además, con las normas estatutarias de la profesión y posteriormente con los códigos deontológicos la legislación estatal (civil y penal) se sitúa en el horizonte del proceso de fiscalización de la conducta profesional,

Fue pues la combinación entre la necesidad de recomponer la profesión médica en un cuerpo organizado y al servicio del interés general y la exigencia de contar con una normativa propia en el marco político del Estado liberal burgués que asegurase su autonomía lo que llevó a las corporaciones profesionales de médicos, tanto en Europa y como en América, a organizarse en colegios como entidades de derecho público y en asociaciones profesionales dotados de códigos deontológicos más o menos uniformes.

Para comprender este proceso de codificación es necesario notar que las diferentes organizaciones médicas profesionales reprodujeron en su organización el modelo jurídico-político general (y que ello les llevó a dotarse de una junta directiva, a modo de poder ejecutivo, de una asamblea de compromisarios, a modo de poder legislativo, y de una comisión deontológica, a modo de poder judicial). Y es que la *ratio* institucional moderna que sirvió para reorganizar el aparato del Estado liberal impregnó también la organización, el funcionamiento y el orden interno de muchas corporaciones intermedias tradicionales, tanto mercantiles como profesionales, que tuvieron que adaptarse al nuevo orden jurídico. Entre ellas estaba la corporación de los profesionales de medicina y cirugía.

Tras la Revolución Francesa, el derecho moderno del Estado liberal aparece como un sistema que se quiere monolítico, un derecho “nacional” y racional, guardián de una «seguridad jurídica» funcional a la expansión de las relaciones de intercambio mercantil y que pretende satisfacer a la nueva forma de legitimidad del Estado. Esto es, un derecho representativo de una «voluntad general» que exige una legalidad común y abstractamente igualitaria y, por tanto, productor de un derecho sustraído al arbitrio del soberano (de la voluntad personal).

Este nuevo derecho establece un marco general de «orden público» y está dispuesto a admitir la autonomía de los sujetos en sus relaciones privadas. Es esta distinción lo que permite separar en la sociedad moderna una «esfera pública» (la propia de las relaciones entre ciudadanos y el Estado) de una «esfera privada» (la propia de las relaciones entre individuos). Este constructo teórico consagra la autonomía de la sociedad civil (o «sociedad natural» con sus propias leyes de “razón” o “naturales”) respecto del Estado y la autonomía de la economía respecto de la política³³⁶.

tomando como la normativa de referencia más inmediata y concreta la del colegio con respecto a sus colegiados.

³³⁶ *Ibid.*, pág. 13. Para la distinción, deducida del relato político-jurídico moderno, entre la esfera pública y privada véase J.R. CAPELLA, *Fruta prohibida*, Madrid, Trotta, 1997, pág. 110; Helena BÉJAR, *El*

El movimiento por la codificación de una ética médica en las diferentes organizaciones profesionales occidentales recogió a su manera esta división entre «esferas» de la vida social que se relacionan con los diferentes roles del médico.

Así, podríamos hablar de un ámbito *privado*, en lo que se refiere a la relación entre médico y enfermo, entre el médico y sus colegas u otros miembros de las profesiones sanitarias. Se trata de un ámbito que vendría determinado fundamentalmente por los valores morales tradicionales, previos a la transformación política del médico en médico “público” o “social” partícipe de las actividades del Estado. El ámbito *público*, por otra parte, se referiría a la relación de la profesión médica con la sociedad y con el Estado, teniendo en cuenta la transformación de la corporación médica y demás asociaciones profesionales legalizadas como extensiones institucionales del Estado mismo.

En conjunto, podemos afirmar que los códigos deontológicos de la profesión médica, e independientemente de sus distinciones expresas entre los ámbitos privado y público de la relación médica, son en sí mismos resultado de esa distinción teórica. Los códigos éticos de la profesión nacen en principio de la «esfera privada», de las relaciones contractuales, o bien de las relaciones particulares de “amistad” y “confesión” entre médico y enfermo sobre las que planea el principio de «secreto médico». Son expresión del compromiso privado adquirido entre el médico y la corporación profesional al asociarse y símbolo de la autorregulación, de la autonomía de la profesión respecto la esfera pública del Estado y la comunidad.

En la relación “privada” encontramos el núcleo de la moral médica tradicional, basada en la presunción de los sentimientos vocacionales del médico y la caridad hacia el paciente que tiene enfrente, de la “menesterosidad” del enfermo, y de los “actos de donación amorosa” del profesional, todos los cuales varían histórico-socialmente en su modo de expresión y de donde derivan otros valores propios de la ética médica como la confidencialidad y el secreto médico considerados como universales y paradigmáticos de la “privacidad” de la relación³³⁷.

La moderna racionalización de las relaciones sociales como relaciones disciplinadas por el derecho incorporan con toda claridad en ese discurso una nueva

ámbito íntimo. Privacidad, individualismo y modernidad, Madrid, Alianza, 1988; Hannah ARENDT, *La condición humana*, Barcelona, Paidós, 1993, págs. 37 y sigs.

³³⁷ Pedro LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, op. cit., págs. 21-22.

cualidad destacable en la relación privada entre el médico y el paciente: el carácter *contractual* de tal relación y la consecuente consideración del paciente “menesteroso” como *cliente*, esto es, con *autonomía* contractual y con recursos, sean éstos propios o sufragados por el Estado.

La condición mercantil de la relación entre el médico y otros sujetos particulares en el ejercicio de su ocupación significa que la relación “natural” de confianza o de “amor de amistad” entre médico y paciente aparece “reforzada” por la obligación contractual, la cual incorpora aquí el elemento económico propio de la esfera privada y de las relaciones privadas de trabajo y de competencia en el seno de la profesión y con otras ocupaciones afines.

El aspecto más reseñable de la influencia de esta naturaleza privada de la relación médica se manifiesta en una capacidad autoorganizativa del trabajo médico en la que éste queda excluido, en principio, de la llamada «esfera pública». Esto habría que entenderlo en el sentido de que el Estado debe limitarse a validar y legitimar los actos de la profesión referidos al control y ordenamiento internos en el marco del «orden público» legal, o bien también en el sentido de que la fiscalización del trabajo médico por instancias y organizaciones ciudadanas debe quedar, si no vetada, al menos muy limitada en cuanto al acceso a la información y a la posible participación en la organización de la profesión. De hecho, la pugna por preservar esta esfera de privacidad y de poder profesional, plantea problemas respecto al control de una ocupación que afecta a la población entera y en la que se hallan imbricados otros intereses metamédicos de tipo político o económico.

Es cierto que la vinculación entre esa «esfera privada», centrada en autonomía profesional, en la autoorganización del trabajo médico en la relación con particulares y en la relación interna de la profesión, y las políticas sanitarias de los Estados impide sostener una separación tajante entre los ámbitos “privado” y “público” de las relaciones de la profesión médica.

Vimos como la nueva insistencia en el papel político, o ético-político de la profesión, cambió esta postura privatista más tradicional y empujó a la relación médica hacia la esfera pública. A esto contribuyeron también razones técnicas. Hasta la modernización de la medicina durante el siglo XIX, su falibilidad, la vigencia simultánea de doctrinas médicas contradictorias y la falta de control de las epidemias hicieron que la confianza en la profesión médica se reclamase apelando a valores de la tradición cristiana como el altruismo, la relación de amistad entre médico y enfermo,

etcétera, valores que todavía subsisten de manera retórica en la práctica totalidad de los documentos deontológicos vigentes.

De forma contemporánea a la codificación deontológica del XIX, la consolidación científica y técnica del saber profesional médico permitió no sólo sugerir políticas públicas en materia de salud, sino una racionalización de la relación médico-paciente que permitirá sustituir los elementos caritativos y cristianos tradicionales de la relación y dotarla de una serie de características presididas por la noción de *eficacia*.

Es en esta situación donde la idea de un código sistemático y racional, confeccionado a la manera del código civil napoleónico, acabó cuajando en las mentes de las élites dirigentes de las corporaciones profesionales.

Giovanni Tarello señaló que, en el siglo XIX el término «código» se especializó en tanto que “nombre de estructuras organizativas y jurídicas concretas en principio prefiguradas en la ideología y después realizadas en los códigos modernos”³³⁸.

En el mismo sentido Díez Picazo precisa que en la codificación de leyes iniciada a finales del siglo XVIII:

“hubo sin duda el intento de introducir unos determinados puntos de vista político-sociales. La codificación se identificó con el intento de insuflar en los ordenamientos jurídicos los esquemas y los ideales de un tipo de vida liberal-burgués, al mismo tiempo que se adoptaba en la formalización de las normas un conjunto de criterios de carácter económico. Porque significaban la renovación de unos ideales de vida, los códigos debían constituir obras unitarias. (...) En los códigos hubo además un intento de tecnificación y de racionalización de las actividades jurídicas”³³⁹.

Así que la ley codificada, en tanto que “vehículo” de transmisión y de renovación de ideales de vida frente al pasado feudal y absolutista, constituye el paradigma jurídico del Estado liberal burgués en la realización del dogma del «imperio de la ley» como expresión de la «voluntad general», de la «soberanía popular», y la garantía de los derechos y libertades de los ciudadanos. Este dogma presenta, sobre todo, la *certidumbre* del derecho y la *seguridad jurídica* frente un sistema previo de fuentes jurídicas fragmentado, disperso, arcaico, inadecuado para las nuevas relaciones económicas, discrecional, y arbitrario propio del Antiguo Régimen.

³³⁸ Giovanni TARELLO, *Cultura jurídica y política del derecho*, México, Fondo de Cultura Económica, 1995, pág. 40. Y también Luís Díez PICAZO, *Experiencias jurídicas y teoría del derecho*, Barcelona, Ariel, 1993, pág. 132: “Se trataba de transformar la selva inexpugnable del Derecho común en una obra sistemática fundada en principios claros que sirvieran de vehículos a los ideales del Estado liberal”. Los códigos jurídicos son, en definitiva, “vehículos de transmisión o de vigorización de una ideología política o de unas directrices políticas” (ibíd., pág.167).

³³⁹ Luís Díez PICAZO, op. cit., pág. 163.

La nueva clase dominante, la burguesía, aprendió que la ley del Estado de Derecho podía ser un instrumento muy útil al servicio del desarrollo de los negocios. De manera que pasó de concebir su derecho privado, el derecho de las relaciones entre particulares –relaciones comerciales, asociativas, de familia-, como un derecho *abierto*, igualitario, en el sentido de ignorar cualquier distinción de clase entre los individuos al concebirlos abstractamente como “sujetos jurídicos unitarios”³⁴⁰.

Este derecho privado “racional” pasó a ser un derecho *legal*, esto es, reconocido y garantizado por el Estado, que es la fuente legítima de todas las leyes positivas. La codificación jurídica permitió así garantizar la seguridad del tráfico mercantil y desterrar las viejas instituciones de la aristocracia que la enquistaban en sus privilegios sobre la propiedad de la tierra y sus recursos. Las nuevas instituciones de la burguesía, que operan en torno a la figura abstracta del individuo sin atributos distintivos y propietario, permiten ampliar el acceso a la propiedad y a los recursos y su libre circulación³⁴¹.

“[...] Estatalismo y antiestatalismo encuentran de este modo la posibilidad de coexistir cada uno en un ámbito propio: el primero, domina la legislación, el segundo reina en la administración. La soberanía del estado es, en el primer ámbito, ilimitada (la ley es actuación de la “razón universal”); está limitada en el segundo ámbito por la exigencia de salvaguardar el derecho de los burgueses a la disponibilidad más amplia de los recursos”³⁴².

De este modo, los principios de certidumbre y seguridad jurídica exigen un derecho claro, sencillo, asequible, cognoscible y predecible y que ofrecerá la ley codificada.

El derecho codificado en un texto y articulado sistemáticamente supone una *tecnificación* consistente en una labor de simplificación, en la que el material normativo preexistente queda reducido y estructurado de una forma ordenada para facilitar su

³⁴⁰ Francesco GALGANO, *Il diritto privato...*, op. cit., págs. 14-23. La “igualación de desiguales” implica, según Cerroni la “máscara moderna de la desigualdad”. La igualdad formal aparece como necesaria y posible en la medida que “el individuo se integra por el trámite no ya de una directa vinculación política sino de la relación económica pura y simple” y “la relación social ya no es una relación subjetivamente operante tan solo objetivamente operante” (Humberto CERRONI, *La libertà dei moderni*, Bari, 1968, págs. 78-92, citado en F. GALGANO, *ibíd.*, pág. 23).

³⁴¹ “[...]las capas burguesas solían hallarse por regla general interesadas en una práctica jurídica racional y, a través de ella, en un derecho formal, sistematizado, inequívoco, creado de manera teleológica racional, que excluyese tanto la vinculación a la tradición como la arbitrariedad y, por ende, aceptase el derecho subjetivo únicamente como derivación o manifestación de normas objetivas” (Max WEBER, *Economía y sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica, 1993²).

³⁴² Francesco GALGANO, *ibíd.*, pág. 18.

manejo y su interpretación. Se disminuye la cantidad de información y se simplifica el lenguaje normativo para facilitar su conocimiento. Otra tarea, relacionada con la reducción del lenguaje normativo precedente es la incorporación de nuevos conceptos mucho más abstractos y omniabarcantes respecto a las variaciones casuísticas del mundo fáctico. En esta tarea de racionalización del lenguaje de los códigos jurídicos, junto a la ordenación sistemática de las normas como premisas, existe una pretensión de reducir el derecho a leyes de la lógica, pero sobre todo, una pretensión más factible de aumentar así la eficacia instrumental en la rapidez del manejo de ese derecho codificado y la identificación más precisa de la normativa aplicable.

Por lo demás, el derecho codificado cumple una función pedagógica, particularmente, una función “catequética” e ilustradora. Es el derecho que se estudia en las universidades por lo que existe un interés específico en que la formación profesional de los juristas apunte hacia los *mismos esquemas*, es decir, hacia los mismos patrones ideológicos del derecho moderno³⁴³.

Todos estos rasgos de la codificación jurídica influyeron necesariamente en la autorregulación corporativa de los médicos y otras profesiones. Como ya vimos, las entidades corporativas quisieron conformarse funcional y organizativamente según la nueva estructura del Estado liberal. Se adaptaron a ese sistema en el que coexisten el «estatalismo», en cuanto validación legal de las instituciones profesionales y de sus actos, y el «antiestatalismo» en cuanto limitación de la intervención estatal en la organización del conocimiento y el trabajo interno de la profesión.

Es en ese ámbito “antiestatal” o de la «esfera privada» de la profesión donde se produce la codificación deontológica, donde se recogen de manera más o menos sistemática los principios y valores morales, los usos y costumbres de la profesión preexistentes al Estado. Es, por tanto, en este ámbito donde se pone forma, su cristalizan, los valores éticos en juego, donde se conceptúan los problemas y se regulan los dilemas de manera que, además de técnicos expertos en materia de salud y enfermedad, los profesionales de la medicina se erigen oficialmente con la codificación ética en *gestores de la moralidad* en ese campo.

Robert M. Veatch ha indicado que, entre las diversas causas históricas que empujaron a la codificación de la ética profesional de los médicos, la necesidad de racionalizar el conjunto ético normativo de forma acorde a las características de la

³⁴³ Luís Díez PICAZO, op. cit., pág. 171. El derecho codificado “forma el sedimento de nuestras primarias experiencias jurídicas y de nuestros más elementales esquemas” (ibíd., pág. 170).

codificación jurídica del momento puede ser señalada como la causa operativa principal³⁴⁴.

La tradición hipocrática cristianizada y condensada a modo de un juramento, realizado en las universidades o en el momento de la incorporación al gremio profesional, los valores generales del cristianismo, recogidos en innumerables tratados de ética médica que hacían referencia a la caridad y a la menesterosidad, los propios usos de la profesión y usos de clase o *status* adquiridos en el contacto con los colegas y la jerarquía médica, no resultaban ya suficientes para hacer frente a las expectativas autorreguladoras de una profesión que, tras la Revolución Francesa, debía reorganizarse en el seno de un nuevo marco político y a imagen y semejanza suya.

Los códigos trataron de condensar en un texto todo ese acervo de usos y valores morales tradicionales, toda una serie de nuevas reglas técnicas, todo un conjunto de nuevos usos adaptados al nuevo orden jurídico y a la implantación de una economía capitalista, todo aquello que derivaba de la nueva pretensión de servir al Estado y a la sociedad y lo fundieron a modo de reglamentación simple, unitaria y ordenada racionalmente, con el objeto de disponer de un texto común y manejable para toda la profesión. Como ha señalado Diego Gracia:

“Los extensos tratados de ética médica que ilustraron a los médicos modernos no podían ser citados por artículos y párrafos y con frecuencia disimulaban instrucciones éticas bajo una verborrea inútil. Por consiguiente aquellos miembros decisorios de la profesión que proponían un control médico, al reducir aquellos ensayos morales a listados de normas, produjeron unos códigos éticos elaborados”³⁴⁵.

El código deontológico estaba llamado a convertirse así, por lo tanto, en el texto normativo ordenado y de *referencia*, insignia de la *reductio ad unum* de la profesión.

Para que pudiera hacer eso había que dotar a la profesión de un aparato orgánico, representativo de la misma y mediador entre el Estado y los profesionales que estuviera detrás de los códigos y pudiera hacer cumplir sus preceptos gracias a un sistema de sanciones internas. La idea imperante en el sector políticamente dominante de la profesión fue construir un entramado orgánico y normativo interno que reprodujese en

³⁴⁴ Robert M. Veatch arguye que las instituciones médicas de las modernas sociedades urbanas demandaban, durante el siglo XIX, “procedimientos detallados para prevenir controversias éticas violentas” en el seno de las profesiones sanitarias con “relaciones complejas entre el personal médico” y el consiguiente “desbaratamiento de los servicios” (Robert M. VEATCH, «Medical Codes and Oaths», en *Encyclopaedia of Bioethics*, Vol. 3, op. cit., pág. 1422).

³⁴⁵ Diego GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989, pág. 85.

buena medida el entramado jurídico-político contemporáneo. En parte, a fin de facilitar la conexión entre el ámbito privado de la autorregulación de la corporación y el mundo jurídico, revistiendo a los códigos deontológicos de una validez, de una legitimidad y de una mayor eficacia que la de los simples rezos o valores morales personales, los juramentos ético-médicos tradicionales o las teorizaciones morales contenidas en los tratados de ética médica. En parte, sobre todo, y mediante esa aproximación al mundo jurídico-político, para poder otorgar un carácter *simbólico* al código deontológico de verdadera “constitución política” de la profesión. Esto permitiría que se abriese paso a una visión oficial, unitaria y global de la profesión *desde la profesión* misma. De nuevo, en palabras de Diego Gracia:

“La medicina ha tendido siempre a ser un monopolio legal (es la medicina la que dice lo que es la medicina) y de ejercicio (ella controla la práctica considerada «ortodoxa», y persigue todo tipo de intrusismo). Se comprende, pues, que la medicina imitara ya desde comienzos del mundo moderno el desarrollo del Estado, y se fuera constituyendo paulatinamente como un sistema de dominación legal o burocrático”³⁴⁶.

Cabe advertir no obstante que el triunfo de esa visión oficial y unitaria no pudo advenir sin problemas. Y que algunos de estos son bien visibles en la historia de la profesión médica en su etapa de consolidación como corporación oficial durante el siglo XIX.

El principal problema está relacionado con el hecho de que, hasta que el conjunto de la regulación ética no se consolidó oficialmente en el ámbito corporativo de la profesión, surgieron disputas entre las diferentes fuerzas ideológicas institucionalizadas por el dominio de la fuente legítima de esos deberes morales codificados. Pues estaba claro que el control de estas fuentes implicaba, por ende, un control ideológico de la profesión.

“Las disputas sobre quien tiene la autoridad para articular la codificación de los deberes éticos en la esfera médica revela controversias importantes sobre quién puede reclamar legítimamente la autoridad moral en la determinación de cuáles son esos deberes”³⁴⁷.

Las disputas internas entre los sectores políticamente diferenciados de la profesión acerca de qué deberes codificar y cómo codificarlos o, en su caso, qué deberes morales excluir de los códigos, reprodujeron en gran medida, las grandes disputas

³⁴⁶ Diego GRACIA, op.cit., pág. 86.

³⁴⁷ Robert M. VEATCH, op. cit., pág. 1419.

ideológicas del siglo. Esto, que concierne sobre todo al *contenido* de los códigos lo contemplaremos en el siguiente apartado al hilo de la formación de la codificación deontológica de la profesión médica en España.

3.3. La codificación deontológica de la profesión médica en España

En el ámbito español el proceso histórico de la codificación deontológica durante el siglo XIX siguió en general el patrón descrito en el apartado anterior.

Desde mediados de siglo la profesión buscaba instituirse en una organización estable reconocida por el Estado según las nuevas formas jurídicas y que pudiera controlar la enseñanza y la actividad y distinguirse de otras especialidades sanitarias así como perseguir el intrusismo profesional. Buscaba un sistema de regulación interna, que sin pretender tener la eficacia (directa) de las obligaciones legales, fuera capaz de organizar la profesión, estatuir un paradigma del médico virtuoso como insignia de la misma y establecer derechos o privilegios socio-económicos así como prohibiciones u obligaciones de carácter ético. Buscaba, en definitiva, constituir un sistema de normas creadas por la profesión cuya fuerza obligatoria radicara en primera instancia en su interiorización por parte del médico como la porción más importante de su conciencia profesional, y, en segunda instancia, en su carácter suasorio de las sanciones de censura de los pares, y sólo en última instancia en la intervención del Estado para hacer cumplir lo prescrito por la corporación médica mediante una legislación que reconoce a las organizaciones profesionales y las habilita para sancionar.

Pero esa búsqueda fue especialmente complicada en España. El papel regulador del Estado, sobre todo en sus fases absolutistas o menos liberales, y la tradición moral católica de la clase médica española, hicieron muy difícil que se lograra una regulación deontológica específica de la profesión (así como la imposición de la deontología en la enseñanza universitaria) hasta bien entrado el siglo XX³⁴⁸.

³⁴⁸ La idea de que “sólo hay un tribunal legítimo para el médico y es el de su conciencia” y de que “el sentimiento del deber es la sola regla que puede preservar al médico de peligrosos extravíos” que expresa Max Simon en la introducción a su *Deontología médica* (op. cit., pág. 24) permite pensar en la suficiente validez de los tratados de moral médica cristiana para la actuación en conciencia del médico sin la urgente necesidad de la imposición institucional, mediada por el Estado, de normas ético-profesionales. Por otro lado, la vigencia en España de gobiernos de corte conservador, con una fuerte tendencia a regular las relaciones y la organización del trabajo médico propios de la esfera privada corporativo-profesional, tampoco permitía una efectiva autorregulación de la profesión plasmada en textos normativos convenidos internamente como *códigos deontológicos*.

En cambio en los países anglosajones, cuya tradición puritana establecía que el contenido moral más noble consistía en sentir como deber el cumplimiento de la tarea profesional y, donde las corporaciones gozaban además de un espacio de libertad mayor para ejercer su autonomía, se dispuso ya en el siglo XIX de unos códigos de ética médica formales. En este sentido fue decisiva la formulación avanzada del primer código deontológico moderno de Thomas Percival de 1803³⁴⁹.

En España todo fue mucho más tardío.

En la Península ya a partir del segundo tercio del siglo XVIII, se produjeron los primeros cambios en la enseñanza universitaria hacia el desarrollo de unos programas científicos más modernos y hacia la introducción de una ética y unos usos profesionales más acordes con la práctica médica del momento³⁵⁰. Ello consolidaba una práctica condicionada cada vez más por el papel social del médico a raíz de la intervención institucionalizada del Estado en cuestiones de salud pública, epidemias, etcétera, que se inició con la creación en 1720 de la Junta Suprema de Sanidad.

Por otra parte, y durante la época ilustrada, el Estado se dedicó a oficializar las principales profesiones sanitarias, cirugía, medicina y farmacia, a fin de reunir las en organismos legales representativos de cada profesión. Dada la creciente importancia que iba adquiriendo la medicina quirúrgica, sobre todo por su servicio durante las campañas militares, el Estado pasó a regular dicho oficio, hasta entonces denostado por una tradición ideológica y religiosa que despreciaba las ocupaciones “manuales”, para darle un espacio profesional al lado de la medicina³⁵¹.

³⁴⁹ Sin que el código Percival fuera formalmente un código de normas numeradas, de mera descripción de mandatos y al incorporar un discurso-sermón en forma de verso sobre las obligaciones del médico, el título de *Código de instrucciones y preceptos adaptados a la conducta profesional de médicos y cirujanos* y su diseño pragmático “para una regulación más legal que deontológica” lo convierten en el primer código deontológico, inspirador de los códigos posteriores como el norteamericano *Code of Medical Ethics* de 1847 de la *American Medical Association* (M. SUÁREZ INCLÁN, *Deontología, Derecho, Medicina*, Madrid, Colegio Oficial de Médicos, 1977, pág. 25).

³⁵⁰ En 1771 el Consejo de Castilla aprobó el proyecto de estudios propuesto en 1766 por el claustro médico de la Universidad de Salamanca. Aquel año Carlos III lo impuso en todas las Universidades. En este proyecto de estudios se sustituyeron los tradicionales textos de Galeno, Avicena y el *Corpus Hippocraticum* por las obras más modernas de Boerhaave, las *Instituciones* y los *Aforismos* (Luis SÁNCHEZ GRANJEL, *Los Estudios de Medicina en Salamanca*, Salamanca, Real Academia de medicina de Salamanca, 1989, citado en A.A.V.V. -Grupo de Trabajo sobre “La Enseñanza de la Bioética”-, *La Educación en Bioética de los Profesionales Sanitarios en España: Una Propuesta de Organización*, Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1999, pág.16).

³⁵¹ Así, el 12 de mayo de 1797 se aprobó un Decreto Real contra el intrusismo en el ejercicio de la cirugía. Y con las Reales Órdenes de 20 de abril de 1799 y de 9 de marzo de 1800 se reconocieron los Reales Colegios de Cirugía-Médica que ya funcionaban en algunas ciudades como Madrid, Cádiz o

En torno a 1810, durante la ocupación francesa, surgió un proyecto de reforma institucional de la enseñanza y de la profesión médica. Se creó la Academia Médico-Legal, la cual tenía competencias docentes y que incluía la «ética médica». Pero el retorno en 1814 de Fernando VII abortó el proyecto³⁵². Sin embargo, en plena «Década Ominosa», en 1827, ese rey creó nuevas Academias de medicina, y reformó la Academia de Medicina y de Cirugía de Barcelona creada en 1786 así como los Colegios de Cirugía y Medicina, todo como parte de una reforma más profunda tendente a ordenar la enseñanza y las profesiones sanitarias al servicio del régimen absolutista a fin de controlar más estrechamente la ordenación del trabajo médico y a los profesionales.

Durante la primera mitad del siglo XIX fue significativo el creciente interés académico y profesional por los tratados de moral médica. Se reeditaron tratados de medievales como las *Cautelas de los Médicos* de Arnau de Vilanova, o renacentistas, como el *Retrato del Perfecto Médico* de Jorge Enríquez, o las *Disertaciones morales y médicas* de Pedro León Gómez del siglo XVIII. Pero también se publicaron nuevos tratados como los de Félix Janer (1781-1865), *Elementos de Moral médica o Tratado de las obligaciones del médico y del cirujano en que se exponen las reglas de su conducta moral y política en el ejercicio de su profesión* (Barcelona, 1831) y el *Tratado completo de Moral Médica* (Madrid, 1847).

En los tratados de Janer se exponen de manera casuística preceptos para el ejercicio de la profesión médica y cirujana que tienen una fundamentación básicamente religiosa “actualizada” con cuestiones relativas a la política médica ilustrada, a la relación de la profesión con la sociedad y el Estado, lo que le permite hablar del ejercicio médico como el de un “sacerdocio laico” y desplegar un ideario adecuado al cumplimiento de este cometido social³⁵³.

Barcelona y tenían que lidiar con la oposición de médicos, de universidades, de los colegios de cirujanos de la tradición medieval y con las reticencias del Protomedicato de Castilla.

³⁵² A.A.V.V. -Grupo de Trabajo sobre “La Enseñanza de la Bioética”-, *La Educación en Bioética de los Profesionales Sanitarios en España*, op. cit., pág. 16.

³⁵³ “Las obligaciones propias de la profesión médica se han llamado los *Oficios* del médico, quien cumpliéndose del modo correspondiente, se porta también según corresponde hacia Dios, el Estado, los enfermos, su profesión y comprofesores, y por fin hacia sí mismo. La Moral médica es el complemento de las Instituciones médicas y quirúrgicas que sin duda serían imperfectas sin ella (...) Los principios en que se fundan la moral religiosa y la moral natural sirven sin duda de base á la médica, que se puede considerar como una modificación y una ampliación, digámoslo así, de una y otra moral” (Félix JANER, *Elementos de Moral médica o Tratado de las obligaciones del médico y del cirujano en que se exponen las reglas de su conducta moral y política en el ejercicio de su profesión*, Barcelona, Impr. Joaquín Verdaguer, 1831, págs. 2 y 5).

En 1831 se aprobó un reglamento relativo a la organización de los colegios profesionales de medicina y cirugía. Este texto fue decisivo en el sentido de que, y desde el punto de vista político, significó que los colegios de medicina nacían con un apoyo oficial de la monarquía absoluta. Ello despertó no pocas suspicacias entre los médicos más liberales.

En este reglamento se reconocía la necesidad de que la medicina y la cirugía fueran desempeñadas por un mismo profesional con una misma base de conocimientos, pues “la Ciencia del curar es única en su objeto, idéntica en su estudio, inseparable en la práctica, nacida en la misma época, y dividida únicamente por razones de conveniencia particular, la sola capaz, juntamente con la ambición, de mantenerla separada”. El texto declaraba también que, por razones de “economía” y “justicia” y conforme a la opinión de profesores eminentes, se enseñara medicina como disciplina común, independientemente de la formación universitaria para la medicina interna, en los *Reales Colegios de Medicina y Cirugía*³⁵⁴.

Para velar por la aplicación de dicho reglamento, se creó la *Real Junta superior gubernativa de Medicina y Cirugía*, jefatura de los *Reales Colegios*. Esta Junta estaba compuesta por tres miembros médico-cirujanos y estaba “bajo la inmediata y exclusiva protección del ministerio de Gracia y Justicia”. Tenía competencia exclusiva para expedir todos los títulos académicos en materia de medicina y cirugía y, de esta manera, se le confería el monopolio en la dirección de toda actividad sanitaria a los colegios médicos³⁵⁵.

La Junta de los colegios, como autoridad “gubernativa”, esto es, como apéndice del Estado, tenía funciones disciplinarias no sólo desde el punto de vista competencial,

³⁵⁴ *Reglamento aprobado y mandado por el Rey nuestro Señor para el régimen científico, económico e interior de los Reales Colegios de Medicina y Cirugía y para el gobierno de los profesores que ejerzan estas partes de la ciencia de curara en todo el reino*, Madrid, Imprenta Real, 1831, págs. 3 y 4.

³⁵⁵ Artículo 19; Capítulo 1: “La Real Junta nombrará Subdelegados para que vigilen acerca de los que ejerzan la Profesión sin el correspondiente título” y artículo 2, capítulo 29: “Los que actualmente esten aprobados de Médicos, Cirujanos latinos, Romancistas, Sangradores y Parteras, seguirán con las facultades y privilegios que en los títulos les tengo concedidos, pero prohibo absolutamente, bajo las penas mas severas que tenga á bien imponer á los transgresores contra mi Soberana voluntad en esta parte, que Cuerpo alguno, Colegio, ó Tribunal en mis Dominios examine, ni expida títulos de aquí en delante de Médicos-Cirujanos, Médicos, Cirujanos-Sangradores, ni Parteras; pues desde ahora en lo sucesivo los exámenes se han de hacer exclusivamente en mis reales Colegios de Medicina y Cirugía que están, ó estuvieren bajo la direccion de mi Real Junta Superior gubernativa, en las Subdelegaciones de medicina, según el artículo 2º del capítulo 21; y respecto de las Parteras, conforme expresa el artículo 13 del capítulo 24; pero siempre en el concepto y calidad de no ser todos estos Establecimientos y Comisiones mas que unos Subdelegados de la Real Junta, la cual deberá expedir privativamente todos los Títulos y Diplomas de su Facultad”.

sino también en lo relativo a la conducta moralmente exigible a los profesionales sanitarios³⁵⁶. En cualquier caso, las sanciones tenían por objeto, según declara dicho reglamento, manifestar la voluntad del Estado en promover la salud del pueblo, evitando el intrusismo, el charlatanismo y el curanderismo y que la “Ciencia de Curar” causase “el buen efecto que el Público tiene derecho de exigir”³⁵⁷.

En 1843 se creó la primera cátedra universitaria de Medicina Legal en Madrid. Su titular, Pere Mata i Fontanet (1811-1877), médico y escritor liberal, fue fundador de la revista *El Propagador de la Libertad* y fue encarcelado varias veces por sus ideas liberales. Y fue titular de la cátedra hasta 1854. Siendo diputado y oficial del ministerio de fomento, y como catedrático de Medicina Legal y Toxicología, intentó introducir las nuevas corrientes europeas, opuestas a la ideología médica oficial más conservadora, defendiendo la visión anatómica de las enfermedades mentales y polemizando contra el hipocratismo imperante. Parece ser que su dedicación a la ética médica fue más bien escasa, a pesar de ser el introductor en España de la medicina legal francesa, la cual, en su país de origen incluía ya en esa época enseñanzas de deontología médica.

La *Circular de la Junta Suprema de Sanidad de 17 de julio de 1846* indica que fue el Estado, y no la corporación médica, el primero que normó en España la conducta deseable de médicos, cirujanos y farmacéuticos en relación con el negocio médico o sanitario y con las competencias entre los profesionales, estableciendo así un marco legal de regulación de *conductas éticas mínimas*, similar al que Estados Unidos y por aquel tiempo fue recogido en el código ético de la *American Medical Association* (AMA)³⁵⁸. En mayo de ese mismo año surgió la voluntad de crear una sociedad general que incluyese a todos los profesionales de la medicina española, la *Confederación Médica Española*, y que también tuvo sus detractores organizados dentro de la clase médica. La confederación dejó de existir en 1849.

³⁵⁶ Artículo 7; Capítulo 29: “Si alguno de los Profesores de esta Facultad, ó de alguno de sus ramos ejerciese el todo ó parte de ella (práctica médica) sin el decoro y honor correspondientes, ó por haber abandonado su estudio y aplicación la practicare sin el buen efecto que el Público tiene derecho de exigir; la Junta Superior gubernativa tendrá facultad de suspender á los que se les comprobare cualquiera de dichos defectos hasta que los unos hubiesen enmendado su conducta, y probasen los otros su idoneidad mediante nuevos exámenes á arbitrio de la referida Junta, que se les harán en el Colegio que esta tuviere por conveniente señalar, abonando las propinas correspondientes”.

³⁵⁷ Artículos 5, 7 y 8 del capítulo 29.

³⁵⁸ Juan José LLOVET DELGADO, *La medicina en España: profesión, responsabilidad y controles*, Madrid, Universidad Complutense (tesis doctoral), 1993, págs. 194-95.

Coincidiendo con la publicación del *Code of Medical Ethics* de la AMA en 1847 se editó en Madrid el *Tratado Completo de Moral Médica* de Félix Janer y las *Máximas de moral médica compiladas por el Dr. José de Arce y Luque*. En 1852 se editó en la misma ciudad una traducción de la obra de Max Simon *Déontologie Médicale* de 1845. En la introducción, Francisco Ramos y Borguella, traductor de la obra, señalaba la necesidad de su publicación con el objeto de que pudiera servir en la enseñanza de la moral médica entonces ausente en la disciplina de la medicina legal en España.

En 1854, a raíz de que el proyecto de ley de sanidad de 1854 que restringía la libertad de elección de médicos por parte de los municipios no entrara en vigor y se viera frustrada la posibilidad de autonomía de los médicos frente al poder municipal, surgió un movimiento denominado “Emancipación Médica”. Este movimiento tendría su continuidad en la “Alianza de las clases médicas” de 1856, disuelta por el Estado ese mismo año al considerar que ese movimiento asociativo constituía un peligro para el orden público³⁵⁹.

A finales de noviembre de 1855, durante el Bienio Progresista, se aprobó definitivamente la Ley de Sanidad. En ella no sólo se reestructuró la sanidad desde la óptica centralista del Estado liberal, sino que se abordaron las cuestiones de orden económico y las condiciones básicas y uniformes para el ejercicio de la medicina. La administración de la sanidad quedaba estructurada jerárquicamente en una intrincada red de organismos consultivos dirigida por el Real Consejo de Sanidad y bajo el control del Ministerio de Gobernación. En una escala inferior al Consejo se situaban las Juntas Provinciales y Municipales de sanidad, presididas respectivamente por los gobernadores civiles y los alcaldes y con vocales representantes de las diferentes profesiones sanitarias, así como del sector político-económico dominante (industriales, comerciantes, propietarios)³⁶⁰.

El control de la profesión y de los servicios sanitarios en general dependía jerárquicamente de la Inspección General y Provincial, esta última ejercida por el Subdelegado de Medicina, un médico nombrado por el Gobernador Civil y que

³⁵⁹ Un representante del movimiento “emancipador” defendía el hecho de que “nuestros médicos han estado siempre emancipados. Entre nosotros a lo sumo hay contratos particulares, verbales y no compromiso formal” (QUET I PUIGVERT, en *La Alianza Farmacéutica Médica*, 10 de febrero 1855, citado en J. M^a. CALBET CAMARASA, M. ESCUDÉ AIXELÀ, *Orígens del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona*, Barcelona: PPU, 1994, pág. 14).

³⁶⁰ Celia CAÑELLAS, Rosa TORAN, *El Col·legi de Metges de Barcelona i la societat catalana del seu temps (1894-1994)*, Barcelona, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 1994, pág. 15.

controlaba a los inspectores municipales. La siguiente escala de control la ejercían los municipios capital de partido judicial y, para el resto de municipios, los médicos titulares. En la base organizativa se situaban los Colegios profesionales para cada titularidad (médicos, farmacéuticos y cirujanos), con un escalafón independiente, y los Jurados Médico-Farmacéuticos Provinciales, los cuales prevenían, estudiaban y calificaban las faltas cometidas por los profesionales sanitarios en el ejercicio de su profesión, a fin de evitar abusos y establecer una moral rigurosa. El origen jurídico de los actuales colegios de médicos puede pues ubicarse en esta ley³⁶¹.

La estructura administrativa y las condiciones legales para el ejercicio de la medicina de la ley de sanidad y sus reglamentos posteriores de 1891 y de 1904 se mantuvieron hasta la Segunda República. Aunque esta ley encontró obstáculos insalvables en la práctica. Por ejemplo, en Cataluña y a diferencia de la España central, la situación de los médicos dependía más directamente de sus clientes que de la relación con la administración, por lo que el ejercicio de su profesión no dependía de manera decisiva del nombramiento o de la continuidad en el cargo según la discreción de los alcaldes. Los médicos rurales tampoco veían satisfechos sus intereses con esa ley.

“Este intento de adecuar la sanidad a una estructura administrativa centralista quedó ocluido, en función del proceso político del siglo XIX, por el mantenimiento del respeto a particularismos y subsidiariedad de instancias en cierta manera autónomas, como la Iglesia o las corporaciones locales; situación que había de generar forzosamente omisión o incumplimiento de las responsabilidades por parte de estos organismos, no siempre dotados de medios económicos para montar los servicios ni preparados para asumir las responsabilidades”³⁶².

También hay que tener en cuenta la composición política liberal o conservadora de aquellos organismos sanitarios presididos por los gobernadores civiles y alcaldes, sobre todo en el periodo de 1875-1901, lo cual llevaba a estos organismos a decantarse “hacia la actuación partidista, a menudo entendida como un uso de atribuciones para

³⁶¹ J. M^a. CALBET CAMARASA, M. ESCUDÉ AIXELÀ, op. cit., págs. 14-15 y Celia CAÑELLAS, Rosa TORAN, op. cit., pág. 15.

³⁶² Celia CAÑELLAS, Rosa TORAN, op. cit., pág. 16.

favorecer mayorías gubernamentales”³⁶³. La inclusión de polémicas partidistas en el seno de la administración sanitaria en torno a temas como el intrusismo profesional, el nombramiento de titulares municipales, la colegiación obligatoria o no, o bien las cuestiones tributarias de los profesionales trascendió obviamente al interior de la profesión misma, ideológicamente dividida.

En el centro del debate corporativo aparecían temas más estrictamente políticos que administrativos, así por ejemplo el anticlericalismo y la necesidad de una ética laica para el quehacer médico o la influencia del movimiento obrero en la concepción del trabajo médico. Eran cuestiones que incentivarían la aparición de múltiples revistas profesionales de diferentes tendencias ideológicas y que enriquecerían las ya existentes con intensas polémicas.

Con la Revolución «Gloriosa» de 1868 se instauró un breve periodo de libertades democráticas que tuvo sus efectos sobre la organización de las profesiones sanitarias. Contra la obsoleta estructura de enseñanza de las facultades se defendió la enseñanza libre, así como la máxima libertad en el ejercicio profesional. Con una fuerte prevención frente a la organización corporativa, se defendía la idea de que cualquier persona podía ejercer la profesión médica sin control alguno a no ser el de las leyes penales.

Sin embargo, las asambleas convocadas por la *Asociación Médico-Farmacéutica* durante ese periodo pretendían mejorar la situación económica y elevar el nivel ético y científico de las actividades sanitarias, a la vez que aportar soluciones al el problema de las crecientes diferencias entre los sectores de médicos rural y urbano, de provincias y de las principales ciudades, diferencias que subrayaban la escasa aplicabilidad de la ley de 1855³⁶⁴.

Las severas diferencias ideológicas y técnicas entre los diferentes sectores de la profesión médica, junto al escaso cumplimiento de la legislación vigente así como la existencia de vacíos legales durante los diversos periodos de cambio político favorecieron la pervivencia de hábitos técnicos y prejuicios morales premodernos.

Sobre todo, dominaba la mezcla de ideas conservadoras en una profesión integrada en un sistema político y económico crecientemente liberal que determinaba una nueva relación con el Estado más compleja. Los sectores más organizados de la

³⁶³ *Ibid*, pág. 16.

³⁶⁴ J. M^a. CALBET CAMARASA, M. ESCUDÉ AIXELÀ, *op. cit.*, pág. 10.

clase médica, los que dirigían las asociaciones y los colegios, debatían la forma de su integración política en un Estado del cual dependían para otorgar mayor eficacia a sus decisiones corporativas relativas a la competencia, organización y control del trabajo médico, a la vez que se preocupaban por mantener un espacio de autonomía, de no-injerencia del Estado, en esas decisiones.

“En definitiva, las dificultades y limitaciones de la aplicación de las disposiciones legales dejaron las puertas abiertas a la prolongación de viejas costumbres y servidumbres facilitadas por la supervivencia de muchas de las instituciones sociales y benéficas del Antiguo Régimen; en medio de estas circunstancias los médicos se vieron inmersos en el dilema de ejercer la profesión bajo los parámetros liberales sin renunciar a los beneficios que les podía suponer el amparo de un Estado del cual, a la vez, desconfiaban”³⁶⁵.

Fue en este contexto en el que surgió el debate en torno a legalización de los colegios profesionales y la colegiación obligatoria. En este debate, las posiciones más liberales que, inspiradas en la tradición revolucionaria francesa, eran contrarias a la reinstauración de corporaciones de carácter gremial intermediarias entre el ciudadano y el Estado, se enfrentaban a otro gran número de posiciones mucho más moderadas.

No sería hasta la asamblea del 15 de octubre de 1872 de la *Asociación Médico-Farmacéutica* cuando se formularon oficialmente propuestas concretas para la legalización de los colegios de médicos y la afiliación obligatoria, aunque tales propuestas no fructificaran por la apatía general de los profesionales y por el nuevo giro político del gobierno con la Restauración monárquica de 1874, que acabó por el momento con las aspiraciones del reconocimiento legal de un espacio de autonomía para la profesión médica.

A pesar del conformismo político de un amplio sector de la clase médica, la mayoría de médicos percibía que la capacitación técnica que poseían tras su larga y específica formación universitaria les otorgaba un *derecho* sobre el control concerniente a su propio trabajo. Tenían, si se nos permite usar la expresión en este contexto, “conciencia de clase” médica. Conciencia de ser profesionales autónomos y por ello representar una «profesión liberal», cuya máxima expresión es el control sobre el propio

³⁶⁵ Celia CAÑELLAS, Rosa TORAN, op. cit., pág. 16.

trabajo y su organización, que deriva de siglos de tradición precedente en la venta de una pericia técnica y de unos conocimientos específicos en la relación privada entre médico y enfermo. Si bien esta tradición estaba en un profundo proceso de cambio por la socialización y politización de la función sanitaria, la exigencia de la profesión era la de la legalización de esa autonomía para ajustarla al «interés general».

La participación cada vez más activa de la clase médica en las políticas sanitarias, su trabajo crecientemente compartido y su realización en instituciones hospitalarias y ya no sólo en la consulta privada, constituían importantes obstáculos al monopolio médico sobre su trabajo. Ahora se trataba de mantener ese monopolio e integrarlo en la estructura administrativa del Estado, ser un apéndice autónomo del mismo.

Por otro lado, el Estado necesitaba del saber técnico de la medicina para sus políticas sanitarias higienistas y también para construir una ideología sobre la “nación saludable” con fuerza de trabajo físicamente disponible, y la medicina necesitaba del espacio legal estatal para respaldar su derecho exclusivo en la organización del trabajo médico. Esto sólo era factible si la clase médica dirigente lograba un acuerdo interno e instituía su profesión en una corporación legal, uniforme y representativa de toda la clase médica: los colegios oficiales de médicos.

La iniciativa legal-corporativista nació paradójicamente a instancias del partido liberal, el cual buscaba en el reconocimiento estatal de los colegios profesionales una “libertad tolerada por el sistema” y que, alejándose de las propuestas más revolucionarias, quería, en definitiva, establecer unos controles sobre el ejercicio de la profesión³⁶⁶. De hecho, buscaba un marco de «orden público» mínimo para el libre ejercicio de las profesiones.

En el ámbito de la medicina, a fin de aunar criterios y con el objeto de dar forma estatutaria a los colegios, había que convenir previamente el sentido y funciones de los mismos, cosa harto difícil por las discrepancias ideológicas internas. Sobre todo entre el sector más conservador, tradicionalista, vinculado a la Iglesia, crítico con las innovaciones científicas y contrario a la propuesta liberal de la colegiación, y el sector más liberal, convencido del carácter mercantil de la actividad pero abierto a la nueva función social del médico y a la incorporación en su saber de las nuevas corrientes científicas europeas, así como promotor de la reorganización institucional de la

³⁶⁶ J. M^a. CALBET CAMARASA, M. ESCUDÉ AIXELÀ, op. cit., pág. 6.

profesión en colegios vinculados al estado. Habría que incluir también en el espectro ideológico de la clase médica al sector más marginal, compuesto por los olvidados médicos rurales y el más sensibilizado respecto a las nuevas relaciones sociales asalariadas y los conflictos político-sociales consecuentes. Este último grupo no veía tan claramente a la actividad médica como una actividad mercantil y meramente privada, y demandaba una reforma integral de la profesión, de su imagen y su relación con la sociedad³⁶⁷.

“Nadie veía con suficiente claridad cuál había de ser la misión del Colegio. Algunos consideraban que debía convertirse en una nueva academia. Una academia que impulsara la investigación. Y así dotaron al Colegio de laboratorios, biblioteca y hemeroteca puestas al día. Otros preferían que además de defender los intereses de clase, ejerciese un control ideológico sobre nuestros médicos. Los de arriba –principalmente los catedráticos de la facultad- temían que el Colegio pudiese regular su actividad. Los de abajo –los médicos rurales- se veían preteridos y subordinados. Todo esto creó un caldo de cultivo donde coincidieron elementos de signo contrario pero unidos en su oposición a la colegiación médica”³⁶⁸.

Sin embargo, podemos avanzar ya que acabaría por imponerse una visión contemporizadora entre los sectores dominantes, el conservador y el liberal, y que se produjo el reconocimiento final por parte del Estado de los colegios de médicos y la colegiación obligatoria a finales del siglo XIX.

Así, el primer paso importante para la legalización de los colegios profesionales del ámbito sanitario se dio en 1878, con la celebración del *Congreso Médico-farmacéutico* que reunió unos doscientos representantes y que contó con el apoyo del entonces director general de Beneficencia y Sanidad. En dicho congreso se pretendió la

³⁶⁷ “La prensa profesional del siglo XIX, también la del primer tercio de la actual centuria, ofrece muy abundantes testimonios de cómo discurrió este nunca interrumpido batallar de los médicos frente al poder político, municipal, provincial o estatal; [...] figura un texto cuya lectura es suficiente para reconocer la distancia ideológica que separa al médico contemporáneo de sus colegas de anteriores centurias. Tras atribuirse a los médicos condición de «obreros», «obreros somos», dice el anónimo autor del manifiesto, se añade: «considerémonos algo menos sacerdotes y algo más partes alicuotas de una sociedad cuyos miembros todos tienen múltiples necesidades» (Luis S. GRANJEL, *Historia política de la Medicina española*, Salamanca, Universidad de Salamanca y Real Academia de Medicina de Salamanca, 1985, pág. 108).

³⁶⁸ J. M^a. CALBET CAMARASA, M. ESCUDÉ AIXELÀ, *ibid.*

creación de un colegio de médicos nacional y otros de ámbito provincial, y conseguir la colegiación obligatoria con la idea de establecer cuotas mensuales por parte de los colegiados para procurar un fondo económico necesario, así como un sello para toda la documentación oficial³⁶⁹.

Los acontecimientos políticos en el ámbito europeo y español de finales de siglo avivaron la necesidad de acomodar las profesiones liberales a la sociedad capitalista y de superar las viejas estructuras gremial-corporativas a través del desarrollo de un nuevo marco asociativo capaz de diseñar las estrategias de las corporaciones profesionales en el Estado liberal.

La renovación de los mecanismos de participación política como consecuencia de las turbulencias sociales durante el siglo XIX favoreció un incremento en la capacidad de presión política de la clase médica para la organización de su trabajo y de la posibilidad de su asociación política, paralela a la administrativa, en sindicatos representativos de sus intereses laborales. En España, sobre todo a partir de 1881:

“cuando la política seguida por Cánovas consiguió integrar en el juego electoral a los oponentes políticos, y los conservadores y liberales iniciaron la alternancia que posibilitó la aprobación y puesta en marcha de leyes modernizadoras –tolerancia hacia el asociacionismo obrero, libertad de imprenta de 1883, ley de asociaciones de 1887, código civil de 1889, sufragio universal masculino-“³⁷⁰.

Mientras que la apelación a la libre sindicación era sostenida por el sector de la clase médica más liberal o el ligado al republicanismo francés, el sector conservador y el liberal moderado apoyaron el modelo corporativo germánico, nacido del temor bismarckiano al sindicalismo socializante y que proponía construir una corporación al amparo del Estado en defensa de sus intereses de clase y con incidencia directa en la administración pública sanitaria y capaz de reclamar un espacio de poder político a través del ejercicio del voto corporativo³⁷¹.

El siguiente paso para la organización de la profesión médica fue la celebración del *Congreso de Médicos Titulares* de 1891 y la publicación en 1892 de las *Bases para una Asociación General de Médicos y farmacéuticos* con la que se creaba una *Junta de Defensa de la Clase Médico Farmacéutica* que solicitó la colegiación forzosa de médicos y farmacéuticos. Ambos acontecimientos fueron la respuesta corporativa

³⁶⁹ J. M^a. CALBET CAMARASA, M. ESCUDÉ AIXELÀ, op. cit., págs. 15-16.

³⁷⁰ Celia CAÑELLAS, Rosa TORAN, op. cit., pág. 20.

³⁷¹ *Ibid.*, pág. 22.

unitaria al Reglamento Benéfico-Sanitario de 1891. El manifiesto fundacional de 1899 de la asociación profesional médico-farmacéutica apelaba a la unión de “clase” y a la defensa contra el intrusismo profesional³⁷².

Los primeros estatutos de los Colegios de Médicos de Madrid, Barcelona y Tortosa fueron aprobados en 1894. Los estatutos del Colegio de Médicos de Barcelona fueron elaborados según las pautas del Colegio de Madrid, previamente instituido, y su reglamento de funcionamiento, organización, financiación y procesos electorales fue aprobado bajo impulso de los dirigentes del gremio de Médicos Cirujanos. Según los estatutos el objetivo del colegio era unir a todos los colegiados, mejorar su vida profesional y velar por los intereses morales de la profesión en su ejercicio y la defensa de sus derechos excluyendo toda discusión religiosa y política³⁷³.

Sin disponer de un código deontológico formal y al uso, cuya falta es achacable a las disensiones entre el sector liberal y conservador de la profesión, las cuestiones relativas a la conducta ética de los profesionales eran consideradas por una “Sección Profesional” del Colegio de Médicos que velaba por el *prestigio de la profesión*, es decir, reducía la eticidad a cuestiones de “etiqueta” o “maneras” y, al igual que los antiguos gremios medievales, podía constituirse en tribunal de honor para juzgar las conductas irregulares.

Mientras tanto, en 1894, coincidiendo con la inauguración de los Colegios de Madrid, Barcelona y Tortosa, el médico y académico José de Letamendi (1828-1897) dedicó un capítulo de su obra *Curso de clínica General o Canon perpetuo de la práctica médica* a la deontología, refiriéndose particularmente a “normas de conducta profesional”. A partir de este momento los tratadistas de Medicina Legal comenzaron a

³⁷² “Urge ante todo [...] intentar una vez más la reorganización o mejor dicho la organización de la clase bajo la base más sólida, la colegiación forzosa [...] esa pléyade de curanderos e intrusos de ambos sexos [...] y de un gran número de médicos que se anuncian haciendo competencia a los charlatanes callejeros y que obran burlándose de la ciencia e insultando el decoro profesional [...] (Acta del 31 de diciembre de 1899, citado en Celia CAÑELLAS, Rosa TORAN, op. cit., pág. 23).

³⁷³ “Los médicos,..., amparándose en la capacitación técnica que les otorgaba la formación específica adquirida en las universidades, no se resignaban a perder el control sobre su propio trabajo, una de las pautas más significativas de las profesiones liberales, y propugnaban el mantenimiento de la regulación de sus comportamientos a través de códigos deontológicos propios, emanados y solamente aplicados a partir de corporaciones controladas por la propia clase. En definitiva, el ejercicio libre de la profesión médica se configuraba como una de las formas de trabajo emblemáticas de la sociedad burguesa, individualista y competente” (Celia CAÑELLAS, Rosa TORAN, op. cit., pág. 17).

introducir cuestiones de ética médica en sus obras y a impartirlas en las universidades españolas³⁷⁴.

Pero tanto la “deontología” como la “sección profesional” avanzaban muy lentamente. La preterición de discusiones de tipo político y religioso en el seno de los colegios de médicos tenía su importancia respecto al mantenimiento de su cohesión interna en una época en la que las posturas políticas y religiosas contrarias habían conducido a enfrentamientos directos que impedía construir una corporación de clase sólida. También las diferencias entre los defensores de una estructura tradicional como la gremial y los defensores de una estructura plural y más flexible como la colegial acababan por llevar a un enfrentamiento político-religioso. De ahí que se insistiera desde la prensa profesional que el colegio sólo podía involucrarse en asuntos profesionales y que sólo con esta finalidad podía disponer de sus fondos económicos. Y de ahí que se señalara la necesidad de que el colegio fuera neutral para no marginar a la mitad de los colegiados³⁷⁵.

Estas consideraciones de “sentido común” profesional iban dirigidas también a respaldar la colegiación obligatoria, insistiendo en la “neutralidad política y religiosa” del colegio, a fin de mantener la solidaridad corporativa, no dificultar el progreso científico y legalizar el *status* médico³⁷⁶.

Se trataba de mantener una actitud oficializada de atemperación política cuyo objetivo principal era salvaguardar la autonomía profesional y acumular el capital de conocimiento científico y técnico a través del desarrollo científico, frente al que menguarían los prejuicios éticos y religiosos que pudieran obstaculizar su progreso. Esta actitud de atemperación política o de “sentido común” pragmático y consecuente con la pervivencia de la institución médico-profesional es la que desde ese momento impregnará todo el discurso de la profesión, incluido el de su ética profesional.

Este objetivo de la legalización de los colegios de médicos quedaba ya de manifiesto en la prensa médica oficial:

“[...] había que combatir los defectos de algunos comprofesores y señalaban la necesidad de asociarse para luchar en “pro de la ciencia, de la profesión y de los pobres enfermos, y luchar

³⁷⁴ Jacint CORBELLA I CORBELLA, *Responsabilitat del metge i de les institucions sanitàries*, discurso inaugural Real Acadèmia de Medicina de Barcelona, Barcelona, 1985, págs. 12-30.

³⁷⁵ J. M^a. CALBET CAMARASA, M. ESCUDÉ AIXELÀ, op. cit., pág. 33.

³⁷⁶ *Ibid.*, pág. 23.

también contra el intrusismo, la deficiencia de las leyes sanitarias y en pro de los intereses y derechos de los colegiados”³⁷⁷.

El Estado también tenía un interés en la legalización de los colegios y en la obligatoriedad de la colegiación. La creación de los Colegios de Médicos respondía también a la necesidad de adaptarse a los cambios en el sistema de tributación profesional para poder ejercer, el cual había pasado del sistema gremial (se pagaba según la pertenencia a la escala de gremios –médicos cirujanos, médicos, cirujanos, médicos homeópatas- lo cual producía agravios y un caos al pasarse muchos profesionales de un gremio a otro) a un sistema de cuotas fijas de patentes para sanitarios, variables según la ciudad o pueblo de residencia, establecido por Real Decreto de 13 de agosto de 1894. El colegio territorial cumplía así una función esencial en la administración de este sistema de contribuciones y ayudaba así al Estado a impedir fraudes a Hacienda.

Por esta vía se consiguió la colegiación obligatoria de médicos y farmacéuticos, ya que los colegios exigían a los profesionales la adquisición de patentes para poder ejercer, y por este motivo comenzaron a establecer un registro de sus asociados con el número de patente.

La colegiación obligatoria se obtuvo finalmente con la aprobación por parte del Real Decreto de 12 de abril de 1898 de los estatutos de los colegios oficiales de médicos. Se establecía un colegio por provincia y, según prescribía el Real Decreto, para colegiarse era imprescindible tener el título universitario de licenciado y pagar la contribución correspondiente, y para ejercer era imprescindible estar colegiado. La colegiación obligatoria implicaba que el ejerciente de médico, aun siendo licenciado, pero que no estaba colegiado, se convertía en un intruso para la profesión. La razón era que no había realizado la contribución económica y ejercía fuera del control corporativo y fuera del control legal del Estado.

En el Real Decreto se recogían muchas de las pretensiones de la clase médica respecto a la misión del colegio: velar por la salud pública (es la incorporación de la nueva función social del médico), combatir el intrusismo, defender los intereses morales de los médicos y favorecer las relaciones entre los colegiados. El colegio estaba

³⁷⁷ Boletín Oficial del Colegio de Médicos de Barcelona, 1, marzo 1897, pág.1, citado en J. M^a. CALBET CAMARASA, M. ESCUDÉ AIXELÀ, op. cit., pág. 32.

asimismo autorizado para amonestar, multar, suspender en el ejercicio y hasta privar de sus derechos profesionales al médico que actuara fuera de la normativa establecida.

La colegiación obligatoria tuvo una fuerte oposición por parte de las principales academias de medicina estatales y de algunos colegios provinciales. Fue anulada en 1903 y restablecida con carácter definitivo por el Real decreto de 15 de mayo de 1917. La oposición a la misma procedió de los sectores más liberales o de los más conservadores de la profesión, los cuales consideraban el colegio profesional como una asociación básicamente voluntaria en la que los miembros sólo se sienten obligados por la aspiración de metas e intereses comunes de tipo científico y moral. Para estos sectores era inaceptable estar sometido a una jurisdicción moral impuesta. Partiendo de la tradición cristiano-paternalista en unos casos, y de la noción del cometido médico como “sacerdocio ejemplar” en otros, sostenían que las obligaciones nacían de uno mismo y no en virtud de la presión legal del Estado. Por eso los partidarios de la colegiación voluntaria rechazaban la reglamentación e imposición del decoro profesional por ley.

Recordemos, sin embargo, que tratadistas de la moral médica, como Max Simon y Julius Pagel, conminaban a los profesionales a organizarse y a elaborar códigos deontológicos sistemáticos y “rigurosos” que, sin ser legales, sí podían servir de pauta conocida de conducta cuya violación acarrearía el deshonor personal y el desprestigio ante la “opinión pública” y ante los pares. Esto podría recordar, en algún sentido, a los tribunales de honor característicos de los gremios medievales. Por eso, para los sectores más liberales se trataba de la negación absoluta de toda jurisdicción moral “terrenal”, reservando la moral a un asunto de la propia conciencia, y reconduciendo el daño a terceros en la actividad médica a lo tipificado por las normas legales, un asunto del Estado según lo que éste defina y castigue como delito³⁷⁸.

Pero una vez que el poder colegial se consolidó a través de la legalización de los colegios y el establecimiento de la colegiación obligatoria se hizo imposible renunciar a reconstruir un discurso ético profesional unitario. Y el colegio se vio obligado a proponer unas normas éticas comunes para toda la profesión que fueran aprobadas por la administración institucional. No se pudo aplazar más esta discusión.

³⁷⁸ Véase el Informe de La Real Academia de Medicina de Barcelona aprobado el 29 de diciembre de 1899 emitido a solicitud del ministerio de Gobernación contrario a la colegiación obligatoria, en J. M^a. CALBET CAMARASA, M. ESCUDÉ AIXELÀ, op. cit., págs. 134-141.

Lo cierto es que durante todo el siglo XIX la división ideológica entre los médicos y los sucesivos vaivenes políticos de los diferentes gobiernos y revoluciones habían impedido que se produjera una codificación deontológica en medicina. La codificación deontológica fue en España, al igual que la codificación civil y por las mismas razones, inevitablemente tardía. El símbolo por excelencia del ajuste político de la profesión a las nuevas circunstancias del Estado liberal, expresión del poder de autorregulación profesional, no pudo advenir en la sociedad española del XIX.

Las nuevas circunstancias socio-económicas y los avances considerables que experimentó el conocimiento científico médico por esa época, gracias a la contribución de las políticas higienistas y sanitarias, obligaron a replantear cuál debía ser la conducta ideal del médico frente a los nuevos problemas sociales para los cuales la moral católica y los preceptos hipocráticos, se decía, resultaban insuficientes si no vacíos. Paralelamente los profesionales sanitarios tenían cada vez mayor presencia pública, dado el incremento de las especialidades, el aumento en la división del trabajo médico, el aumento de los servicios y la organización del trabajo en las cada vez más numerosas instalaciones hospitalarias.

La creciente participación sindical de sectores de la clase médica, así como el efecto de las demandas médicas en los contenidos programáticos de los partidos, también constituyeron otros factores decisivos en la transformación de la imagen pública de los médicos, y justificaron su mayor implicación en los asuntos públicos. Los médicos más comprometidos con el republicanismo incluso lograron crear un estado de opinión con poder suficiente como para que se crearan servicios municipales de prevención y control sanitarios.

A partir de las primeras décadas del siglo XX la sanidad deja de verse en España desde la tradicional óptica de la *relación privada* de consulta para ser considerada una actividad ligada a la política, a la asignación de recursos y competencias de las administraciones locales, y a la sociedad, a un trabajo médico que atiende crecientemente a un objeto masificado –sectores enteros de la población–, cuyas circunstancias socio-económicas y culturales deben considerarse por ser determinantes en los cálculos probabilísticos sobre la morbilidad poblacional.

El conocimiento médico acerca de las causas de la morbilidad trasciende el estudio de las meras causas biológicas para pasar a centrarse en cuestiones como los hábitos de vida, de higiene, de cultura, relacionadas también con las circunstancias

materiales, que rodean al individuo como consecuencia por activa o por pasiva de las políticas sociales y económicas de los gobiernos.

En los congresos médicos se plantean así propuestas en torno a la eliminación de residuos urbanos e industriales, sobre el abastecimiento de agua, las condiciones de habitabilidad de los trabajadores, la asistencia social, etcétera. Son cuestiones de índole social y de gestión administrativa que dependen finalmente no de las decisiones técnicas de la clase médica, sino de las decisiones políticas del Estado.

En este punto resulta determinante ver la conexión que existe entre el saber indiciario de la medicina que se basa en informaciones científico-naturales, saberes técnicos -indiscutidos por los legos- y en informaciones propias de la sociología, sujetas a cálculos estadísticos y probabilísticos, y la toma final de decisiones políticas a partir de esa información aportada por los expertos en medicina³⁷⁹. Esto es, comprender cómo el saber médico determina las decisiones políticas de los gobiernos.

Un buen, o mal ejemplo de esto, son las sugerencias políticas de la literatura médica relativas a la eugenesia que menudean por esta época. Muchos médicos de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, si bien eran conscientes de su función social, no lo eran respecto a las auténticas causas de las enfermedades y menos sobre cómo tratarlas. No veían las causas socio-económicas, culturales o políticas y, embebidos de teorías racistas, consideraban las enfermedades y malformaciones como defectos congénitos erradicables únicamente evitando la generación de “subrazas”.

En cualquier caso, el discurso ético que la profesión debía elaborar a comienzos del siglo XX no podía sustraerse ya a esta función *política* del médico, a la que tenía que integrar con el tradicional altruismo hipocrático y cristiano³⁸⁰.

La enseñanza capaz de vehicular una síntesis entre esos discursos no fue introducida como una disciplina específica hasta el siglo XX en las universidades europeas, y por lo tanto, tampoco en las españolas. La ética médica no tenía rango

³⁷⁹ P. Trisca se refería a principios de los años veinte a los médicos como “sociólogos” y su capacidad para intervenir y “salvar nuestras patrias, nuestras naciones” desde el conocimiento de causa que producen determinadas actitudes sociales modernas (P. TRISCA, *Les Médecins Sociologues*, 1923, citado en *Discurso inaugural del Académico Numerario Dr. D. Luis Cirera y Salse*, Barcelona, Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, 27 de enero de 1924, pág. 20).

³⁸⁰ Un caso extremo de paroxismo en la función social y política del médico lo encontramos en dos obras publicadas en los albores de los años treinta de F. Polo y Fiayo, *El gran esclavo, el médico*, en la que éste es presentado como “esclavo de la sociedad”, su abnegación hacia ella para contribuir a su vez a su “elevación moral y material en el seno de la sociedad” y *El médico gobernante por los fueros del pueblo* (Madrid, Espasa Calpe, 1930), en el que con su “Panmonismo Médico” propone lisa y llanamente la sustitución de la clase política gobernante por la clase médico-profesional a fin de conseguir el bienestar y la felicidad del hombre.

académico de asignatura, aunque prácticamente hasta esa época todas las disciplinas técnicas y con visos de “científicas” de la medicina estaban impregnadas de alguna que otra reflexión moral en alusión a la práctica profesional de los futuros médicos. En algún caso la ética médica se introducía en algunas lecciones de la asignatura de Medicina legal. De ahí la reclamación de su formalización como asignatura obligatoria por parte de Max Simon y de Julius Pagel y posteriormente por G. Payen, E. Martín en sus respectivas *Deontologías médicas*.

En España empieza a reclamarse en los años veinte del siglo pasado por reputados médicos como Blanc i Benet o Luis Cirera Salsé. En este contexto, en la sesión pública inaugural de 1924 de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, el Dr. Luís Cirera i Salsé pronunció un discurso que llevaba por título *Deontología médica. Necesidad de restablecer la enseñanza en nuestras facultades de medicina*. En él el Académico instaba a la creación de un fuero especial para juzgar a los médicos por sí mismos y sobre todo a la creación de cátedras de “Deontología Médica” en las facultades de medicina, en lugar de seguir manteniendo, a criterio de cada profesor, algunas lecciones dedicadas a la deontología médica en la disciplina de Medicina Legal. Sin embargo, su propuesta moral, al igual que la de la inmensa mayoría de representantes de la profesión en las diversas instituciones corporativas, seguía el viejo esquema de la moral católica y la función del médico como un sacerdocio, aunque fuera al servicio de la sociedad.

Las primeras obras españolas de filosofía moral dedicadas a la deontología, no dirigidas exclusivamente a las profesiones, fueron las obras de Eloy Luis André, catedrático de filosofía, tituladas *Deontología de moral práctica ajustada al cuestionamiento oficial de deberes éticos y cívicos* de 1928 y la *Deontología Social* publicado en 1931.

El concepto de deontología como ética práctica era entonces un concepto de moda. En España había la voluntad de ajustar ese saber deontológico a las obligaciones de carácter social y patriótico, sin abandonar el fundamento moral del catolicismo. Las “deontologías” de Eloy Luis André, que constituían una recepción de la filosofía moral de Antonio Rosmini y una traducción de su *Deontología* de raíz kantiana para el público español, contribuyeron a esa voluntad.

En la línea ideológica de un catolicismo ultramontano y una fundamentación iusnaturalista de los deberes, esta vez sí referida a los médicos profesionales, cabe citar el tratado titulado *Código de Deontología Médica* de 1934 (reeditado en 1956) de Luis

Alonso Muñozerro, Arzobispo de Sión, Vicario General Castrense y conciliario de la Hermandad Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián de Madrid. Este tratado nació con la clara vocación de que fuera utilizado en las academias, asociaciones y colegios profesionales como guía de conducta y como referencia censora para las propias instituciones. Se trataba de un tratado de deberes para el médico en el que se hacía una apelación constante a la propia conciencia como el único valor ante “verdaderos casos de conciencia profesional” y no meros casos de corrección social o sometidos a lo que la ley común podía resolver.

La asignatura de “Deontología” se comenzó a impartir como disciplina específica tras la Guerra Civil española, y estrechamente ligada al *código* de Muñozerro. Esta implantación estuvo más al servicio de la propagación de la ideología nacional católica del régimen franquista que al de la satisfacción de las viejas demandas de un sector significativo de la clase médica.

Junto al de Muñozerro, y al calor de esa institucionalización, otros tratados de deontología médica fueron utilizados en las facultades de medicina e izados como insignia de la ética profesional de la época.

Cabe destacar la recepción que tuvo en las universidades franquistas la traducción de un clásico francés de la ética médica de los años veinte, la *Deontología médica. Según el Derecho Natural, Deberes de Estado y Derechos Profesionales* de G. Payen³⁸¹. El objeto de estudio de la deontología médica consiste, según Payen, en los deberes propios del estatuto médico como son los de “justicia” (y Payen piensa en la justa contraprestación por los servicios elevados del médico o en el mantenimiento del secreto profesional), en la “caridad” según la “ley natural” y en “los mismos intereses del médico”. Entre estos deberes Payen incluye “deberes de simple conveniencia, que no constituyen propiamente obligaciones morales” (así los que derivan de las relaciones entre colegas), “la observancia de ciertos consejos profesionales”, con el objeto de crear una opinión favorable para él y para la clase médica, y “la posesión de ciertas cualidades intelectuales (ciencia y habilidad profesional) y morales (conciencia, abnegación,...)”. Al igual que en otros tratados de deontología médica de la época, Payen completa su exposición con la indicación de los derechos del médico correlativos a todos esos deberes: el derecho a la protección del profesional de la medicina por la

³⁸¹ Obra traducida por el presbítero Vicente Piera y revisada y completada por el Secretario-Fundador de la Academia de Deontología Médica de Madrid, Dr. Antonio de Soroa y Pineda, Barcelona, Sucesores de Juan Gili, 1944.

legislación civil (el Estado interviene en el “espacio deontológico” únicamente para proteger los derechos correlativos a los deberes del médico) y el derecho a los honorarios, por ejemplo. Payen recoge así propuestas ideológicas cercanas al liberalismo burgués del XIX, mostrándose conciliador entre las antagónicas doctrinas materialistas o utilitaristas y las espiritualistas y dispuesto a compatibilizar la idea del interés personal con la del interés general, en la línea señalada por Bentham. Así, dice por ejemplo en su *Deontología*:

“Con todo, si la idea de deber es la dominante, no excluye la de *utilidad*; antes al contrario, no nos faltará ocasión de demostrar que la mejor manera de velar un médico por sus *propios intereses* consiste en mantenerse absolutamente fiel a su deber *profesional*”³⁸².

Otro tratado emblemático de la época fue el *Manual de Deontología Médica* de Francisco Peiró, jesuita y profesor de Deontología Médica en la Facultad de Medicina de Madrid, obra aparecida en 1944. Lo importante a reseñar aquí es que existen indicios de que este autor, imbuido de los principios del nacionalcatolicismo, asesoró la elaboración de las *Normas deontológicas* de la Organización Médica Colegial, las primeras formalizadas y oficializadas en España, que acompañaron como apéndice al *Reglamento de la Organización Médica Colegial* de 1945³⁸³. En ese apéndice deontológico, el primer código de deontología médica español, se incluían desde prohibiciones morales relativas al aborto o la contracepción, a normas contra el “maltusianismo” o la limitación consciente de la natalidad y normas relativas a la imagen y las “maneras” de los profesionales.

La enseñanza de la deontología basada en estos textos, cada vez menos funcional en el contexto social desarrollista, fue decayendo en las universidades franquistas hasta su completa desaparición en 1975. La deontología era considerada una asignatura sin evaluación impartida por religiosos y sin ninguna aplicación práctica y esto conllevó que los licenciados en medicina prácticamente nunca reflexionaran sobre las materias deontológicas. En 1963, además, se había derogado el *Reglamento de la Organización Médico Colegial* junto con su apéndice deontológico.

Esta decadencia del interés por lo deontológico fue sin embargo una característica de España, pues en el resto del mundo hubo un interés creciente en la normativa relativa a la práctica médica desde la Segunda Guerra Mundial. Las

³⁸² G. PAYEN, op. cit., pág. 2.

³⁸³ Juan José LLOVET DELGADO, *La medicina en España*, op. cit., págs. 203-204.

declaraciones y tratados internacionales relativos a los derechos y libertades fundamentales de las personas, el Código de Núremberg de 1948, la organización asamblearia de los médicos del mundo y las declaraciones de la Asociación Médica Mundial de Helsinki (1964), Oslo (1970) y Tokio (1975) las cuales establecieron requisitos éticos universales para la experimentación clínica con personas y para el tratamiento médico a personas detenidas o encarceladas, cambiaron significativamente el panorama ético-médico a escala mundial.

Todo esto no podía dejar de tener influencia en nuestro país. La perspectiva de democratización política que se avecinaba tras la muerte de Franco, junto con el aumento vertiginoso de cuestiones suscitadas por los avances tecnocientíficos en materia de salud que replanteaban la persistencia de valores morales religiosos en el ámbito científico y médico, exigían a la profesión médica que estuviese a su altura. Por eso, en los años setenta, la profesión médica española dio un giro radical en su organización interna y en su discurso público, particularmente en su discurso deontológico como emblema de la profesión.

Así fue como, y tras la promulgación de una constitución que dotaba a las instituciones políticas de una organización democrática, que en otros países tenían siglos de antigüedad, se va a dar paso a una, también llegada con retraso, codificación deontológica. Y la Asamblea del Consejo General de los Colegios de Médicos de España aprobó el 23 de abril de 1979 el “primer Código Deontológico Médico español”, en palabras de R. M. Suárez Inclán, presidente de la Academia de Deontología. A este primer código le seguirían la aprobación de códigos deontológicos de diversos colegios provinciales y del consejo general de colegios de médicos de ámbito autonómico.

Estos nuevos códigos no se parecían en nada a las *Normas Deontológicas* de 1945. Utilizaban un lenguaje mucho más neutro, eran más sensibles a los derechos del paciente, reconociendo explícitamente algunos como el de la libre elección del médico. Abordaban sobre todo cuestiones de tipo organizativo y administrativo interno de la profesión y no contenían referencias manifiestas a la moral católica ni indicaciones sobre urbanidad o “buenas maneras”.

En los anteriores tratados españoles de moral médica, utilizados en la práctica como manuales de urbanidad, y según las constantes lamentaciones de los representantes de la clase médica en sus discursos ni siquiera seguidos en la práctica clínica, nadie había escrito nunca nada sobre el alcance de la categoría de “código deontológico”, sobre su naturaleza en relación con la legislación estatal, sobre su ámbito

de aplicación, o sobre su significado que permitiese saber en la práctica a qué debía uno atenerse cuando se juzgase una conducta profesional.

En esos tratados sólo se manifestaba el rechazo a la jurisdicción legal en cuestiones de moral (cosa que coincidía con el liberalismo benthamiano y con el conservadurismo rosminiano) y se señalaba la necesidad de cubrir en todo caso el espacio vacío que deja precisamente la ley. Pero en ningún momento quedaba claro cómo se imponían realmente las normas del código deontológico: ¿por amenaza de la autoridad corporativa?, ¿y si la colegiación no es obligatoria?; ¿por conocimiento de estas normas y la actuación “en conciencia”?; ¿y si no había posibilidad material del conocimiento universal de esos códigos?

Los colegios profesionales, a través de la creación de comisiones de deontología, intentaron dar respuesta a estas preguntas en un contexto de problemas crecientes, derivados del aumento del poder de reclamación de las personas por la ampliación de la titularidad de los derechos fundamentales y la consideración jurídica de los “intereses legítimos” a la vez que del desarrollo de los avances científicos y el aumento progresivo de la oferta sanitaria. Las comisiones de deontología disponían de un sistema sancionador que podía iniciarse a instancia del perjudicado y que disponía de mecanismos finales de control jurídico para hacer cumplir dichas sanciones por parte del Estado. Se creó así un mecanismo paralegal que legitimaba el enjuiciamiento por los pares de los médicos que violasen las normas deontológicas, que en ningún momento era un tribunal de honor, pues actuaba a partir de un proceso de enjuiciamiento sobre la violación de normas objetivas que lo asemejaba a un proceso judicial legal con sus garantías jurídicas.

Por otro lado, las comisiones de deontología de los colegios de médicos asumieron hacia finales de los años ochenta un nuevo papel de instancia de actualización interpretativa de los códigos deontológicos. Pasaron además a funcionar como la instancia impulsora para la reforma de los textos, mediante un sistema procedimentalmente similar al de las democracias formales (presentación de proyectos, votación en asamblea de compromisarios tras discutir y aprobar o rechazar las enmiendas presentadas).

Las últimas actualizaciones de los textos deontológicos (del Consejo de Colegios de Catalunya en 1997 y de la Organización Médica Colegial en 1999) ya han servido para demostrar que el sistema instituido es capaz, al menos, de producir nuevos textos.

Esta función de actualización resulta especialmente importante en el contexto de la revolución tecnocientífica en el que actualmente nos encontramos. A través de ella los colegios y las asociaciones de las profesiones sanitarias han de hacer frente a los nuevos “dilemas éticos” a la vez que buscan soluciones de conservación de los símbolos de su autonomía. En este terreno han de convivir con toda una nueva serie de organismos como los comités nacionales de ética o los comités de ética hospitalaria y con toda una nueva serie de discursos, como el de la denominada «bioética», con los cuales se mezclan y con los cuales a veces colisionan. Pero de ello hablaremos en los próximos capítulos.

Segunda parte

El auge actual de la regulación ética en bionomía: desregulación jurídica y codificación de la ética con procedimientos

Capítulo 4.

La estructura compleja de las relaciones médicas en las sociedades industrializadas

4.1. Introducción: la relación médico-paciente entre lo público y lo privado

Como ya tuvimos ocasión de examinar en el capítulo anterior, el proceso evolutivo del discurso ético en medicina se ve afectado por el paso que va desde el predominio de una relación que ha sido categorizada modernamente como «privada», y que se centra en la relación entre dos sujetos idealmente *aislados* (el médico y el enfermo), que ha resultado conveniente a las aspiraciones monopolistas –sean éstas ideológicamente «liberales» o «conservadoras»- de la profesión, a una interrelación más amplia y compleja entre el médico, su equipo de colaboradores, pacientes particulares, burocracia sanitaria, asociaciones y colegios profesionales, Estado, instituciones de investigación, mercado e industria sanitaria y población en general.

En realidad siempre ha sido difícil caracterizar a la relación médico-enfermo solamente como una relación nacida de un pacto privado aderezado de *bona fides* (y plena autonomía contractual por ambas partes), confianza mutua, conciencia de los derechos y obligaciones exclusivas nacidas de esa relación, perfectamente distinguibles para cada parte y que se resuelven en ese marco pretendidamente autónomo de relación, pues, en asuntos claves en la relación como es el «secreto médico» y la confidencialidad de los historiales clínicos o la obtención del «libre consentimiento informado» han constituido parte de un marco de orden público legal y de protección deontológica en el seno disciplinario de la corporación médica de una relación entendida como «privada».

En cualquier caso, la conciencia corporativa de la *privacidad* de la relación es útil, por otra parte, para el celoso dominio en su campo de la profesión médica, útil para un sistema de protección profesional basado en la autonomía de la voluntad dentro de un marco legal y deontológico de orden público, y útil para la concepción *clientelar* de los pacientes en el contexto actual de una creciente privatización económica y de la gestión del sector público, es decir, de una creciente externalización de las funciones tradicionales del Estado de derecho hacia nuevos ámbitos de poder de gestión experta.

Además, pensamos que no cabe generalizar acerca de la *privacidad* de la relación médico-enfermo mediante proposiciones *descriptivas* cuando resulta que lo que quizás se está haciendo es utilizar ideológicamente, sobre todo desde los propios teóricos de la medicina, proposiciones *prescriptivas* acerca de la privacidad de esa relación. Tampoco está de más considerar que, a pesar de que en último término se sostenga que *existe* o *debería existir* una relación de «confianza» o «amistad» particular en esa relación genuinamente sinalagmática, hay ahora múltiples factores que la despersonalizan y no la agotan, desde luego, en la forma meramente bilateral entre médico y paciente. De ahí que quizás sea más adecuado hablar incluso de *relación clínica* o de *relación sanitaria* en general que de relación *médico-paciente*. A esta concepción más precisa han contribuido factores que van desde una auténtica *administración* hospitalaria de los cuerpos hasta una intervención de todo un equipo de médicos rotatorios. Ello sin contar que en la práctica hospitalaria quien mantiene un trato bilateral, “íntimo”, de contacto directo y de cuidado habitual con el paciente suele ser, en cualquier caso, el personal de enfermería, que se ocupa del trabajo *manual*, mientras que los médicos, en la percepción de la relación jerárquica hospitalaria que tiene el paciente, aparecen como la «autoridad» decisoria y *distintiva*³⁸⁴.

En este nuevo mapa de relaciones la relación individualizada entre médico y paciente queda condicionada por la intervención de otros agentes que actúan en diferentes planos más o menos influyentes en la estructura del campo médico (por ejemplo, el plano económico de financiación de recursos sanitarios, el plano socio-cultural de percepción del saber médico, de la profesión y de su rol social, el plano político de organización de la profesión y sus relaciones institucionales, etcétera), que condicionan las relaciones de poder o dominación internas en el campo médico.

³⁸⁴ En este sentido, un estudio realizado en 2002 por Sue Horrocks, Elizabeth Anderson y Chris Salisbury y publicado en el *British Medical Journal* y que recoge el resultado de 34 trabajos previos (11 ensayos clínicos y 23 estudios observacionales) apunta que el trato y la dedicación al paciente que brinda el personal de enfermería son más satisfactorios y completos que la atención y cuidado de la salud proporcionada por los médicos. Este fenómeno de *distanciamiento* del médico o de *pérdida de intimidad* en la relación médico-enfermo se refleja además en fenómenos recientes, como el de la reivindicación, no sólo por parte de los usuarios de la salud pública sino también de muchos de los propios médicos del sistema público, de un mayor tiempo de atención ambulatoria por paciente, lo que desde la administración se ha ido escatimando dado el incremento del coste público necesario para satisfacer tal reivindicación. Además, existen elementos inherentes al progreso tecnológico en medicina que se circunscriben al trabajo intelectual médico y a su actividad especializada y que abundan en ese proceso de distanciamiento. Por ejemplo, la tendencia a introducir la robótica y la informática o «telemedicina», por imperativos tecnológicos y por una mayor *eficacia*, en la práctica médica. Una práctica que, por otro lado, sigue siendo idealizada como una relación de proximidad, contacto y privacidad con el paciente, mientras esa proximidad tradicional es disuelta mediante la interposición de artefactos crecientemente complejos que sustituyen la *intuición*, “arte” u “ojo clínico” y el *contacto* del médico o mediante la atención *virtual* al paciente (nótese que por ejemplo, el artículo 22 del *Código de Ética y Deontología* de 1999 de la *Organización Médica Colegial* considera como “no ético” el ejercicio de la medicina mediante consultas exclusivamente por Internet). Neil Postman ha dado cuenta de ese proceso de distanciamiento y transformación de la práctica médica con la introducción de la moderna tecnología que impone sus propios imperativos funcionales, redefine al médico y cambia la dirección de su atención respecto la enfermedad y los pacientes (Neil POSTMAN, *Tecnòpoli*, Barcelona, Llibres de l’Index, 1994, págs. 105-119).

La consideración de la dimensión «social» de la relación médico-paciente no deja de ser una obviedad. Pero lo curioso es que esa obviedad no se ha tenido seriamente en cuenta hasta la consolidación en los años cincuenta del siglo XX de la *sociología médica* como una disciplina específica encargada del estudio de dicha relación. La “consistencia social de la enfermedad individual”, la “condición social del médico en tanto que médico” y la “realidad social de la relación entre el médico y el enfermo” son factores en torno al elemento social en medicina que dibujan un sistema de relaciones complejo determinante de la individualidad de cada agente y de la patología misma³⁸⁵. Esta reorientación teórica del saber médico, sobre todo a partir de las reivindicaciones sociales del movimiento obrero, a lo que ha contribuido, entre otras cosas, ha sido, como vimos, a la *socialización de la medicina*: al hecho de que en el plano del discurso jurídico-político se integre un interés político-público (social y económico) y que sea reconocido como «derecho», el derecho a la asistencia sanitaria, y que en el plano del discurso médico ideológico se integre una «moral social» o pública bajo el principio ideal de «justicia (social)», profusamente recogido en los diversos documentos deontológicos, recomendaciones y declaraciones éticas en medicina.

La naturaleza de esta nueva red de relaciones es harto más compleja de lo que hasta ahora se pretendía describir. La perspectiva que al respecto puede ofrecernos la rama de la sociología que tiene por objeto de análisis las corporaciones profesionales, grupos de interés, colectivos de oficio autónomos, etcétera, puede sernos de gran utilidad para, entre otras cosas, ver si sigue siendo válida la matización funcional que el derecho hace entre lo público y lo privado al analizar las relaciones diversas y cambiantes que se dan hoy entre el sector público (la Administración, los órganos políticos), y el sector privado (fundamentalmente el sector económico y corporativo privado), crecientemente mezclados hoy en competencias hasta ahora teóricamente diferenciadas y estancas.

En este sentido, la reducción privatista, contractual, de la relación médico-paciente a una confianza personal *naturalizada*, la reducción que presenta siempre a esta relación como algo estrictamente bilateral y autónomo, en virtud de considerar a ésta en un ámbito de gestión profesional, de naturaleza privada difusa (en cualquier caso con un margen de autonomía respecto el poder jurídico-político), corre el peligro de dejar a un lado aspectos determinantes que no son considerados por los propios médicos en su discurso ético-profesional ni tampoco por el derecho. Nos referimos a aspectos que surgen en las relaciones institucionales entre la profesión y los poderes públicos, las asociaciones sanitarias, las empresas, los laboratorios y centros de investigación

³⁸⁵ Pedro LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, Madrid (1964), Alianza, 1983, págs. 459 y sigs.

públicos o privados, las universidades, etcétera, y en las relaciones internas del propio campo médico³⁸⁶.

Aún desde la perspectiva corporativa de la profesión médica es difícil sostener que la relación clínica se trate hoy de una relación de naturaleza genuinamente «privada» en la que no caben intromisiones de *otros* poderes o *relaciones de fuerza* distintas a las que se dan entre el médico y su paciente. Habría que distinguir, pues, entre lo que se expresa como *voluntad*, deseo, de la corporación médica en lo tocante a la relación de sus agentes con los pacientes, y esa misma relación observada desde un punto de vista externo. La dimensión misma de la actividad médica ha traspasado el umbral tradicionalmente reservado a la privacidad de la relación médico-paciente y ha exigido la intervención de otros agentes provenientes de otros ámbitos de poder (público, privado o mixto) y de otros campos (los de las otras especialidades sanitarias y científicas, el campo económico de mercado, el campo jurídico-político y su subcampo administrativo-sanitario, y el campo ético institucionalizado o “bioético”) con su lógica de poder específica.

En consecuencia, si observamos la relación médico-paciente en el seno de esta complejidad, hemos de considerar, por un lado, una distribución de campos relativamente autónomos (campo profesional –institucional y orgánico-, campo médico, campo hospitalario, campo jurídico-político, campo científico, campo empresarial-industrial, campo social general y sus subcampos asociativos -de usuarios de sanidad pública, de consumidores-, campo bioético y sus subcampos orgánicos –desde las comisiones deontológicas colegiales hasta los comités de bioética-, etcétera). Y por otro lado, hemos de considerar también el modo de organización y regulación de las relaciones sociales según el modelo estructurante de las llamadas «esfera pública» y «esfera privada» de relación con el poder jurídico-político, visto en el capítulo anterior, en las cuales se establece jurídicamente esta distribución de campos en sus relaciones funcionales.

³⁸⁶ El Estado ya ha hecho un intento de ordenación de las relaciones de dominio internas del campo médico de manera que no reviertan negativamente en el servicio de asistencia sanitaria. Al menos esa es su voluntad expuesta en la primera y segunda parte de la exposición de motivos de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, *de ordenación de las profesiones sanitarias* y, por ejemplo, en el artículo 9 de esta ley sobre las *relaciones interprofesionales y trabajo en equipo* que en su apartado tercero establece que “cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas”.

Respecto a las interacciones entre los diferentes campos hay que tener en cuenta que la configuración de las relaciones de poder o de “fuerza” y las “luchas” internas de cada uno, las cuales determinan su estructura y su mayor o menor variabilidad en el tiempo, hace que los diversos campos entren en una red de relaciones funcionales y, en algunos casos, de dependencia (de ahí su consideración de campos con una autonomía *relativa*).

Por ejemplo, el campo o espacio hospitalario privado a pesar de su forma autónoma de gestión determinada por sus específicas relaciones de fuerza, concurrenciales -y también de coordinación y cooperación-, de admisión, de reconocimiento y de rechazo, internas entre sus profesionales y que, en conjunto, mantienen y reproducen la institución hospitalaria depende del campo de la organización empresarial, su lógica de gestión y de distribución de recursos para su rentabilización, materialmente imprescindible para la subsistencia de la institución misma. Dependen, en definitiva de esas llamadas «relaciones institucionales» que están constituidas *de hecho* por las relaciones entre los agentes competentes de cada campo (el hospitalario y el empresarial) en una suerte de intercambio de capitales o productos específicamente beneficiosos para cada campo (o, en términos de Bourdieu, para el mantenimiento de las estructuras de poder específicas de cada campo)³⁸⁷.

En cualquier caso lo que aquí nos interesa particularmente es la forma en la que se ajusta el campo médico en ese mapa distributivo entre “esferas” y “campos” con la idea, al menos, de señalar los principales determinantes estructurales, organizativos, de interacción, de las relaciones que se inscriben en el campo médico. Con ello intentamos mostrar la topografía política (de naturaleza *pública, privada* o *mixta*) en la que se sitúa la corporación médica, y desde la cual se autorregula “éticamente”, y cómo dispone *desde allí* las relaciones entre su actividad técnica, la sociedad y el Estado (es decir, también el ordenamiento jurídico).

Al precisar la posición que ocupa la corporación profesional podremos explicar, en función de ello, las características del tipo de regulación ética y deontológica referida al ámbito de actividades de los agentes de ese campo en general y su implicación en los intereses del conjunto de la sociedad y en el ámbito regulador del Estado. Nos referimos al discurso ético y político de la profesión médica formalizado actualmente, en gran parte, en los llamados *documentos deontológicos* o *directivas éticas*³⁸⁸ (los “códigos deontológicos” o también llamados “códigos de conducta profesional” o “códigos éticos”, las “normas” y “directrices de moral profesional”, los “juramentos” ético-

³⁸⁷ Sobre esto véase el apartado 4.2.1.

³⁸⁸ Estas expresiones convencionales las extraemos de W.T.REICH, *Encyclopaedia of Bioethics*, 1995 (1979), voz *Medical codes and oaths*, vol.III.

profesionales, las “declaraciones” y “convenios internacionales” en materia de ética médica, “cartas de deberes” ético-profesionales) y que son los legítimos herederos de la ambición codificadora de la profesión a la que nos hemos referido en el capítulo anterior.

Para hacer este análisis nos serviremos de la categoría de *campo* que utiliza Pierre Bourdieu para ver, en primer lugar, la distribución relacional de los campos de poder (son campos de “fuerza” y “lucha” interna y externa) médico, económico mercantil y jurídico-político. Bourdieu utiliza esa categoría en su análisis microfísico de los poderes social, jurídico-político y cultural (científico, académico, literario y estético) fragmentados en esas unidades llamadas «campos», unas dentro de otras o separadas pero relacionadas, con una lógica propia aunque permeables a los cambios e influencias básicamente internas. Bourdieu entiende esta categoría como un espacio de fuerzas concurrentes entre los agentes, la estructuración del mismo es la que dibujaría el «campo», y la que determina las prácticas (científicas, artísticas, académicas,...) de los agentes. Ahora, a efectos de facilitar la comprensión mediante una representación gráfica de esas estructuras relacionales, el lector puede imaginarse de forma intuitiva como si esos campos y subcampos en medicina fueran conjuntos y subconjuntos, como espacios específicos *delimitados* y *autónomos* de competencias, lenguajes, hábitos, modos de relacionarse, etcétera, integrados o formando parte unos dentro de otros. No pretendemos ahora fijar criterios ni establecer una taxonomía de campos y subcampos ya que el objetivo del presente trabajo quedaría desbordado. Es de suponer, sin que ello limite nuestras pretensiones, que podríamos considerar igualmente la referencia genérica a «campo» a su vez como un «subcampo» específico de otro campo general y así *ad infinitum*. Por otro lado, tampoco pretendemos analizar aquí con detalle, tal como lo hace Bourdieu, las estrategias específicas de acción de los agentes determinantes de la estructura de un (sub)campo concreto que sea más o menos representativo, ya que requeriría un largo y minucioso trabajo sociológico que escapa a los objetivos y metodología de este trabajo.

Si bien está claro que campos de poder, instituciones y organismos son accionados por individuos con intereses y determinaciones socio-históricas, unas particulares y otras compartidas, nuestra atención se centrará en el horizonte de las relaciones entre las estructuras de los campos, particularmente en las que tienen lugar entre los campos médico, económico y estatal, a fin de comprender el juego del discurso ético en medicina en esas relaciones. Esto es, atenderemos al papel del discurso ético-

profesional en medicina con el horizonte de la reflexión sobre los intereses institucionales de la comunidad tecnocientífica, concretamente la médica, en su relación con el poder económico y político.

No nos olvidaremos, no obstante, de tener en cuenta la especificidad del campo médico. Pues, las particularidades de la tradición profesional-corporativa de la medicina y de la simbología corporativa del discurso ético y deontológico de su propia tradición son elementos específicos que definen la estructura relacional de los médicos como un campo de poder autónomo y que le señalan características propias y bien relevantes.

4.2. La intersección entre «campos de poder» y la autonomía relativa del campo médico

4.2.1. La lógica de «campo» según Bourdieu

El libro *El oficio del científico, ciencia de la ciencia y reflexividad* es la edición del curso que impartió Pierre Bourdieu en el *Collège de France* en 2000-2001 sobre el campo científico, pensando cómo la sociología dominante de la ciencia ha pontificado acerca de las cuestiones epistemológicas sobre el saber y la práctica científica. Se trata de un texto de referencia donde el sociólogo francés utiliza de forma ya madurada el entramado de categorías que nombran las prácticas sociales específicas de determinados grupos de personas y que ha ido perfilando a lo largo de sus extensos estudios sociológicos. Bourdieu sintetiza el sentido de estas categorías, tratado de forma paulatina en los estudios que hizo de cada campo de poder particular (la literatura, el sistema educativo, el arte, el deporte, la masculinidad, el campo económico, la sociología, el derecho, etcétera), y lo hace precisamente a partir del análisis de un campo en el que se integra el saber médico moderno: *el campo del saber científico*.

Nos resulta particularmente atractivo el trabajo de Bourdieu por su rigor y honradez intelectual en el intento de “sacar a la luz los límites históricos de formas de racionalidad naturalizadas y consideradas entonces como universales y atemporales”³⁸⁹, incluyendo sus propios postulados epistemológicos y teniendo como referencia estudios

³⁸⁹ Francisco VÁZQUEZ GARCÍA, *Pierre Bourdieu. La sociología como crítica de la razón*, Barcelona, Montesinos, 2002, pág. 15-16.

empíricos previos³⁹⁰. Esas formas criticadas de racionalidad *ahistorizadas*, o los llamados por Foucault “discursos de Verdad”, habrían perpetuado relaciones de dominación, haciéndolas invisibles e irreconocibles como tales en cada campo de poder, al presentarlas como universales y descontextualizadas de sus condiciones socio-históricas concretas.

Pues bien, el examen histórico-social e ideológico de la medicina y de la profesión médica que hemos realizado en los capítulos precedentes nos aporta material suficiente para considerar a la medicina como un “campo de poder”. Y el examen que hace Bourdieu del campo científico en *El oficio de científico*, particularmente las relaciones del subcampo del laboratorio, nos ofrece un modelo válido sobre el cual examinar la profesión médica señalando las especificidades de ese campo.

La noción de campo en Bourdieu tiene un origen experimental además de ser operativa para el razonamiento crítico que plantea. El autor es además explícitamente consciente de ello de manera que esta categoría le puede servir para revisar sus propias afirmaciones, el proceso de su propio razonamiento, e intentar así evitar el caer en naturalizaciones. La noción de *campo* en la ciencia (natural) permite por ejemplo cuestionar la idea de una «ciencia pura» absolutamente autónoma y desarrollada en función de su exclusiva lógica interna sin considerar su estructura nómica específica, producto de las condiciones socio-históricas que han hecho posible esa estructura que condiciona el acceso a lo “real” (por ejemplo, las reglas del método científico, la objetivación y supresión de juicios de valor, etcétera) y que llamamos descubrimiento científico³⁹¹. También permite el cuestionamiento de la idea de «comunidad científica» como si todos los que han accedido al universo científico como “sabios” o “expertos” formasen un grupo perfectamente homogéneo y unitario. Esta idea también ha contribuido a mantener una ideología de que el saber científico verdadero es uno solo, lo que equivale a decir *legítimo* con todas sus consecuencias políticas, cuando en realidad depende de qué *autoridad* es la que se halla detrás de la afirmación científica procurando que ésta se imponga.

³⁹⁰ El libro *El oficio de científico* que comentamos es un claro ejemplo, enternecedor por otra parte, de autoexamen de los condicionantes de los propios orígenes sociales en la trayectoria epistemológica y académica del autor. Léanse si no las interesantísimas páginas 186 y siguientes de la edición española del citado libro.

³⁹¹ Pierre BOURDIEU, *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*, Barcelona, Anagrama, 2003, págs. 84, 136 y 146. “La ciencia –afirma Bourdieu– es una *construcción que hace aparecer un descubrimiento* irreductible a la construcción y a las condiciones sociales que lo han hecho posible” (ibíd., pág. 136).

El creciente protagonismo de la tecnocracia experta en ámbitos de decisión tradicionalmente político-públicas muestra infinidad de ejemplos de preferencia por parte del poder político del contenido de unos informes científicos respecto de otros, igualmente válidos al seguir por ejemplo una metodología común, procedentes de grupos profesionales, laboratorios, centros de investigación etcétera opuestos respecto de aquellos que elaboraron el informe preferido. Determinadas políticas gubernamentales con consecuencias medioambientales como pudieran ser grandes obras de infraestructura se presentan ante la opinión pública avaladas por informes de “prestigiosos expertos” descartándose las que suelen presentar los grupos y movimientos ecologistas, de iniciativa ciudadana, los partidos políticos de la oposición al del gobierno, etcétera.

Lo mismo sucede en cuestiones «bioéticas» que atañen a la política sanitaria o a prácticas médicas cuya valoración moral encubre opciones ideológico-políticas definidas y el peso concedido a los comités éticos de expertos con participación de representantes de los poderes públicos. O también las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, impulsadas desde la Administración Pública y al servicio de la misma, cuyas recomendaciones son tenidas más en cuenta que las de otros grupos expertos ajenos.

En la confrontación entre discursos científicos la cuestión a plantear no es cuál de ellos es el «verdadero», sino las razones pragmáticas políticas o comerciales que se ocultan detrás de la elección de uno de ellos como «verdadero» y el descarte del otro como «falso» y, en cualquier caso, las razones de la decisión política cuyo acto gubernativo precisa ese “aval” científico o “experto”. De ahí que, en términos bourdieanos de “lucha” en el campo científico haya que considerar la intersección del campo político y económico en la determinación del funcionamiento del *poder temporal* (administrativo, de política científica, presupuestario, de jerarquía interna tipificada legalmente, etcétera) del propio campo científico.

Asimismo la utilidad de la noción de campo permite cuestionar esa visión del mundo científico como un remanso de paz y concordia donde los intercambios generosos entre investigadores, en los que las investigaciones de los grupos científicos del mundo, de cada país y región colaboran solidariamente en un mismo objetivo, fluyen en un tráfico cotidiano transparente y sin obstáculos. Con el análisis de la estructura y la lógica de campo lo que se recoge y explica, tras la observación de lo que sucede en realidad, es “un mundo de luchas, a veces feroces, y unas competiciones en el interior de las estructuras de dominación”³⁹². Lo cual no significa dejarnos llevar por las oposiciones comunes, como por ejemplo *consenso* o *conflicto*, que en este caso reducirían la imagen de campo, y el de la vida científica en particular, a una “guerra de todos contra todos”. Los científicos, los agentes admitidos en el campo científico como tales “científicos”, tienen una *cultura común* que los une y los separa, una cultura que hace posible la competición, es decir, que constituye el arma de la lucha científica, el ámbito de las disposiciones y posibilidades de los agentes en el campo, a la vez que la

³⁹² Se trata de “un mundo competitivo en pos del «monopolio de la manipulación legítima» de los bienes científicos, o bien,... del buen método, de los buenos resultados, de la buena definición de los fines, de los objetos, de los métodos de la ciencia” (Pierre BOURDIEU, op. cit., págs. 84-85).

delimitación de sus competencias, la especialización y organización del trabajo científico³⁹³.

La concepción de la medicina como un saber científico, ligado a su saber principal, el *técnico*, equiparable al de las demás ciencias naturales, conduce a que esas ideas sobre la ciencia y la «comunidad científica» puedan aplicarse en general al campo médico. El análisis posterior nos va a confirmar esto de forma fehaciente³⁹⁴.

a) *El valor relacional del campo y el “juego” de luchas*

Para Bourdieu la noción de campo describe un “microcosmos social”, un “pequeño universo [social] cerrado y separado”, un espacio estructurado de (y por) “fuerzas”(relaciones de poder y competencia en función del “capital simbólico” [capital científico y capital temporal –relaciones, capacidad y poder de gestión o “don burocrático”, distinciones, premios-], que posee cada agente y que determina la posición que ocupa en ese campo) y de (y por) las “luchas” (las diversas *acciones* de fuerza: concurrencia de ideologías, saberes y habilidades, sacrificio de antiguas relaciones del propio campo en aras al incremento del capital personal para la lucha, alianzas, pactos, enfrentamientos...) entre estos agentes, dotados de recursos o “capital” suficiente para ello, y que ocupan posiciones estratégicas (de fuerza) en su campo³⁹⁵.

Queremos insistir en el aspecto *relacional* o social y *estructural* de esa noción construida como instrumento interpretativo de relaciones ocultas de dominación. Porque «campo» supone un espacio cuya estructura es definida por la *posición* que ocupa cada agente por *oposición* (una relación social específica) a los restantes agentes. Estructura

³⁹³ “Los investigadores están unidos por las luchas que los enfrentan, e incluso por las alianzas que pueden unirlos tienen siempre algo que ver con la posición que ocupan en esas luchas” (ibíd., pág.85).

³⁹⁴ El matemático francés Laplace se empeñó, ya a finales del siglo XVIII, en que los médicos pudiesen ser miembros de la *Academie des Sciences* contra la opinión de muchos académicos que afirmaban que la medicina no constituía una verdadera ciencia. Laplace respondió que su admisión era precisamente necesaria para que los médicos “se encuentren y mezclen con los científicos” (Claude BERNARD, *Introducción al estudio de la medicina experimental* [1865], Barcelona, Círculo de Lectores, 1996, pág. 361). Lo que científicos como Laplace pretendían alentar es que la medicina entrase en la dóxica de la ciencia, particularmente de la física, la química y la matemática, que por entonces ya gozaban de un prestigio y reconocimiento sociales fundamentales para constituirse en campo o espacio de poder autónomo y... legitimado.

³⁹⁵ Pierre BOURDIEU, op. cit., págs. 63-64; *Cuestiones de sociología*, Madrid, Istmo, 2000, págs. 112 y sigs., y la, a nuestro entender, acertada interpretación de Francisco VÁZQUEZ GARCÍA, *Pierre Bourdieu. La sociología como crítica de la razón*, op. cit., págs. 118 y sigs.

que delimita, circunscribe, ese espacio social donde tienen lugar las posibles interacciones entre esos agentes (en relaciones de competencia, alianzas, cooperación, etcétera) aunque esta estructura no sea resultado de esas interacciones³⁹⁶. La estructura es consecuencia de la *puesta en juego* de ciertas disposiciones, propiedades o “capitales”, específicos de *ese juego en ese campo*, que son adquiridas por cada agente al formarse y ser admitido en el campo (esas disposiciones, propiedades o capitales cuya posesión es condición de admisión) y que están en relación con la posición que ocupa (en la estrategia del juego) cada agente en ese espacio como espacio de antagonismos específicos.

Se trata, pues, de una estructura de relaciones objetivas que dirigen y orientan las prácticas de los agentes en el campo a la vez que éstas determinan la estructura de esas relaciones. En esas relaciones se engendra el campo y las relaciones de fuerza que lo caracterizan. Los agentes, en palabras de Bourdieu, son “fuentes de campo”, determinan la estructura del campo que los determina, lo que supone en consecuencia determinar “el estado de fuerzas que se ejercen sobre la producción [por ejemplo] científica”³⁹⁷.

Esta noción de campo como estructura relacional difiere de la concepción sistémica e interaccionista de Talcott Parsons³⁹⁸. Para este autor el “sistema social” (que sería un

³⁹⁶ Francisco VÁZQUEZ GARCÍA, op. cit., pág. 118.

³⁹⁷ Pierre BOURDIEU, *El oficio del científico*, op. cit., pág. 65. Palabras que recuerdan a las utilizadas por Castoriadis en su concepción del poder del “imaginario instituyente” humano que concibe al individuo como fabricación social a la vez que éste instituye la sociedad: “la sociedad hace los individuos que hacen la sociedad. La sociedad es obra del imaginario *instituyente*. Los individuos están hechos por la sociedad, al mismo tiempo que hacen y rehacen cada vez la sociedad *instituida*: en un sentido ellos sí *son* sociedad” (Cornelius CASTORIADIS, *El mundo fragmentado*, Buenos Aires, Altamira, 1990, pág. 70). Ambas ideas acerca del poder del individuo en la configuración del entorno relacional que determina, en el presente y en lo sucesivo, las propiedades, la articulación y la manifestación de ese poder mismo, entienden la estructura de las relaciones (o las “instituciones” castoridianas) como algo dinámico, cambiante, a pesar del condicionante de la *herencia* de las “instituciones”, “capitales”, “*habitus*” o “estrategias” histórico-sociales utilizadas en esas relaciones. Ya que a partir de estos elementos heredados se construye la lucha por el “monopolio de la violencia legítima” (ese “discurso de Verdad” de la autoridad), es decir, por la “conservación o la subversión de la estructura de la distribución del capital específico [del campo]” que permite mantener o subvertir el protagonismo en el dominio del campo (Pierre BOURDIEU, *Cuestiones de sociología*, op. cit., pág. 114).

³⁹⁸ Según Bourdieu el de Parsons constituye un “falso paradigma estructural-funcionalista” para la sociología de la ciencia, a pesar de la semejanza respecto el significado práctico entre las definiciones de “campo” y “sistema social”. Dice así Parsons: “Supuesto que un sistema social es un sistema de procesos de interacción entre actores, la estructura de las *relaciones* entre los actores, en cuanto que implicados en el proceso interactivo, es esencialmente la estructura del sistema social. El sistema es una trama de tales relaciones” (Talcott PARSONS, *El sistema social* [1959³], Madrid, Alianza, 1999, pág. 36). El que, según esta teoría, cada actor participe en una relación interactiva con otros dependiendo de su *posición* o *localización* en el sistema social en relación con otros actores, esto es de su *status*, y de lo que el actor hace en sus relaciones con otros, esto es en su *papel* o *rol* (significación funcional para el sistema social de cada agente) no parece discrepar aparentemente del modelo bourdiano de la determinación de la estructura del campo en función del “campo de fuerzas” (*¿status?*) y la *posición* ocupada por cada agente

equivalente a “campo”) lo configura una trama de relaciones *producto de un proceso interactivo* entre actores. Lo significativo es que en la teoría de la acción de Parsons se predetermina un finalismo motivacional, intencional, de corte utilitarista en las *expectativas de acción* de cada agente, es decir, de “orientación” de los actores hacia una *situación de conformidad* que comprende a otros actores³⁹⁹. Para Bourdieu, en cambio, la importancia práctica del papel del agente, de su capacidad de “deformación del espacio de vecindad”, depende de los otros agentes en el campo y de la estructura misma del campo que le confiere esa posibilidad⁴⁰⁰. Y las estrategias empleadas por los agentes, propias de cada campo, no son un “cálculo cínico, la búsqueda consciente de la maximización del beneficio específico [individual o colectivo], sino una relación inconsciente entre un *habitus* y un campo”⁴⁰¹. No son resultado de la connivencia con los demás agentes del campo sino que dependen de las disposiciones concretas de cada agente adquiridas al asumir la estructura del campo y en función de su posición ocupada en ese espacio social. De esta manera, las interacciones, como principio parsoniano de acción de los agentes en un campo, sería para Bourdieu la mediación entre las estructuras del campo y las acciones de los agentes. Bourdieu pone un ejemplo, el de las negociaciones para acreditar o invalidar una teoría en el seno de un núcleo central de investigadores (ese núcleo es la autoridad científica reconocida por la acumulación de capital de sus miembros –“vencedores” en la lucha previa por ocupar esas posiciones estructurantes y determinantes en lo que ha de ser la legitimidad de la ciencia y su uso legítimo-). En este caso de “interacción” lo determinante no sería únicamente los datos experimentales aportados por los agentes, sino “los juicios que entre ellos se hagan sobre cuestiones de honestidad personal, competencia técnica, pertenencia institucional, etcétera”. Cuestiones determinadas por el *habitus* científico y la posición ocupada en esa estructura de relaciones de fuerza concurrentes. Es decir, no sólo por la fuerza y significación de las pruebas experimentales, sino también del crédito concedido a la competencia científica del agente (según las pautas admitidas en el campo científico, según su estructura relacional)⁴⁰².

La metáfora bourdiana de “entrar en el juego” del campo apela a un sentido de ese espacio delimitado por su propia lógica de funcionamiento, es decir, por las

en éste y su acción concurrente en el “campo de luchas” (*¿rol?*). Por otra parte, el modelo sistémico de Parsons ha sido criticado por Laín Entralgo en su aplicación a la relación médico-enfermo (véase, Pedro LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, Madrid, Alianza, 1983, págs. 466-469).

³⁹⁹ “[...] la orientación de los procesos de acción correspondientes se relaciona con el logro de gratificaciones o evitación de privaciones del actor relevante, cualesquiera que estas sean a la luz de las estructuras relevantes de la personalidad. Solo en la medida en que esta relación con la situación sea motivacionalmente relevante será considerada, en esta obra, como acción en sentido técnico [...] Un sistema social –reducido a los términos más simples- consiste, pues, en una pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí en una situación que tienen, al menos, un aspecto físico o de medio ambiente, actores motivados por una tendencia a «obtener un óptimo de gratificación» y cuyas relaciones con sus situaciones –incluyendo a los demás actores- están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos” (Talcott PARSONS, op. cit., pág. 18 y 19).

⁴⁰⁰ “El peso asociado a un agente, que soporta el campo al mismo tiempo que contribuye a estructurarlo, depende de todos los restantes agentes, de todos los restantes puntos del espacio y de las relaciones entre todos los puntos, es decir de todo el espacio” (Pierre BOURDIEU, *El oficio del científico*, op. cit., pág. 65).

⁴⁰¹ Pierre BOURDIEU, *Cuestiones de sociología*, op. cit., pág. 118.

⁴⁰² Pierre BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., pág. 43, e *Intelectuales, política y poder*, Buenos Aires, Eudeba, 2000, págs. 81 y sigs.

estrategias internas específicas condicionadas por un *habitus* particular de sus agentes y la posesión por éstos de un *capital*, “armas” o “bazas” específicas, para dicho juego de relaciones. La especificidad del juego, el grado de “dificultad” advertido en las condiciones necesarias de admisión al mismo y las condiciones para mantenerse en él y competir, indica el grado de *autonomía* del campo.

Volveremos sobre la cuestión de la autonomía del campo más adelante. Aclaremos, ahora, esa terminología para entender la lógica del funcionamiento del campo.

Cada agente implicado en un campo debe jugar al juego de luchas y los aspirantes “deben pagar una cuota de ingreso consistente en el reconocimiento del valor del juego (la selección y la cooptación [por las autoridades y el resto de miembros –o la parte dominante-] le conceden siempre mucha atención a los índices de adhesión al juego, de inversión en el juego) y en el conocimiento (práctico) de los principios de funcionamiento del juego”⁴⁰³.

Así, por ejemplo, para entrar en el campo científico y especialmente en el subcampo por ejemplo de un laboratorio, de un hospital o de un departamento de una universidad (éste en menor medida), primero hay que demostrar la suficiencia «científica» o «investigadora», lo cual implica no sólo haber cursado una licenciatura académica y haber obtenido el título oficial correspondiente, sino también demostrar la posesión de una serie adicional de propiedades o capitales adquiridos (la “inversión en el juego” en forma de saberes, prácticas realizadas, historial académico, línea investigadora –e ideológica-, procedencia, vínculos o relaciones con otros científicos, etcétera y, también, disponibilidad y voluntad para el trabajo en ese campo). Elementos en principio determinantes para la selección (entre otros candidatos) y cooptación, es decir, la *admisión*, puesto que son indicadores de la apuesta del agente por el juego en ese campo, del *reconocimiento de su valor*. Se trata de una serie de condiciones muy privilegiadas para entrar en el campo científico y poder producir según su juego (dominar el lenguaje específico del campo científico, sus reglas metodológicas, su sistema de publicación y de reconocimientos personales, la predisposición para sus prácticas específicas, etcétera). Se refiere a las condiciones socio-históricas de cada agente (origen, familia, clase y relaciones sociales, escuela y formación, inquietudes intelectuales, gustos, etcétera) “que han tenido que confluir para que aparezca una

⁴⁰³ Pierre BOURDIEU, *Cuestiones de sociología*, pág. 115.

condición social tal que permita que las personas que gozan de ella puedan hacer cosas semejantes”⁴⁰⁴.

Por consiguiente, el agente en el campo (sea un científico aislado, o un colectivo como un equipo de investigadores, un equipo médico, o un laboratorio,...) queda definido por el volumen y la estructura del capital específico de diferentes especies que posee, un capital basado en el conocimiento y reconocimiento, es decir, cuya posesión le dará *crédito* en el seno del campo de luchas⁴⁰⁵. Pero no sólo. Por otro lado, el agente en el campo queda definido por la puesta en práctica de todo ese capital, de una manera diferenciada y diferenciadora por estar vinculada a unas condiciones concretas de la formación del agente, y que orienta sus acciones (por ejemplo, en su origen, hacia una disciplina concreta, hacia una especialidad y un “estilo” científico, y dentro del campo, hacia una manera específica de hacer ciencia, arte, medicina, etcétera, de hacer política, de obtener reconocimientos, de subir en la escala jerárquica). Esa puesta en práctica, que no tiene por qué ser consciente, obedece a lo que Bourdieu llama un “sentido práctico de tipo muy especial”, el “*habitus*”.

Este “hábito que hace al monje” tiene dos fases. En primer lugar, las disposiciones del *habitus* del agente, adquirido en su origen, en el ámbito doméstico, de escolarización, etcétera, significativas en la elección de la carrera académica, de la disciplina y la especialización y del “estilo”, es decir, las variables sociales que confluyen en el agente y explican, en parte, las estrategias utilizadas en el campo. Ese

⁴⁰⁴ Pierre BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., pág. 35. Esa dimensión pública, de inversión social, en las mentes científicas, académicas, intelectuales en general, debe hacernos reflexionar sobre el papel de éstas en el contexto mundial de mercantilización de los productos sociales y de los «bienes públicos» en el que toda innovación social tiende a privatizarse. El coste social no computado de la formación de esas “mentes” revierte en beneficios empresariales sin contrapartida alguna por parte de dicho sector económico-privado. El trabajo, sus medios y modos, las condiciones de aplicación, la necesidad y el uso de los productos intelectuales de esas “mentes” queda sustraído del control y decisión ciudadanas no tanto por la defensa oficial de la declarada «libertad de creación científica» que protege su opacidad como de que su autonomía dependa cada vez más de los objetivos empresariales, de la competencia en el mercado de productos tecnológicos, sanitarios o ideológicos que marcan, a su vez, las políticas de «competitividad» entre las naciones más industrializadas. Por ello, esos campos donde trabajan estos *think tanks*, precisan como símbolo representativo de legitimidad (ante los propios agentes del campo y, sobre todo, ante la opinión pública, entendida muy abstractamente) la publicidad de sistemas de autorregulación y autocontrol como los comités de ética, un discurso ético propio formalizado en códigos de conducta, protocolos de actuación, etcétera.

⁴⁰⁵ Bourdieu distingue tres maneras fundamentales en las que el capital puede presentarse (y dependiendo del campo en que se aplique se manifestará de una manera concreta), así tenemos el *capital económico*, convertible en dinero y que queda institucionalizado por ejemplo en el derecho de propiedad; el *capital cultural* convertible, al institucionalizarse, por ejemplo en títulos académicos, premios científicos,...; el *capital social* [o relacional] un capital de obligaciones y relaciones sociales [de reconocimiento social] que puede institucionalizarse por ejemplo en forma de títulos nobiliarios (P. BOURDIEU, *Poder, Derecho y Clases sociales*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2000, pág. 135).

habitus es el llamado *habitus* “primario” o “disciplinario”⁴⁰⁶. En segundo lugar, el *habitus* que es descrito como una competencia rutinaria en forma de técnica, habilidad manual, de “oficio” u “ojo clínico”, de intuición, de realización diríamos “automática” de la teoría incorporada (en el caso del campo científico), un “arte experto” producto de la acumulación de saberes, experiencias, en el que la práctica y el método se confunden⁴⁰⁷. La práctica médica, sería un ejemplo muy ilustrativo de *habitus* específico de campo. Éstos serían los *habitus* “especiales” vinculados a la trayectoria y a la posición en el campo.

Que la *fuerza* vinculada a un agente dependa del volumen y la estructura del capital que posee significa que esta fuerza obedece a “factores diferenciales de éxito (reconocimiento, premios, títulos académicos, publicaciones, subvenciones concedidas...) que pueden asegurarle una ventaja en la competición”⁴⁰⁸. Significa “poseer un gran dominio de los recursos colectivos acumulados”, de los bienes específicos del campo históricamente acumulados y del propio capital social, cultural, o económico del agente, que le permite utilizarlos para competir con ventaja⁴⁰⁹. Dicho dominio manifiesto en las acciones estratégicas del agente dependerá de las disposiciones de sus *habitus* que pongan en práctica el capital acumulado por el agente.

Obviamente la distribución del capital, en nuestro modelo político-social y en cada campo, es una distribución *desigual*, de la misma manera que el proceso de socialización de cada individuo tiene efectos particulares, únicos, en el mismo. Por lo que no podemos afirmar que la entrada y permanencia para cada agente en el juego de cada campo se realice *con* y *en* las mismas condiciones de oportunidad.

No se puede sostener la afirmación acerca de la existencia de una especie de *tabula rasa* común a todos que permita la concurrencia en condiciones de igualdad a pesar del esfuerzo en la objetivación de los mecanismos de admisión en el campo. En cualquier caso, las relaciones de fuerza entre los agentes están determinadas por esa

⁴⁰⁶ Pierre BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., pág. 80 y Francisco VÁZQUEZ GARCÍA, op. cit., pág. 125.

⁴⁰⁷ Pierre BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., págs. 72 y sigs. El *habitus* del científico significa el hecho de “seguir una regla” para “estar en regla”, que el producto científico sea reconocido como válido, legítimo. No hace falta que sea “un acto psicológico de adhesión consciente”, sino que basta dejarse llevar “por un sentido del juego científico que se adquiere mediante la experiencia prolongada del juego escénico con sus regularidades y sus reglas” (ibíd., pág. 77).

⁴⁰⁸ Ibid., pág. 65.

⁴⁰⁹ Ibid., pág. 37.

distribución real de capital cuya posesión determina la posición del agente en el campo, sus disposiciones, y por tanto, determina la estructura relacional del campo (las relaciones jerárquicas internas así como la distribución del poder que Bourdieu llama “temporal”-por ejemplo de política académica, de relaciones institucionales como por ejemplo las de la organización hospitalaria o colegial- o, sobre todo, la determinación de la validez de la producción científica, por ejemplo, mediante la determinación de criterios de publicación, de reconocimiento del prestigio mismo de los medios de difusión de las publicaciones, etcétera).

“[...] el control de una cantidad (y, por tanto, de una parte) importante de capital confiere un poder sobre el campo, y por tanto sobre los agentes menos dotados (relativamente) de capital (y sobre el derecho de admisión en el campo), y dirige la distribución de las posibilidades de beneficio. La estructura del campo, definida por la distribución desigual del capital, es decir, de las armas o de las bazas específicas, pesa, al margen incluso de cualquier interacción directa, intervención o manipulación, sobre el conjunto de los agentes, y limita, más o menos el espacio de posibilidades que se les pueden abrir según estén mejor o peor colocados en el campo, es decir, en esa distribución. El dominante es el que ocupa en la estructura un determinado espacio que hace que la estructura actúe en su favor”⁴¹⁰.

Por otro lado, las disposiciones del *habitus* (el “primario” y el “especial”) del agente indican las posiciones de ventaja o desventaja en el juego de estrategias del campo.

Así pues, las acciones que desencadene el agente en el campo dependerán, en sus fines, en sus medios y en su eficacia de *su posición en la estructura de la distribución de capital* específica de ese campo. Esta posición conlleva unas posibilidades objetivas de acción y unas formas de presión del agente que están inscritas en ella. Pero es que además hay que contar con la *representación* que de esta posición se haga el propio agente y los demás competidores para poder orientar las estrategias de su acción, esto es, las posibilidades e imposibilidades ofrecidas a sus disposiciones, en el campo⁴¹¹.

En definitiva, capital acumulado y *habitus*, las propiedades del agente y sus disposiciones, que en conjunto pueden valer a su vez como capital (el “capital simbólico”) en la estrategia de lucha en el campo dependen, en esa lucha, de la estructura que este campo posea en un momento histórico determinado⁴¹². Y su valor es

⁴¹⁰ *Ibid.*, pág. 66.

⁴¹¹ *Ibid.*, pág. 68.

⁴¹² Francisco VÁZQUEZ GARCÍA, *op. cit.*, pág. 124. El “capital simbólico”, de conocimiento y de reconocimiento de cada agente y que circula dentro de los límites del campo, “es un conjunto de

siempre relacional, es decir, de las relaciones que se constituyen con los otros agentes en función de las posiciones ocupadas por cada uno en esa estructura.

b) La autonomía del campo científico y el poder económico

Nos queda por explicar el atributo de *autonomía* de los campos, el cual es el que nos permite afirmar que tal estructura delimitada por relaciones específicas de “fuerza” y de “lucha” se trata efectivamente de un «campo».

Vimos más arriba que uno de los aspectos sobresalientes de la especificidad del juego del campo, la delimitación de su espacio interno de acción por la posibilidad limitada de ésta al *habitus* del campo de los agentes y a su capital específico para dicho juego, es su autonomía. Pero, ¿autonomía respecto de qué? Y, ¿qué grado de autonomía?

Un campo, como el científico, el médico, el académico o el de la moda tiene una autonomía *relativa* respecto del universo social. La autonomía se constata principalmente en la determinación de la competencia o suficiencia para entrar a formar parte y “jugar” en el campo. Esa determinación es el *derecho de admisión* de agentes que es específico en cada campo puesto que expresa el sistema de fuerzas estructurante del campo. Según sea el grado de “libertad” (y discrecionalidad) en la determinación de las condiciones necesarias de admisión al campo, que incluye las condiciones para mantenerse en él, sus reglas de competencia, e incluye, sobre todo, el grado de libertad en la *valoración permanente, interna al campo*, de esas condiciones (en la valoración del capital científico de cada agente, por ejemplo), podremos aseverar la existencia de un mayor o menor grado de autonomía del campo⁴¹³.

propiedades distintivas que existen en y mediante la percepción de agentes dotados de las categorías de percepción adecuadas, categorías que se adquieren especialmente a través de la experiencia de la estructura de la distribución de ese capital en el interior del espacio social o de un microcosmos social concreto como el campo científico” (P. BOURDIEU, *ibíd.*, pág. 100).

⁴¹³ Respecto la esfera de poder de los expertos (técnicos y expertos en dirección) frente a la dirección política de los gobernantes electos Frank Fischer escribe que “mientras la tecnoestructura de expertos no legisla *per se*, su posición en la estructura política puede ser descrita como una posición de «autonomía relativa»”, en el sentido de que su posición en la estructura del campo jurídico-político está en parte determinada por la lógica específica de ese campo a pesar del poder de influencia de sus consejos técnicos en el diseño final de las políticas públicas (F. FISCHER, *Technocracy and the Politics of Expertise*, Newbury Park (Cal.), Sage Publications, 1990, pág. 27).

“[...] Decir que el campo es relativamente autónomo respecto al universo social que lo rodea equivale a decir que el sistema de fuerzas que constituye la estructura del campo (*tensión*) es relativamente independiente de las fuerzas que se ejercen sobre el campo (*presión*). Dispone, en cierto modo, de la “libertad” necesaria para desarrollar su propia necesidad, su propia lógica, su propio *nomos*. Una de las características que más diferencian a los campos es el *grado de autonomía* y, a partir de ahí, la fuerza y la forma del *derecho de admisión* impuesto a los aspirantes a ingresar en él”⁴¹⁴.

Por consiguiente, no cabe afirmar la autonomía en términos absolutos (se trata de una idealidad). Este grado de autonomía depende de la presión (e intromisión) heterónoma en la determinación de las condiciones de admisión al campo y la ejercida sobre los mecanismos de valoración de la producción (científica, literaria, médica,...) de sus agentes, es decir, un control sobre la *legitimidad* (“científica”, “médica”, o de “*calidad literaria*”,...) de sus productos según sus propias normas.

La presión exógena al campo procede de otros campos de poder con interés en fijar las fronteras del campo, su estructura relacional, de organización y funcionamiento interno, como históricamente, respecto del campo científico o el médico, han ejercido el campo de la religión oficial y el campo jurídico-político del Estado y, sobre todo, en la actualidad el campo económico o, con mayor precisión, el campo de la economía capitalista de mercado.

La inercia a la que lleva la propia especificidad de la estructura relacional del campo indica que la autonomía del campo científico, por ejemplo, es producto de un proceso histórico de conquista sin fin⁴¹⁵. Indica la tensión del campo para regirse por sus propias normas frente a las presiones externas por su control.

Así, la consolidación de la concepción empírico-(bio)mecanicista de la enfermedad en medicina, como concepción dominante en el campo médico (científico y profesional) del siglo XIX, supuso el “descastamiento” de aquellos médicos anclados en una práctica especulativa basada en presupuestos de la medicina antigua y en consideraciones metafísicas en torno a la enfermedad. Vimos en capítulos pasados cómo la consolidación de una línea dominante del conocimiento y reconocimiento del quehacer médico, su institucionalización en el seno del campo médico configurándolo

⁴¹⁴ P. BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., pág. 87.

⁴¹⁵ “El objetivo institucional de esa revolución, convertir a la ciencia en una actividad intelectual diferente bajo control exclusivo de sus propias normas, se alcanzó en el siglo XVII” (Joseph BEN-DAVID, *Éléments d'une sociologie historique des sciences*, Paris, PUF, 1997, pág. 280, citado en P. BOURDIEU, *ibid.*, pág. 88)

así como tal campo, quedó a su vez *representado* en instituciones político-públicas o instituciones profesionales bajo control legal del Estado.

De ahí que los colegios profesionales aparecieran como un “poder temporal” (de gestión y política de la profesión) propio del campo médico que acabarían ejerciendo un control *legal* sobre toda actividad “médica” y, primordialmente, un control sobre las *condiciones de acceso* al campo médico. En este caso, la defensa de la institución profesional de la medicina y de sus intereses comunes no depende tanto de la posesión de capital científico (de tener “autoridad intelectual”) como de la acumulación de capital temporal, poder en la gestión de los intereses comunes de la profesión, de la corporación médica. Así, en la lógica del campo corporativo-profesional el peso de los poderes temporales es determinante de su estructura específica⁴¹⁶.

Hemos apuntado que la fuerza y la forma del derecho de admisión del campo, determinante de su grado de autonomía, se manifiesta en la valoración permanente de la producción científica⁴¹⁷. En la autonomía del campo es básico que la valoración sea realizada por los demás agentes-miembros del campo, es decir, por los *pares*.

“Cada uno de los investigadores comprometidos en el campo está sometido al control de todos los demás, y, en especial, de sus competidores más competentes, lo que tiene como consecuencia un control no menos riguroso que el que ejercen las virtudes individuales por sí solas o todas las deontologías”⁴¹⁸.

La competencia se produce dentro de las fronteras del campo y esa lucha es determinante en la posibilidad de cambio de «paradigma científico» (es decir, siguiendo a Kuhn, la doxología y *habitus* de la comunidad científica que delimita lo que es admisible según su capital científico y temporal y la distribución de éstos) y en la consecuente exclusión de los agentes inadaptados, o las dificultades de entrada o permanencia de los que aportan novedades científicas, o la marginación los defensores

⁴¹⁶ P. BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., pág. 87.

⁴¹⁷ Y también en la observación del *habitus* de campo que, por otro lado, puede referirse también a la manera de ejercer el “poder temporal” –administrativo, político-económico, de negociación, de distribución de premios y honores, etcétera- por parte de la jerarquía para el funcionamiento del campo.

⁴¹⁸ P. BOURDIEU, *ibíd.*, pág. 89. Esto que para Freidson son “mecanismos autorreguladores informales” de la actividad médica, más eficaces que la existencia de normas y procedimientos formales de control, el “sistema de vigilancia profesional autoconsciente” del campo hospitalario que practican los médicos entre sí, por encima del hipotético o cierto espíritu corporativo (Eliot FREIDSON, *La profesión médica*, Barcelona, Península, 1978, págs. 146-147, 158-159).

del viejo paradigma en caso de imponerse uno nuevo⁴¹⁹. Esto es, determinante en el cambio de estructura, en el cambio de las “fronteras” del campo.

Esto significa no sólo la valoración interna (un control sobre la legitimidad del producto científico), entre los miembros del mismo centro de trabajo, sino también la posibilidad de la valoración por los demás miembros de la profesión o del mismo campo de saber o disciplina (es decir, en ámbitos más amplios de agentes *legitimados* para ello, por ejemplo, por la llamada «comunidad científica» de investigadores en ese campo específico que es una disciplina).

Esta legitimación vendría confirmada porque los *pares*, en cuanto tales, son poseedores de capital científico convertido en sentido práctico del juego del campo al que pertenece el agente cuya producción se valora. Por consiguiente, estaría circunscrita restrictivamente a la confirmación dada por ese ámbito de pares que, en puridad, queda restringido a los agentes que actúan y se relacionan dentro de las fronteras o límites del propio campo.

No obstante, cuando hablamos de autonomía *relativa* del campo (científico o médico) y consideramos la posibilidad de la intervención o “presión” de otros campos (económico, corporativo-institucional, experto profano, político-público), el problema de la *legitimación* de los agentes de esos campos externos, para valorar la producción científica de los otros y hacer un uso posible de ella según sus intereses específicos de campo, se plantea por el déficit del *habitus* específico de aquel campo cuya producción se valora y del que adolecen dichos agentes. Es decir, un déficit en el sentido práctico del juego en el que intervienen elementos (capitales) muy específicos, adquiridos y constitutivos de los agentes del campo del trabajo científico académico o experimental o del campo médico-clínico (pueden ser incluso elementos subjetivos, de personalidad, actitudes, maneras de relacionarse del agente candidato, que cautivaron a la jerarquía del campo y posibilitaron su admisión), y que son conocidos y valorados solo por quienes están dentro. Los agentes profanos externos que valoran la actividad tecnocientífica o profesional recurren al servicio de agentes expertos de los campos intervenidos integrándolos en la estructura del campo o subcampo evaluador (un comité

⁴¹⁹ “Cada campo científico necesita «filtros», cada «gremio» tiene su guardián observador (que nosotros, en ciencia, denominamos «perito»), y cuando aparece algo radicalmente nuevo, en un primer momento queda rechazado por ese filtro. Recibir algo nuevo es cansado y está ligado a tensiones y, desgraciadamente, somos también apáticos y no dejamos que cualquiera cuestione nuestras convicciones fundamentales (nuestros prejuicios). No obstante, para lograr imponer un nuevo conocimiento se necesita algo más que competencia científica” (Ernst PÖPPEL, «Handeln im Ethischen-Planen für das Ethische: Persönliche Anmerkungen», en AA.VV. *Ethik und Heuchelei*, Colonia, DuMont, 2000, pág. 15).

ético, una agencia de evaluación tecnológica) o, sin integrarlos, simplemente reinterpretando los datos que aporten según su conocimiento experto solicitado⁴²⁰. Los agentes expertos científicos integrados en el campo de poder evaluador comparten un capital y un sentido general del juego común del campo científico (por proceder originalmente del mismo campo o subcampo, por pertenecer a la misma «comunidad» o disciplina), pero su acto de valoración estará, por otra parte, también condicionado por las propias reglas y estrategias de juego de su campo actual (el que ejerce la presión), por los intereses específicos de éste (y los intereses del agente evaluador en función de la posición que ocupa en el campo que presiona) y por el posible distanciamiento respecto las estrategias de juego específicas del otro campo (científico, médico o tecnocientífico).

Por eso, campos como el del poder jurídico-político o el empresarial externalizan funciones de decisión a subcampos de poder experto que integran a agentes procedentes de disciplinas científicas y técnicas. Lo que no hemos de perder de vista es el juego de estrategias e intereses, fundamentalmente de tipo temporal o político, que funcionan en la institucionalización originaria de esos campos o subcampos expertos ni las que funcionan en su interior para su supervivencia y para la acumulación de capital *experto* necesario en la dinámica expansiva del poder.

También pensamos en el supuesto en el que convergen en unos mismos agentes, por un lado, estrategias específicas del campo de donde proceden, en este caso, estrategias relativas a una función que deriva pura y meramente de su capital y su *habitus* específicos (la teoría y el aprendizaje científicos, y su conversión en *un sentido práctico* propio), y por otro lado, en relación a la función social que realiza en el campo, estrategias “políticas” o “sociales”, derivadas de un capital de poder sobre el campo científico que no es estrictamente científico sino político o “temporal”⁴²¹. De hecho,

⁴²⁰ En palabras de Bourdieu, la ciencia es un inmenso aparato de construcción colectiva utilizado de modo colectivo con el que permite que cada uno de los agentes pueda ponerse de acuerdo con los demás por compartir capitales y *habitus* científicos comunes. Esto conlleva que la *profesionalidad* sea valorada en el propio campo científico por los *pares* en concurrencia y según los procedimientos y rituales propios de su estrategia temporal o política. La apreciación técnica o experta sobre el conocimiento científico o técnico y su uso por el *par* queda fuera de la competencia de otros campos de poder. Por eso, en el enjuiciamiento por ejemplo de la llamada *malpraxis* médica la decisión del campo jurídico, en la función interpretativa jurisdiccional, sin poder entrar al fondo de la cuestión técnica o científica necesitará “vulgarizar” las explicaciones o informes científicos o técnicos aportados en el periodo de prueba por otros agentes del campo científico, y reinterpretarlos en términos del discurso jurídico. Con esta operación, *la decisión científica o técnica induce a la decisión* jurisdiccional que es de única responsabilidad del juez o magistrado.

⁴²¹ P. BOURDIEU, *ibíd.*, pág. 99.

estas estrategias diferenciadas, o “principios de dominación del campo” en un nivel “político”, “temporal” o “social” y en un nivel estrictamente “científico” o “intelectual” convergen, en mayor o menor medida, en cada agente (forman parte de esta estructura de luchas del campo asumida con la disposición al juego) del campo cuya producción se enjuicia.

“Como la autonomía nunca es total y las estrategias de los agentes comprometidos en los campos son a un tiempo científicas y sociales, el campo es el espacio de dos especies de capital científico: un capital de autoridad propiamente científica y un capital de poder sobre el mundo científico, que puede ser acumulado por unos caminos que no son estrictamente científicos (o sea, en especial, a través de las instituciones que conlleva) y que es el principio burocrático de poderes temporales sobre el campo científico, como los de ministros y ministerios, decanos, rectores o administradores científicos (estos poderes temporales son más bien nacionales, es decir, están vinculados a las instituciones nacionales, especialmente, a las que rigen la reproducción de las corporaciones de científicos –como las academias, los comités, las comisiones, etcétera-, mientras que el capital científico es más bien internacional)”⁴²².

Ahora bien, aquí contemplamos concretamente el supuesto en el que el agente o equipo del campo científico entra a formar parte además de otro campo de poder (jurídico-político, empresarial, tecnocrático-corporativo, etcétera), asumiendo como estrategia principal la estrategia temporal o política impuesta por la presión propia de ese campo de poder. Y eso a pesar de que el organismo colegiado experto o el propio agente científico o profesional se sientan o se proclaman “independientes” sobre la base de la fuerza simbólica de neutralidad, objetividad y certeza que histórico-culturalmente implica el capital científico.

Es decir, que en esas *estrategias políticas* cabe distinguir dos ámbitos: el que se corresponde con lo que se practica internamente en el campo científico (por ejemplo, las estrategias e intrigas por conseguir subvenciones o premios u otros modos de reconocimiento mediante la influencia personal, la posesión de capital social-relacional, el favoritismo de la jerarquía por unos agentes respecto de los demás...), y el que se corresponde con lo que se practica en el campo de poder extracientífico, que en el caso de tratarse de un poder temporal institucionalizado (por ejemplo, la comisión deontológica del colegio de médicos, el comité nacional de bioética o las agencias de evaluación de tecnología sanitaria), funciona constitutivamente mediante prácticas burocráticas (la observancia de normas jurídico-positivas, de procedimientos racionales

⁴²² *Ibíd.*, pág. 103.

específicos de decisión *valorativa*, las negociaciones, alianzas y acuerdos, en las que pesan los criterios pragmáticos y el peso ideológico de las jerarquías).

Para aclarar este planteamiento un tanto abstracto pensemos simplemente en el papel desempeñado por los agentes procedentes del campo científico, médico o académico como miembros de esos organismos vinculados a la administración pública con competencias específicas para la evaluación de la producción científica, académica o de la actuación médica, como por ejemplo, las agencias de calidad y de acreditación (del profesorado universitario, de productos farmacéuticos, alimentos, etcétera), los comités de expertos y miembros de comisiones y agencias de evaluación, información y asesoramiento a la administración pública sobre la aplicación de determinadas técnicas científicas o biomédicas, sobre la autorización y validación de investigaciones y ensayos clínicos, biológicos, etcétera, comités “independientes” de valoración de publicaciones científicas, las propias comisiones deontológicas de los colegios profesionales, etcétera.

Suelen ser organismos colegiados con cierto poder decisorio acerca de la *legitimidad* (tanto en su sentido legal o moral como científico) de los productos y actos científicos y médicos, y en los que el peso político de sus estrategias internas es decisivo (no dejan de ser en cierto sentido campos de poder disciplinario o *sensor*), sobre todo cuando cumplen una función de asesoramiento “técnico” o “experto” acerca de las políticas públicas que deberían llevar a cabo los Estados.

Bourdieu no parece sugerir que el problema de la autonomía relativa del campo científico haya que plantearlo *sólo* desde las posibles fuerzas externas que se ejercen sobre él, sino por la estructura y la lógica misma del campo que lo hace más o menos dependiente de demandas externas.

Plantea la lógica de campo con esa dualidad de principios de dominación que éste contiene y que están desigualmente distribuidos entre los agentes del campo científico: los principios de dominación que resultan del capital de autoridad científica y los que resultan del capital temporal, político o social sobre el campo científico que poseen los agentes.

Es decir, la comprensión de la lógica de las luchas científicas (luchas “por el monopolio de la representación legítima de la realidad objetiva”) exige ver la competencia entre agentes, equipos, laboratorios, centros de investigación... como una lucha para conquistar los *medios específicos de producción* para la realización de sus proyectos. Esto es, la obtención de *recursos* necesarios: los propiamente *científicos*, los recursos *financieros* para adquirir tecnología o construir el instrumental y pagar al personal y los recursos *administrativos* para la gestión burocrática, el enlace con otras entidades (públicas o privadas) o la gestión de los puestos de trabajo⁴²³.

⁴²³ *Ibid.*, pág. 104.

Para la obtención de dichos recursos va siendo cada vez más necesaria la *reconversión del capital científico en capital económico*, a medida que aumenta la inversión privada en investigación, sanidad, ciencia aplicada, etcétera, en perjuicio de la inversión pública o “a fondo perdido” (o a medida que el Estado incorpora la cofinanciación privada de los proyectos de investigación, o en la gestión de hospitales, en las universidades públicas,...)⁴²⁴. Esto es, a medida que al producto científico se le exija una rentabilidad económica y que ello obligue a la adaptación de las estrategias científicas del campo a las exigencias de poder temporal, burocrático-político necesarias como vía de obtención de recursos para la producción científica.

“La investigación hacia misiones orientadas, puede sofocar una creatividad que es tan esencial para el descubrimiento. (...) Para aflojar las bolsas de los que pagan, el trabajador científico debe ser hábil en relaciones públicas y en el manejo de ayudas, debe estar dispuesto al compromiso y debe aprender a empaquetar resultados que complazcan las preferencias del cliente. La ciencia refleja las fuerzas sociales que la rodean y si el científico contemporáneo tiene que vivir y trabajar en este mundo su campo de investigación debe reflejarlo. Aunque muy bien podría la sociedad escribir las reglas que han de seguirse”⁴²⁵.

Esta es la manera en la que la “apetencia” o “*illusio*” de las que habla Bourdieu, refiriéndose a la sumisión sin pretensiones del científico al imperativo del “desinterés” de la ciencia, independiente de la autoridad y del dinero, se ven amenazadas⁴²⁶.

⁴²⁴ Desde la esfera político-pública se insiste, desde la década de los setenta en adelante, en la *necesidad* de conceder las máximas facilidades al sector empresarial para sus políticas de inversión y contratación laboral con la idea de delegar la dirección de la política redistributiva de la riqueza y la política de empleo al sector privado de la economía. De cara al exterior, con la mundialización económica, la competitividad empresarial en el dominio de los espacios de mercado mundiales se ha convertido además en el símbolo representativo de la lucha competitiva entre las naciones. Todo ello dirige las políticas públicas en materia de organización de la enseñanza básica y universitaria y en materia de inversiones (I+D) hacia ayudas de todo tipo al sector empresarial, en definitiva, hacia la *privatización de los beneficios sociales* y la *socialización de los costes privados*. El discurso legitimador de ese resultado pivota sobre unas cuantas ideas que se han convertido en lugares comunes en boca retórica de los dirigentes políticos y de la clase empresarial: “la necesaria coordinación entre ciencia básica, la tecnología aplicada y su imbricación en la actividad empresarial como problema fundamental de la investigación nacional”, “la necesidad de no perder el tren de la competitividad que obliga a convertir el conocimiento en innovación”, etcétera.

⁴²⁵ George H. KIEFFER, *Bioética*, Madrid, Alambra, 1983, pág. 458.

⁴²⁶ Esta *illusio* o *fe en el juego* es una propiedad esencial y no visible de los campos. Se trata de aquellos intereses fundamentales comúnmente compartidos por todos los agentes del campo y que van unidos a la existencia misma del campo. Por ello es un “factor de unificación y antídoto contra las fuerzas centrifugas” (en el caso de la ciencia, *el interés específico por el desinterés* manifestado en el interés de racionalidad, objetividad, fidelidad a las reglas del método experimental, al efecto de demostración, al capital científico de procedimientos estandarizados) [P.BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., pág. 118]. El sentido de la “fe en el juego” del científico mantiene una relación con el saber adecuada a este juego, que haga olvidar que el saber ha tenido que ser aprendido e incorporado al *habitus* científico. Ahí radica el “desinterés” por el que luchan los científicos de manera que “(...) el racionalismo, en el sentido que a ese término dan los que se consideran a sí mismos racionalistas, representa también un determinado programa, un determinado valor por el que luchan” (Leszek KOLAKOWSKI, *Tratado sobre la mortalidad de la razón*, Caracas, Monte Ávila, 1993², pág. 201). Es decir, que “de aquí deriva una

“En algunos ámbitos de la investigación la presión de las demandas externas amenaza el desinterés de los científicos, o mejor dicho, el interés específico por el desinterés (como se ve en el campo de la biomedicina, donde, debido a la importancia de las bazas económicas en juego y bajo presión de un entorno competitivo y *empresarial*, asistimos a una inflación del *multiautorship* [o equipos de trabajo, lo cual resta la idea de prestigio individualizado] y al desarrollo de una ética capitalista)”⁴²⁷.

Una de las formas de amenaza al “desinterés” científico es su reconversión en ideología política al servicio de intereses políticos o económicos específicos, de manera que la alusión a este asimilándolo a su «objetividad», ausencia de posicionamiento político y de apasionamiento en su tarea, puede convertirse en un útil de propaganda que oculta esos intereses. El abuso propagandístico por parte de la industria farmacéutica de este desinterés científico da cuenta de su rédito comercial independientemente del servicio estrictamente tecnocientífico necesario para la *producción*.

“Hemos visto mucho del cambiante autointerés de los “desinteresados” para sentirnos muy impresionados por ello; y en general tenemos razón para sospechar que las apelaciones a ver el objeto como es realmente pueden interpretarse como invitaciones para verlo como lo hacen nuestros gobernantes. Una de las victorias ideológicas de la tradición liberal ha sido igualar objetividad con desinterés, creando un poderoso vínculo interno entre ambos conceptos. La sociedad capitalista es un campo de batalla de intereses contrapuestos, y oculta esta violencia incesante bajo el disfraz de ideas desinteresadas”⁴²⁸.

De todo esto podemos deducir, siguiendo a Bourdieu, que el grado de autonomía del campo científico está en función del grado de determinación que tiene la distribución del capital científico en la organización jerárquica de los agentes en el campo con relación a la importancia del capital temporal o político. Así,

“cuanto más autónomo es un campo, más se diferencia la jerarquía basada en la distribución del capital científico, hasta tomar una forma inversa de la jerarquía basada en el capital temporal

complicidad objetiva [entre los agentes] que subyace a todos los antagonismos (...) la lucha presupone un acuerdo entre los antagonistas sobre aquello por lo que vale la pena luchar, es decir, sobre todo lo que conforma el propio campo” (P. BOURDIEU, *Cuestiones de sociología*, op. cit., pág. 114). Las presiones y servidumbres procedentes de fuerzas externas, políticas y económicas, al campo científico amenazan ese acuerdo tácito entre sus agentes trasladando la lógica concurrencial interna del campo a la lógica concurrencial propia de la política y del mercado.

⁴²⁷ P. BOURDIEU, *El oficio...*, op. cit., pág. 95. Y que revierte, por ejemplo, en la práctica ausencia de financiación privada en investigación sobre las llamadas “enfermedades raras”, es decir, las que afectan a una parte mínima de la población, o bien en las que afectan esencialmente a las poblaciones sin recursos de los países empobrecidos del Sur, por la escasa rentabilidad económica para las industrias farmacéuticas.

⁴²⁸ Terry EAGLETON, *Ideología. Una introducción*, Barcelona, Piados, 1997, pág. 211.

(...). [De manera que] las valoraciones de las obras científicas están contaminadas por el conocimiento de la posición ocupada en las jerarquías sociales (y esta contaminación es tanto mayor cuanto más heterónimo es el campo)⁴²⁹.

La presión que ejerce el *campo económico* sobre el campo científico, con un peso históricamente creciente, se manifiesta de múltiples maneras. De una manera directa (financiación o participación accionarial de las industrias farmacéuticas, químicas, biomédicas, agroalimentarias, etcétera, en laboratorios, hospitales, centros de investigación y universidades, financiación de publicaciones científicas, de foros de debate; participación de científicos de la plantilla de esas empresas en organismos de valoración y decisión sobre la producción científica nacional e internacional; premios, galardones, recompensas y reconocimiento publicitario organizado y financiado por la industria, sin contar con las variadas formas de chantaje económico, etcétera), o indirectamente (a través de las políticas estatales, reguladoras y presupuestarias, en investigación, universidades, tecnología, sanidad y profesiones sanitarias, etcétera, en las que hay una creciente participación empresarial mediante convenios del Estado con el sector privado de la economía, por una delegación legal creciente en el sector privado y corporativo profesional de funciones altamente especializadas y técnicas en las que el sector público es cada vez menos competente en su gestión directa, etcétera. Y, en general, por aplicación de políticas económicas liberalizadoras del mercado por exigencias de la llamada mundialización económica a través de foros y organismos político-económicos internacionales).

Cabe mencionar, a pesar de su obviedad, la integración del capital científico, acumulado históricamente y transmitido socialmente, en las diferentes ramas industriales del campo económico-privado, como inversión a bajo coste o sin coste alguno, de capital productivo.

Por ejemplo, la integración de la medicina en la producción y aplicación de tecnología médica o en la industria farmacéutica, donde los imperativos de las demandas empresariales, las políticas de las patentes y la competencia por los mercados, condicionan el capital científico del campo médico en las estrategias de juego de su propio campo. Pero no sólo condicionan la acumulación del capital científico sino que en el campo médico, particularmente, la *illusio* o fe en el juego de su campo, que ha caracterizado históricamente la ideología médica en la relación médico-enfermo

⁴²⁹ P.BOURDIEU, *ibíd.*, pág. 103.

(además de compartir el “interés específico por el desinterés” de las ciencias) por un imperativo del “servicio desinteresado al prójimo”, se ve por ello amenazada.

Consecuencia de esto es la consideración del último beneficiario de los productos sanitarios (medicamentos y tecnología diagnóstica y terapéutica) como un *cliente consumidor* y el médico como un mediador-vendedor (independientemente de su papel en el campo empresarial como *productor*). De forma que el «enfermo-consumidor» acaba por entrar en los estudios de mercado como demandante de productos sanitarios ofertados y la «enfermedad» como una oportunidad para ampliar o abrir nuevos mercados y extender la influencia médica⁴³⁰.

Este es el tratamiento que da a la relación sanitaria la mercadotecnia de la industria farmacéutica que, en connivencia con sociedades médicas y profesionales de “prestigio”, crean nuevas necesidades para la venta de sus productos y servicios. Por ejemplo, la tendencia a considerar los factores de riesgo de enfermedad (colesterol, hipertensión, sedentarismo, obesidad,... y, sobre todo, la información facilitada por los tests genéticos acerca de la *probabilidad* de padecer alguna enfermedad genética) y los problemas personales (ansiedades, fobia social, soledad, menopausia, adicciones, problemas de estética del cuerpo, estrés, etcétera) ligados a problemas socio-culturales, de hábitos de consumo, de adaptación al modelo de sociedad industrializada e impulsiva, a la vida laboral mercantil, de convivencia y supervivencia en el entorno urbano, etcétera, como *enfermedades*, patologías tratables por los expertos del campo sanitario. De este modo, el interés desde el mercado sanitario por ofrecer elevadas cifras de incidencia de esas situaciones y riesgos convertidos en patologías se dirige al sector de la población consumista aparentemente sana contribuyendo al aumento de la *medicalización* de la vida presente y futura. Por esta vía el creciente número de enfermos creados (los obesos, los fumadores, los que padecen piromanía, cleptomanía, tricotilomanía, rascado compulsivo, insomnio, ludopatía, timidez...) produce un aumento de la influencia de y dependencia a los médicos y un aumento de su crédito (no en el plano científico, propio de su campo, sino en el de *legitimidad* en el universo social)⁴³¹.

⁴³⁰ Jean-Pierre DUPUY, Serge KARSENTY, *La invasión farmacéutica*, Barcelona, Euros, 1976.

⁴³¹ El número 324 de abril de 2002 del *British Medical Journal* informaba acerca de la estrategia de algunos laboratorios farmacéuticos, que bajo forma de actividades de educación sanitaria (dirigidas por terceros como fundaciones, asociaciones de afectados, medios de comunicación) buscaba conseguir que la población y hasta los profesionales percibiesen como enfermedades situaciones que no son tales y acabasen por solicitar los productos que esos laboratorios fabrican (“Las compañías farmacéuticas tienen un claro interés en medicalizar los problemas de la vida, y ahora ya existe un enfermo para cada píldora”, Richard SMITH, Ray MOYNIHAN, «Too much medicine? Almost certainly», *BMJ* 2002, 13 abril; 324:859-860 y R. SMITH, «In search of “non-disease”», *BMJ* 2002, 13 abril; 324:883-885 y véase el número 326 de 31 de mayo de 2003, coordinado por Ray MOYNIHAN, «Time to untangle doctors from drug companies», del *BMJ*). “No es extraño que en la sanidad se apliquen las técnicas de inducción del consumo mediante la promoción activa de la necesidad y de la demanda que tan generosamente se emplean en otros mercados y a las que somos particularmente sensibles sin demasiada ayuda. Aunque en el caso de la salud comporte un sufrimiento añadido puesto que reconocerse como enfermo comporta desdicha, aunque se trate de una percepción inducida y, en cierta forma, superflua” (Andreu SEGURA, profesor de Salud Pública de la Universitat de Barcelona, «Los nuevos mercaderes de la enfermedad» en *El País*, 2 de julio 2002). Y, en la línea de vender primero la enfermedad y luego el fármaco apropiado como técnica comercial de algunas compañías farmacéuticas, está el caso del llamado «síndrome de ansiedad social», “aparecido” en los EE.UU. a finales de los años noventa (según un boletín especializado en técnicas de

4.2.2. Un «caballo de Troya» en el campo científico

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, así como las características de la autonomía del campo científico, autonomía relativizada por la incursión del capital económico y la lógica mercantil en el poder temporal del campo para su reproducción, para la supervivencia del capital científico en la lógica competitiva del campo, queremos hacer algunas observaciones conclusivas:

Pensamos que, por un lado, existe una tendencia generalizada al incremento de la *heteronomía del campo científico* porque las estrategias internas del campo se orientan cada vez más, o quizás sea más preciso decir *dependen* cada vez más, al aseguramiento de los medios de producción necesarios para acumular un capital científico competente (así sucede en la competencia entre laboratorios de investigación, tanto públicos como privados, para atraer subvenciones, inversiones y reconocimiento - premios, publicidad...- como capital simbólico reconvertible en inversiones futuras)⁴³².

Ello se debe principalmente a que el Estado, en el contexto político-económico actual, orienta preferentemente la financiación de proyectos de investigación (I+D) de universidades, organismos públicos de investigación y empresas concertadas hacia productos, procesos y servicios para lo que se llama «áreas prioritarias» (tecnología de

mercado, *PR News*, en 1997 y 1998 en los medios de comunicación sólo hubo unas 50 menciones de la enfermedad mientras que en 1999 se habló de ella millones de veces). Se trata de una variedad degenerativa de la timidez, un “nuevo” síndrome mental vinculado parece ser más a causas emocionales que psiquiátricas, y que fue objeto de una fuerte campaña mediática coordinada por una agencia de relaciones públicas que trabajaba para la multinacional farmacéutica *GlaxoSmithKline* fabricante del antidepresivo *Paxil*. En esta campaña se inflaron las cifras de afectados (13% de la población frente al 3,7% según el *National Institute of Mental Health*) y el 96% de las noticias al respecto transmitían el mensaje de que el *Paxil* es el primer y único medicamento aprobado por la *Food and Drug Administration* para el tratamiento del síndrome de ansiedad social. Además en la campaña, que mezclaba educación y publicidad participaban defensores del paciente, afectados y psiquiatras muchos de los cuales reconocieron trabajar como asesores o investigadores pagados por *GlaxoSmithKline*. Ese año, tras este efecto de “vender enfermedades psiquiátricas” la campaña potenció la venta del antidepresivo *Paxil* en un 18% (Sankar Vedantam en *The Washington Post - El País*, 21 julio 2001).

⁴³² De ahí, por ejemplo, la creciente dependencia de los medios tecnológicos en investigación para el desarrollo del campo científico. Medios cuya invención misma requiere un campo autónomo de investigadores. “La ciencia depende cada día más de toda la tecnología de la investigación [*research technology*], que tiende progresivamente a su autonomía para convertirse en una disciplina que ofrece, siguiendo la lógica de su propio desarrollo, nuevas posibilidades a las restantes disciplinas” (P. BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., pág. 126, citando a Terry SHINN, «Formes de division du travail social et convergence intellectuelle. La recherche técnico-instrumentale», *Revue Française de Sociologie*, 3 (3) : 447-473, 2000). De esta manera las disciplinas científicas son heterónomas respecto al campo tecnológico cuya posibilidad depende más, si cabe, del campo económico que puede extraer de ese campo posibilidades de aplicación industrial directa y rentabilizar las inversiones de forma más inmediata.

la producción y de las comunicaciones, agroalimentación y recursos naturales, «calidad de vida» –sanidad, biotecnología, toxicología–), es decir, investigación aplicada con el objeto de innovar el sector productivo, mientras que ha ido reduciendo progresivamente la financiación de la investigación básica o «no-orientada». La política estatal tiende a fortalecer el sistema de «colaboración en red» entre diferentes grupos de investigación dependientes del sector público, y entre éstos y las empresas, y a ofrecer ayudas al sector privado para su inversión en investigación⁴³³.

En el sector sanitario, la tendencia es a abandonar a los médicos, que han sido formados en las universidades y hospitales públicos, a un trabajo solitario sin presentar, además, un verdadero frente al *lobby* farmacéutico⁴³⁴. La legislación que garantizaba

⁴³³ En España se crearon al efecto en el 2003 las «Redes Temáticas de Investigación Cooperativa» y, a pesar de la preocupación por la posible injerencia de las empresas a través de esa red, por ejemplo, en el diseño y evolución de los ensayos clínicos, porque pueden llegar a decidir no sólo los tratamientos sino las políticas sanitarias mismas, desde el gobierno se ha argumentado la necesidad de que en el campo científico permeabilice *la lógica del beneficio empresarial como mecanismo impulsor del progreso científico* (véanse las declaraciones de la entonces ministra de Sanidad, Ana Pastor, en la conferencia *Tribuna de Barcelona* de 24 de febrero de 2003). En una época en la que se aplican medidas drásticas de reducción del gasto público para alcanzar la “competitividad” del Estado y el déficit cero, “es política general de todos los países que cuanto mayor es la lejanía de un proyecto de I+D al producto comercializable, más alto es el riesgo y, por tanto, mayor debe ser la incentivación económica de los fondos públicos” (J.M. ROJO, «El Estado y la actividad científica» en J.M. LÓPEZ PIÑERO (coord.), *España. Ciencia*, Madrid, Espasa-Calpe, 1991, pág.130). De ahí el interés en canalizar la mayor parte de la carga del I+D hacia el sector empresarial, por ejemplo, a través de planes concertados de investigación en las empresas en los que éstas desarrollan el proyecto de investigación teniendo como socio a un laboratorio de investigación público (un departamento universitario por ejemplo). Lo cual indica simplemente que las empresas pueden hacer valer sus derechos de propiedad sobre el producto o proceso investigado. Una consecuencia de esto es que, tal como ha sido denunciado dentro del campo científico mismo, el 90% o más de la investigación médica se orienta a la mejora de la salud de los habitantes del primer mundo, dejando de lado los gravísimos problemas sanitarios que afectan a los países en vías de desarrollo: “(...) A modo de ejemplo, basta recordar que en el vademécum español hay más de 50 fármacos con actividad ansiolítica o antidepresiva, muchos de ellos de reciente desarrollo y comercialización. Por el contrario, la leishmaniosis (una enfermedad que según la OMS afecta a más de 12 millones de personas en el mundo) se sigue tratando con el mismo producto (...) desde 1935. (...) Para nuestros políticos la investigación es, fundamentalmente, un elemento de la competitividad de las empresas. (...) Cada vez se habla menos de investigación y de ciencia y más de “desarrollo tecnológico” e “innovación empresarial” como si fueran sinónimos. (...) El nuevo catecismo es simple: hay que obligar a los investigadores de los centros públicos a trabajar en los temas que marquen las empresas y a presentar los proyectos de investigación conjuntamente con las empresas. Hay que traducir de forma rápida las inversiones en I+D en productos nuevos, en innovación empresarial, en cuotas de mercado de “nuestras” empresas (...)” (Lluís FERRER, «Ciencia y empresa: la otra cara de la moneda», *El País*, 26 setiembre 2000).

⁴³⁴ La oleada de fusiones entre multinacionales farmacéuticas de los últimos años ha concentrado el 50% del mercado mundial de medicamentos en una decena de empresas. Su poder llega a las conexiones directas entre las élites gobernantes y los intereses comerciales de esa industria (no sólo porque la concurrencia del mercado establece la estructura de dominio político internacional –esto es, de concurrencia *política*- de las naciones “representantes” de esas multinacionales que diseñan el mercado mismo sino también por cosas como la financiación de partidos políticos o campañas electorales de futuros gobernantes). La autoridad político-pública está condicionada por esa presión y es renqueante respecto al control de la relación entre las necesidades sociales de salud y las prioridades de desarrollo de uno u otro fármaco, es decir, las prioridades en la línea de investigación y tratamiento o las políticas

unas condiciones mínimas de independencia del campo científico y médico concentra su atención en un marco de ordenación general y de legalización de estos campos y de sus instituciones autorreguladoras y deja, en el desarrollo de la organización y actividades de esos campos, cada vez más márgenes en los que el campo de poder económico privado puede imponer sus criterios de gestión y sus intereses en el campo científico que contrata o en la organización misma del campo médico. La autonomía económico-privada se impone así absorbiendo la autonomía del campo científico y médico como *input* productivo.

En este sentido, resulta de una importancia significativa las recomendaciones realizadas por el comité de expertos sobre prácticas restrictivas en los negocios (*Committee of Experts on Restrictive Business Practices*) de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico a sus estados miembros para que desregularicen y adapten su legislación contra las normas y prácticas existentes restrictivas de la libre competencia de la actividad profesional (*Competition Policy and the Professions*, aprobado por el consejo de la OCDE el 5 de diciembre de 1984). De manera que, en lo que nos atañe, los Estados intervengan en la autonomía de los colegios y asociaciones profesionales para vetar las medidas de autorregulación corporativa que obstaculicen la libre competencia.

En consecuencia, a fin de obtener los medios de producción científica y así poder alejarse del sector marginal (y marginado) del campo hay que acumular por otra vía, *no-científica* (“política” o “temporal”, de gestión burocrática y negociación sobre la práctica científica), capital temporal, es decir, capital de poder (administrativo, político, estratégico de mercadotecnia,...) sobre el trabajo estrictamente científico al que condiciona⁴³⁵.

preventivas. “Este distanciamiento de la política (que no es más que la otra cara de la Seguridad Social) no es irremediable. Sería posible que pacientes y médicos se reintegraran a la elección de los tratamientos –como se hace, sin esperar la invitación, con los enfermos del SIDA-. Para ello sería necesario, en primer lugar, eliminar los obstáculos intelectuales sólidamente puestos por los laboratorios, que aseguran la carrera de los investigadores científicos abriendo unos mercados y restringiendo otros; comprando la indulgencia o la complicidad de ciertos medios de comunicación; adulando a «los buenos prescriptores» y guardándose de los médicos «anticuados» que se contentan con recetar buenos viejos medicamentos ya experimentados... La industria, bien anclada financieramente y disponiendo de fabulosas cantidades cash, hace reinar, sobre el conjunto de protagonistas, una terrorífica policía del pensamiento. La pequeña corrupción ordinaria penetrada por estas prácticas ha acabado por gangrenar, en todos los escalones, el contrato social firmado alrededor de la sanidad pública” (Philippe RIVÈRE, «“Big Pharma” o la corrupción ordinaria”, en *Le Monde diplomatique*, 96, octubre 2003, pág.13).

⁴³⁵ Uno de los ejemplos más escandalosos de lo que aquí se expone es el de la creciente prevalencia de los intereses comerciales de las empresas farmacéuticas sobre los intereses científicos en los ensayos clínicos que tienen lugar en los hospitales universitarios los cuales se limitan a aportar datos de experimentación clínica. Con estos datos la industria farmacéutica busca comercializar sus productos mediante severos convenios con esas entidades investigadoras en los que impone un control en el desarrollo de la investigación y la publicación de los resultados, según reveló un informe del 2000 publicado en *The New England Journal of Medicine* (Thomas BODENHEIMER, «Uneasy Alliance – Clinical Investigators and

“Todo lleva a pensar que las presiones de la economía son cada vez más abrumadoras, en especial en aquellos ámbitos donde los resultados de la investigación son altamente rentables, como la medicina, la biotecnología (sobre todo en materia agrícola) y, de modo más general, la genética, por no hablar de la investigación militar. Así es como tantos investigadores o equipos de investigación caen bajo el control de grandes firmas industriales dedicadas a asegurarse, a través de las patentes, el monopolio de productos de alto rendimiento comercial; y que la frontera, desde hace mucho tiempo imprecisa, entre la investigación fundamental, realizada en los laboratorios universitarios, y la investigación aplicada tiende poco a poco a desaparecer: los científicos desinteresados, que no conocen más programa que el que se desprende de la lógica de su investigación y que saben dar a las demandas «comerciales» el mínimo estricto de concesiones indispensable para asegurarse los créditos necesarios para su trabajo, corren el peligro de encontrarse poco a poco marginados, por lo menos en algunos ámbitos, a causa de la insuficiencia de las ayudas públicas, y pese al reconocimiento interno de que disfrutaban, a favor de amplios equipos casi industriales, que trabajan para satisfacer unas demandas subordinadas a los imperativos del lucro”⁴³⁶.

En este proceso de absorción del campo de poder económico no hay que desdeñar como un fenómeno marginal los “cantos de sirena” del lucro, de la ganancia personal, de las condiciones ambientales, de escenografía, incluso de estética distintiva, de aparato y magnificencia en los centros de trabajo y en las prebendas que ofrecen las empresas a los científicos y profesionales. Es esta una situación que afecta a la lógica competitiva específica del campo médico y que convierte la lucha por un mayor capital científico en una lucha por acumular capital económico (en él incluimos bienes de lujo, objetos y modos de vida expresivos de una distinción social)⁴³⁷.

the Pharmaceutical Industry», *NEJM*, 20, 342: 1539-1544, 18 mayo 2000). Esta información contrasta con la línea política adoptada con posterioridad por la propia revista, según denunciaba en junio de 2002 el *British Medical Journal*. El *NEJM* empezaba a publicar artículos y editoriales de médicos e investigadores sobre productos de las compañías farmacéuticas que recompensaban a dichos expertos: “El *New England Journal of Medicine* está flexibilizando sus pautas, tanto tiempo mantenidas, relativas al conflicto de intereses de manera que ahora puede publicar las evaluaciones sobre nuevos fármacos realizadas por investigadores con vínculos económicos con los fabricantes porque no puede encontrar expertos suficientes sin vínculos económicos con las compañías farmacéuticas. Los editorialistas de la revista argumentan (*NEJM*, 2002; 346:1901-2) que este giro supone que sus lectores estarán mejor informados y con mayor puntualidad sobre los fármacos que acaban de salir al mercado y que han sido estudiados únicamente en pruebas financiadas por la industria. Los editorialistas admiten que existe un riesgo de que la objetividad de los autores pueda quedar comprometida, pero, por otro lado, dicen que puede que los doctores tengan que depender de las compañías farmacéuticas para la información acerca de los nuevos tratamientos” (S. GOTTLIEB, «*New England Journal* loosens its rules on conflict of interest», *BMJ*, 2002, 22 junio; 324: 1474). Estas acusaciones ejemplifican aún más la pérdida de autonomía del campo científico (basada en “el interés específico por el desinterés”) a la vez que muestra la lucha competencial en el seno del campo científico, representada por la concurrencia entre dos publicaciones científicas de “prestigio” por la posición en la escala del *Citation Index* y el incremento de su crédito y de sus ventas.

⁴³⁶ P. BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., pág. 8.

⁴³⁷ Pensamos, por ejemplo, en el caso, reiteradamente denunciado, de las tácticas utilizadas por las firmas farmacéuticas y de tecnología médica para “comprar” a los médicos a cambio de que receten y usen sus productos mediante regalos, invitación a congresos que justifican viajes de lujo, participación en los negocios, etcétera. Por ejemplo, la demanda que presentó el Estado de Nueva York contra las empresas *GaxoSmithKlein* y *Pharmacia* por vender a médicos y farmacias fármacos a un precio más bajo que el

Por otro lado, sin embargo, la tendencia generalizada al incremento de la *autonomía del campo económico* respecto de los controles jurídico-políticos de los estados, impulsada por el proceso de la mundialización económica neoliberal y por la crisis del modelo asistencial e intervencionista del «Estado social» keynesiano, arrastra, a su vez al campo científico y al campo médico hacia un ámbito novedoso (para ellos) de autonomía creciente respecto de lo político-público. Ese ámbito nuevo de autonomía que absorbe la autonomía de los campos científico y médico es el ámbito privado de la economía de mercado, tradicionalmente restringido a la intervención jurídico-política y, desde luego, a la información y control ciudadanos.

La consecuencia de esa especie de integración y asimilación de la autonomía de los campos científico y médico en la autonomía del campo económico mercantil es una renovada reivindicación de autonomía científica y médica respecto de los controles jurídico-políticos, teniendo en cuenta que la posible intervención estatal en la organización y actividad de aquellos campos implicaría ahora una intervención en las estrategias específicas del libre mercado.

En nuestro caso, cuando nos referimos a la autonomía “renovada” del campo médico, este hecho resulta especialmente significativo. Por ejemplo, en lo que atañe al control de la autonomía de las corporaciones profesionales públicas de adscripción obligatoria, como los colegios de médicos, este asunto afecta a las reglas de juego de la

fijado con la Administración para su reembolso. De este modo, los médicos y las farmacias se quedaban con la diferencia entre el dinero que pagaba la sanidad pública y los pacientes por el fármaco y el que había costado con el descuento. Simultáneamente la policía tributaria italiana reveló que miles de médicos estaban siendo investigados por aceptar regalos (desde ordenadores de 5000€ a viajes al Caribe) de la multinacional *GlaxoSmithKlein* (*El País*, 22 de noviembre de 2002; *Le Monde diplomatique*, octubre 2003, pág. 13). En este sentido, el que fuera secretario del *Comité de Deontología de la Organización Médica Colegial* de España, Gonzalo Herranz, denunció, en abril de 2000, en los medios de comunicación los regalos de los laboratorios a los médicos en forma de viajes de lujo para congresos, en muchas ocasiones “seudocientíficos”, a cambio de que éstos recetasen sus medicamentos. Denunció además que esto funcionaba como un chantaje si los médicos no prescribían los productos promocionales y asimismo acusó a las instituciones políticas y a los colegios de médicos de pasividad ante esta situación. Teniendo en cuenta además la regulación específica que al respecto hace el Estado en su Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano, el cual en su artículo 17 establece la prohibición expresa de “otorgar, ofrecer o prometer a las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos y *en el marco de la promoción* de los mismos frente a dichas personas, primas, ventajas pecuniarias o ventajas en especie, con excepción de aquellas que tengan un *valor insignificante* y que sean irrelevantes para la práctica de la medicina o la farmacia”. Asimismo, el siguiente artículo referido al patrocinio de reuniones científicas establece que lo prohibido en el artículo precedente “no supondrá un obstáculo para la hospitalidad ofrecida, directa o indirectamente, *en el marco de manifestaciones de carácter exclusivamente profesional y científico*. Dicha hospitalidad deberá ser siempre *moderada en su nivel y subordinada al objetivo principal de la reunión* y no podrá ser extensible a personas que no sean profesionales de la salud”. La ambigüedad del redactado es buena prueba de que se sigan produciendo dichas prácticas sobre cuya valoración entran matices opinables de difícil objetivación legal y fácil defensa corporativa y empresarial.

competencia (comercial) entre los profesionales. El informe de la Organización para la Cooperación y Desarrollo económico de 1984 sobre *Políticas de Competencia y Profesionales* tenía como objetivo abrir la caja fuerte de la autonomía de las corporaciones profesionales públicas de adscripción obligatoria, y trasladar esa autonomía de manera individualizada a sus miembros a fin de oponerla a las restrictivas normas estatales y autorreguladoras de la corporación en materia de libre competencia.

El informe es un caso paradigmático de apelación a esas formas corporativas a que aumenten su autonomía respecto el poder político-público y a que con ello permeabilicen su estructura de campo a la penetración de las estrategias del libre mercado, modificando, eso sí, su autorregulación, a fin de hacerla más flexible a las nuevas exigencias de la economía de mercado. Por otro lado, el informe sugiere a los Estados miembros el incremento de la flexibilidad jurídica en esta materia, de manera que supriman o modifiquen la normativa restrictiva existente y regulen a favor de los profesionales la provisión de funciones llevadas a cabo por el sector público (punto §303 del informe, pág. 87). Este informe es, en este sentido, todo un desafío al intervencionismo estatal y un aprovechamiento de la autonomía del campo médico-profesional, para integrarla en la autonomía del campo de poder soberano de la economía de libre mercado.

“El hecho de que la mayor parte del control de las profesiones, directa (leyes y reglamentos) o indirectamente (delegación de autoridad o del control a colegios o asociaciones profesionales) hecha por los gobiernos, mantenga a éstas al margen de las leyes de la competencia es atribuible a que *la gestión reguladora de los gobiernos no está generalmente sujeta a las políticas concurrenciales*. Sin embargo, la ley de la libre competencia se aplica a las actividades de las asociaciones privadas profesionales, *no basadas en mandatos del gobierno*, o a las actividades de las corporaciones profesionales [públicas] que *excedan su mandato* [estatutario]. Por consiguiente, son las normas de las asociaciones privadas profesionales y de las corporaciones, que actúan *excediéndose de su autoridad*, las que son *más favorables a estar bajo el examen o a quedar sujetas a las exigencias de la ley de la libre competencia*”⁴³⁸ (el subrayado es nuestro).

⁴³⁸ *Competition Policy and the Professions*, aprobado por el consejo de la OCDE el 5 de diciembre de 1984, §262, pág. 76, recogido en *Colegios Profesionales (Documentación preparada para la tramitación del Proyecto de Ley por el que se modifica la Ley 2/1974, de 13 de febrero, reguladora de los Colegios Profesionales, para adecuar el ejercicio de las profesiones colegiadas a la legislación en materia de competencia)* de la Secretaría General del Congreso de los Diputados -Dirección Estudios y Documentación-, Madrid, BOCG Congreso, Serie A, nº 114, de 27 de noviembre de 1992, Documentación nº 105, vol. II, pág. 1218 (los subrayados son nuestros). Cuando en este informe se hace mención explícita a la necesidad de que las corporaciones profesionales como el colegio de médicos se “excedan en su autoridad estatutaria” lo que se pide en definitiva es que en defecto de una regulación estatal laxa, las corporaciones, en ejercicio de su autonomía, *se autorregulen en provecho de la autonomía económico-privada*. En la consideración, por la OCDE, de esta autonomía y la libre competencia como «interés público» (§298, c, pág. 86), que en consecuencia debe obligar a los gobiernos por ser un interés específico del campo estatal, no debe extrañar, por tanto, que el Estado considere a su vez esa autonomía de lo económico mercantil como prioritario y preponderante a la propia autonomía del campo profesional-corporativo. Y, por otra parte, cuando el Estado está dispuesto a modificar su legislación sobre la concesión de autonomía a las corporaciones profesionales, el informe concluye que

En el caso del campo científico, no en el del profesional corporativo regido por estrategias temporales vinculadas principalmente a las del campo jurídico-político, ya no se trata de que sea sólo su autonomía específica lo que más peso tiene en su producción, sino que sus estrategias específicas, así como la distribución del capital científico, se diseñan para servir a intereses específicos del campo económico.

El “interés específico por el desinterés” del campo científico va a orientar así dicho “desinterés” a su valoración económica. Y esta valoración fluctuará en función del *poder simbólico* del capital científico acumulado por el agente o grupo de agentes (el *prestigio* científico del laboratorio, del departamento de universidad, del equipo médico,...). Se trata de un poder de persuasión, de la capacidad de reconocimiento por la comunidad científica principalmente y de reputación social reconocida por el “gran público”, de la capacidad de “hacer ver y de hacer creer” una forma de representación legítima (calificada de “científica”) de la realidad objetiva⁴³⁹.

Teniendo en cuenta la integración de la producción científica en el sistema económico-productivo, es fácil pensar que las mismas luchas competitivas en el seno del campo científico por la acumulación de capital científico o simbólico pueden entrar en la lógica concurrencial del campo económico mercantil.

La lógica del campo económico mercantil va a condicionar el margen de libertad de las estrategias específicas del campo científico al incorporarlas al proceso económico-productivo. Esto significa, en consecuencia, que tiende a aumentar el peso del capital y del poder temporal, político o administrativo, de las jerarquías y de cada agente en particular, en la estrategia propia del campo científico. Esa “política” o gestión temporal tiene por objeto reorientar las disposiciones del capital científico y reorientar su producción hacia las determinaciones de las estrategias específicas del campo económico-mercantil. Valga como ejemplo ya examinado el de la financiación de la publicación de artículos científicos por empresas farmacéuticas en revistas científicas de “prestigio” con la voluntad *de hacer ver y hacer creer*, como dice Bourdieu, la certeza y el rigor de los resultados de los ensayos sobre un producto

“particularmente, la concesión de autoridad por parte de los gobiernos a las corporaciones o a las asociaciones privadas debería ser interpretada restrictivamente y cuidadosamente delimitada, de manera que las actividades de esos grupos permanezcan sujetas a las leyes de la competencia en ausencia de políticas gubernamentales específicas” (§275, págs. 79-80).

⁴³⁹ Pierre BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., pág. 102.

perteneciente a la empresa que desea lanzarlo al mercado. O bien la consolidación de un equipo de científicos como grupo de investigación financiado por el Estado tras la aprobación pública de proyectos acordes con la política de I+D estatal que, hoy por hoy, han de tener relación con las preocupaciones ideológicas del partido político gobernante en política económica y que suelen estar vinculadas, sobre todo, con la aplicación industrial de los resultados de la investigación.

Es importante no olvidar, pues, que esta estrategia de horizonte político, de negociación, de *marketing*, de promesas y premios, etcétera, requiere de una *base científica legitimadora* de sus decisiones (los estudios, informes, protocolos, ensayos, etcétera, del campo científico pasados por el tamiz valorativo de los demás agentes competentes), la cual cumple además un papel de poder simbólico (de *hacer* ver y de *hacer* creer, pues en no pocas ocasiones, como se ha demostrado, los estudios resultan insuficientes, poco contrastados o tendenciosos)⁴⁴⁰.

Evidentemente los *profanos* al campo científico, desconocedores de sus luchas internas, no están en condiciones de evaluar el trabajo científico, por ser esta evaluación una cuestión circunscrita al ámbito privado corporativo (sea el científico o el empresarial), y en principio cerrada al control político-público. Por consiguiente, se les escapa el juego de la lucha, entre los agentes del campo científico, por la *representación legítima* del hecho científico. Los profanos no controlan el *pragmatismo* que subyace en la elección, por consenso, del paradigma científico “válido” de entre los diversos paradigmas concurrentes. No controlan que la valoración que se realiza de una producción científica, falsándola al descubrir intereses económicos o políticos que orientan el proceso de producción, puede contribuir, más o menos directamente, a la satisfacción de los intereses estratégicos del campo económico o político de los *otros*

⁴⁴⁰ Por ejemplo, el caso revelado por el *British Medical Journal* (P. JÜNI, A. WS. RUTJES, P. A. DIEPPE, «Are selective COX 2 inhibitors superior to traditional non steroidal anti-inflammatory drugs? Adequate analysis of the CLASS trial indicates that this may not be the case», *BMJ*, 2002,1 junio;324:1287-1288) en el que denunciaba el estudio publicado por el *Journal of the American Medical Association* [F.E. SILVERSTEIN, G. FAICH, J.L. GOLDSTEIN, L.S. SIMON, *et al.*, «Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: a randomized controlled trial. Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study», *JAMA*, 2000; 284: 1247-1255] sobre los efectos secundarios del fármaco (*Celebrex*) que causaba menor riesgo de complicaciones gastrointestinales que otros antiinflamatorios. La denuncia se basaba en que en el estudio publicado se habían omitido datos disponibles de ensayos clínicos realizados durante un año acerca de complicaciones del principio activo de ese fármaco. Esa omisión se refería a que el estudio sólo aportaba información de los resultados de los ensayos de los seis primeros meses. Lo más llamativo de la denuncia era que indicaba que dicho “ensayo fue financiado por el fabricante de celecoxib [el principio activo] *Pharmacia*”. De manera que “los resultados defectuosos publicados en el artículo aparecieron para ser ampliamente distribuidos y para ser creíbles [el “hacer ver” y “hacer creer” del poder simbólico bourdiano]. Alrededor de 30000 reimpresiones del CLASS [*celecoxib long term arthritis safety study*, el estudio publicado por el *JAMA*] fueron compradas por el editor W. Bartolotta (información facilitada personalmente), y una investigación reciente del *Science Citation Index* recogía 169 artículos que lo citaban. Esta amplia distribución y citación coincidió con el incremento de ventas del celecoxib que pasó de los 2623 millones de dólares en 2000 a los 3114 millones en 2001 (*Pharmacia earnings releases*, Peapack, Nueva Jersey, Pharmacia Corporation, 2002)” [www.pharmacia.com/investor/earnings.asp].

agentes concurrentes que realizan dicha valoración. No controlan el hecho que, por ejemplo, desde la puesta en venta de un producto científico *legitimado* por los estudios científicos hasta su falsación por los demás agentes concurrentes, el sector científico que avala el producto ya ha cumplido su estrategia específica propia del campo económico con el incremento de ventas de aquel.

La amenaza a la autonomía del campo científico y al campo médico puede proceder también directamente del Estado en ejercicio de su autoridad legislativa, el cual, en aplicación de las exigencias económico-mercantiles metaestatales, reduce el ámbito de poder autorregulador de cada campo en los ámbitos de la organización del trabajo y de la propia corporación. Si ese poder impone normas limitadoras de la libre concurrencia a sus miembros, por ejemplo normas relativas al derecho de acceso al campo o sobre exigencias limitadoras para la práctica, el Estado puede intervenir anulando o modificando dichas normas. Lo que se produce con esa intervención estatal en la reducción del “exceso” de autonomía de los campos a favor de la autonomía económica es un proceso de desintegración del poder de control corporativo en segmentos individuales de poder (por cada miembro), descohesionados en general y agrupados algunos en entidades genuinamente privadas, y, por tanto, más vulnerables a las exigencias de las estrategias mercantiles del campo económico-privado.

Una de las formas de fragmentar el poder autónomo de los campos o de relativizarlo más consiste en la creación de organismos y entidades autónomos en cuanto a su competencia estratégica de tipo científico, médico, profesional o técnico, pero dependientes del poder jurídico-político en su estructura de subcampo del campo científico o médico (así, los mencionados comités de bioética, comités y comisiones expertas de asesoramiento y consultoría, las agencias de evaluación tecnológica). En este caso, se trataría de una extensión de las funciones estatales para abrir espacios de gestión autónoma, flexible y coyuntural en virtud de las presiones de las cambiantes exigencias del mercado y del campo tecnocientífico a él adherido.

Pensemos en la proliferación legal o legalizada de organismos, entidades, disciplinas o formas corporativas de expertos asociados, como subcampos del campo científico o médico, por ejemplo, que se han constituido coyunturalmente en virtud de acuerdos y estrategias de naturaleza temporal o de política interna y en virtud de las autorizaciones administrativas o legales correspondientes, atendida la naturaleza del interés específico del campo científico o médico del que proceden sus agentes expertos. Son centros de poder relativamente autónomos respecto del poder jurídico-político (y de otros campos disciplinarios que pugnan por monopolizar competencias compartidas –en

nuestro caso, por ejemplo en la ética de las decisiones médicas, entre el campo médico-profesional y el de expertos “bioéticos”), pero que también son relativamente heterónomos respecto de la lógica privada del campo económico⁴⁴¹.

En el mapa fragmentado de poderes que se dibuja aquí (y en el que participan el poder económico, el campo científico y el campo jurídico-político y los subcampos correspondientes) aparece el poder centrípeto del campo de la economía de mercado, en tanto que el más decisivo en la práctica, y el que logra integrar en sus estrategias específicas la autonomía relativa de los otros campos de poder. Aunque resultaría aventurado afirmar que consigue la integración de la totalidad de campos existentes y los que surjan en lo sucesivo, sí podemos afirmar que se impone en aquellos campos que conceden mayor peso a sus jerarquías temporales o de gestión política, para la obtención de recursos, para su mantenimiento y reproducción, y que ello se produce en detrimento del peso de la jerarquía que define el interés específico y aglutinador de los agentes del campo que constituye la razón de su existencia (y de su legitimidad).

Así, por ejemplo, la racionalidad científica “desinteresada”(en el campo científico), la medicina filantrópica (en el discurso moral del autosacrificio por los demás del campo médico), la política institucional por la *cosa pública* o «interés público» (en el «contrato social» del campo estatal), la metodología racional en la toma de decisiones éticas o en la formulación normativa de éstas (en el campo de la bioética y en el campo corporativo-profesional), etcétera, son presentados como intereses específicos de cada campo, lo que da su sentido en el imaginario colectivo. El interés específico del campo que, en su origen, constituye un *valor* por el que se articula la lucha común de los agentes de cada campo, puede quedar explícitamente formalizado como *principios* del campo en su acuerdo constitutivo, en su carta fundacional, en sus estatutos, en sus códigos éticos o deontológicos, etcétera. Lo cual, por sí solo, no es

⁴⁴¹ El campo «bioético» puede ser analizado como un campo de poder en el sentido en el que aquí utilizamos esa expresión (aunque a nuestro entender pobremente argumentada, esta es también la tesis de María José Guerra: «Presente y futuro de la bioética en España: de la normalización al horizonte global» en *Isegoría*, 27, diciembre 2002, págs. 181-192). Abundan en ella las publicaciones, cursos, seminarios, jornadas, institutos, asociaciones, observatorios en los que pesa la financiación privada o en los que los empleados de importantes empresas del sector participan en esos foros directamente como “expertos”. Suministra un buen ejemplo el copatrocinio de la multinacional farmacéutica *Novartis* de unas jornadas organizadas por el Observatorio de Bioética de la Universidad de Barcelona sobre «células madre: entre la biotecnología y la bioética. Debates transdisciplinares» -mayo de 2002-. Estas actividades de divulgación y “debate”, en el espacio convenido como “bioético”, contribuyen a la consolidación de la «bioética» como disciplina en auge. De ahí que los agentes de este campo puedan servirse en muchos casos de la ayuda económica de laboratorios para la dotación de recursos en su acumulación de capital científico a fin de consolidar determinados monopolios “bioéticos” en el espacio académico, en el campo académico concurrencial, fortaleciendo allí el peso de las estrategias y del capital temporal o político de gestión. Ello les permitirá después comparecer en espacios decisorios sobre la determinación del contenido y aplicación de las políticas estatales sobre la integración de nuevas tecnologías biomédicas en el sistema sanitario, como son los comités de ética clínica, de bioética, comité asesor de ética, comité nacional de reproducción asistida, etcétera.

garantía que estos principios se cumplan⁴⁴². Precisamente por el juego de las estrategias temporales de la jerarquía, que confunde su *estatus* y el mantenimiento de su dominio con el interés específico de su campo, lo que le permite es “abrirse” a las estrategias de otros campos de poder que posibilitan con su infiltración el mantenimiento de dicho *estatus* y dominio de la jerarquía.

En este sentido, la penetración del campo económico privado en la esfera político-pública con la mundialización económica, orienta las políticas de esta esfera a favor de la esfera económico-privada en la resolución de las contradicciones entre derechos sociales, medioambientales o fiscales (como traducción prescriptiva de los principios constitutivos del Estado social) y el libre mercado.

Estos campos conservan la autonomía suficiente para considerarlos como tales según hemos visto. La cuestión que se trata de responder aquí es si los objetivos e intereses del campo científico, comunes a sus agentes, siguen siendo cumplidos de manera *autónoma*. Es decir, si no son desviados o reorientados a través de la necesidad de recursos económicos para la acumulación de capital científico, o simplemente por ánimo de lucro de sus agentes, o cuando la *fidelidad* a esos intereses supone un obstáculo para las estrategias y objetivos del campo económico, y eso a pesar del *crédito* que la calidad científica, desinteresada, objetiva, eficaz, etcétera, inviste al producto para su venta⁴⁴³.

La cuestión también es oportuna en relación al papel que actualmente juega el Estado como correa legitimada de transmisión de las exigencias del libre mercado y las políticas de competencia en el seno del campo científico. Pues no está claro hasta qué punto los intereses específicos del campo médico, del subcampo corporativo-profesional, son cumplidos autónomamente cuando el Estado adopta medidas legislativas desreguladoras o, simplemente, decisiones de carácter *excepcional*⁴⁴⁴, en

⁴⁴² “La efectividad privativa de los códigos deontológicos es escasa si se desenganchan del marco político-administrativo” (Ramón MARTÍN MATEO, *Bioética y Derecho*, Madrid, Ariel, 1987, pág. 57).

⁴⁴³ No obstante, existen agentes o grupos de agentes en los diversos campos que se organizan y pugnan por su autonomía frente a las presiones políticas, económicas o mediáticas. Aunque tampoco estén libres de ese tipo de presiones, su caso puede ser una excepción feliz que confirme la regla y puede responder parcialmente a esa cuestión. Por ejemplo, en el caso del control sobre los efectos de la presión de la industria farmacéutica sobre la producción médico-científica y la práctica médica, hay organizaciones (subcampos) de médicos, consumidores y usuarios de la sanidad que funcionan como grupos de presión y cuentan con expertos del campo para contrastar los estudios, informes y trabajos de los laboratorios privados (en EEUU, por ejemplo, el *Public Citizen Health Research Group*, véase su campaña contra los ensayos clínicos de compañías farmacéuticas occidentales sobre población africana en África –*New Scientist*, 17 mayo 1997).

⁴⁴⁴ Al respecto conviene recordar cómo en un asunto de tanta gravedad como la epidemia de encefalopatía espongiiforme, producida por el consumo de carne de vacuno contaminada por la alimentación de las reses con harinas de origen animal, el poder político-público incitó a la práctica de desinformación respecto las investigaciones biomédicas con el objeto de evitar repercusiones sobre el mercado de la carne: un informe oficial de la Comisión Europea de 12 de octubre de 1990 que recogía las conclusiones del Comité

materia de competencia y condiciones de ejercicio en el ámbito de las relaciones mercantiles frente al poder autorregulador del campo médico.

4.3. La especificidad del campo médico

En nuestro comentario al análisis bourdiano del campo de poder científico ya hemos hecho referencia a algunos aspectos de la lógica de campo aplicables a la medicina. Sin embargo, conviene considerar la especificidad de la medicina respecto de las demás ciencias naturales y en especial su, en comparación, intrínseca debilidad y aleatoriedad, dados su condición indiciaria que hace que se rija en mayor medida por pseudo-reglas científicas, tal y como vimos en el primer capítulo. Este grado de incertidumbre del saber médico condiciona la estructura de campo, históricamente muy dividida y concurrente en la defensa de teorías acerca de las causas y naturaleza de las patologías, así como de su tratamiento. Con la consolidación durante el siglo XIX de una medicina normalizada y la institucionalización de la corporación médica como monopolio oficial que establece un paradigma de la “ciencia” médica (identificación de las enfermedades con lesiones anatómicas y clasificación de entidades morbosas – enfermedades- por criterios etiológicos, el dogma de la unicausalidad...), se consolidó también una estructura burocrático-corporativa con poder legitimado por el Estado y que logró formalizar, tal como vimos en el capítulo tercero, una ideología médica común, convenida entre las jerarquías médicas temporales, en sus códigos éticos y deontológicos.

La especificidad de la medicina señala que en ella se trata fundamentalmente con un conocimiento práctico, o técnico-práctico, basado históricamente en el ensayo y

Veterinario Permanente demostraba que la enfermedad ya era conocida en 1986, que el gobierno británico de principios de los noventa desoyó los informes científicos, minimizó los riesgos de la enfermedad y no facilitó a la opinión pública la información necesaria sobre el peligro de consumir carne de “vacas locas” y que la propia Comisión, cuando a finales de los años noventa se destapó la cadena de muertes, pidió oficialmente al Reino Unido que evitase la publicación de los resultados de las investigaciones diciendo que “es necesario minimizar este problema de la encefalopatía espongiiforme bovina practicando la desinformación (...) hace falta tener una actitud fría para no provocar reacciones desfavorables sobre el mercado” (preocupación que ya manifestaron los gobiernos del Reino Unido e Irlanda en relación a sus exportaciones de carne de vacuno que realizaban sobre todo al norte de África).

error, concretamente, en la experiencia conjetural aderezada con consideraciones morales y creenciales. Y es solo con la modernización de la medicina del siglo XIX, cuando las demás ciencias se encuentran en un estado de desarrollo comparativamente muy avanzado, cuando ese saber busca un fundamento teórico y en parte metodológico en las ciencias naturales (biología, física y química) y en la matemática para la definición mecánica de la enfermedad y su taxonomía y la aplicación de la estadística en el estudio de las patologías y sus efectos en la población. Pero además la medicina, a diferencia de los otros saberes científico-naturales, ha de considerar la dimensión social (socio-cultural, económica y ambiental) de su objeto de estudio donde se manifiestan las enfermedades, desde donde se realiza el diagnóstico, o donde se manifiestan los efectos terapéuticos: los pacientes⁴⁴⁵.

El objetivo *común* propuesto por parte del campo médico al optar por su aproximación “científica” es reducir al máximo ese aspecto conjetural, precisar al máximo el diagnóstico, “acertar” con el tratamiento, con la técnica empleable. Esta *precisión* y ese *acierto*, que no tienen mucho que ver con la «verdad científica», sí tienen que ver, en cambio, con lo que el estamento médico entiende por «enfermedad», teniendo en cuenta que desde el conocimiento médico tanto el diagnóstico como el pronóstico no pueden ser emitidos con absoluta certeza, al menos no habitualmente, de forma que de ellos normalmente sólo puede afirmarse que son probables en un grado variable. A partir de la década de los sesenta del siglo XX se introdujo en la investigación clínica la «bioestadística» con el objeto de aproximar en grado de certeza los resultados científicos a partir del cálculo probabilístico de frecuencia de las diferentes hipótesis que se plantean.

Las luchas internas del campo médico se producen muchas veces en el plano de las diferencias sobre el modo y el medio óptimos de reducción de la conjetura médica, y por consiguiente, versan también acerca de la irreductibilidad o no de la «salud» y la

⁴⁴⁵ El considerar la «enfermedad» como integrante del paradigma médico supone tener que asumir sus limitaciones como categoría científico-natural, pues esa dimensión social y, si nos apuran “humana”, del tratamiento médico ha de considerar la propia interpretación (el dolor, el sufrimiento) de “enfermedad” por quien la padece: “los clínicos han de tener en cuenta la experiencia que supone para los pacientes el dolor y el sufrimiento, y han de aprender a interpretar y manejar de una forma racional fenómenos que no son biológicos, de la misma manera que deben saber reconocer la influencia que tiene en el enfermar el entorno social y laboral” (José Luís PUERTA, «Introducción», en Henrik R. WULFF, Stig Andur PEDERSEN y Raben ROSENBERG en Introducción a la filosofía de la medicina, Madrid, Triacastela, 2002, pág. 13). En el mismo sentido, distinguiendo entre la propia percepción de la enfermedad y su observación profesional externa advirtiendo, en cambio, del peligro de que ambos enfoques no coincidan, A. SEN, «Health: perception versus observation. Self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading», en BMJ, 2002, 13 abril ;324:860-861.

«enfermedad» a términos biomecánicos, o de si se trata en ellas de cuestiones que traspasan los límites de la medicina científica y abarcan además el sentido dado por el paciente a su «salud» o «enfermedad» en el contexto de su propia vida, los cuales el médico debería considerar en aras a la autonomía de aquel⁴⁴⁶.

En ese plano de diferencias concurrentes entre los médicos, que aparecen también internamente en cada subcampo disciplinar de la medicina, hay que incluir las luchas en el ámbito de cuestiones organizativas, administrativas, de gestión y política académica, hospitalaria o de laboratorio en una estructura jerarquizada y competitiva por el dominio del “ser o mantenerse actual” de cada estructura de poder⁴⁴⁷.

Este dominio *conservador* de la estructura de poder por parte de la autoridad médica, académica, científica o profesional, está sujeto al “monopolio de la representación legítima de la realidad objetiva”⁴⁴⁸ que en el campo médico, atendiendo a la naturaleza de su saber y su práctica, hay que particularizar en el monopolio de la representación legítima de la *hermenéutica médica*, esto es, la interpretación de los indicios de la enfermedad.

Esas luchas de “poderes temporales”, en términos de Bourdieu, están vinculadas al seguimiento por cada agente del paradigma de cada disciplina, seguimiento controlado por los procesos internos de admisión de los miembros de cada subcampo disciplinar, de reconocimiento de su labor o la distribución de recompensas, etcétera, por las autoridades médicas y científicas respectivas de cada campo.

Lo que pasa es que la especificidad de la medicina, a diferencia del campo científico, implica que el control de un saber característicamente indiciario (probabilístico) y social (el objeto parece que ya no es –sólo- un cuerpo sobre el cual leer lesiones patológicas unicasales sino que cabe interesarse por el paciente como sujeto “biopsicosocial”, que integre la “verdad objetiva” del proceso morboso y la

⁴⁴⁶ Es el planteamiento médico-filosófico central de *Introducción a la filosofía de la medicina*, op. cit.

⁴⁴⁷ Pierre BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., pág. 115. La visión holística de la profesión médica ha de considerarla como un campo fragmentado en múltiples disciplinas o “subdisciplinas” en las que intervienen tres campos de saber con su propia lógica funcional, el saber relativo al trabajo científico, al tecnológico y al trabajo primordialmente técnico y que corresponden a la investigación básica con resultados aplicables a la medicina, a la investigación clínica sobre patologías concretas y sus tratamientos y a la técnica médica en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de enfermedades respectivamente. En consecuencia, no cabe sostener que todo pensamiento médico se fundamenta en un único paradigma. La idea de paradigma kuhniano nos puede ser útil “si entendemos la medicina como un conjunto de paradigmas subdisciplinarios relacionados entre sí” (H.R. WULFF, S.A. PEDERSEN y R. ROSENBERG, *Introducción a la filosofía de la medicina*, op. cit. pág.33).

⁴⁴⁸ Pierre BOURDIEU, *ibid.*, págs. 125-126.

“verdad subjetiva” del paciente, su constitución biológica, su “yo”-su voluntad-, su contexto socio-económico, laboral, cultural, etcétera), no pueda hacerse exclusivamente desde un conocimiento técnico comúnmente compartido. La posibilidad de interpretación *razonable* (es decir con un manejo de un capital científico y técnico mínimo para ser admitido en el campo), de un mismo fenómeno morboso distinto en cada agente hacen del campo médico un campo de poder especialmente vulnerable a la crítica y a la fragmentación interna, estimulando las tensiones competitivas. La ambigüedad, por ejemplo, de las pruebas clínicas o para aproximar un pronóstico a la certeza o el resultado esperado de determinada terapia (un resultado interpretado como “esperado” desde la óptica médica) hace que el médico tenga que acudir al análisis estadístico (propio o a partir de datos recogidos por otros) y su decisión dependerá no sólo de las observaciones, sino de ciertas convenciones relativas a la elección de la prueba estadística y al nivel de significación estadística aceptada⁴⁴⁹.

En medicina clínica los signos indiciarios de la enfermedad son como un texto en el que todos leen las mismas letras impresas pero cada uno puede interpretarlas de manera diversa. De ahí que una de las especificidades básicas de la medicina sea, en la práctica clínica, la búsqueda del *consenso* en equipos médicos.

“En los últimos años los clínicos críticos también han señalado que los médicos que ven a un mismo paciente, interpretan la misma radiografía o miran la misma preparación histológica no siempre están de acuerdo. Ello ha sido demostrado mediante estudios cruzados entre observadores, los cuales reflejan adecuadamente la forma de pensar empirista, porque al investigador no le preocupa la verdad objetiva de las observaciones, sino únicamente que exista un acuerdo entre los observadores”⁴⁵⁰.

Contra la dinámica centrífuga interna propia del campo médico, y en mayor medida que el resto del campo científico, el consenso actúa aquí no sólo en el ámbito de los intereses epistemológicos (por ejemplo, el interés común en la racionalidad, en ciertos procedimientos diagnósticos y terapéuticos estandarizados en forma de protocolos clínicos reconocidos, etcétera), sino también en el ámbito de los intereses de orden temporal o político.

La constitución de la profesión médica como una entidad corporativa con una estructura burocrática de gestión de los intereses de la comunidad encargada de la

⁴⁴⁹ H.R. WULFF, S.A. PEDERSEN y R. ROSENBERG, op. cit., pág. 53.

⁴⁵⁰ *Ibid.*, pág. 77.

salvaguarda de valores específicos, símbolos y una ideología construida sobre principios éticos de carácter universal aplicados a la profesión, aparece como la principal institución que representa esos intereses de orden temporal. En esa constitución funcionan estrategias específicas dirigidas hacia la obtención del monopolio de la representación legítima de la hermenéutica médica y se formalizan las normas y principios comunes relativos a la unidad del campo y su proyección exterior en la salvaguarda de los intereses específicos de la corporación. Como dice significativamente el artículo 31 del *Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial* de 1999:

“1. La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella sólo tienen preferencia los derechos del paciente. 2. Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al compañero o colega que es objeto de ataques o denuncias injustos. 3. Los médicos compartirán sin ninguna reserva, en beneficio de sus pacientes, sus conocimientos científicos. 4. Los médicos se abstendrán de criticar despreciativamente las actuaciones profesionales de sus colegas. Hacerlo en presencia de los pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante. 5. La relación entre los médicos no ha de propiciar su desprestigio público. Las discrepancias profesionales han de ser discutidas en privado o en sesiones apropiadas. *En caso de no llegar a un acuerdo acudirán al Colegio, que tendrá una misión de arbitraje en esos conflictos.* 6. No supone faltar al deber de confraternidad el que un médico comunique a su Colegio, de forma objetiva y con debida discreción, las infracciones de sus colegas contra las reglas de la ética médica o de la práctica profesional. Tampoco cuando el médico actúe dentro de los límites propios de la libertad de expresión”.

4.3.1. La disposición de las relaciones desde la perspectiva del campo médico

Los miembros de la profesión médica están insertos en una red formada por relaciones internas al campo médico al que pertenecen y por relaciones externas al mismo que les vinculan a otros agentes de instituciones políticas, económicas, científicas y sociales. En el ámbito interno del campo médico los agentes sujetos de acción tampoco son uniformes. Existe una tipología variopinta de agentes que pertenecen al conjunto de lo que llamamos «médicos», cada uno con su trabajo especializado y su propio modelo de reflexión y de cultura científico-técnica (o «paradigma» en sentido kuhneano o «*habitus*» según la terminología bourdieana) conformes al campo al que pertenecen (el científico en general o el médico-profesional en particular) y con las particularidades del subcampo de su especialización.

Así, hoy nos podemos encontrar con médicos clínicos, especialistas en biomedicina e investigadores clínicos, según se ocupen respectivamente de la práctica clínica (medicina hospitalaria, ambulatoria, referida a un plano genuinamente *técnico*, de habilidad), de la medicina biológica (referida al ámbito *científico* cuyo objetivo es el *conocimiento* de los mecanismos más complejos de la vida biológica) y del *desarrollo* de la medicina clínica (referida a un plano *tecnológico* sobre una base científica previa, para resolver problemas prácticos predefinidos de la forma más eficaz posible)⁴⁵¹. A esta especialización del saber y de la profesión, en «subcampos» médicos (médico clínico, médico de consulta, biomédico, científico), hay que considerar además la especialización por materias técnicas y de conocimiento con una subdivisión propia del trabajo (medicina familiar y comunitaria, cirugía, ginecología, pediatría, gerontología, medicina forense, psiquiatría, estomatología, proctología, etcétera). Cada área de trabajo quedaría delimitado por su lenguaje específico, por sus propias competencias y por sus propias estrategias, diseñadas para mantener esas competencias, en la relación concurrente de los médicos de esa especialización con sus colegas de ésta y de otras especialidades.

Fuera de esa red de relaciones de *trabajo médico*, endógenas a cada subcampo de la medicina, hay que considerar a estos profesionales insertos, a través de su pertenencia y de la posición estratégica concreta que ocupan en un subcampo del campo médico, en estructuras organizativas que aparecen como el *espacio* orgánico visible donde desarrollan sus actividades (el colegio profesional, el hospital, el centro público de investigaciones científicas, el comité de ética, la universidad, la empresa del laboratorio, agencias de evaluación científica y de tecnología sanitaria, etcétera). Es decir, espacios que funcionan como aglutinadores de agentes concurrentes en una «comunidad» (científica o médica, por ejemplo) cristalizada en una institución instrumental de defensa corporativa, de cooperación, de salvaguarda de los valores

⁴⁵¹ Se trata de una división genérica en tres subcampos de la medicina según sea el objetivo del trabajo en virtud de la división tradicional entre saber teórico, saber práctico y saber técnico que proponen Henrik R. WULFF, Stig Andur PEDERSEN y Raben ROSENBERG en *Introducción a la filosofía de la medicina* (op.cit., pág. 72). Aunque conviene tener en cuenta el sentido de unicidad profesional o corporativismo, su sentido “familiar”, de “pares”, por eso hablamos de *campo de la medicina*: “la medicina –en cuanto disciplina académica– es única, porque cubre toda la gama de actividades. Si las palabras son utilizadas en su sentido original, puede decirse que los miembros de la profesión médica están comprometidos con la ciencia (por ejemplo, la investigación básica en el laboratorio), con la tecnología (por ejemplo, el estudio de nuevos fármacos) y con la técnica (por ejemplo, la exploración física y el tratamiento del paciente individual)” (ibid., pág. 73).

ideales e intereses específicos de la profesión o de acción para un objetivo común (por un encargo político o empresarial condicionado, por ejemplo).

Estas instituciones, en todo caso, también deben ser entendidas en función de la lógica de campo, pues también existen en ellas todas las formas organizativas que estructuran de manera duradera y permanente la práctica de los agentes y sus interacciones⁴⁵². Para nuestro estudio, observar desde esa apreciación de la dinámica de campos el significado de los códigos éticos y deontológicos en medicina, en tanto que instrumento para el mantenimiento del *espíritu* corporativo, nos puede orientar mucho acerca de su sentido y de su función con relación a la hipótesis de la privatización de las fuentes de producción jurídica.

Esas instituciones *envolventes* precisan determinar, para su propia viabilidad y reproducción, sus propias estrategias de relación y sus prioridades u objetivos institucionales condicionando a los medios y a los modos en los que va a desarrollarse esa red de relaciones específicas. Por eso funcionan a su vez como campos de poder⁴⁵³. Esas instituciones necesitan fundamentalmente formas de autorregulación y autoorganización propias que las hagan funcionar como espacios de gestión autónomos⁴⁵⁴. Pero, por otro lado, en muchos casos pueden tener cierto grado de dependencia a su vez de la lógica de otras instituciones, en definitiva, de otros campos de poder, a fin de lograr la consecución de sus objetivos y los intereses de sus agentes: necesitan vías de financiación, dependen de dotaciones presupuestarias públicas, de la aprobación de proyectos por una autoridad, de dotación de material, de legitimación jurídico-política, de legitimación social, etcétera. Crean así una estructura de relaciones que, en el caso del campo médico, requiere la reorientación de las estrategias de los

⁴⁵² Pierre BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., pág. 86.

⁴⁵³ Para Bourdieu (op. cit.), si bien estas instituciones gestionan intereses comunes a los agentes en “lucha”, como cautela epistemológica y siendo fieles a su modelo teórico de campo de fuerzas y de luchas, conviene saber que no contienen “el principio de su propia comprensión” (como sugieren los modelos sistémicos de Parsons y Luhman) y que para entenderlas, “es preciso entender la posición en el campo de los que las integran”.

⁴⁵⁴ Sin embargo, las razones comunes de esa necesidad de autonomía institucional, como hemos ido viendo a lo largo del presente trabajo, son variadas. Van desde criterios de supuesta gestión eficaz, frente a la burocracia centralizada del Estado y la necesidad de éste de diversificar su control y gestión y delegarlos en entidades autónomas, hasta la propia tradición histórico-política de instituciones más o menos independientes que reivindican su propio espacio de poder frente al Estado. Para Bourdieu, el grado de autonomía puede ganarse con el dominio del «derecho de admisión» en esas instituciones basado en el control de la formación, del capital específico del campo (por ejemplo, conocimientos en medicina o *estar colegiado*, ser representante político, director de una entidad financiera, etcétera), que tiene el candidato a entrar (P. BOURDIEU, op. cit., pág.87).

agentes en relación, por ejemplo, con el poder evaluador de los agentes del campo de poder de la institución de financiación condicionante de la posibilidad de la actividad de los médicos y, por tanto, de sus relaciones concurrentes de su propio campo⁴⁵⁵.

En todo caso, la fortaleza y el grado de autonomía de cada (sub)campo de poder institucional se mide en la correlación de fuerzas con el campo jurídico-político, o más exactamente, en la presión de los agentes del campo jurídico-político capaz de alterar la propia necesidad del subcampo, su lógica y regulación propia. Esta correlación actualmente se ve *transfigurada* por una creciente desregulación jurídico-pública en sectores claves como la industria, las telecomunicaciones, el mercado financiero, la sanidad o el medio ambiente, hecha en favor de la *autorregulación* de instituciones encargadas de la vigilancia y aplicación de reglas estrictamente técnicas (y jurídicas) en esas materias⁴⁵⁶. Este nuevo marco de relaciones institucionales que comienza a ser definido va a ser clave a la hora de defender la hipótesis de una creciente *privatización* de la gestión pública en asuntos tan problemáticos como la aplicación de las nuevas tecnologías genéticas, bioquímicas, etcétera, en el campo de la medicina.

⁴⁵⁵ Por ejemplo, la necesidad de *legitimación social* de las prácticas científicas médico-clínicas hace que este campo tecnocientífico no dependa únicamente de las estrategias de los agentes respecto la calidad de su producción científica, sino de cómo funciona la lógica de campo de los espacios de formación de opinión, así las revistas especializadas *de prestigio* y los medios de comunicación masivos. Como es sabido, en las revistas científicas *de prestigio* el criterio «objetivo» de evaluación de los trabajos para su publicación puede encubrir en ocasiones la preponderancia del juego de intereses de tipo económico o político más inmediatos. Asimismo, el efecto mediático de los descubrimientos científicos puede, en muchos casos, con el rigor mismo del estudio previo. En este sentido, sí jugaría un papel decisivo el capital relacional de los agentes del campo científico relativo a las jefaturas o a los agentes más influyentes en el seno de esos campos de revistas científicas o de divulgación.

⁴⁵⁶ Desde la perspectiva teórica del Derecho Administrativo se habla de *nuevos espacios de relación* en las que se “recomponen” las relaciones tradicionales entre Estado y sociedad con la inclusión de nuevas fórmulas organizativas, nuevas instituciones, o la atribución de nuevos papeles reguladores a organizaciones ya existentes, a las que el Estado otorga una capacidad reguladora independiente con efectos de mediación entre éste y la sociedad. Se trata de un nuevo marco de relación jurídico-política pública en el que se abren espacios para la «autorregulación» privada (vid. José ESTEVE PARDO, *Autorregulación. Génesis y efectos*, Elcano (Navarra), Aranzadi, 2002, págs. 41 y sigs.). En el mismo sentido y desde la teoría del derecho y la sociología jurídica véanse, por ejemplo, J. CHEVALLIER, «Vers un Droit post-moderne? Les transformations de la régulation juridique », en *Revue du Droit public*, 3, 1998; Jean CLAM, Guilles MARTIN (dir.), *Les transformations de la régulation juridique*, Paris, L.G.D.J., 1998, Vol. 5 ; el número monográfico *Cahiers de Méthodologie Juridique*, núm. 16 : «Pouvoir réglementaire et délégation de compétence normative», *Revue de la Recherche Juridique. Droit Prospectif*, Presses Universitaires d’Aix-Marseille, 2001; François OST, Michel van Kerchove, *De la pyramide au réseau ? Vers un nouveau mode de production du droit ?* (especialmente el apartado dedicado a «Les actes juridiques des personnes privées. Vers l’autorégulation ?»), Bruxelles, Publications des Facultés Universitaires Saint-Louis, 94, 2002; José Eduardo FARIA, *El derecho en la economía globalizada* (especialmente, capítulo 4º, «Pluralismo, autoorganización, «reflexividad» y mediación corporativa»), Madrid, Trotta, 2001; Sol PICCIOTTO, «Reconceptualizing Regulation in the Era of Globalization» y Colin SCOTT, «Private Regulation of the Public Sector: A Neglected Facet of Contemporary Governance» en *Journal of Law and Society*, 29, núm. 1, marzo 2002.

4.3.2. La disposición de las relaciones desde la perspectiva el campo social del enfermo y del poder jurídico-político: la proclamación de la «autonomía» del enfermo y la dimensión pública de la enfermedad

Hemos hablado, y anticipado algo en nuestra exposición, acerca de la complejidad actual de la actividad médica y de la diversificación de los agentes médicos por su dependencia de las lógicas de cada diferente campo de poder. Esa complejidad nos impedía comprender la relación médico-enfermo como una relación convencionalmente «privada». Pero nos queda por tratar la figura del otro protagonista de la relación: el paciente.

Aquí, también hay que distinguir entre el paciente del hospital, el paciente sano voluntario para ensayos clínicos, el que, hospitalizado, es sometido a ensayos terapéuticos controlados, el paciente que es víctima de una epidemia o, en general, entre los pacientes que acuden al médico como «consumidores privados» y los que acuden como «usuarios del servicio nacional de salud» (a pesar de los intentos de considerar a estos últimos también como «clientes-consumidores»)⁴⁵⁷.

En cualquiera de estos casos el papel tradicional del paciente individual que contrata al médico queda superado por su adquisición de una *representatividad pública simbólica*. Pues su caso particular puede convertirse en una alarma general acerca del funcionamiento del sistema sanitario de un país entero (independientemente de que estemos tratando del Sistema Nacional de Salud o de las actividades sanitarias privadas, en cualquier caso sujetas a un control público de salud⁴⁵⁸).

El reconocimiento del derecho a la salud como un *derecho social* y el tránsito, en la teoría y en la práctica, desde la posición sumisa del paciente ante un paternalismo

⁴⁵⁷ En este sentido, propuestas como las de John ALFORD, «Definiendo al cliente en el sector público: una perspectiva de intercambio social» (en <http://www.top.org.ar/Documentos/ALFORD>, del original en *Public Administration Review*; Mayo/junio 2002, vol. 62, núm. 3).

⁴⁵⁸ De ahí quizás la repercusión mediática de los escándalos que producen las muertes de pacientes en lista de espera para intervenciones quirúrgicas y trasplantes en el Sistema Nacional de Salud, o los errores médicos atribuibles a la organización o estado técnico del sistema sanitario, público o privado, etcétera, de los que los medios de comunicación hacen oportuno eco: «271 personas murieron en 2002 mientras esperaban un trasplante. El 67% de los fallecidos en España aguardaba un hígado» (*El País*, 6 diciembre de 2003) o esta no menos curiosa «un paciente fallecido hace tres años recibe para 2004 la cita que pidió para el especialista en 1998» (15 marzo 2003); «La Fiscalía de Madrid acusa al *Insalud* de desatender a un niño 'ilegal' [hijo de inmigrantes sin regularizar] con cáncer. Una inmigrante declara que le exigieron 62.000 pesetas por una resonancia a su hijo» (30 enero 1999); «Una joven muere en un hospital tras esperar 20 horas una radiografía urgente. El centro donde ingresó tenía al radiólogo librando y otra clínica no dio urgencia al caso» (22 marzo 2003).

médico impuesto hacia el reconocimiento de la «autonomía del paciente» en lo tocante a las decisiones médicas que le atañen, y que comienza a estar arraigado en el imaginario colectivo, han conferido al paciente la creencia en su posibilidad de *introducirse* como un partícipe lego en el campo de poder médico.

Aunque conviene no trascender la importancia de esa “intromisión” tenue, controlada y limitada sólo a la decisión ocasional sobre un tipo de actividades médicas realizadas sobre el cuerpo del paciente, la legislación internacional y nacional recogen esos derechos del paciente relativos a su *autonomía* y, por consiguiente, que le conceden participación en los procedimientos asistenciales que le afectan. En el ámbito internacional, por ejemplo, desde la *Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes*, promovida en 1994 por la *Oficina Regional para Europa* de la *Organización Mundial de la Salud* hasta el *Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto las aplicaciones de la biología y la medicina* de 1997. En el ámbito nacional, por ejemplo, en materia de ensayos clínicos e investigación con humanos (Título III, De los ensayos clínicos, Ley 25/1990 *del medicamento* y R.D. 561/1993 *sobre requisitos para la realización de ensayos clínicos*) o en materia de extracción y transplante de sangre y órganos (Ley 30/1979 –art. 4, b) y c)-; R.D.426/1980 –art. 4 y 12.4-). Y con carácter general, la Ley 16/2003 *de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que en su exposición de motivos habla de “potenciación del papel de los usuarios como decisores” que se refleja en “la participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias”. Y, sobre todo, la plasmación legal de la expresión específica de esa autonomía del paciente en el campo médico, regulada antes en el artículo 10 de la antigua Ley 14/1986 de Sanidad y ahora en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre *básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. De esta ley, que reproduce básicamente lo ya previsto en la ley autonómica 21/2000 de 29 de diciembre *sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica* de la *Generalitat de Catalunya*, se desprende la exigencia al cuerpo médico de dar información “compresible y adecuada” acerca de su trabajo y de la información que dispone el campo (por ejemplo la relativa a los problemas de salud colectiva); la exigencia a que cumpla la libre revocación del consentimiento dado por el paciente, o de que éste intervenga en todo caso y en la medida que sea posible en la toma de decisiones médicas a pesar de que su capacidad esté mermada; y, en la ley catalana, la exigencia de seguir las instrucciones dadas por el paciente en sus voluntades anticipadas o «testamento vital» salvo que sean contrarias a la ley o “a la buena práctica clínica” (es decir, la homologada a escala europea y la deducida de las prescripciones de los códigos deontológicos de la profesión: cláusula abierta de la fórmula “ética” que permite en último término el control médico de esa autonomía del paciente independientemente del criterio técnico-profesional que interpretará si las voluntades anticipadas se corresponden exactamente con el supuesto fáctico que el paciente previó cuando las manifestó).

Es de resaltar que la Ley 41/2002 de 14 de noviembre *básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, regula el derecho novedoso del paciente a acceder libremente a la documentación de *su* historia clínica, así como obtener una copia de los datos que allí figuran.

Si bien este derecho supone aparentemente un claro ejemplo de penetración en el campo médico, con la posibilidad de ejercer un control acerca del método de su

trabajo y de sus resultados, el párrafo tercero del artículo 18 (art. 13, en la ley catalana) puede limitar ese derecho de manera sustancial protegiendo el “derecho de terceros a la confidencialidad” de sus datos que aparezcan en su historia clínica recogidos “en interés terapéutico del paciente” (que en todo caso determinará el médico responsable) y, sobre todo, con la protección del derecho de los profesionales que han intervenido en la elaboración de la documentación los cuales pueden invocar *la reserva de sus observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas*.

La aportación de la normativa legal vasca es muy significativa por ser avanzada a su tiempo y también por la concreción de esa “intromisión” del paciente en la esfera médica en los siguientes derechos recogidos en el artículo primero del Decreto 175/1989 *por el que se aprueba la Carta de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios*: en el apartado (c) relativo al derecho de información señala que “asimismo podrá ser informado, si así lo desea de la razón de solicitud de cualquier medida diagnóstica, terapéutica o petición de prueba complementaria y de las demoras excesivas en la espera de los mismos”; también se declara el derecho del paciente a solicitar, en caso de duda, una segunda opinión a otro médico del servicio público de salud (lo cual supone suscitar desde fuera del campo médico una situación de puesta a prueba de las disposiciones y estrategias de cada médico concurrentes en el propio campo); en el apartado (k) se declara que en el caso de que existan las listas de espera el paciente tiene derecho a que éstas “reflejen con criterios de equidad únicamente las prioridades de urgencia médica y tiempo de espera” y derecho “a ser informado periódicamente de la demora existente y sus causas”; asimismo el paciente tiene derecho “a poder distinguir y reconocer fácilmente el estatus profesional del personal sanitario que le atiende a través del uniforme u otros signos”; “a formular quejas, reclamaciones o sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios”; derecho “a conocer los gastos originados por el uso de recursos hospitalarios en el centro sanitario” o “a colaborar de acuerdo con las Autoridades Sanitarias en actividades de voluntariado y apoyo al Servicio Vasco de Salud”.

Pero en ningún caso la “intromisión” en el campo médico implica una capacidad de decisión de terceros “legos” o ajenos al campo médico competente sobre las cuestiones técnicas, de organización del trabajo, de las relaciones de jerarquía del campo hospitalario o del subcampo del centro de investigación, o de los protocolos clínicos o del destino útil de los medicamentos eficaces o de la asignación de los órganos donados, etcétera.

La “intromisión” tutelada del paciente en el seno del campo médico sólo ha sido posible, no obstante, cuando han entrado en funcionamiento los mecanismos legalmente previstos para dar el respaldo jurídico-político capaz de proporcionar al paciente el ropaje de *ciudadano, usuario o consumidor* revestido de derechos amparados⁴⁵⁹.

⁴⁵⁹ Tampoco hay que desdeñar el respaldo político-público al paciente que le dispensa esa representatividad simbólico-pública, que le otorga cierto contrapoder, para que aquella intromisión sea considerada como *legítima*. Además, con relación a esa representatividad simbólica del conjunto de ciudadanos usuarios del servicio sanitario, el paciente cuenta con la posible repercusión mediática de la fractura de los derechos relativos a la sanidad o del orden y calidad esperables del servicio médico. Y los agentes determinantes pertenecientes al campo de poder político (los “dirigentes”), espacio de decisión sobre la financiación pública y la organización política del campo médico, han de ponderar la posible resonancia mediática en la formación de opinión pública de los ciudadanos electores acerca del funcionamiento del sistema sanitario.

Sin embargo, independientemente del respaldo político-público a la llamada *autonomía del paciente*, que permite su participación en la actividad médica, en tanto que incumba decisiones sobre su propia salud, una concesión también regulada, eso sí, desde el campo médico. Este es el caso del código de ética médica de la Asociación Médica Americana, que en su informe número 52 del *Council on Ethical and Judicial Affairs*, elaborado como documento de principios fundamentales (*Fundamental Elements Document of the Patient-Physicians Relationship*) para especificar las responsabilidades de los pacientes sobre el cuidado de su propia salud establece en la responsabilidad cuarta que “una vez que pacientes y médicos acuerden sobre los fines de la terapia, los pacientes tienen la responsabilidad de cooperar en el plan terapéutico”. Aunque luego especifica a qué tipo de cooperación debe apuntar la intromisión del paciente: “estar de acuerdo con las instrucciones del médico frecuentemente es esencial para la seguridad pública e individual”, es decir, aceptar sin obstaculizar el criterio técnico-médico.

En los códigos deontológicos españoles de la profesión médica no consta explícitamente una posibilidad semejante. En estos textos es muy notoria la redacción hecha desde la exclusiva perspectiva médica, consciente, eso sí, de los derechos de información, consentimiento, rechazo de tratamientos, voluntades anticipadas en los que se reduce la famosa autonomía del paciente, lo cual reduce aún más la posibilidad de participación, cooperación y *co-laboración* del enfermo en la actividad médica sobre su propio cuerpo.

En definitiva, en la intromisión del paciente en el campo médico, el campo de poder social, el campo del individuo-ciudadano y el campo del poder jurídico-político entran en relación con el campo médico, y ello produce una mezcla de intereses contrapuestos.

a) La autonomía del paciente en el campo médico y la relación «privada»

En el caso de los médicos, así como en el de los pacientes, se trata, pues de dos tipos de agentes que proceden de campos diversos pero que en la actualidad se caracterizan por su movilidad y su intersección, lo que produce que sus relaciones pueden estar en parte condicionadas por las relaciones que se establecen entre los campos de poder mismos⁴⁶⁰.

⁴⁶⁰ La complejidad de esas interrelaciones mediadas cada vez más por instituciones interpuestas (la cooperación de acciones interdependientes de los agentes de los diversos campos) y además, en el caso de la medicina por ejemplo, por la aplicación de tecnología artefactual, han hecho de las propias acciones individuales acciones crecientemente indirectas respecto de sus consecuencias. La relación entre la propia acción y sus consecuencias ha sido calificada de crecientemente “laberíntica” y, en definitiva, entorpecedora en la formación de una consciencia moral, de un sentido de responsabilidad individual (Juan Ramón CAPELLA, «La acción en el laberinto» en *Los ciudadanos siervos*, op.cit., págs. 38-39). Esta consideración nos da una imagen de la dificultad, por ejemplo, de desentrañar la responsabilidad de un sujeto de los posibles efectos nefastos de su acción cotidiana. Aspecto muy a tener en cuenta en el análisis de la relación médico-enfermo y las consecuencias de su consideración como acción y reacción en un ámbito de control técnico delimitado, en un ámbito *privado* de gestión experta o profesional.

Hoy, generalmente, tanto el médico como el paciente en su relación tienden a superar el modelo de relación definido como *tradicional* que los circunscribía a la esfera privada del campo médico, de la relación que los definía en virtud de una cierta o supuesta dependencia contractual o, según la tradición ideológica de la profesión, en virtud del “compromiso moral de fraternidad médica”, herencia del sentido hipocrático “familiar” y “privado” de la profesión en el que se acoge al paciente paternalmente, se le dan consejos morales y de higiene cotidiana, se le mantiene en el secreto médico y se le ofrece una solución técnica resultado de unos conocimientos y una destreza que sólo poseen los médicos miembros de esta corporación “familiar”⁴⁶¹.

Hay que tener en cuenta que el mantenimiento de la profesión en una actitud de aprecio hacia un paternalismo de tipo sacerdotal o “carismático”, de corte autoritario, fue representativo del cerramiento de filas de los médicos en torno al *monopolio* de la profesión frente al intrusismo paramédico y, sobre todo, frente los embates del Estado por regularla y someterla durante el siglo XIX, lo que llevó a hacer del paternalismo médico la bandera de la defensa de la *privacidad* de la relación médico-enfermo. Es a partir de 1880, según Childress, cuando se es realmente consciente de la noción de «paternalismo» y cuando ésta es usada con mayor frecuencia crítica o simplemente alusiva⁴⁶². De hecho, existe la opinión generalizada de que se trata de un tipo de relación que no acaba de desaparecer en la práctica médica y clínica y que algunos autores han definido como relación de “paternalismo impuesto” confundido con otras modalidades de paternalismo moralmente más aceptadas⁴⁶³.

En la actualidad se argumenta que en todo caso sólo existe un paternalismo moralmente tolerable (el “genuino”, el que se produce en el caso del paciente incapacitado para dar una decisión autónoma, o bien el “paternalismo solicitado” expresamente por el paciente en virtud de su “derecho a no saber”), paternalismo que aparece vinculado al principio moral (“bioetizado”, si se me permite la expresión) de *no-maleficencia*, de no causar daño innecesariamente⁴⁶⁴.

⁴⁶¹ Diego GRACIA GUILLÉN, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989, págs. 42-93. Se trata de una relación “privada” que ha sido calificada de *viciosa* para la práctica médica, en cuanto que, si bien la relación personal médico-enfermo es indispensable para los fines terapéuticos, se trata de una relación que “se agota en sí misma como un círculo cerrado” y puede no ser sensible a las problemáticas sociales estructurales (Giovanni Berlinguer en la introducción a AA.VV., *Medicina y sociedad*, Barcelona, Fontanella, 1972, pág. 12), a una dimensión *pública* de la enfermedad, del enfermo o del propio médico.

⁴⁶² J.F.CHILDRESS en *Who Should Decide? Paternalism in Health Care*, Nueva York, Oxford University Press, 1984, pág. 4.

⁴⁶³ Henrik R. WULFF, Stig Andur PEDERSEN y Raben ROSENBERG, *Introducción a la filosofía de la medicina*, op. cit., pág. 251 y M. S. KOMRAD, al que citan, en «A defense of medical paternalism: maximizing patient’s autonomy», en *Journal of Medical Ethics*, 1983; 9: 38-44.

⁴⁶⁴ H. R. WULFF, S. A. PEDERSEN y R. ROSENBERG, *ibíd.*

Tal limitación del paternalismo por parte de los teóricos de la ética médica, que puede más o menos coincidir con la realidad clínica, sería la prueba de que, por otra parte, la voluntad del paciente gana espacio de decisión.

En este sentido, la tan proclamada «autonomía» del paciente indica *teóricamente* la posibilidad de su intromisión *activa* en el campo médico, en virtud, como hemos visto, de un *derecho* reconocido por el poder jurídico-político.

La relación de la que forma parte un paciente “autónomo” podría calificarse igualmente de «privada» aunque ya no estuviera circunscrita exclusivamente al campo médico. El campo de la autonomía de voluntad de quien hasta hacía poco era considerado un *cuerpo* pasivo y desvalido (física y sobre todo moralmente) penetra en el campo de poder médico debilitando su poder de decisión discrecional sobre el cuerpo del paciente hasta el grado que marca la propia eficacia de los mecanismos legales (y de la mediación judicial) que protegen ese derecho del paciente. Es cierto que ello no desprivatiza por sí solo la relación, pero también que mengua de forma significativa la autonomía del campo médico.

b) La dimensión pública de la enfermedad

Por otro lado, dependiendo de la patología o de la necesidad que padece el paciente para solicitar la ayuda médica, la relación privada entre médico y paciente puede transformarse en un asunto de decisión pública que trasciende el marco más simple de la relación: por ejemplo, con la medicina social, en su vertiente preventiva, o con la medicina psiquiátrica, la enfermedad particular de un individuo atribuible a su estado de indigencia, alcoholismo u otras adicciones, apela a un factor que escaparía a la competencia *técnica* médica y que debe ser tratado como una cuestión política y social de primer orden, así la injusta distribución de recursos, las condiciones socio-laborales y personales que abocan a una persona a la marginación social, etcétera⁴⁶⁵.

⁴⁶⁵ H. R. WULFF, S. A. PEDERSEN y R. ROSENBERG, op. cit., págs. 183 y sigs., y Rafael HUERTAS; Ángeles MAESTRO, «Modelo socioeconómico y calidad de vida: Una aproximación al concepto de salud social» en Luis MONTIEL (coord.) *La salud en el estado de bienestar*, Madrid, Ed. Complutense (Cuadernos Complutenses de Historia de la Medicina y de la Ciencia:2), 1993, págs. 199-220.

Sin embargo, la realidad es que desde la perspectiva científica (en este caso, médico-corporativa), se insiste en la preponderancia y necesidad del abordaje de estas cuestiones sociales como cuestiones de salud física, higiene mental (desde la psiquiatría), y tratables a partir del conocimiento técnico *experto*⁴⁶⁶. *Con ello el objetivo de la medicina va más allá de sus meras soluciones técnicas “disfrazando su sistema ético implícito de consejo racional basado en la ciencia”*⁴⁶⁷.

En este contexto se plantea por consiguiente la cuestión político-moral de si es conveniente dejar que los técnicos decidan sobre los medios o dejar que decidan también acerca de los fines, con lo que podrían determinar, en este caso y sobre la base ideológica de la profesión, junto al Estado las políticas públicas.

De hecho, ante cada situación aislada de un paciente, lo que el campo médico propone es la solución técnica que resulte de acuerdo con el consejo racional experto y el autocontrol del paciente en lo tocante a los hábitos privados de vida, obviando los condicionantes sociales. Así, se consigue filtrar no sólo los valores éticos y usos de la profesión médica en la conciencia del individuo sino también, en general, se pretende, irreflexivamente y por sistema, la adaptación del individuo a las instituciones sociales y al régimen de vida imperante sin plantear siquiera la posibilidad de una transformación de éstos para adaptarlos a las necesidades de las personas –necesidades surgidas paradójicamente como “efectos nocivos secundarios” de aquellas instituciones y ese régimen de vida-⁴⁶⁸.

En este caso el campo de poder jurídico-político, condicionado en la actualidad por la penetración en su ámbito de decisión de los imperativos del campo de poder económico de la esfera privada, puede omitir el abordaje de las causas sociales de la enfermedad apelando, una vez más, a la responsabilidad individual, a la *ética*⁴⁶⁹. Aquí,

⁴⁶⁶ Cfr. Frank FISCHER, *Technocracy and the Politics of Expertise*, Newbury Park (Cal.), Sage Publications, 1990, págs. 135 y sigs.

⁴⁶⁷ Kingsley DAVIS, «Mental hygiene and the class structure», *Psychiatry*, 1, 1938: 55-65, citado en Christopher LASH, *Refugio en un mundo despiadado. Reflexión sobre la familia contemporánea*, Barcelona, Gedisa, 1996, pág. 151.

⁴⁶⁸ Christopher LASH, citando a C. Wright Mills («The professional ideology of social pathologists», *American Journal of Sociology*, 49, 1943: 165-180) en C. LASH, *Refugio en un mundo despiadado*, Barcelona, Gedisa, 1996, pág. 151. Es decir, de este modo se consigue generar “un clima cultural altamente receptivo a los modos de pensar médicos” (ibíd.) y al conformismo sobre las instituciones y sus relaciones de dominio.

⁴⁶⁹ El estudio de Rafael HUERTAS, *Neoliberalismo y políticas de salud* (Barcelona, El viejo topo, 1998), señala los mecanismos ideológicos de lo que denomina “ofensiva neoliberal” sobre los sistemas económicos nacionales para individualizar y auto-responsabilizar a las personas de los problemas de salud, negando así las causas sociales de la enfermedad, esto es, *privatizando* un problema social.

el médico puede volver a cumplir la función paternal y moralista del médico-sacerdote decimonónico con lo que, para ello, hay que fortalecer el carácter *privado* de la relación médico-paciente.

Igualmente, otro supuesto en los que el campo de poder político público desvirtúa el mítico carácter privado de la relación médico-paciente a través de la dimensión pública dada a la enfermedad lo constituyen los casos en los que el paciente padezca una patología de carácter epidémico y al que se deberán aplicar medidas públicas de seguridad y protección sobre cuya decisión está implicada de manera directa el campo de poder jurídico-político.

O también los casos en los que los pacientes soliciten un tipo de asistencia sanitaria cuya práctica ha creado en un momento determinado una «alarma social» (interesadamente inducida o no) o en los que se piensa en general que va a crearla porque incide sobre valores morales o usos sociales dominantes en la sociedad afectada. Son supuestos que, o bien ya entran en el dominio de una regulación jurídica específica, o bien existe cierta presión social o de agentes influyentes en el campo jurídico-político para que sean regulados. En cualquier caso, en las decisiones que finalmente se tomen al respecto intervienen otros agentes, distintos al paciente y su médico, pertenecientes a otros campos de poder, para prohibir la actuación médica o permitirla bajo los límites y condicionantes establecidos por ellos (los comités de bioética con participación de expertos profanos, la autoridad administrativa o judicial). Nos referimos a supuestos médico-clínicos como, por ejemplo, la interrupción voluntaria del embarazo, el suministro de drogas ilegales para el tratamiento del dolor, la eutanasia, el test genético, la selección del sexo de los futuros hijos, la investigación biomédica con embriones humanos, los ensayos clínicos con humanos, etcétera.

Sin embargo, también aquí, si algo caracteriza el debate actual acerca del modo de control y regulación de estas actividades es la tendencia a abordarlas como actividades *problemáticas* básicamente desde un punto de vista *técnico* y *ético*.

Las consideraciones sociopolíticas y económicas que pudieran aparecer parten de un sistema político y económico ya dado, normalmente excluido del debate y sobre el que no se plantea la posibilidad de su transformación con relación a los problemas éticos y jurídicos vinculados a esas actividades médicas y biomédicas. Es habitual que la literatura «bioética» haga referencia en sus propuestas al *debate pluridisciplinar* y a la (in)formación ciudadana para la legitimación *democrática* de las decisiones que se tomen acerca de la problemática que plantean los avances biomédicos y los dilemas médico-clínicos, pero siempre dentro del modelo político de la democracia representativa y el modelo económico de mercado capitalista. Si bien sobre este *statu quo* las decisiones que haya que tomar respecto los dilemas que plantean estas

actividades médicas pasan a ser tratadas más como asuntos de decisión *técnica* y *ética* que de decisión política y jurídica aunque, *de facto*, encubran decisiones de carácter político de acuerdo con los intereses del campo de poder económico y de sus instituciones⁴⁷⁰.

Nosotros defendemos en este punto que el discurso ético-médico actual, canalizado en su dimensión práctica hacia los códigos deontológicos y los comités éticos asistenciales y nacionales, está implicando un giro de retorno hacia la “privacidad” del campo de poder médico, en el sentido de que busca que estas cuestiones sean abordadas y reguladas fundamentalmente por los expertos de ese campo, evitando en lo posible la intromisión del campo de poder jurídico-político (y desde luego la del campo de poder social) en ese terreno.

4.3.3. El campo médico en la relación entre la «esfera pública» y la «esfera privada»

Todo el juego de intereses entrecruzados al que nos hemos referido no permite, y considerándolos conjuntamente, asignar una naturaleza genuinamente «pública» o «privada» a las relaciones propias del campo de poder médico. Habrá que estar a lo que digan las convenciones que delimitan lo privado y lo público en función de los agentes interventores y de las relaciones de dominación que establecen (qué agente –el Estado, el médico o el científico, la empresa privada, los ciudadanos individualmente o asociados- es el que realmente decide y configura el contenido de la relación y el contenido material de los acuerdos que se llevarán a cabo).

En cualquier caso nuestra pretensión aquí, lejos de acuñar meramente un nuevo concepto que pudiese resumir el entrelazamiento de estas relaciones y las dinámicas propias de los diferentes agentes circunscritos en sus campos de poder, es al menos la de explicar la complejidad de la interrelación entre diferentes agentes en el ámbito de la medicina y la forma en la que ésta resulta determinante no sólo para la organización de la profesión médica, sino también para el *sentido* que tiene, en ese contexto, el discurso ético-profesional dirigido a dichos actores.

Cabría, pues, considerar este ámbito de relaciones complejas e interdependientes como aquellas que se dan en una *intersección* formada entre lo que convencionalmente entendemos por «esfera pública» (ámbito de relaciones entre las instituciones político-

⁴⁷⁰ Cfr. Cornelius Castoriadis, «La ética como encubrimiento», en *El ascenso de la insignificancia*, Madrid, Frónesis-Cátedra-Universitat de Valencia, 1998, págs. 204 y sigs.

públicas y los «ciudadanos» y entre aquellas y las personas jurídico-privadas con mediación de un juego de intereses públicos y privados) y la «esfera privada» (ámbito de dominio del individuo y de relaciones entre personas privadas con un juego de *intereses privados* –tradicionalmente, económico-contractuales, asociativos, profesionales, familiares y “personales”, es decir, en un sentido negativo, excluyentes de la colectividad indiferenciada- de por medio).

En esta intersección, además, aparte de considerar las determinaciones de la estructura de relaciones propias de cada esfera (por ejemplo, los elementos específicos de las relaciones económico-comerciales que caracterizan un ámbito delimitado de relaciones de «esfera privada» -gestión empresarial, sistema concurrencial, juego de oferta y demanda,...-) también hay que considerar la intersección de ambas esferas con los diferentes campos y subcampos de poder⁴⁷¹.

Por ejemplo, para analizar la forma en la que el contexto institucional sobre la actitud del médico contratado en un hospital público en sus relaciones con un paciente aquejado de una enfermedad de la que se desconoce el tratamiento óptimo, habría que atender a las relaciones internas propias del campo médico y a la inserción de éste en el campo hospitalario de la esfera pública⁴⁷². Y concretando más, las relaciones internas

⁴⁷¹ Otra precisión se hace aquí necesaria: somos conscientes de la utilización para nuestros propósitos explicativos de categorías que proceden de ámbitos disciplinarios (de «campos» o «subcampos») diversos, como son las categorías de «esferas pública y privada» y la de «campo». La una del ámbito jurídico-político, la otra del ámbito sociológico. Tomaremos prestadas ambas categorías en un sentido metajurídico en cualquier caso y metafórico-descriptivo como si nos sirviéramos de «conjuntos». La categoría de «esferas» (ni lo «privado» ni lo «público») no tiene de hecho siquiera una precisión jurídica pacífica aunque justamente sea utilizada para delimitar ámbitos de regulación distintos, ámbitos competenciales de los agentes de la Administración y las relaciones de otros agentes con esos ámbitos y que casi siempre resulta una cuestión controvertida por esa falta de precisión. Es decir, esta categoría de las «esferas» sirve para entender esa voluntad de delimitación (de un «campo», precisamente), sirve para referirse a una cuestión fáctica que sí es objeto de nuestra atención. Con el uso de estas categorías («esferas», «campos») se trataría de adoptar una perspectiva “gráfica” para intentar precisar en la descripción de un sistema de relaciones complejo. Si lo conseguiremos o no es otra cuestión.

⁴⁷² Podemos observar también las relaciones insertas en el ámbito hospitalario de la esfera privada y advertir las diferencias sustanciales con el ámbito hospitalario público en la relación sanitaria: por ejemplo, diferencias en cuanto al tiempo de espera o detalles de atención personalizada (comidas, habitaciones individuales,...), diferencias en cuanto a elementos básicos del cuidado sanitario (en una empresa hospitalaria privada es más probable que escatimen gastos de material y de un uso generalizado de tecnología costosa, subcontraten a personal de limpieza y mantenimiento, etcétera, pensando más en la relación coste-beneficio que en un probable endeudamiento como consecuencia de un aumento en la calidad asistencial). Veamos si no qué cosas pueden ocurrir en un ámbito sanitario estructuralmente privado como el norteamericano en aras a la competitividad de los centros o en beneficio de sus propietarios: «Por pura avaricia corporativa, la unidad de cardiología del *Redding Medical Center*, en California, ha realizado en la última década decenas de miles de intervenciones innecesarias que han costado la vida o la salud a varios pacientes y decenas de millones de dólares a la sanidad pública. El fraude funcionaba así: el equipo de cardiología ordenaba operaciones o pruebas coronarias a pacientes sanos mayores de 65 años, que están cubiertos por la seguridad social de pensionistas (*Medicare*), a la que luego pasaban las facturas millonarias. A medida que las ganancias del hospital se multiplicaban

propias del subcampo de la especialidad médica en su relación con el laboratorio privado que tiene un concierto con el hospital y en el que se realizan los ensayos clínicos determinantes en la aplicación de un posible tratamiento. O la gestión de ambulatorios del sistema público de salud en manos de consorcios y empresas privadas⁴⁷³. El entrecruzamiento, en estas relaciones que aparecen en el área de *intersección*, de intereses más o menos poderosos, de competencias en decisiones técnicas, políticas y éticas, así como las posibilidades materiales reales determinantes de la toma de decisiones (por ejemplo, recursos sanitarios disponibles) condicionan la decisión última que afecta en esa relación modelo de médico-paciente, por encima de los imperativos éticos y deontológicos que atañen personalmente a la figura del médico. Es decir, que en caso de *concurrentia* de intereses institucionales de los campos y

exponencialmente (y así *Tenet Healthcare*, la empresa matriz, enjugaba pérdidas en otros centros y elevaba los dividendos de sus accionistas), el consejo de administración exigía a los gestores de *Redding* que aumentaran el ritmo» (*El País*, 13 agosto 2003). En nuestro ámbito nacional, también ha salido alguna vez en la prensa como dato estadístico la práctica, más que necesaria, *habitual* de las cesáreas (que suponen una intervención quirúrgica) en los partos realizados en clínicas privadas en comparación con los realizados en los hospitales públicos. Son estadísticas que inducen cuanto menos a la sospecha.

⁴⁷³ La ley catalana 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria, bajo los criterios de “descentralización y desconcentración de la gestión” y, sobre todo, de “racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia de la organización sanitaria” del artículo 2, impulsó una reforma del sistema sanitario catalán, particularmente la atención primaria de ambulatorios gestionados hasta entonces por el sector público, hacia un modelo de gestión empresarial. Los diferentes órganos del *Servei Català de Salut* (el gerente y el *Consell de direcció de la Regió Sanitària* correspondiente, el director y el *Consell de Direcció del S.C.S.*, el *Departament de Sanitat i Seguretat Social* y el *Consell Executiu de la Generalitat*), en las funciones que le corresponden, buscan potenciar “la autonomía de gestión de los centros sanitarios” (art. 7.1.c) mediante “el establecimiento, gestión y actualización de acuerdos, convenios y conciertos con entidades no administradas por la Generalidad de Cataluña” (art. 7.1.g), así como mediante los “acuerdos, convenios o fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas” que establezca o “formar consorcios de naturaleza pública con entidades públicas o privadas sin afán de lucro, con intereses comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales si procede [es decir, de acuerdo con sus estatutos y capacidad autorreguladora]”, o bien “crear o participar en cualesquiera otras entidades admitidas en derecho, cuando así convenga a la gestión y ejecución de los servicios o actuaciones” (art. 7.2.2º, 3º y 4º respectivamente y artículos 9.f; 10.h y j; 14.1. g e i; 17.1. b y f; 22.1.e; 26.1.g; 29.1.b y e; 43.1; disposiciones adicionales 2ª, 3ª y 10ª y desarrollo del Decreto 345/2001 de 24 de diciembre por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de los servicios sanitarios en el ámbito del SCS). El resultado ha sido que a más de diez años de la entrada en vigor de esta ley más del 20% de los trescientos ambulatorios de Cataluña (afecta a más de cincuenta centros de atención primaria) han pasado a estar gestionados por consorcios y empresas privadas. Según los sindicatos de médicos y personal de enfermería esta cesión de la gestión a entidades ajenas al *Institut Català de la Salut* “encubre un progresivo proceso de privatización de la sanidad pública catalana” (*El País*, 29 julio 2002). Esta fórmula de gestión es aprovechada para sustituir los contratos estatutarios (por oposición del personal) por contratos laborales sujetos a condiciones más precarias, lo que redundará en una merma en la calidad asistencial de los servicios prestados, según denuncian los sindicatos. [Un estudio de la empresa de trabajo temporal, *Manpower*, del 2004 señala que Cataluña es la comunidad autónoma española con mayor aportación del empleo privado en el sistema sanitario]. La gestión privada de los centros suele recaer en equipos de médicos que pueden ver incrementados sus ingresos gracias a los incentivos de productividad que se han (auto)establecido y para los que funciona la lógica competitiva entre los centros en la que a más pacientes inscritos, más recursos (capital técnico-médico) y mejores salarios. Todo ello en definitiva supone una redistribución no equitativa de recursos para la salud y que en esa concurrentia aparezcan sectores de la población y de la profesión como “perdedores”.

esferas en intersección, las relaciones fácticas de poder dominantes pueden poner al descubierto el carácter retórico de los documentos deontológicos.

Sin embargo, en el campo médico conviene preguntarse qué función pueden cumplir los documentos deontológicos en este contexto de intersección de intereses, de autonomía relativa del campo médico respecto el poder centrípeto del campo económico mercantil.

En el caso de las (auto)regulaciones éticas y deontológicas específicas del campo médico, la carga simbólica del poder de la «virtud» o «excelencia» profesional cumple una función concreta en las estrategias del campo económico-mercantil, más allá del cumplimiento efectivo de dichas normas controlado, por otra parte, por los demás agentes del campo médico. Ello obliga interrogarnos con suspicacia inexcusable, al analizar el papel que juegan los documentos deontológicos en medicina, acerca de la *ética del discurso ético* del campo médico en función de su autonomía *relativa*.

Un caso paradigmático de la función concreta que cumple la deontología en relación con la investigación biomédica y con la estrategia mercantil de los laboratorios, queda expuesto en esta serie de fenómenos históricamente concatenados: el auge posterior a la Segunda Guerra mundial de la industria del medicamento, que induce a la necesidad de multiplicar y acelerar los ensayos clínicos de sus productos, el vacío legal al respecto en un modelo de Estado (el Estado social keynesiano) que entra en crisis en los años setenta, y la petición creciente, tras la Declaración de Helsinki de 1964 sobre la investigación clínica con humanos y sus revisiones y enmiendas posteriores, de la necesidad de que los médicos y los laboratorios a través de sus instituciones corporativas observen protocolos y normas éticas en sus ensayos clínicos.

No se trata de hechos aislados meramente coincidentes en la historia de la biomedicina, sino que, a nuestro entender, precisamente explican la vinculación del auge del discurso deontológico con la historia de la industria fármaco-química y con el papel jurídico-político del Estado en relación con el sistema económico de libre mercado, sistema cada vez más decisivo respecto a la determinación de las políticas socio-económicas estatales, y respecto a la autonomía de los campos científico y médico.

Nosotros sostenemos que la propuesta de estas formas de autorregulación de cada campo buscaba, ya entonces, cubrir el *déficit jurídico* existente asumiendo una mayor concentración de poder (temporal, político o social) en su campo a fin de evitar ingerencias estatales, asumir las estrategias específicas del mercado y dotar a la vez de

mayor peso simbólico a la legitimación ética de los productos científicos de los laboratorios.

Cuando hablamos de “déficit jurídico” no nos referimos solo, o no solo, al vacío o a la laguna legal, que se puede atribuir a una especie de “parálisis” de la maquinaria jurídico-política ante los avances tecnocientíficos y la acumulación de novedades en ese campo que hacen obsoletas las regulaciones legales y de desarrollo antes de ser oficialmente publicadas. Nos referimos, sobre todo, a que esta parálisis sea el efecto lógico de la expansión de formas de autorregulación particulares de cada campo o subcampo de poder más especializadas, coyunturales y flexibles para la ordenación de actividades técnicas muy complejas y variables, entre otras causas, por las exigencias del mercado. Por otro lado, el auge paradójico de regulaciones jurídicas en momentos concretos, coincidentes con coyunturas políticas en torno a un estado de mayor “candencia” de estos asuntos (véase por ejemplo la multitud de informes y propuestas desde los campos científico y médico y las regulaciones locales y generales finales sobre la investigación con células madre embrionarias a lo largo del 2003, en la Unión Europea y en España particularmente), prevén márgenes de autorregulación ética y deontológica de los campos científico y médico en cuanto a decisiones *expertas* del campo dentro de un marco legal de «orden público» (el papel de comités y comisiones *ad hoc*, su propio sistema de evaluación y control, también disciplinario en los asuntos deontológicos, el papel de evaluación ética del sistema de la «Medicina Basada en la Evidencia» -EBM- de las agencias de evaluación expertas, etcétera, toda una organización institucional-competencial *relativamente* autónoma prevista en la ley y reglamentos). Es decir, que con este «déficit jurídico» se constata la externalización hacia centros de poder autónomos que cumplen con un modo de regulación de alcance público.

Junto a las regulaciones jurídico-públicas cobrarán una importancia creciente formas de (auto)regulación «privadas», de la esfera corporativa científica, industrial y médica en las que se mezclarán fundamentalmente aspectos técnicos muy específicos con controles «éticos» impulsados por los propios miembros de la corporación. Estas nuevas formas de autorregulación desarrollarán el marco legal del Estado en aspectos puntuales y concretos que requieran una especialización técnica y una capacidad de adaptación a las circunstancias técnicas cambiantes de las que carecen los juristas, los políticos y la ciudadanía en general⁴⁷⁴.

Así, algunas políticas públicas sectoriales (control farmacéutico, de tecnología médica, medio ambiente, etcétera) pasan por el filtro o los filtros de organizaciones corporativas con una normativa propia que es reconocida por esa vía como *pública* (por ejemplo los códigos deontológicos o, en general, las consideraciones expertas de lo que es ético en su campo específico y su reconocimiento legal explícito)⁴⁷⁵.

Por lo que se refiere al ámbito de relaciones subjetivas, ya no centrado en una macroescala de relación entre «campos» y «esferas», hemos explicado que la relación tradicional entre médico y paciente era entendida hasta épocas recientes como un tipo de relación circunscrita a la esfera privada. En ese ámbito, como en el de las relaciones

⁴⁷⁴ Cfr. J.ESTEVE PARDO, op. cit., y del mismo autor, *Técnica, riesgo y Derecho. Tratamiento del riesgo tecnológico en el Derecho ambiental*, Barcelona, Ariel, 1999, págs. 121 y sigs. y pág. 154 y sigs.

⁴⁷⁵ Cfr. Raphaël ROMI, «Corporatisme, neocorporatisme et régulations en mutation» y Jacques CHEVALLIER, «Vers un droit postmoderne ?», en J.CLAM, G.MARTÍN, *Les transformations de la régulation juridique*, Paris, LGDJ, 1998, pág. 85 y págs. 30-40, respectivamente.

contractuales entre particulares, el Estado se limitaba a fijar un marco de «orden público» a través, por un lado, de una legislación de reconocimiento y supervisión de la validez de la autorregulación y autoorganización de la profesión médica y, por otro lado, a través de la legislación civil y penal para la determinación de responsabilidades de aquellas actuaciones que superasen el *ámbito privado* cuestionando la capacidad de control y orden estatales. Esto es, los compromisos adquiridos por el Estado con la ciudadanía en la *legalidad*.

En el nuevo marco de relaciones que se estableció a partir de la consolidación del modelo de Estado intervencionista y asistencial, en cambio, fue determinante la penetración cautelosa de la esfera pública en aquella esfera privada (de autonomía de la profesión y de relaciones contractuales privadas), esto es, en la esfera del monopolio del campo médico.

Esta penetración de la esfera pública se hace visible, por ejemplo, en el afianzamiento de un marco general de *referencia*, e *inspirador*, constituido por los derechos y libertades fundamentales proclamados, es decir, en la consolidación de una simbología jurídico-política de «derechos de ciudadanía» y de «derechos sociales» dominante y vigilada desde instancias gubernamentales y que deben respetar las organizaciones «privadas», aparte de las «públicas» mismas. El reconocimiento explícito del derecho social a la protección de la salud es un claro ejemplo de ello⁴⁷⁶, o el reconocimiento de derechos de libertad, autonomía, información, privacidad, etcétera de los pacientes⁴⁷⁷.

Esta penetración también se percibe, en el ámbito médico, en el control legal de la actividad sanitaria reconsiderada como actividad de «interés general» o «público», es decir, como asunto propio de las políticas estatales de salud pública. Esta asunción de la dimensión pública de la actividad sanitaria es incorporada en los documentos deontológicos de ámbito internacional a local desde la constitución de la Asociación

⁴⁷⁶ Arts. 41 y 43 de la Constitución política española de 1978 y todo el arsenal legal y reglamentario que los desarrolla.

⁴⁷⁷ *Convención para la Protección de los Derechos Humanos y de la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina* de 4 de abril de 1997, del Consejo de Europa; arts. 24 a 26 de la *Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño* de 1989 (BOE, 313, 31 diciembre de 1990); art. 7 del *Pacto Internacional de derechos civiles y políticos* de 1966 (BOE, 103, 30 abril de 1977); la *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*; arts. 85.5, 96 y 98 de la *Ley 25/1990 del Medicamento*; arts. 2 a 4 de la *Ley Orgánica 3/1986 de medidas especiales en materia de Salud Pública*; art. 8 de la *Ley Orgánica 5/1992 sobre tratamiento automatizado de los datos de carácter personal*, etcétera.

Médica Mundial (AMM) en 1947 y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948⁴⁷⁸.

Ya vimos en capítulos precedentes las características del proceso de adquisición de esa dimensión de interés público o general por parte de la actividad sanitaria a través de una concepción de la salud misma como un bien de interés general que superaba así el modelo “privatista” de la medicina premoderna que vinculaba a ésta al comportamiento moral del paciente bajo escrutinio sacerdotal del médico. No obstante, aquí defendemos la tesis de que si bien se ha redimensionado la idea de salud como bien público durante el siglo XX, ello ha servido más que otra cosa para reforzar la tendencia a la autonomía del campo médico que tiende a mantener el monopolio de su trabajo, asumiendo la nueva importancia pública de su actividad e implicando a la responsabilidad individual del paciente en el cuidado de su salud como una responsabilidad pública más.

Es decir, que se ha reconstruido la responsabilidad moral sobre la propia salud supeditándola a un valor laico superior: el interés público. Ya no son la conducta pudorosa y la austeridad cristiana las bases de una “salud de hierro”, sino el cumplimiento de unas pautas de vida sana prescritas por los médicos. La responsabilidad de la salud privada es de cada uno, pero el contexto público institucional presiona al individuo, con el soporte técnico del campo médico, hacia ciertos hábitos de vida saludables cuyo incumplimiento *también* genera mala conciencia. Así, el paciente de hoy vuelve al redil de la consulta, del crédito al discurso médico y en consecuencia al de su tecnología y de toda la industria que rodea la relación sanitaria.

La organización burocrática de la profesión médica y de las instituciones sanitarias en las que se despliega la actividad médica en ese contexto de «interés público» también refleja la intromisión político-pública en la profesión y, asimismo, la coordinación legal y política del ejercicio de la profesión médica con otras profesiones y

⁴⁷⁸ Sin tener que hacer una relación, que sería excesivamente profusa, hay que señalar que la consideración de la actividad sanitaria como interés, no ya solo, público sino de la «humanidad» es manifestada en la Declaración de Ginebra de 1948 de la Asociación Médica Mundial en la que en forma de juramento solemne el médico consagra su vida “al servicio de la humanidad” hasta, en ámbito más local, en el *Codi de Deontologia. Normes d' Ètica Mèdica* de 1997 del *Consell de Col·legis de Metges de Catalunya* que en su primer artículo declara lo siguiente: “El médico ha de tener presente que el objetivo del ejercicio de la medicina es promover, mantener o restablecer la salud individual y *colectiva* de las personas, y ha de considerar que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino también el conjunto de condiciones físicas, psíquicas y *sociales* que permiten la máxima plenitud de la persona, de manera que ésta se pueda desarrollar de manera autónoma” [definición dada por la OMS de «salud»] (los subrayados son nuestros).

ocupaciones sanitarias. También la creciente dependencia de la financiación pública de la actividad médica (enseñanza de la medicina en las universidades, la investigación pública y, mientras no quede explícitamente derogado, la satisfacción, más o menos incompleta, del derecho a la asistencia médica universal) es un signo palmario de esa intervención estatal.

A todo ello debe sumarse la relación cada vez más estrecha entre las políticas económicas públicas y la industria y el mercado de productos y servicios sanitarios, como hemos venido señalando.

En este contexto es fácil deducir, por consiguiente, el nuevo papel que tendrá la profesión médica en su relación con los demás agentes y cómo articulará y gestionará el discurso ético que dice controlar su actividad.

De ahí que el momento significativo en todo ese proceso evolutivo del discurso ético-profesional sea el de la extensión contemporánea de la aplicación del conocimiento médico-científico o «biomédico» al terreno de la investigación y experimentación clínica y científica. No es de extrañar pues que la capacidad tecnológica para ello y las ingentes sumas de inversión pública y privada que se hacen en investigación, no tanto «básica» como *productiva*, conviertan a esta actividad médico-clínica y biomédica en el punto de partida de una “nueva” ética.

La investigación científica y clínica ha adquirido en los últimos tiempos un protagonismo fundamental en el desarrollo de toda la ética médica, y científica en general, superando el ámbito estrictamente profesional para convertir a esta última en un discurso de legitimación de decisiones muy amplio desde el punto de vista de los sujetos partícipes y los posibles afectados por esas decisiones.

El nuevo discurso ético que asume esa ampliación y que supera, según muchos autores, al discurso deontológico es el de la llamada «bioética», disciplina novedosa defendida por sus portavoces como un saber que, dejando de lado cuestiones de fundamentación y metodología, se constituye como una “ética aplicada” y ampliada en su espectro temático y en su ámbito subjetivo. El afán por la *aplicabilidad* de esta nueva ética racional se vio traducido, desde mediados de los años setenta del siglo XX, en la proliferación de los llamados «comités éticos» de las diversas instituciones sanitarias, de investigación y de asesoramiento a los gobiernos y a las administraciones públicas en los que participan teóricos de la bioética, juristas, teólogos o funcionarios del gobierno junto a los médicos y científicos.

Como veremos más adelante, el nuevo sistema de organización de toma de decisiones “bioéticas” tiene evidentes implicaciones jurídico-políticas, sociales y económicas, *no solo morales*, pero tiende a eludir en la práctica la cuestión moral principal de la responsabilidad por la toma de estas decisiones, así como la de su legitimidad democrática⁴⁷⁹. Este sistema altera la tradicional relación entre la esfera pública y la esfera privada en el ámbito de la profesión, y suma al aparato normativo de la corporación un entramado de decisiones éticas *ad hoc* de fuentes aparentemente heterónomas al campo médico pero de las que éste participa y que sirven para adecuar, flexibilizar, normas deontológicas, estándares morales elaborados o *deducidos* por los *think tanks* de la bioética, y lo que puede ser más preocupante, los derechos y libertades fundamentales. Pero esta es una cuestión que trataremos con más detalle en el próximo capítulo.

⁴⁷⁹ Una interesante reflexión acerca de la propuesta de una *bio-ética* de la responsabilidad que tenga en cuenta las consideraciones políticas de los asuntos que trata, en las que habría que incluir aquellas acerca de la mercantilización creciente de las biotecnologías, la aporta Francisco FERNÁNDEZ BUEY en *Ética y filosofía política*, Barcelona, Edicions Bellaterra, 2000.

Capítulo 5.

Desregulación jurídica y política de expertos

5.1. Un mapa fragmentado de poderes

Tal como examinamos en el capítulo precedente, la cuestión acerca de si los objetivos e intereses específicos del campo científico o médico son cumplidos de forma autónoma por parte de sus agentes debe ser planteada no sólo en lo que se refiere al campo económico-mercantil, sino en lo que hace referencia al papel jurídico-político del Estado en esos campos, sobre todo teniendo en cuenta el creciente protagonismo que concede el propio Estado a las competencias expertas de los profesionales en el ámbito de la actividad jurídica y administrativa.

Debemos situarnos entonces en un mapa general de poderes donde es preciso tener en cuenta al campo económico mercantil, a los campos intermedios entre individuo y Estado no específicamente mercantiles (en nuestro caso, el campo corporativo-profesional de los médicos) y al campo jurídico-político. Y es preciso comprender la adopción de estrategias específicas de interrelación e interacción entre esos campos en función de la posición de fuerza que ocupan, no ya los agentes, sino los campos de poder mismo, unos respecto de otros.

Esta adopción de estrategias específicas de interrelación e interacción entre campos de poder en un mapa de poderes funcionalmente interdependientes, podemos verlo en el caso ilustrativo de la experimentación biomédica con células madre embrionarias considerando cómo esta posibilidad práctica es abordada por el “Estado desregulador”, el campo económico mercantil, y el campo biomédico, en sus relaciones mutuas condicionadas por sus intereses específicos de campo.

Para la libertad de investigación en general (que ofrece la apertura de un horizonte inagotable para el trabajo del campo tecnocientífico y, en consecuencia demanda la no restricción de su poder) y para la de la industria farmacéutica en particular (ligada a la «libertad de mercado», independientemente de las prácticas monopolistas reales) resulta funcional que no exista una regulación legal estricta y detallada, en este caso, sobre la experimentación con células madre embrionarias. El campo científico y la industria aceptan sin embargo, que la decisión al respecto, y a

pesar de que afecta al campo de poder científico o médico y se trata de una decisión que *debería* ser evaluada por sus agentes expertos, se delegue a comités de expertos en ética, compuestos por científicos y otros profesionales, a fin de se que emitan informes previos acerca de la “eticidad” de los proyectos de investigación que luego resulten orientativos de lo que debe establecer el marco legal⁴⁸⁰. La industria tiene un interés especial en abrir nuevos mercados o incrementar la demanda de productos y servicios que pueda ofrecer. Contar además con este tipo de decisión en comité de expertos permite la evaluación de una parte interesada cuando los proyectos de investigación de los científicos y los productos recetados por los médicos son financiados y vendidos por esa industria.

La red relacional entre campos quedaría funcionalmente equilibrada de la siguiente manera: la necesidad del Estado de fomentar la industria le impele a adoptar una posición tímida, flexible, respecto a sus exigencias legales, pero a la vez el Estado debe mantener la cautela que le es exigible en la protección de los derechos afectados por los riesgos que puede comportar este tipo de experimentación científica. Para ello, antes de adoptar una medida legal concreta, el Estado tiene en cuenta la opinión de comités de expertos, ya sean comités a los que previamente ha habilitado legalmente de forma explícita, los comités nacionales de ética, por ejemplo, ya sean otros comités creados más o menos de manera informal, asociaciones, foros de debate, observatorios, etcétera, de la comunidad científica procedente de universidades, hospitales o laboratorios legalizados⁴⁸¹. Estos comités emiten un juicio experto de evaluación

⁴⁸⁰ Por ejemplo, en verano de 2002 el gobierno español solicitó al *Comité Asesor de Ética en Investigaciones Científicas y Tecnológicas* (compuesto por cuatro biólogos, un médico, tres físicos, un científico informático, el *presidente de la patronal de la industria química*, un jurista y una filósofa), constituido por el Ministerio de Ciencia y Tecnología, que analizara las implicaciones éticas del uso de células madre en biomedicina y que *propusiese los criterios éticos a seguir* por los proyectos científicos financiados por el Estado, mientras que la *Comisión Nacional de Reproducción Asistida*, con competencias legales específicas para estas cuestiones, ya se había pronunciado favorablemente un año antes hacia el uso de los embriones congelados para la investigación. Mientras las clínicas españolas, muchas de ellas privadas o vinculadas a redes de laboratorios privados, conservan crionizados entre 30.000 y 40.000 embriones, los expertos oficiales del *Comité Asesor* se pronunciaron en marzo del año siguiente a favor de la investigación con embriones congelados con ciertas restricciones y recomendaron al gobierno la modificación de la Ley 35/1988 de técnicas de reproducción asistida (la cual ha sido modificada por Ley 45/2002 de 21 noviembre en el sentido sugerido por el comité de expertos) a fin de que los investigadores pudiesen trabajar con garantías jurídicas. Las restricciones de tipo moral recogidas por la nueva ley se deben a que gran parte de los miembros del *Comité Asesor* elegidos por el gobierno, dominado por un partido conservador, eran ideológicamente próximos a la Iglesia católica y a los sectores ideológicamente más reaccionarios.

⁴⁸¹ En diciembre de 2001 el «Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret del Parc Científic de Barcelona» elaboró un informe en el que se propugnaba la modificación de la legislación entonces vigente y del criterio doctrinal del Tribunal Constitucional sobre reproducción asistida y donación y

racional de costes-riesgos y beneficios presentado como decisión “ético-racional” que puede legitimar la actividad del laboratorio y, en definitiva, la de la industria⁴⁸².

Estos juicios expertos elaborados por los comités suelen resultar de un acuerdo entre sus participantes en torno a la compatibilidad de los *valores* del desarrollo científico y el progreso económico, el valor de la «dignidad humana» y sus valores correlativos recogidos ya sea en declaraciones internacionales, en textos constitucionales o en códigos éticos y deontológicos, y la «voluntad ciudadana» *deducida* de su presión política puntual y de la presión mediática.

Pero se trata de un acuerdo tomado en el contexto pragmático de la presión que ejerce la lógica mercantil que cuenta con la incesante oferta de las innovaciones científicas y tecnológicas y un poderoso aparato mercadotécnico de fabricación de necesidades privatizadas. La presión es eficaz en sus resultados dada la permeabilidad, en el imaginario colectivo, del discurso legitimador de la *eficacia técnica* del campo tecnocientífico en la gestión de los riesgos de los nuevos productos científicos,

utilización de embriones humanos o sus tejidos para permitir la obtención de células madre embrionarias con fines terapéuticos y de investigación, siempre con el acuerdo de los donantes y con la aprobación por una comisión *ad hoc* de expertos (M. CASADO, J. EGOZCUE (coords.), *Documento sobre células madre embrionarias*, Barcelona, Observatori de Bioètica i Pret. Parc Científic de Barcelona. Universitat de Barcelona, 2001).

⁴⁸² Dice así la exposición de motivos del *Documento sobre células madre embrionarias* en sus considerandos segundo, quinto, séptimo y octavo: “Considerando que la tutela y la protección de la salud y la promoción de la investigación científica, *en beneficio del interés general*, constituyen importantes *finés de la actividad estatal*. (...) Considerando que ha llegado el momento en que, desde la serenidad, *se analicen racionalmente los beneficios, los riesgos y los reparos* respecto de las técnicas de obtención de células madre embrionarias. (...) Considerando que es necesario contribuir al debate social a fin de *elaborar propuestas que orienten la política legislativa del Estado*. Conscientes de que los criterios de actuación en Bioética *deben ser revisados periódicamente, en función del desarrollo de las ciencias*”, el Grupo de Opinión concluye que la obtención de células madre embrionarias, en los casos que indica, es recomendable diciendo que “por ello *es necesario potenciar la investigación en todos los campos tanto con financiación pública como privada* pues de otra manera los beneficios quedarían en manos de empresas privadas. La investigación con embriones será evaluada, regulada, aprobada y controlada por la autoridad competente. La actuación de esta autoridad supondrá valorar los proyectos de investigación que impliquen la utilización de embriones”. Los subrayados nuestros indican, primero, la arrogación de una competencia específica en aras al «interés general» en cumplimiento de los fines (del interés específico de su campo) del Estado, que da cuenta de la intención *legítima* de ese Grupo de Opinión. En segundo lugar, en su competencia específica, indica que este grupo de expertos bioéticos resuelve *racionalmente*, ponderando riesgos y beneficios, la aporía ética aparente de la obtención y uso de células madre embrionarias y, en fin, que su resolución tiene como objetivo orientar la política legislativa recomendando la financiación pública como privada de este tipo de investigación bajo el control de una autoridad administrativa independiente como los comités de ética o la comisión nacional de reproducción asistida. Teniendo en cuenta que los criterios “bioéticos” carecen de las formalidades y garantías procesales del sistema jurídico legal y, por tanto, de sus rigideces, lo que permite a los intérpretes del campo bioético es adaptar sus resoluciones a las exigencias de la evolución tecnocientífica de una manera “flexible” (María CASADO, «Hacia una concepción flexible de la bioética», en M. CASADO (comp.), *Estudios de bioética y Derecho*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2000) y funcional, todo hay que decirlo, al mercado tecnocientífico. Por esta vía de mediación “bioética” se constata, pues, la tensión del campo de poder tecnocientífico hacia su autonomía respecto el control jurídico-político.

tecnológicos o biomédicos aplicados o por introducir en el mercado (y que ha sido plenamente adoptado por el campo jurídico-político para justificar políticas privatizadoras y desreguladoras) y por una aceptación generalizada de la *ideología del progreso*, de la idealidad de un mejoramiento material expansivo e ilimitado.

En este contexto, en el que la producción científica sólo obtiene recursos en función de su aplicabilidad industrial y tiene salida, en principio, sólo con el aval jurídico-político en torno a su seguridad y garantía de respetabilidad de los derechos, pero en el que “la tríada *economía-saber-técnica* [ha] ganado autonomía con relación a los controles políticos”⁴⁸³, es probable que los comités expertos en ética médica y científica decidan, mediante su razonamiento “ético”, a favor de aquellas fuentes que impulsen, que proyecten su ámbito de competencia, que faciliten la generación del trabajo especializado que da sentido al campo al que pertenecen. Y, en consecuencia, que su decisión *legítima* la decisión jurídico-política del Estado como, en este caso, sobre la permisividad de la instalación y de la actividad de la industria. ¿Qué garantías existen, sino, de que los agentes expertos dictaminen a través de la institución del comité *oficial* contra la fuente de producción de su trabajo, de su posibilidad como campo de poder específico, si no es con el riesgo de su propia extinción institucional?

El razonamiento “ético” proporciona, en su apariencia, equidistancia, sancionando la actividad juzgada como moralmente aceptable o inaceptable o aceptable bajo unas condiciones determinadas. Pero, a pesar de esa equidistancia aparente que otorga el capital simbólico de los miembros del comité, el razonamiento “ético” se suele hacer siempre, por un lado, bajo la admisión incuestionable de un modelo de desarrollo tecnocientífico vinculado a una forma de producción que a su vez se halla condicionada por la forma económica del «libre mercado» y que constituiría la dimensión fáctica existente nunca debatida, bien por pertenecer a otra esfera de asuntos ajenos o por considerarla una realidad inabordable como los molinos de viento. Y, por otro lado, el razonamiento “ético” se hace mediante la aceptación de los valores o idealidades de legitimación política, fundamentalmente discursivas, producto de un pacto político y de concreción fáctica compleja, que constituiría la dimensión discursiva de «principios», «valores» y «derechos» relativos a la «dignidad de la persona», como un axioma aceptado de partida. En cualquier caso, habría que tener en cuenta que el proceso de elección mismo de los agentes responsables de las tomas de decisiones éticas o técnico-

⁴⁸³ José Eduardo FARIA, *El derecho en la economía globalizada*, Madrid, Trotta, 2001, pág. 139.

éticas, hoy por hoy, a partir de las posiciones estratégicas que ocupan en sus campos de poder respectivos, ya condiciona la posición ideológica de partida del comité como foro de acuerdo.

El poder adquirido en la actualidad por los comités de bioética o de ética clínica (como asesores de la administración) y la importancia que en su función conceden no sólo a sus propias reglas de juego procedimental y metodológico, sino también a los valores, principios, pautas y usos recogidos en los diversos documentos deontológicos, indica que están constituidos como un espacio privado de autorregulación. Un espacio autónomo en relación con el control jurídico-político y funcional a las necesidades de las estrategias del campo económico a través de las necesidades de las estrategias del campo científico (y tecnológico) o médico del que proceden sus miembros y que las mismas instancias jurídico-políticas atiende e incluso promueve⁴⁸⁴.

En este sentido, una muestra del alcance del papel que pretende y reivindica el campo de poder bioético para los comités de bioética y la ética codificada lo encontramos en la siguiente declaración:

“En estos casos, los comités que evalúen los protocolos para la obtención de células madre embrionarias deben ser los que determinen la idoneidad de la propuesta. Dichos comités deberán ser plurales, integrados multidisciplinariamente, conformados por *personas idóneas para decidir* sobre la coherencia de la investigación y su proporcionalidad, y con *capacidad para buscar fórmulas de consenso real*, no meras yuxtaposiciones de posiciones diversas. Conviene tener presente que, al regular estos procesos, *pueden entrar en juego órdenes normativos diversos*, con sus correspondientes sanciones: dentro de las jurídicas, desde las administrativas a las civiles y

⁴⁸⁴ “En otros casos son las propias instancias públicas, sabedoras de la complejidad ética y de la especialización profesional que singularizan estas cuestiones [“bioéticas”], las que promueven y llegan a imponer fórmulas de autorregulación. Un ejemplo significativo lo ofrecen las remisiones a informes de Comités Éticos que se advierten en las normas jurídicas presentes en estos sectores” (José ESTEVE PARDO, *Autorregulación. Génesis y Efectos*, Cizur Menor (Navarra), 2002, pág. 69). Por ejemplo, el artículo 64 de la Ley 25/1990 del Medicamento que establece que “ningún ensayo clínico podrá ser realizado sin informe previo de un Comité Ético de Investigación Clínica, independiente de los promotores e investigadores, y debidamente acreditado por la Autoridad Sanitaria competente que habrá de comunicarlo al Ministerio de Sanidad y Consumo”. Este artículo indica además las funciones básicas del Comité: “El Comité ponderará los aspectos metodológicos, éticos y legales del protocolo propuesto, así como el balance de riesgos y beneficios anticipados dimanantes del ensayo”. Y en esta misma línea de delegación decisoria a comités éticos, art. 19 del Real Decreto 414/1996 por el que se regulan los productos sanitarios; los arts. 10.1, 11.3, 12.6, 13.4, 14.2.e, h, i, 20.3, 22.1, 24.3. c, 28, 29.3, 30.1, 2, 3, 31.2, 32, todo el Título III (De los Comités Éticos de Investigación Clínica), 45, 46.2, 47.2 y Disposición Transitoria 1ª del Real Decreto 561/1993 por el que se regulan los requisitos para la realización de ensayos clínicos.

penales; pero también *las deontológicas y las de la buena práctica profesional, que pueden entrar a formar parte del continuo de medidas de control*”.⁴⁸⁵

Lo que aquí queremos ver es la forma en la que la autonomía de los campos de poder científico, sanitario o médico, a través de sus subcampos instituidos en comités, comisiones de expertos, corporaciones profesionales y demás organizaciones con poder autorregulador, sirve para ganar espacio al ámbito de control y de regulación político-pública en lo que atañe al ámbito de relaciones que penetran en la esfera de conocimiento y técnica específicos de dichos campos. Que sus agentes expertos asumen por la vía de su opinión especializada una competencia que supera la apreciación meramente técnica o científico-racional para pasar a imponerse como apreciación *política*, y prescriptiva, mediante la *decisión ética*. A ello contribuye el aparato ético-normativo específico de la profesión (sean los códigos éticos y deontológicos, sean las propuestas metodológicas o procedimentales de los teóricos de la bioética para los comités de turno) como marco valorativo y su canalización expresiva a través de la justificación de las decisiones tomadas en esos comités de bioética, comisiones deontológicas, foros de debate, etcétera.

Lo que intentaremos mostrar es que este fenómeno no es arbitrario ni surge aisladamente. Se trata de un proceso histórico consecuente con el fenómeno de debilitamiento de la autonomía del campo científico, médico y sanitario, en nuestro caso, y del campo jurídico-político del Estado-nación de modelo keynesiano respecto del campo económico mercantil que gana autonomía decisoria en el marco de la llamada «mundialización económica».

La autonomía de este campo de poder económico-mercantil respecto del poder político de los estados arrastra hacia la esfera de la privacidad el poder de aquellos campos científico, médico, sanitario, dándoles el Estado un nuevo protagonismo decisorio en sus políticas públicas.

“Los gobiernos deberían considerar oportunamente la dimensión por la que las funciones llevadas a cabo por el sector público puedan ser proveídas por las profesiones con objeto de

⁴⁸⁵ «Preámbulo» del *Documento sobre células madre embrionarias*, op. cit., pág. 8. Este texto es toda una declaración de intenciones en el que se expone (en lo subrayado especialmente por nosotros) una arrogante afirmación respecto la idoneidad de los decisores, que deja entrever en nuestra opinión cierto “despotismo ilustrado” incompatible con la propia pluralidad que se propugna, para llegar en definitiva a... a acuerdos gobernados por criterios pragmáticos de ajuste a tal o cual fin y en el que se reivindica el papel disciplinario y de autocontrol de las normas deontológicas en el espacio del juego jurídico.

permitir una competencia más efectiva en aquellos sectores en los que el sector público ha sido hasta entonces el responsable”⁴⁸⁶.

Paralelamente se produce un debilitamiento del control jurídico-político tradicional con la aparición de nuevas formas privadas de juridicidad encubiertas, de ámbito nacional o internacional⁴⁸⁷. Por ejemplo, mediante la delegación efectiva de funciones públicas a entidades privadas (agencias de evaluación de tecnologías, asociaciones profesionales, modalidades contractuales colectivas entre empresas y asesorías en la forma de regímenes autorreguladores, etcétera), mediante la concreción técnica corporativa del contenido normativo-legal, a través de la creciente competencia coadyuvante de organismos autónomos en la interpretación jurisdiccional de las leyes, mediante informes o dictámenes expertos para el contenido de normas jurídicas, la asesoría o consejo técnico a la administración, etcétera, formas que tienen una eficacia sectorial pero con implicaciones sobre cualquier persona que entre en su esfera de relaciones, como por ejemplo la relación sanitaria.

Lo cual no significa que la apertura a esos nuevos espacios de regulación privada, por ejemplo al espacio tecnocorporativo, implique una menor intervención jurídico-política en los asuntos más específicamente tecnocientíficos pero con implicaciones en la esfera pública. Esta intervención del Estado, en función de las presiones heterónomas del campo económico mercantil sobre sus estrategias específicas, seguirá siendo relevante. El Estado legisla, reglamenta, interpreta mediante informes técnicos, precisamente para *garantizar jurídicamente la autonomía del campo económico*, infiltrada en los campos científico y médico, frente al “exceso” de autonomía que dichos campos pudieran desplegar y que pudiera obstaculizar en la práctica la realización de las estrategias del mercado así como poner en riesgo “excesivo” o incontrolado a la población expuesta a los efectos de las nuevas tecnologías biomédicas, los experimentos científicos, etcétera. En este último caso, dadas las limitaciones técnico-jurídicas del propio Estado y dadas las exigencias del

⁴⁸⁶ Del informe *Competition Policy and the Professions*, aprobado por el consejo de la OCDE el 5 de diciembre de 1984, §303, pág. 87, recogido en *Colegios Profesionales (Documentación preparada para la tramitación del Proyecto de Ley por el que se modifica la Ley 2/1974, de 13 de febrero, reguladora de los Colegios Profesionales, para adecuar el ejercicio de las profesiones colegiadas a la legislación en materia de competencia)* de la Secretaría General del Congreso de los Diputados -Dirección Estudios y Documentación-, Madrid, BOCG Congreso, Serie A, nº 114, de 27 de noviembre de 1992, Documentación nº 105, vol. II, pág. 1156.

⁴⁸⁷ Colin SCOTT, «Private Regulation of the Public Sector: A Neglected Facet of Contemporary Governance», *Journal of Law and Society*, 29, 1(2002): 56-76.

mercado tecnocientífico para el desarrollo de la ciencia y de la tecnología aplicadas, el Estado delega funciones a grupos de expertos, comités, corporaciones, agencias, más competentes que el propio Estado para la gestión técnica de los riesgos y el mantenimiento del sistema tecnoproduktivo de una economía mundializada.

Y es que la reflexión acerca del fenómeno del debilitamiento de la autonomía del campo científico (igualmente trasladable al campo médico) no puede ser aislada del influjo que ha tenido en ese proceso no sólo el dominio creciente del campo económico-mercantil, sino también el afianzamiento de la autonomía de éste correlativa al aumento de su poder de presión sobre los restantes campos.

Este afianzamiento de la autonomía del campo económico respecto del poder jurídico-político es, por otro lado, correlativo al debilitamiento actual de la autonomía del campo jurídico-político respecto del poder del campo económico mercantil. En cualquier caso, hablamos de autonomías *relativas* por el grado de dependencia funcional entre estos campos. Las estrategias temporales o políticas específicas de cada campo interactúan necesariamente para mantener su estructura interna, sus relaciones de fuerza, el dominio de sus jerarquías, su práctica y racionalidad específicas así como sus lenguajes específicos que los legitiman (así por ejemplo, el discurso de *validez jurídica* y de legitimación política *democrática* del campo estatal y el de *eficacia* y de legitimación ético-política de *generación de riqueza* del campo económico mercantil). Lo que sucede es que en la época de la «mundialización económica» las estrategias específicas del campo económico mercantil dominan, dirigen, diseñan las estrategias políticas del campo estatal que decrecen en su poder decisorio, no ya sobre las estrategias de un campo *privado* como el del mercado, sino sobre *sus* propias estrategias satisfactorias, en su discurso de legitimación de la democracia, de los intereses específicos del «Estado social y democrático de derecho».

Uno de los rasgos de este proceso histórico, convencionalmente entendido como «globalización» o «mundialización económica», en el que se produce una expansión planetaria, sobre todo a partir de la década de los noventa del siglo XX, de las relaciones económicas tardocapitalistas y se impone la lógica de sus estrategias específicas a las políticas sociales, económicas, culturales, científicas y, en consecuencia, jurídicas a los Estados-nación, es precisamente la crisis del «poder soberano» de éstos. Tal *crisis* es lo que es posible observar en la sumisión de aquello representado en la tradición jurídico-política de la modernidad como el “poder soberano del pueblo representado en el Estado” al protagonismo, aunque difuso, de quien ahora ostenta el poder de decisión

efectivo en el terreno de la organización económica y, por ende, en el de todos aquellos ámbitos de la vida social que dependen de sus estrategias⁴⁸⁸.

Así pues, puede decirse que el poder soberano se halla fragmentado en la actualidad entre el poder del campo económico privado (representado por grandes conglomerados de empresas multinacionales y sus organismos políticos de expresión de directrices para las políticas estatales –Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, OCDE,...) y el poder jurídico político estatal, ahora en una relación de dependencia funcional.

Al fenómeno de la mundialización económica le es atribuible, según José Eduardo Faria, la imposición de un «derecho de la producción», generado en el ámbito de los conglomerados empresariales transnacionales, que canaliza los valores y exigencias difundidos por el sistema económico sobre los ámbitos social, cultural, político y científico⁴⁸⁹. Para dar respuesta a ese «derecho de la producción» con la mundialización se han generalizado

“nuevas formas de organización de la vida socioeconómica como formas de actuación política, alimentando el potencial señalizador, balizador, polarizador y condicionador del «derecho de la producción» en su intersección con los demás órdenes jurídicos”⁴⁹⁰.

Estas nuevas formas de organización se presentan como estructuras de grupos heterogéneos que se entrecruzan y entrelazan según sus intereses variados. Suponen la forma actualizada de los efectos del proceso de tecnificación, burocratización y “juridificación” weberianas de la vida social y que junto con la división internacional del trabajo y el sistema de «especialización flexible» de la producción habrían disuelto la idea del individuo como unidad de acción moral, económica y políticamente

⁴⁸⁸ Juan Ramón CAPELLA, *Los ciudadanos siervos*, Madrid, Trotta, 1993, págs. 119 y sigs. Y ese protagonismo es atribuido a un «soberano privado supraestatal difuso», relativo al campo de poder económico mercantil, cuyo poder es determinante en las políticas estatales (y en las de las asociaciones internacionales, de Estados –Unión Europea, OCDE, G-7,...), y depende de éstas instrumentalmente para la realización de su poder, por ejemplo, en la adopción de medidas de desregulación jurídica, políticas de déficit público y fiscales (sobre la renta del capital) mínimas con efectos negativos en las políticas sociales, procesos de privatización de bienes y servicios públicos, etcétera (Juan Ramón CAPELLA, *Fruta prohibida. Una aproximación histórico-teórica al estudio del derecho y del estafo*, Madrid, Trotta, 1997, págs. 257 y sigs.). Esta es, por otro lado, la función de la “soberanía” del Estado “abierto”, permeable al dictado político del soberano económico privado (Pedro MERCADO, «El “Estado Comercial Abierto”. La forma de gobierno de una economía desterritorializada», en AA.VV., *Transformaciones del derecho en la mundialización*, Madrid, Consejo General del Poder Judicial, 1999, Estudios de derecho judicial: 16, págs. 140 y sigs.).

⁴⁸⁹ José Eduardo FARIA, *El derecho en la economía globalizada*, op. cit., pág. 138. El «derecho de la producción» se trata de la forma jurídica instrumentalizada y expresada “por los sistemas de organización y métodos [de producción]..., por los reglamentos internos (que organizan las actividades productivas con base en los imperativos técnicos del paradigma industrial en vigor), por los códigos de ética, por las diferentes formas de contratación del personal, formación y remuneración, por las estrategias de marketing y comercialización, etc.” (ibíd., pág. 134), encauzado en forma de desregulación jurídica (es decir, con activa intervención jurídico-política del Estado en la validación y legitimación de esas variadas fuentes privadas de producción jurídica) y que penetra en las estrategias temporales internas de otros campos de poder, como en nuestro caso, el sanitario y el médico.

⁴⁹⁰ Ibíd., pág. 140.

relevante. El dominio de la lógica mercantil y de la penetración tecnológica en la vida social y productiva con la «tercera revolución industrial» han favorecido la generalización de las acciones, articuladas de manera *parcial* y especializadas en torno a organizaciones, corporaciones, colectivos, etcétera, que diluyen el sentido individual de esas acciones y diluyen la percepción de sus resultados y consecuencias. Por consiguiente:

“(...) la sociedad contemporánea se convierte en una pluralidad conflictiva de múltiples grupos, organismos y colectividades con sus intereses específicos, sus propios «juegos» de lenguaje y con sus cálculos de acción. (...) La expansión y la multiplicación de estos grupos, organizaciones y colectividades hacen la vida política más fragmentaria, modifican el perfil de las regulaciones institucionales y condicionan la dirección de la propia evolución social”⁴⁹¹.

La necesidad de que el Estado articule sus políticas públicas en función de las estrategias específicas del mercado tiene como resultado colateral la fragmentación de la soberanía estatal hacia múltiples “poderes privados” que son “privadamente soberanos”. Son campos y subcampos de poder autónomos *respecto del Estado*, mantienen una estructura de poder interna propia, de disciplina, de autorregulación, de organización autónoma de su trabajo, tienen un lenguaje, una racionalidad, un *habitus* propio.

Se habla, en el ámbito sobre todo de la sociología jurídica, de la aparición de nuevos actores no estatales pero con competencias de alcance jurídico efectivo, o bien cuyas actividades autorreguladoras alcanzan una eficacia equivalente o mayor a las regulaciones jurídicas. De ahí que un “derecho realmente practicado”, según feliz expresión de Alejandro Nieto, aparezca junto al derecho estatal y sea el resultado de las prácticas de diferentes modos de producción de poder, articulados en diversas formas específicas, de nuevos actores estructuralmente autónomos (privados o vinculados al sector público), pues

⁴⁹¹ *Ibid.*, pág. 139. “Se trata de grupos tan heterogéneos como bancos comerciales, bancos de inversiones, fondos de pensión, compañías aseguradoras, conglomerados empresariales, centrales sindicales, cámaras de comercio, entidades representativas, corporaciones profesionales, grandes burocracias (universidades, hospitales, policía, etc.), asociaciones comunitarias, movimientos sociales, organizaciones no gubernamentales, etc.” (*ibid.*). Y añadimos, en el caso en las burocracias universitaria y hospitalaria instituciones como la disciplina «bioética» y los comités de ética. Son subcampos, institucionalizados en diversas entidades, pertenecientes a campos de poder relativamente autónomos como el campo económico privado, el campo administrativo independiente, el campo científico, el campo médico y sanitario, el campo social asociativo, etcétera. Estos campos de poder son, por tanto, bastante heterogéneos en su estructura relacional interna por lo que es probable que combinen en sus estrategias específicas las estrategias de otros campos (por ejemplo, como vimos en el caso de los hospitales y la colaboración de laboratorios privados o su participación presupuestaria pública en época de reducción del déficit sanitario con medidas privatizadoras, etcétera, la intersección entre los campos económico mercantil –quizás con la presión de las estrategias del subcampo de los bancos de inversiones o las empresas farmacéuticas- y el sanitario y el médico-profesional que implica una combinación o participación de sus estrategias temporales y científicas o técnicas).

“cada modo de poder establece espacios estructurales complejos y tiene una dinámica temporal específica; cada uno de esos espacios, a su vez, está constituido por seis componentes esenciales: a) una unidad de práctica social; b) una forma institucional privilegiada; c) un mecanismo específico de poder; d) una forma de derecho; e) un modo de racionalidad; y f) una forma epistemológica”⁴⁹².

En el ámbito tecnocientífico el modo de poder cristaliza en auténticas “comunidades epistémicas” con capacidad reguladora más allá del ámbito de su propio campo. Sin contar con el refuerzo de la autonomía de los subcampos profesionales, alguno con poder autorregulador secular, como sucede en medicina, y que van adquiriendo mayor protagonismo en los nuevos escenarios de esa “red reguladora informal y flexible anclada en y legitimada por provisiones legales formales a escala nacional o internacional”⁴⁹³. Así, por ejemplo, en lo tocante a los colegios profesionales, en el contexto de esa red de regulaciones flexibles mundializada, su papel de instancia mediadora cumple una función importante en el proceso de desregulación jurídica:

En opinión del Tribunal Constitucional Alemán [BVG 33, 125, 156ff] las funciones soberanas han sido transferidas a los colegios profesionales de manera que:

“las fuerzas sociales pueden ser activadas para transmitir a aquellos grupos sociales apropiados la responsabilidad de regular los asuntos que les afecten, asuntos sobre los cuales ellos son los mejores jueces en áreas limitadas y definidas, y, de esta manera, puedan hacer que la distancia entre los que establecen las normas y aquellos afectados decrezca. Al mismo tiempo, el legislador se ve aligerado de la carga obligatoria de tener en cuenta diferencias sustantivas y regionales [entre los miembros de cada colegio territorial] que con frecuencia sólo puede discernir con dificultad, ni puede reaccionar con la rapidez suficiente a la transformación de tales diferencias”⁴⁹⁴.

⁴⁹² Boaventura de SOUSA SANTOS, «On modes of production of law and social power», en *International Journal of Sociology of Law*, 13, 1995, págs. 299 y sigs., citado en José Eduardo FARIA, *El derecho en la economía globalizada*, op. cit., págs. 132-133.

⁴⁹³ Sol PICCIOTTO, «Introduction: Reconceptualizing Regulation in the Era of Globalization», *Journal of Law and Society*, 29, 1(2002): 1-11, pág. 7.

⁴⁹⁴ Sentencia citada en el informe de la OCDE *sobre prácticas restrictivas en los negocios*, op. cit., pág. 14 del informe, pág. 1156 de *Colegios Profesionales*, op. cit. Sin embargo, el informe comulga con la advertencia del alto tribunal alemán acerca del peligro que entraña el exceso de autonomía de “poder privado” de las corporaciones y asociaciones profesionales respecto de las políticas gubernamentales para liberar al mercado de trabas a la libre competencia: “En la misma sentencia del Tribunal Constitucional Alemán se señaló también que las competencias normativas de los colegios profesionales podían presentar peligros específicos para los profesionales y para el público. En este sentido, el tribunal mencionó las desventajas para aquellos que se incorporan a la profesión y para aquellos que la abandonan debido a los poderes extensivos ejercidos por esas corporaciones profesionales o por la estrecha intermediación de las estructuras profesionales establecidas firmemente que impiden ajustarse a las necesidades cambiantes y a la flexibilidad creciente” (ibíd).

La idea del poder estatal fragmentado en “soberanías privadas” sugiere aquí la confirmación de lo que desde las teorías del «pluralismo jurídico» se ha venido afirmando: que existen espacios de regulación propios, independientes de la regulación jurídico-política, la cual puede aparecer como un marco general procedimental u organizativo o simplemente como normativa inaplicable en ese espacio, y que son capaces de cohabitar con el derecho estatal⁴⁹⁵.

Son campos de poder cuyo espacio propio de regulación supone la parcelación del viejo espacio unitario de competencia jurídico-política en pequeños espacios de competencia privada exclusiva (tantos como organismos, entidades, corporaciones, etcétera, alcancen la autonomía).

Desde la perspectiva de la «ciencia política», estas prácticas y estas *nuevas* estructuras de poder relativamente autónomas constituirían un ejemplo de estructura política «neocorporativa» del «Estado tecnocrático» que confía finalmente más en la gestión experta, delegada en múltiples centros de poder tecnocorporativo, que en la

⁴⁹⁵ “Ordinariamente los juristas dogmáticos hacen coincidir el espacio jurídico con la sociedad global y, en términos modernos, con el Estado. En consecuencia, niegan que pueda existir generación espontánea de derecho en los grupos particulares. A la inversa, los sociólogos del derecho se inclinan a admitir que los grupos particulares tienen en sí mismos un poder de creación jurídica. Y de modo más general segmentan y diversifican el espacio jurídico. Éste es el sentido que hay que atribuir a la famosa hipótesis del *pluralismo*” (Jean CARBONNIER, citando a Henry Levi-Bruhl (*Sociologie du droit*, 1964, p.25), en *Sociología jurídica*, Madrid, Tecnos, 1977, pág.118). Y para Faria “el enfoque pluralista permite comprender cómo las formas de control generadas por distintos poderes, aunque interrelacionadas, son estructuralmente autónomas, con valores, lógicas, ritmos y procedimientos propios” (José Eduardo FARIA, op. cit., pág. 132). El “pluralismo jurídico”, al vincularlo a la mundialización económica, es presentado como “el derecho de la época de la flexibilidad” en el que el derecho estatal con características de universalidad, generalidad, jerarquía y estabilidad resulta demasiado rígido para responder a las nuevas experimentaciones de la “especialización flexible” en materia productiva y financiera e inoportuno en su función interventora, aunque mínima, del mercado. Así, se distingue entre un derecho normado crecientemente distanciado de un “derecho que opera en la «realidad»” que regula por su cuenta las nuevas formas de relación productiva, de trabajo, de comercialización, de aplicación de nuevas tecnologías, que son normas heterogéneas, cambiantes, flexibles, funcionales *ad hoc*, y que constituyen formas de regulación de contenido muy especializado y específico, coyunturales, contingentes, efímeras (Germán PALACIO, *Pluralismo jurídico*, Bogotá, Universidad Nacional, 1993, págs. 24-28). En este sentido, desde la perspectiva teórico-jurídica de la interpretación del fenómeno del pluralismo como ruptura contemporánea de la concepción monolítica y estatista decimonónica del derecho, Luiz Fernando COELHO, *Teoria crítica do direito*, Porto Alegre, Sergio Antonio Fabris, 1991, págs. 290 y sigs.; Antonio Carlos WOLKMER, *Pluralismo jurídico. Fundamentos de uma nova cultura no Direito*, São Paulo, Alfa Omega, 1994, págs. 58 y sigs.; Boaventura de SOUSA SANTOS, *La globalización del derecho. Los nuevos caminos de la regulación y la emancipación*, Bogotá, ILSA, 1998; José Eduardo FARIA, *El derecho en la economía globalizada*, op. cit. (especialmente capítulo 4).

gestión política y jurídica tradicionales sobre asuntos técnicamente complejos (y económicamente muy rentables o costosos)⁴⁹⁶.

Contribuye esencialmente a esta parcelación del poder jurídico-político la aparición de nuevos espacios de intervención del Estado que tienen por objeto ajustar los derechos y libertades constitucionales, y particularmente los derechos sociales (de orden laboral, educativo y sanitario), a las nuevas exigencias macroeconómicas de la mundialización y la tercera revolución industrial.

Este ajuste precisa un derecho “dúctil”, maleable, que con la desregulación permita la entrada de formas de regulación privadas de diferentes agentes económicos y corporativos, aunque puede chocar con la rigidez de los principios y valores constitucionales que, en lo que atañe especialmente a los derechos sociales, son constantemente reinterpretados. Así, acerca de la “ductilidad” del derecho, es sintomática la concepción de los valores y principios constitucionales de manera *no absoluta* para compatibilizar el cometido de unidad e integración del sistema constitucional con su base material pluralista y cambiante⁴⁹⁷.

El problema aparece con los riesgos que entraña la consideración “acomodadiza”, “dócil”, “condescendiente”, esto es, “dúctil” del derecho constitucional a las presiones de las estrategias del campo económico mercantil (y el del mercado de productos tecnocientíficos en particular) y que puede impedir la realización material de los derechos constitucionales que entren en contradicción con la lógica de esas estrategias vaciándolos *de facto* de contenido.

Otros autores prefieren hablar de un «derecho procedimental o procesal» o derecho «responsivo», «reflexivo» o «relacional» como el nuevo derecho estatal de la mundialización capaz de integrar ordenes jurídicos y reguladores no-jurídicos diversos (del campo económico mercantil –financiero, productivo... a nivel nacional e internacional-, del de las relaciones de ciudadanía –con el Estado-, el de las corporaciones y organizaciones intermedias,...). Se trata de un derecho de bajo grado de coercibilidad, no se caracteriza por su «imperatividad» sino por el hecho de que:

⁴⁹⁶ “Mientras el neocorporatismo suple el sistema de representación política, la tecnocracia proporciona la ideología y las técnicas de planificación de los decisores de más alto nivel” (F. FISCHER, *Technocracy and Politics of Expertise*, op. cit., pág. 195).

⁴⁹⁷ Gustavo ZAGREBELSKY, *El derecho dúctil. Ley, derechos, justicia*, Madrid, Trotta, 1997, págs. 14 y sigs.

“se limita a establecer premisas para decisiones, a facilitar acuerdos, a estimular negociaciones y a hacer viables soluciones aceptables para cada situación específica, introduciendo en el orden jurídico una *flexibilidad* inédita y desconocida para los modelos legales prevalecientes en el Estado liberal y en el Estado intervencionista (...), ni establece a priori la regla de juego ni,... impone la consecución de resultados basados en una racionalidad sustantiva o material. (...) Al expresarse en forma de indicaciones no coactivas, como mucho *aspira a promover una regulación indirecta y descentralizada de la vasta gama de centros de poder y autoridad existentes en el ámbito de la «sociedad de organizaciones»*”⁴⁹⁸

En esta tarea de ajuste normativo del orden jurídico-político es determinante el otorgamiento al juez de un papel protagonista en la labor interpretativa y aplicativa de los derechos, o mejor *valores*, constitucionales así como su “corrección” desde la legalidad y actividad administrativa permitiendo (a través de la desregulación y flexibilidad jurídicas, con formas de delegación de competencias a organismos independientes o creados *ad hoc*) la mediación creciente, en esta tarea de corrección, de corporaciones, asociaciones, grupos de expertos, etcétera.

El Estado cumple de esta manera un papel de promotor de los intereses de grupos privados o corporativos.

Precisamos que este interés privado o corporativo de las instituciones intermedias se refiere al interés específico por el que han sido creadas y que es condición de su supervivencia institucional. Por ejemplo, el interés de confiar decisiones administrativas en torno a la evaluación ética sobre determinadas técnicas de reproducción humana asistida a una comisión experta e independiente, creada para esa función, está basado en la capacidad (de *crédito*) de la evaluación científica de la comisión nacional de reproducción asistida. Pero esta capacidad ha de articularse según las estrategias temporales de lo que es una comisión al servicio de la administración pública, y estas estrategias son las que son en virtud de unas necesidades políticas coyunturales impuestas por la adaptación del control jurídico-político a los problemas que plantean los avances en las técnicas de reproducción asistida, el incremento de su demanda, etcétera. Y hay que tener en cuenta que estos problemas relativos a la

⁴⁹⁸ José Eduardo FARIA, op. cit., págs. 151-152 (los subrayados son nuestros dado que inciden en los aspectos que consideramos más relevantes en la caracterización del derecho estatal actual con relación al orden ético-normativo del campo médico). También, como ejemplo, cfr. John BRAITHWAITE, «Rewards and Regulation», *Journal of Law and Society*, 29, 1(2002): 12-26, págs. 19 y sigs.

reproducción asistida humana están además condicionados en una parte decisiva por el “negocio de la esterilidad”⁴⁹⁹.

Éstas entidades intermedias posibilitan, en su mediación material, la concreción *a su manera*, esto es, según su apreciación técnico-experta y “ético-experta”, de las abstracciones de las normas jurídicas (también incluye obviamente los derechos reconocidos constitucionalmente) fijando un orden que sea funcional a aquellas exigencias económicas (incluidas las exigencias del campo científico y médico) y ajustado al marco abstracto de los derechos⁵⁰⁰. De este modo,

⁴⁹⁹ Carlos LEMA AÑÓN, *Reproducción, poder y derecho. Ensayo filosófico-jurídico sobre las técnicas de reproducción asistida*, Madrid, Trotta, 1999, págs. 203 y sigs. Y Ulrich Beck apunta que “el porcentaje de matrimonios involuntariamente sin hijos, la primera clientela de la tecnología reproductora, se ha duplicado en los últimos veinte años, según informan científicos de la Universidad Técnica de Aachen: del 7 al 15 por ciento. Sospechan una relación con la contaminación medioambiental, porque la cuota de infertilidad está por encima de lo proporcional en aquellas profesiones que trabajan con sustancias químicas y pesticidas. Por eso se teme que la reproducción asistida por médicos sea, cada vez para más personas, la única vía. Además, la tecnología reproductora crea, como escribe Elisabeth Beck-Gernsheim, «su propio mercado, al igual que cualquier otra tecnología» (Ulrich BECK, *Políticas ecológicas en la edad del riesgo. Antídotos. La irresponsabilidad organizada* (1988), Barcelona, El Roure, 1998, págs. 34-35).

⁵⁰⁰ Hemos hecho referencia, por ejemplo, el papel “asesor” de los comités bioéticos en su función decisoria de tipo casuístico, delimitando el contenido del derecho de libertad de investigación con células madre embrionarias, y hemos visto su función diseñadora del contenido concreto de la legislación sobre cuestiones técnicas y que en conjunto respondía a una inquietud de carácter “ético”. Sin salir de nuestro ámbito de estudio, el criterio valorativo de la “corrección” del acto médico de la *lex artis ad hoc* es un criterio de “medición de la conducta” que “ha de ser hecha [la medición o valoración] por la medicina y no por los juristas” ya que se considera que han de tenerse en cuenta las especiales características del agente (médico), de la profesión, de la complejidad del caso (enfermedad, enfermo y su entorno) y de otros factores como la organización sanitaria, el avance de la ciencia y disponibilidad de los recursos, etc., para poder “calificar dicho acto conforme o no con la técnica normal requerida” y que está fuera del alcance de los juristas (José M^a MARTÍNEZ-CALCERRADA (coord.), *Derecho médico. Derecho médico general y especial*, vol. I, Madrid, Tecnos, 1986, págs. 188 y 212). Éste es un criterio del que se sirve la argumentación jurisdiccional en sus decisiones sobre la responsabilidad médica. Y, en este sentido, el criterio económico y político de los que depende el estado de la organización sanitaria y los recursos disponibles, por ejemplo, limita comprensiblemente la responsabilidad del profesional. Sin embargo, el criterio de la *lex artis*, al centralizar la evaluación del acto médico al campo médico y reducir su dimensión a una cuestión de corrección técnica y, en consecuencia, de “eticidad profesional” particular, puede *normalizar*, por otra parte, una limitación material correlativa del derecho a la protección de la salud (art.43, CE) ante la decisión política de recortar gastos sanitarios o privatizar dicho servicio, estableciendo, en consecuencia, sistemas de “protección de la salud” distintos, no equitativos. Por otro lado, al no existir siempre un reconocimiento general o predominante de las reglas técnico-médicas adecuadas se hace difícil delimitarlas y establecer una *lex artis* normalmente aceptada respecto al empleo de dichas reglas, lo cual supone para Romeo Casabona (*El médico y el Derecho Penal*, Barcelona, 1981, citado en J.M. MARTÍNEZ-CALCERRADA, *ibíd.*) admitir, además, la libertad de método o procedimiento al objeto de no dificultar los avances de la ciencia médica, que en el contexto político-económico descrito puede significar adecuar la *lex artis* a las ofertas del mercado técnico-médico y servir de criterio flexible frente a uno legal hipotético en cuanto a la imputación de responsabilidad.

“la creciente judicialización se halla mediatizada por la creciente presencia del corporativismo y la subsiguiente *multiplicación de subsistemas jurídicos diferenciados*, hasta el punto de que algunos analistas hablen de «neofeudalismo»”⁵⁰¹.

5.2. La «sociedad del riesgo» como factor de fragmentación del poder y el efecto «ético»

Merece la pena señalar que los campos y subcampos de poder fragmentados del poder del Estado a los que nos hemos referido en el apartado anterior cumplen además, en el campo de la biomedicina, una función básica en lo que se refiere a la *gestión de los riesgos*. Incluso podría decirse que es la voluntad de que gestionen esos riesgos lo que explica que muchas de esas entidades hayan sido creadas. Es por eso por lo que, el análisis desde la perspectiva de los estudios de la «sociedad del riesgo» del fenómeno de fragmentación y pluralidad de poderes coexistentes puede aportarnos nuevos elementos que aprovecharemos para comprender el papel y la evolución de los discursos éticos en medicina.

Es bien sabido que la modernidad en general y el modo de producción a ella conectado se basaba en una transformación radical de la relación hombre-naturaleza en la que la visión antropocéntrica conducía al incremento del dominio y aprovechamiento de una naturaleza hasta entonces mítica, sagrada, indomeñable y considerada como algo *dado*. Con el modo de vida propio de la civilización industrial la naturaleza pasó en cierto modo a ser un fenómeno *producido* y su transformación técnica y su consumo supuso una nueva forma de dependencia total de ella a través del mercado y del consumo: la utilización de su base productiva a fin de reproducirla transformada en bienes y riesgos (generados en el descontrol en el proceso de transformación, sus desechos y sus efectos latentes), de lo que son un buen ejemplo, en lo que atañe al campo sanitario, la reproducción asistida, las nuevas tecnologías médico-diagnósticas y terapéuticas, la experimentación científica...

⁵⁰¹ Enrique OLIVAS, «Problemas de legitimación en el Estado social», en AA.VV. *Problemas de legitimación en el Estado social*, Enrique OLIVAS (coord.), Madrid, Trotta, 1991, págs. 16-17, citando a Bernardi-Tremonti. La denominación “feudalidades” también fue utilizada en los años setenta para expresar la crisis de relación entre Estado-nación y sociedad local en referencia al surgimiento de formas cooperativas de existencia social en ámbito local, aludiendo a la crisis del Estado centralista moderno fragmentado en esos centros de poder intermedios y autónomos (Renaud DULONG, «Crisis de la relación Estado/sociedad local vista a través de la política regional», en Nicos POULANTZAS (coord.) *La crisis del Estado*, Barcelona, Fontanella, 1977, págs. 242 y sigs.).

Uno de los aspectos más significativos del proceso de modernización del sistema productivo es el grado de amenaza *interna* que la manipulación de la naturaleza incluida en el sistema productivo-industrial ha llegado a sugerir. De manera que los peligros, los riesgos de la era industrial no conocen precedentes en la historia y tienen la capacidad de penetrar en todos los órdenes sociales, de adquirir una dimensión mundial, transfronteriza, de ser impredecibles e imperceptibles y de generar toda una burocracia, un universo de campos y subcampos, especializados en gestionar esos riesgos, que por tanto, pasan a ser dependientes del saber *experto*:

“El reverso de la naturaleza socializada es la *socialización de las destrucciones de la naturaleza*, su transformación en amenazas sociales, económicas y políticas del *sistema* de la sociedad mundial superindustrializada. En la globalidad de la contaminación y de las cadenas mundiales de alimentos y productos, las amenazas de la vida en la cultura industrial recorren *metamorfosis sociales del peligro*: reglas cotidianas de la vida son puestas del revés. Los mercados se hundén. Domina la carencia en la sobreabundancia. Se desencadenan riadas de pretensiones. Los sistemas jurídicos no captan los hechos. Las preguntas más evidentes cosechan encogimientos de hombros. Los tratamientos médicos fracasan. Los edificios científicos de racionalidad se vienen abajo. Los gobiernos tiemblan. Los votantes indecisos huyen. Y todo esto *sin* que las consecuencias tuvieran algo que ver con sus acciones, sus daños con sus obras, y mientras que para nuestros sentidos la realidad *no cambia* en absoluto”⁵⁰².

Para Ulrich Beck las grandes catástrofes ecológicas y humanas causadas por la industrialización nos enseñan esencialmente un par de cosas decisivas respecto a la transformación misma de la sociedad industrial moderna con su política, su forma de organización social, su orden jurídico-político estandarizados, su fe en la ciencia y en el progreso técnico-económico que legitiman los riesgos como “efectos secundarios latentes” o simples “costes” del mismo, pues las catástrofes nos han enseñado que la seguridad técnica basada en cálculos científicos fracasa, que “el mayor accidente hipotético” es real (Seveso, Bhopal, Chernobil,...) y han puesto al descubierto, además, que cuando éste sucede las autoridades administrativas y técnicas entran en un caos igualmente real. Esto lleva a que fracasen todas las previsiones, todas las precauciones y medidas de seguridad cooperativas, la información pública, y a que el derecho se presenta como un sistema ineficiente para prevenir los daños y exigir las responsabilidades pertinentes.

Pero este caos, así como la consiguiente exigibilidad de responsabilidades queda aparentemente superado y absorbido por una *gestión política normalizadora* del

⁵⁰² Ulrich BECK, *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad* (1986), Barcelona, Paidós, 1998, págs. 13-14.

desastre y de los riesgos sucesivos, que utiliza de manera flexible los “valores límite” de tolerancia, fijados por expertos, que establece el pago de indemnizaciones, que se sirve de procesos jurisdiccionales dominados por las evaluaciones técnicas de los hechos que minimizan los peligros como meros riesgos, que utiliza el bloqueo legal y administrativo para el abandono definitivo de prácticas y tecnologías absolutamente peligrosas, que se sirve del poder de centralización de la información *a posteriori* y, por tanto, de formación de una ideología de aceptación del sistema.

Con ello, a pesar de que las culpabilidades son rechazadas, las indemnizaciones insatisfechas o no plenamente satisfechas y las responsabilidades difuminadas en una maraña de organismos, representantes y agentes encargados de funciones técnicas altamente específicas y fragmentarias de unas acciones globales que intervienen como un elemento causal más del daño, se consigue una *normalización del riesgo* que logra centrar la atención y la investigación en las «causas» (técnicas) y en los «responsables»⁵⁰³. La cuestión enfocada de esta manera entra en el dominio experto y oculta la contradicción de que los peligros son producidos por el sistema (económico, industrial, político) de manera inmanente y de forma inmanente al sistema no pueden ser imputados a nadie, ni nadie puede responsabilizarse de ellos, ni pueden ser subsanados por nadie⁵⁰⁴.

⁵⁰³ Desde el ámbito del derecho es percibido ese modelo social del riesgo y, en consecuencia, variada la percepción de la responsabilidad, “que desde una responsabilidad fundada en la culpa, ha ido pasando a través de la llamada teoría del riesgo hacia una responsabilidad cada vez más objetiva u objetivada y hacia lo que en algún momento se ha llamado la socialización de los daños”. Daños de amplio espectro y por ello la existencia en la sociedad actual de una actitud generalizada de falta de resignación y que quizás ha encontrado una vía de satisfacción: “las calamidades ya no se consideran un hecho de Dios, sino que son un hecho de los hombres –de otros hombres–, entre los que hay que buscar y encontrar los culpables. Porque se piensa que siempre debe de haber algún culpable. Y ese culpable, si no es próximo, será un poco más remoto, pero al fin y al cabo habrá un culpable” (Luis DIEZ-PICAZO, *Derecho y masificación social. Tecnología y Derecho privado (Dos esbozos)*, Madrid, Civitas, 1987², pág. 118-119).

⁵⁰⁴ Ulrich BECK, *Políticas ecológicas en la edad del riesgo*, op. cit., págs. 114-115. Beck habla de «irresponsabilidad organizada» en todo este sistema de control y gestión técnico-racional del riesgo cuyo peligro mayor es la normalización del mismo: “Es (...) la aplicación de las normas lo que garantiza la incalculabilidad de los peligros originados por el sistema: los peligros se minimizan mediante cálculos que llegan al resultado de que sólo son riesgos; se eliminan por medio de comparaciones y se normalizan jurídica y científicamente como «riesgos residuales» e improbables, de manera que se estigmatizan las protestas como brotes de «irracionalidad». Quien sube los valores límite, convierte mediante un acto burocrático lo negro en blanco y el peligro en normalidad. Quien aboga por el rígido principio de la comprobación de la causalidad y, además, lo impone a los mismos dañados, no sólo exige algo cuya impracticabilidad está ya suficientemente demostrada por la ciencia, sino que levanta de esta forma una estupenda pantalla protectora para conseguir que los peligros crecientes, debidos a factores colectivos, queden a salvo del tratamiento político detrás de estándares de científicidad más que legítimos, por supuesto, y no resulten individualmente imputables” (ibíd.).

[Y] “cuantos más sobresaltos provoquen los choques en la opinión pública debidos al autorriesgo industrial [riesgos inherentes al sistema], tanto más importante es no dejar que lo que ha producido el sistema aparezca como causado por el sistema”⁵⁰⁵.

Y es que la legitimación política (y socio-cultural) del dominio de lo técnico y de lo económico *al margen* del control jurídico-político constituye el elemento ingénito al sistema. El bienestar y mejoramiento, como expresión de «progreso», que en ámbitos importantes de la vida social ha aportado la innovación tecnocientífica instituye un elemento incuestionado e incuestionable políticamente del sistema, que es aceptado a pesar de la crítica de las *consecuencias sociales* en forma de riesgos o “costes” del progreso, a pesar de la crítica de los cambios que produce en la sociedad sin que ésta pueda cuestionar la política de los fines de esos cambios sociales –y *vitales*- o los cambios mismos, y aunque tampoco disponga de los mecanismos adecuados para su cuestionamiento *decisivo*.

“Ese esquema descansa, por una parte, en la equiparación del progreso *social* y técnico, y por otra parte, en la consideración de que la dirección del desarrollo y los resultados del cambio técnico expresan *restricciones* inevitables de orden técnico y económico [a lo político y, particularmente, al debate democrático] (...). Sólo una parte de las competencias en decisiones que repercuten configurando la sociedad quedan vinculadas al sistema político y subordinadas a los principios de la democracia parlamentaria. Otra parte se sustrae a las reglas del control político y de su justificación y se delega a la libertad de inversión de las empresas y de investigación de la ciencia. El cambio social en ese contexto se *desplaza* consiguientemente como en términos de constricciones y cálculos”⁵⁰⁶.

Las ventajas de «progreso» en el orden tecnocientífico y económico provocan además que la parte de las decisiones sobre política de riesgos (es decir, política científica e industrial de actividades que generan riesgos) vinculada a la democracia formal y al derecho se ahorme a dichas ventajas sin que las rigideces de la estructura jurídico-política supongan ningún obstáculo. Este no constituye un problema nuevo. La flexibilidad jurídica en torno a las exigencias económico-mercantiles ya era característica del derecho liberal de la industrialización del XIX. Ahora bien, en la actualidad, el Estado y el derecho se abren cada vez más al “progreso tecnocientífico”,

⁵⁰⁵ *Ibid.*, pág. 116.

⁵⁰⁶ Ulrich BECK, *La sociedad del riesgo*, op. cit., pág. 238.

el cual supone una de las fuentes principales del “progreso económico-mercantil” tanto por su creciente y acelerada aplicabilidad a la producción, como por su valoración como capital bursátil. Es la creciente dimensión supraestatal de las innovaciones tecnocientíficas y una creciente complejidad que supera, a todas luces, la capacidad de control de las estructuras jurídicas existentes en la gestión de los riesgos, lo que hace que, en consecuencia, el derecho se abra ahora a nuevas instancias de gestión experta, a nuevas fuentes de normación que cuestionan a las fuentes tradicionales del derecho⁵⁰⁷. Hay que considerar que los riesgos tecnocientíficos resultantes de las actividades privadas producen cambios sociales sustanciales sin que la comunidad en su conjunto tenga opción, no ya a decidir, sino ni siquiera a pronunciarse sobre la finalidad de estos cambios y sobre el hecho de que se produzcan de forma ajena a su voluntad (incluso aunque ésta haya sido expresada por los medios político-formales tradicionales de la democracia parlamentaria)⁵⁰⁸.

Beck indica que las divisas del «progreso» y de la «racionalización», los primados del «desarrollo económico» en el contexto capitalista y de la «libertad científica» inherentes al sistema son los legitimadores incuestionados de la actividad de producción de riesgos, pues permiten al sistema, considerado como “autorreferencial” y por todo ello “apolítico” o “extrapolítico” y no democrático, autorreproducirse e impiden conocer, discutir y consensuar siquiera los fines del cambio social. A esto coadyuva, tal y como indica Beck, la esfera político-pública cuando circunscribe *lo político* a lo que es *calificado* así por el propio campo de poder jurídico-político. Esto es, cuando limita la actividad de lo político a la del sistema político-público representativo, la de la propia organización institucional. Este sistema aparece entonces como muy limitado para el control de las transformaciones en la sociedad del riesgo que

⁵⁰⁷ “Esta decidida opción a favor del progreso tecnológico” –dice Esteve Pardo– “tendrá todavía una más acabada expresión en la llamada cláusula de progreso, que abre los servicios públicos y su régimen jurídico a las innovaciones tecnológicas que pudieran beneficiarlo, tensionando, si fuera el caso, los esquemas jurídicos más convencionales” (José ESTEVE PARDO, *Técnica, riesgo y Derecho. Tratamiento del riesgo tecnológico en el Derecho ambiental*, Barcelona, Ariel, 1999, pág. 45).

⁵⁰⁸ Respecto los cambios sociales producidos por los riesgos tecnocientíficos véase por ejemplo, A.GIDDENS, Z.BAUMAN, N.LUHMANN, U.BECK (Josetxo BERIAIN –comp.-), *Las consecuencias perversas de la modernidad. Modernidad, contingencia y riesgo*, Barcelona, Anthropos, 1996. Aunque no es el ámbito de interés nuestro, respecto los cambios sociales producidos por la contratación privada, piénsese en los efectos sociales, sobre hábitos de vida por ejemplo, consecuentes de la imposición de las cláusulas de los «contratos masa» o «contratos tipo» como son los contratos de adhesión (Luis DIEZ-PICAZO, *Derecho y masificación social*, op. cit.) y los cambios producidos, por ejemplo, en las relaciones laborales por cuenta ajena a partir de la cristalización jurídica del contenido de convenios colectivos sectoriales.

se producen en un plano “no político”, y respecto a las cuales la sociedad pierde capacidad de decisión⁵⁰⁹. Pues es obvio que el campo jurídico-político difícilmente reconocerá dentro de su juego específico aquellas opciones dispuestas a cambiarlo, a modificar la estructura actual de luchas y sus “paradigmas” vigentes.

La lógica particular de esta estructura, la cual preconiza la concepción tecnocrática de la política a través de la imposición de una cosmovisión que acaba por enraizar en nuestro modelo civilizatorio normalizando sus modos consecuentes de decisión política ha quedado, en nuestra opinión, acertadamente descrita por Schelsky cuando observa que:

“Se ha producido un cambio que permite la construcción de una civilización científico-técnica donde la relación de dominio pierde su antigua dimensión de poder de unas personas sobre otras. En lugar de leyes y normas políticas se crea una legalidad fundada en las cosas, propia de la civilización científico-técnica, y que no puede establecerse ni en forma de decisiones políticas ni comprenderse como una normativa enraizada en esas concepciones y visiones del mundo. Así, la idea de democracia pierde también, de alguna forma, su substancia clásica; en lugar de una voluntad política del pueblo, surge una legalidad efectiva que el hombre produce como ciencia y trabajo”⁵¹⁰.

Esto señala un lugar creciente para el poder contemporáneo del campo de poder tecnocientífico o “tecnocrático” en general (a través de comités asesores de expertos, asociaciones y corporaciones profesionales con voz política, etcétera), en las decisiones, paulatinamente determinantes y relativas al desarrollo tecnocientífico, económico, la

⁵⁰⁹ Ulrich BECK, *La sociedad del riesgo*, op. cit., pág. 239. Convenimos que «política» o «lo político» y lo «no político» son abstracciones intelectuales, de las que incluso no hay acuerdo acerca de su significado práctico concreto, que en general hacen referencia a una dimensión de la acción humana relativa al ejercicio del *poder*, también en sentido general, como capacidad transformadora en la interrelación humana en la que la acción de un sujeto induce a otro (directa o intermediadamente) a actuar de un modo que no sería el suyo (Augusto SANTOS SILVA, «La acción política un ensayo de teoría y perspectiva», en AA.VV., *La política. Ensayos de definición*, Madrid, Sequitur, 2000, págs. 77-116). Por tanto, sólo reduciendo la noción de «la política» a las acciones del sistema político, a su organización, y, particularmente, las del Estado cabe entender las divisas de «progreso» y «racionalidad» -por cierto, como intereses específicos de los campos económico y tecnocientífico-, como «no políticos» en tanto que quedan fuera del ámbito de discusión, negociación o conflicto del Estado por ser inherentes al sistema (al sistema político mismo y de reproducción económica). Así se ha considerado históricamente, en la teoría política moderna, situaciones como la de la «propiedad privada» como «prepolíticas», sinónimo de lo «no político» o «apolítico» o «extrapolítico» que indican su marginalidad respecto del Estado aunque las legitime formalmente como garantía de su especial protección y las delimite como un ámbito que queda fuera de la discusión *política*.

⁵¹⁰ H. SCHELKY, *Der Mensch in der Wissenschaftlichen Zivilisation*, citado en G. HOTTOIS, *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*, Barcelona, Anthropos, 1991, pág. 48.

gestión de sus riesgos y los presupuestos de su expansión, ajenas a las *consecuencias sociales* (aunque para ellas también se han generado espacios e instituciones de gestión experta: desde los expertos en la omniabarcante disciplina «bioética» hasta los analistas sociales, psicólogos y psiquiatras, etcétera).

La base histórico-ideológica que es propia del proyecto de la racionalidad tecnocientífica, cuando comienza a penetrar en el espacio de la gestión política a fin de rescatar la política pública de las “irracionalidades” de los políticos y dirigirla con métodos racionales, analíticos y científicos, se legitima en la apariencia “apolítica” de su actividad. Ésta se presenta como una actividad que sustituye los procesos más o menos irracionales de la decisión política normalizada (conurrencia generalizada y pública y, en cambio, entre bastidores, pactos y compromisos particulares) por decisiones técnicas y racionales comprometidas, eso sí, más con el *progreso tecnológico* y la *acumulación y revalorización privadas de capital* (fuentes de su trabajo y razón de ser, ámbitos donde crecen sus capitales específicos de campo) que con la justicia social⁵¹¹. Además la actividad tecnocientífica es planteada como crecientemente “necesaria”, por la presión que genera la dinámica de la compleja sociedad tecnológica actual. En este sentido, se trata de una actividad eficaz para lograr esos objetivos frente a la gestión de los políticos profesionales, metidos en su estructura político-burocrática y de luchas de campo sometidas a las estrategias propias de las ideologías partidistas concurrentes que, en ese terreno del progreso tecnológico y la productividad material, plantean para los tecnócratas más problemas que soluciones.

“Pero, en los últimos años, no hay un área política donde haya habido un mayor impacto en la evolución de las estrategias tecnocráticas que en la de la ciencia y tecnología. Desde que entramos en la llamada era postindustrial de alta tecnología [*high-tech*], la atención mundial de los expertos científicos y técnicos se ha dirigido cada vez más hacia el centro de la escena política. Ante la “crisis de gobernabilidad” así llamada por surgir con las adversidades políticas y económicas a las que se enfrenta Estados Unidos, el “paradigma tecnocrático” avanza como respuesta a la situación de deterioro del país. Como un desafío directo a la democracia liberal, la

⁵¹¹ Frank FISCHER, *Technocracy and the Politics of Expertise*, op. cit., pág. 22. En este sentido las políticas de la tecnocracia son *política* (Fisher la denomina “ideología tecnocorporativa”), pues optan por una forma de desarrollo económico y organización social consecuente con la pervivencia de su estructura de poder a pesar de que quede “integrada” en el sistema social y productivo como elemento inherente a los mismos y fuera de la discusión democrática (representativa, participativa o de cualquier otra modalidad imaginable).

ideología “tecnocorporativa” se presenta ante los cantones liberal y conservador como la base de una forma nueva y seductiva de política tecnocrática”⁵¹².

Hay que tener en cuenta además que, en el contexto de las innovaciones tecnocientíficas en materia sanitaria y la dependencia allí tan significativa de los campos científico y médico respecto del campo económico-mercantil, el Estado ha de enfrentarse a las amenazas sobre la salud colectiva (e individual). Frente a estas amenazas los agentes del campo jurídico-político se hacen conscientes de que la «sociedad del riesgo» entraña un riesgo a su vez para la legitimación del propio Estado «social y democrático de derecho», especialmente en lo que atañe aquí a la satisfacción del «derecho a la salud» o a un «medio ambiente saludable». El vínculo entre el riesgo tecnocientífico e industrial y la democracia se manifiesta aquí en una forma más crítica porque el control de los diferentes procesos de toma de decisión sobre los riesgos que afectan a aquellos derechos sigue en el marco de instrumentos jurídicos y administrativos anticuados, limitados material y operativamente, y porque el control de dichos procesos de toma de decisión se sitúa en el ámbito de la delimitación de la política al sistema representativo donde “los derechos generalizados y admitidos circunscriben el margen de actuación *al* sistema político”, esto es, a la *organización* política con sus estrategias de juego específicas⁵¹³.

Una creciente desconfianza hacia la posible eficacia de los instrumentos jurídico-administrativos, pareja a la creciente inquietud sobre la fiabilidad tecnocientífica en la resolución de los riesgos estructurales del sistema productivo se apodera en consecuencia de la masa social⁵¹⁴.

⁵¹² Frank FISCHER, op. cit., págs. 26. Véase también págs. 185-186: la crisis a la que hace referencia en el caso de Estados Unidos y se trata de la crisis económica mundializada del capitalismo a partir de los años setenta del siglo XX.

⁵¹³ U. BECK, *La sociedad del riesgo*, op. cit., pág. 240.

⁵¹⁴ “[La cuestión de estándares oficiales de peligrosidad y su fijación] se convierte, allí donde todo parece sustraerse a la intervención política, en la palanca principal, al nivel de la política que define, para la no superación de los peligros. La abstracción, la dependencia de los expertos, el poder definidor de los jurisperitos y científicos parecen convertir al ciudadano y sus preocupaciones en la pelota de juego de la gestión de peligros” (U. BECK, *Políticas ecológicas en la edad del riesgo*, op. cit., págs. 141-142). Aunque, por ello, existe una *movilización política* contra los riesgos y las fallas de los sistemas burocrático-racionales de protección y que puede ejercer cierta presión al Estado. Los derechos reconocidos (y algunos que están por reconocer) generan, al margen del sistema político oficial, “reivindicaciones de participación política en forma de una nueva cultura política (iniciativas ciudadanas, movimientos sociales)” (U. BECK, *La sociedad del riesgo*, op. cit., pág. 240).

Ello prueba, en definitiva, el carácter *político* del desarrollo tecnocientífico y económico cuya capacidad de transformación social y de destrucción planetaria y cuya capacidad de dominio resultan innegables. Históricamente, y desde el plano jurídico-político, los poderes de los campos tecnocientífico y económico han sido situados al margen del juego político y extraídos de la esfera pública, pero son percibidos sin embargo, como poderes *políticos* en cuanto que penetran y prescriben en la sombra el contenido normativo y las actuaciones del campo jurídico-político y determinan los cambios sociales sin contar con la capacidad de decisión de la población al respecto. En palabras de Beck:

“Paralelamente, la actuación técnico-económica queda, desde el punto de vista de su normatividad, al margen de las exigencias parlamentarias de legitimación. Así pues, el desarrollo técnico y económico se ubica entre la categoría de lo político y de lo no político. Se convierte en un tercer ámbito y adquiere el ambiguo estatus de algo *subpolítico* en el cual el alcance de los cambios sociales desencadenados resulta inversamente proporcional a su legitimación. Al aumentar los riesgos se ocultan las localizaciones, circunstancias y medios que provocan las constricciones técnicas y económicas, así como su interpretación”⁵¹⁵.

Consiguientemente, la conciencia de la implicación política de las acciones empresariales y tecnocientíficas y de los límites jurídico-políticos para su regulación y control, no impide que las instancias estatales, mediáticas, y hasta aquellas que provienen del mundo empresarial y científico (por ejemplo, aquellas capaces de generar una “ética de la empresa” o una “bioética” para la tecnociencia y la medicina), comiencen a plantearse la posibilidad de un control y un debate sobre lo que Beck llama el “ámbito íntimo” de la gestión empresarial y científica, de forma que la orientación y los resultados del desarrollo tecnocientífico pasan a ser ahora algo discutible y necesitado de legitimación.

“De este modo, la acción empresarial y científico-técnica adquiere una *nueva dimensión política y moral* que hasta ese momento le era ajena. Se podría decir, en otros términos, que el diablo de la economía se ha de santiguar con el agua bendita de la moral pública y adoptar una apariencia de santo con relación a la previsión social y a la naturaleza. (...) En el proyecto del Estado del bienestar, la política había alcanzado una *relativa autonomía*, en virtud de la intervención política en los asuntos del mercado, frente al sistema técnico y económico. Ahora, en cambio, el sistema político está ante la amenaza de ser *desposeído* de su constitución democrática. Las instituciones políticas se convierten en asunto de un desarrollo que ni han planificado ni pueden reorientar, y del que sin embargo, en cierto modo, han de responder”⁵¹⁶.

⁵¹⁵ U. BECK, *La sociedad del riesgo*, op. cit., pág. 240.

⁵¹⁶ *Ibid.*, págs. 240-241.

La línea explicativa que nos ofrece Beck permite entender el apogeo de «lo ético» en el campo médico, además de en los campos económico y tecnocientífico, que se produce por una reorientación de la política estatal que busca *dar respuesta* a la cuestión de la legitimación del sistema político y que toma la forma de una delegación de *poder político y normativo de facto* hacia instancias propias de los campos económico mercantil y tecnocientífico (ámbitos de dominio específico de saber técnico, de expertos) para la toma de decisiones concretas en materia de seguridad y gestión de los riesgos.

Para ello se hará preciso reestructurar las funciones y el contenido del derecho estatal, permitiendo un protagonismo político o ético-político a instancias burocráticas independientes del control ciudadano e introduciendo la dimensión autorreguladora del discurso ético específico de cada campo de poder: la “ética”, los comités y comisiones de ética, la deontología, entre otros mecanismos ideológico-simbólicos, como *conjura para desviar los peligros* del sistema económico productivo y tecnocientífico.

Para Beck, es ésta una situación que brinda una oportunidad histórica para la ética (además de para la opinión pública y la actuación de los movimientos sociales), aunque cabe la posibilidad de que ésta se limite a cumplir una función meramente dramática adecuada a la desviación de la atención de los peligros y a la legitimación de las decisiones de los campos “no políticos” como algo propio de la esfera político-pública.

“Las controversias se desarrollan sobre escenarios donde los tumultos, gracias, en realidad, a la distancia del centro, suceden muy pocas veces y acaban en nada. (...) Ética: en las firmes promesas domingueras y en las tertulias, posteriores a los hechos consumados, cuyo fomento conviene apoyar por la perspectiva de no prosperar jamás, gracias a que la falta de obligatoriedad es esencial en este compromiso [ético] y porque la dramaturgia de la ética significa dramaturgia de antagonismos donde se hunde la ética.”⁵¹⁷

En este sentido, cobra una importancia significativa el hecho de que los discursos éticos de los campos de poder que gestionan los riesgos estén explícitamente *fundamentados* en los valores constitucionales y en los «derechos humanos» en general, y que aspiren a formar parte de algo así como una especie de código ético universal para la tecnociencia⁵¹⁸. Refuerza esta orientación simbólico-política de los discursos, el

⁵¹⁷ U. BECK, *Políticas ecológicas en la edad del riesgo*, op. cit., 107-108.

⁵¹⁸ De ahí la insistencia de algunos autores, en foros bioéticos, en considerar los «Derechos Humanos» y los «Derechos y libertades Fundamentales» como marco ético-legal de referencia para el ámbito de las decisiones sobre asuntos «bioéticos». Frente a la apelación de valores sacramentales de confesiones

hecho de que las actividades de los campos económico-mercantil y tecnocientífico sean consideradas *sin discusión* como actividades de «interés público». La integración, a su vez, de aquellas divisas de «progreso», «racionalidad», «desarrollo económico» y «libertad científica» como paradigma constitutivo de este interés específico del campo jurídico-político legitima políticamente esas divisas como elemento inherente y apolítico del sistema. Ello permite en consecuencia que las estrategias específicas de los campos mercantil y tecnocientífico sean priorizadas sobre otras actividades de «interés público», y sobre la satisfacción, en caso de conflicto, de derechos sociales y medioambientales, mediante la “legitimación” que otorgan unos sistemas ético-autoprescriptivos basados en un hipotético consenso universal respecto los valores que se desprenden de los «Derechos Humanos» y «Derechos y Libertades Fundamentales» y que estos sistemas éticos hacen suyos.

El campo científico o el campo médico, y particularmente los subcampos de las organizaciones de expertos, formadas por expertos escogidos en virtud de sus específicas competencias en la división técnica del trabajo y dotadas de poder decisorio en virtud de estrategias temporales o político-administrativas del Estado, asumen así unas competencias políticas e ideológicas que *completan* la estrategia científica o técnica específica de su campo, a fin de *dar una respuesta* que dirima las disputas sobre los riesgos, y que complete el déficit que las respuestas meramente técnicas presentan frente a la exigencia de los riesgos planteada de los ciudadanos y movimientos políticos⁵¹⁹.

religiosas, desde ese sector bioético se defiende una sacralidad de los «Derechos Humanos» como “pauta de convivencia universal establecida” por encima de particularismos éticos y que tienen su traducción actualizada en el campo bioético en los famosos cuatro principios (beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia) de Beauchamp y Childress –Tom L. BEAUCHAMP, James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, 1994⁴- (María CASADO, «Los derechos humanos como marco para el Bioderecho y la Bioética», en Carlos M^a ROMEO CASABONA (coord.), *Derecho biomédico y bioética*, Granada, Comares, 1998, págs..113-135 e íd., «Hacia una concepción flexible de la bioética», en María CASADO (comp.), *Estudios de bioética y Derecho*, op. cit., pág. 29; Francesca PUIGPELAT MARTÍ, «Bioética y valores constitucionales» en María CASADO (coord.), *Bioética, Derecho y Sociedad*, Madrid, Trotta, 1998, págs. 35-54).

⁵¹⁹ “Por medio de experimentos y cálculos modélicos [para dar una respuesta de objetividad técnica tranquilizadora] no puede *demostrarse* con qué deben conformarse los seres humanos ni tampoco pueden establecerse cálculos de riesgo bajo el dominio único de las burocracias técnicas. Porque éstas presuponen lo que deben generar: aceptación cultural. (...) los cálculos ya no sirven para dirimir la disputa, sino que intervienen como exponentes de la disputa que se expresa en porcentajes, resultados experimentales, extrapolaciones, etc. Los riesgos son construcciones sociales que se sirven de normas y representaciones técnicas. Un riesgo aceptable es, a fin de cuentas, un riesgo aceptado” (U. BECK, *Políticas ecológicas...*, op.cit., págs. 156-157).

En este sentido, el auge de los discursos éticos o “bioéticos” en el terreno de la investigación científica y de las nuevas tecnologías y productos sanitarios puede explicarse como una estrategia dirigida a lograr la aceptación *cultural* de la existencia de riesgos:

“Las decisiones que afectan a la vida de otros deben tomarse menos caprichosamente, tanto ahora como en el futuro. La búsqueda de una nueva ética debe comenzar con la proposición de que el dilema ciencias de la vida-ética debe ser *cultural* (es decir, de la sociedad), y no individual (...). El construir una ética nueva para las ciencias de la vida es construir una nueva cultura”⁵²⁰.

Pero en esta operación, las exigencias políticas de una transformación radical del sistema económico-productivo, o incluso de una mayor capacidad decisoria y de control del campo jurídico-político al respecto, son absorbidas, silenciadas o arrinconadas por la concurrencia de discursos “realistas” o “dramáticos” en la monopolización política de los riesgos. La generación de falsos debates, dentro y fuera del “foro bioético” es una buena muestra de especialización casuística o generalización abstracta de los problemas que rodea la diana del sistema sin aproximarse nunca a lo sustantivo de su estructura de poderes.

Es importante notar la función complementaria al discurso tecnocientífico que cumple el discurso ético en tanto que mecanismo que contribuye a la normalización del riesgo. *Las normas y los cálculos técnicos no son por sí solos los mecanismos idóneos para lograr tal normalización. Precisan de su integración con discursos éticos universales, así por ejemplo los basados en los principios convencionales de la «bioética», lo que les permitirá superar las rigideces propias de la regulación jurídica.* Lo que con este mecanismo se consigue, por otra parte, es contribuir a la obliteración del debate democrático, abierto y transparente de asuntos de afectación general privatizados en su gestión a manos de expertos señalados pertenecientes a subcampos de poder oficiales.

En este sentido, la propuesta de Manuel Atienza de “juridificar la Bioética”, básicamente, de conectar metodológicamente la «bioética» con el «Derecho» mediante la introducción de los principios bioéticos en el juego argumentativo jurisdiccional de

⁵²⁰Daniel CALLAHAN, «Living with the new biology», *The Center Magazine*, 5, 4 (1972), págs. 4-12, citado en G. H. KIEFFER, *Bioética*, Madrid, Alambra, 1983, pág. 13.

ponderación de “principios” tras su concreción casuística en “reglas”, es muy significativa.

Atienza propone la creación de un comité ético de ámbito nacional con funciones similares a las de “un tribunal de segunda instancia” que aplicaría como modelo de racionalidad práctica el método judicial de ponderación de principios “produciendo una especie de «jurisprudencia»”. Esta necesidad vendría dada porque los principios bioéticos no son concluyentes para responder a los casos difíciles en ética clínica, de manera que esos principios deberían ser precisados, concretados en forma de “reglas-pautas” de argumentación:

[En un ensayo clínico]“además de principios, necesitamos *reglas que precisen*, por ejemplo, *hasta dónde ha de llegar el riesgo* [el subrayado es nuestro] para una persona y el beneficio para otra, qué cabe entender por medidas *no degradantes*, etcétera. Pero eso nos lleva a la conclusión (...) de que el problema fundamental de la bioética es el de pasar del nivel de los principios al de las reglas; o, dicho de otra manera, construir, a partir de los anteriores principios (que, con alguna que otra variación, gozan de un amplio consenso) un conjunto de pautas específicas que resulten coherentes con ellos y que permitan resolver los problemas prácticos que se plantean y para los que no existe, en principio, consenso”⁵²¹.

Lo que la orientación *ética* de los discursos tecnocientíficos, profesionales, económicos o incluso jurídicos busca así es cubrir el déficit que las respuestas meramente técnicas y las jurídicas tradicionales generan respecto a la aceptación (cultural) de los riesgos. El éxito de esa operación descansa en que la nueva respuesta es a la vez técnica y ética. Se trata de una *respuesta* que permite superar tanto la solución meramente técnica del cálculo y baile de cifras y de la previsión, rápidamente obsoleta, como la abstracción poco fiable y los largos procesos burocráticos propios del mundo del derecho.

De ahí que la reorganización jurídico-política del Estado «postkeynesiano» esté dispuesta a bendecir esta operación y a permitir una fragmentación relativa del poder político y normativo en instancias autónomas de gestores expertos cuya regulación “privada” permita cubrir las lagunas del derecho en materia de los modernos riesgos del universo tecnocientífico y, particularmente, el biomédico inaccesibles al conocimiento medio. Ramón Martín Mateo escribe al respecto que,

“Las lagunas legales que se aprecian en torno a las cuestiones que plantea la moderna bioética, deben cubrirse a veces mediante autorregulaciones, de hecho al menos, de los propios científicos y profesionales, lo que viene a sustituir la intervención reclamada por el gran público. Tal es el caso de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, que ya desde 1966, a través de

⁵²¹ Manuel ATIENZA, «Juridificar la bioética», en Rodolfo VÁZQUEZ (comp.), *Bioética y Derecho. Fundamentos y problemas actuales*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999, págs. 65-91.

los *Institutional Review Boards*, controlan las investigaciones sobre el hombre y que a partir de 1975 dictaron una serie de normas, posteriormente liberalizadas, sobre la recombinación de ADN en ingeniería genética, que han pasado al ámbito internacional”⁵²².

Ello no es óbice, sin embargo, para que desde instancias del campo jurídico-político, del mundo académico, desde sectores organizados y representativos de intereses de la ciudadanía (asociaciones de consumidores y usuarios, de defensa de la sanidad pública), se reclame la intervención del legislador en la ordenación legal de las conductas de riesgo en medicina incrementadas por la incorporación de nuevos descubrimientos tecnocientíficos en el circuito sanitario.

La sociedad del riesgo redimensiona así la vieja dialéctica entre *autonomía* y *coacción*, la necesidad de reconsiderar el marco normativo de la investigación y la práctica médica respetando su autonomía, o mejor, su *nueva* autonomía integrada en las estrategias de mercado. Martín Mateo retoma así la cuestión del papel autorregulador de científicos y profesionales limitado legalmente por consideraciones de orden público, dejando la puerta abierta a la complementariedad o subsidiariedad de las aportaciones prescriptivas del espacio “bioético” (incluimos también, las del espacio deontológico-profesional) al derecho.

“Es, pues, necesario que el legislador intervenga ordenando conductas y puntualizando extremos no deducibles sin más de las vagas formulaciones de la bioética, lo que no puede quedar al libre arbitrio e interpretación de profesionales e investigadores. (...) No parece discutible que sólo a partir del ordenamiento positivo, es decir, de la creación del bioderecho, puedan solventarse los problemas que plantea la bioética. Aunque desde luego anticipamos que la ley no puede agotar esta materia, la producción normativa tiene unos límites más allá de los cuales queda el ámbito insustituible de la apreciación personal del Derecho, basándose en técnicas no formuladas que incorporan la propia reflexión ética”⁵²³.

Pero una sensación de *horror vacui* normativo parece persistir no sólo ante la posible aplicación de cada último descubrimiento biomédico sino siquiera de su admisión o su rechazo⁵²⁴.

La política de los riesgos se ha planteado como una cuestión de expertos, o en palabras de Beck,

⁵²² Ramón MARTÍN MATEO, *Bioética y Derecho*, Barcelona, Ariel, 1987, pág. 32.

⁵²³ *Ibid.*, págs. 75-76.

⁵²⁴ Este fenómeno de “sensación” emotiva, de vacío regulador en este caso, como disposición para la acción social es considerado por un sector de la sociología jurídica como un factor determinante en los procesos de regulación formal (Bettina LANGE, «The Emotional Dimension in Legal Regulation», *Journal of Law and Society*, 29, 1(2002): 197-225).

“va tomando cuerpo una variante «tecnocrática» de la sociedad del riesgo en la que las incertidumbres implícitas en el sistema se perfeccionan como camino tecnocrático hacia el poder” y “sólo aparentemente se pone en entredicho la credibilidad de los expertos a causa de los accidentes; por el contrario, sirven de hecho para la expansión del poder de la élite tecnocrático-industrial”⁵²⁵.

Con el aumento de los riesgos, según Beck, aumenta el ocultismo en el trabajo y en los medios tecnocientíficos y empresariales, y retrocede la democratización. El sistema jurídico-político repliega su control de legalidad y sus garantías y aumenta la distancia entre la ciudadanía y la gestión político-pública del Estado con la intermediación de corporaciones, entidades, instancias “no-políticas” y grupos de interés privado en calidad de gestores expertos o tecnócratas. En este mismo sentido, y en palabras de José Esteve Pardo:

“En cualquier caso, se trata de una controversia [la valoración de los riesgos] entre expertos y no de juristas, ni de quienes ocupan instancias de representación y decisión política, por cuanto éstos no tienen conocimiento que les permita pronunciarse con algún fundamento sobre esos riesgos. Por ello, en último término, el gran problema que al Derecho plantean estos riesgos es que, dada su incertidumbre, se desapodere a las instancias constitucionalmente habilitadas para decidir sobre ellos y se traslade esta decisión a expertos que presentan como legitimación sus conocimientos científicos y técnicos”⁵²⁶.

En el ámbito biomédico, la investigación clínica, la terapia genética, la manipulación embrionaria, etcétera, los riesgos que pueden aparecer pertenecen a una categoría de riesgos de naturaleza inaccesible no sólo para el conocimiento medio sino que implican un grado elevado de incertidumbre para los propios expertos. Riesgos que pueden tener efectos secundarios sobre la salud, presente o futura, o sobre el equilibrio ecológico o sobre otros ámbitos no “naturales” como los sociales, psicológicos o culturales cuyos peligros no pueden reducirse a simples afirmaciones fácticas precisando, en ese caso, si es posible una interpretación causal experta. Es decir, riesgos que necesitan una especial mediación argumentativa y el juicio experto para su constatación «objetiva», esto es, «normativa» por los estándares normalizadores de científicidad.

⁵²⁵ U. BECK, *Políticas ecológicas en la edad del riesgo*, op. cit., pág. 120.

⁵²⁶ José ESTEVE PARDO, *Técnica, riesgo y Derecho*, op. cit., pág. 39.

“se trata en todo caso de peligros que precisan de los «órganos perceptivos» de la ciencia (teorías, experimentos, instrumentos de medición) *para hacerse «visibles», interpretables, como peligros»*⁵²⁷.

De hecho, la inquietud por la ausencia de control y de mecanismos legitimados de regulación es lo que aparentemente moviliza a sectores de expertos y profesionales y a los dirigentes políticos a la institucionalización de los diversos comités de ética científica o biomédica, a la elaboración de diversos documentos deontológicos o de conducta profesional y al protagonismo creciente de las corporaciones profesionales y de sus criterios técnicos y periciales, a la institucionalización de la bioética como disciplina autónoma o a la adopción de compromisos entre el Estado y laboratorios o empresas. La ética puede cumplir aquí el papel omniabarcante que le falta a la gestión experta de los riesgos relativos a los «efectos secundarios» en la esfera social, cultural, esto es, en su *aceptación*.

Por consiguiente, la inquietud ante la ausencia de control y de mecanismos legitimados de regulación es lo que parece *movilizar a la consolidación de un sistema normativo paralelo al jurídico-político que mantenga la estructura fragmentada del poder*, expuesta más arriba, y la ampare de los posibles embates de una política pública intervencionista, en lo que atañe a la «libertad científica» y al «libre mercado» a ella ligado y también de los embates de los movimientos sociales y políticos que demandan una mayor democratización en lo que atañe al cuestionamiento global del sistema productivo, político y tecnocientífico, dominante en la determinación de los cambios sociales.

Por ello, la función del derecho de la sociedad del riesgo busca las «causas objetivas» de los daños y los responsables y busca lograr la justicia hipotética con la indemnización y la sanción. En esa función de *objetivación*, el derecho se abre a la decisión técnico-experta. La actividad legislativa, administrativa o hermenéutico-jurisdiccional *impone* (es la dimensión arbitraria del poder) un puente entre las proposiciones descriptivas del informe técnico y las prescriptivas de las normas jurídicas, los actos administrativos o de la decisión judicial. El lado técnico-científico de la racionalización de los hechos y sus causas se ha vuelto imprescindible para el derecho.

⁵²⁷ U. BECK, *La sociedad del riesgo*, op. cit., pág. 33.

“(…) el moderno Derecho de daños aparece, a causa de los avances tecnológicos, dominado por estas dos tensiones. De una parte, el principio de que los daños sean indemnizados en lugar de quedar impunes. Lo que significa ampliar el ámbito de la culpa o, en su caso, de la responsabilidad sin culpa o de restringir el del caso fortuito y ello en función de una cada vez mayor racionalidad y racionalización de los eventos y de sus causas. Precisamente por ello, y en función, por un lado, de la ampliación del sin número posible de causas y, por otro de la mayor complejidad de los artilugios y de los elementos técnicos, el juego de la dilucidación de los factores causales se hace cada vez más complicado y sofisticado; con uno de estos dos, a mi juicio, claros peligros: o se vuelve a sustituir, como denunciábamos más arriba, el criterio judicial por el criterio pericial o se introducen factores de una gran arbitrariedad. La teoría parece en nuestros días dominada por la llamada causalidad adecuada, pero la causalidad adecuada corre el riesgo de ser la causalidad que el juez quiera”⁵²⁸.

Ante el hecho de que la “causalidad adecuada” se convierta en una decisión de poder, en una proposición de «deber ser», el sistema jurídico-político se abre a la posibilidad de que el establecimiento del puente de tránsito entre proposiciones científico-técnicas y proposiciones valorativas y prescriptivas se haga además en el ámbito mismo del campo de poder tecnocientífico, de los comités bioéticos o, como es tradición, del campo médico-profesional, con la incorporación de la evaluación moral, del juicio ético, de las actividades científicas y técnicas *desde* el respectivo campo experto⁵²⁹. Esto no quiere decir que la evaluación de un comité de ética, de un informe pericial o de una comisión de deontología sustituya exactamente la labor del juez o de la administración o del parlamento, sino que *se integra en esa actividad ocupando un espacio que el derecho libera* en materia de gestión de riesgos tecnológicos y médicos⁵³⁰.

⁵²⁸ Luis DIEZ-PICAZO, *Derecho y masificación social*, op. cit., págs. 120-121.

⁵²⁹ Un ejemplo plenamente ilustrativo de lo que queremos decir cuando utilizamos la metáfora de “puente” para referirnos simplemente a la realización de un «sofisma naturalista», lo tenemos en la siguiente cita del preámbulo del *Documento sobre la selección de sexo* elaborado por el *Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret* (Parc Científic de la Universitat de Barcelona, febrero 2003) y que refleja, una vez más, la voluntad del foro bioético de modificar la normativa estatal (y, curiosamente a pesar de propugnar los «Derechos Humanos» como marco de referencia bioética, la del mismo artículo 14 del *Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina* de 1997) de acuerdo con las exigencias del libre mercado de la reproducción humana. La vacuidad retórica de sus generalidades no hace sino demostrar la existencia del deseo de fijar un margen amplio a la emergencia de ofertas tecnocientíficas y médicas ajena a consideraciones de voluntad o consenso ciudadanos: “(…) desde aquí preconizamos un planteamiento que busque pautas de conducta asumibles, tomando siempre como punto de partida los hechos demostrados científicamente, y como marco para el establecimiento de lo que es o no es aceptable el referente que proporcionan los Derechos Humanos. Se trata, pues, de seguir una vía de carácter científico y jurídico que se apoya en la construcción de valores morales y culturales, y su plasmación en normas”.

⁵³⁰ En este sentido, Diez-Picazo señala que por “la creciente complejidad de los problemas que dan lugar a los litigios y la implicación en los mismos de cuestiones técnicas o tecnológicas, impiden una plena percepción de los hechos por los jueces y determinan, en definitiva, un trasvase de los poderes decisorios”. De manera que el asunto es de mayor importancia y gravedad cuando la pericia del juicio experto extrajurisdiccional ha pasado de instrumento auxiliar y de medio probatorio en el juicio a convertirse en dictamen “y el dictamen en elemento de la decisión, reduciéndose de algún modo el papel

Reiteramos que ello tiene por objeto añadir una forma de legitimidad política (y moral) simbólica a las decisiones científicas cuyo fin es la *aceptación y normalización* de los riesgos y que mediante la coincidencia de los valores éticos declarados formalmente en los campos de poder de expertos con los valores constitucionales y los «derechos y libertades fundamentales» o los «derechos humanos», y mediante la organización de las entidades ético-decisionales a la manera de las instituciones políticas de las democracias parlamentarias, permiten el ejercicio de una función autónoma de “lo ético” al lado de la regulación jurídica del Estado.

5.3. Poder y política de expertos

5.3.1. Poder de los expertos

Hemos visto que los múltiples centros de poder de nuestra actual “sociedad de organizaciones” actúan como campos o subcampos específicos, instituidos en auténticas corporaciones de expertos y tecnócratas, “sabios” o profesionales, dotados de una autoridad normativa independiente. Y que gracias al valor, al *crédito*, concedido al capital simbólico de sus agentes por parte del Estado (en forma de atributo de «interés público» a su actividad específica) estas instituciones y su actividad son legalizadas o simplemente proyectadas desde la misma esfera político-pública.

La acumulación de capital temporal específico del campo médico y de capital científico-técnico por sus agentes, junto con el reconocimiento social y el de sus pares, puede dar legitimidad suficiente, a los ojos del Estado, para que éste conceda al campo una autoridad *política*. Esto es, le conceda la capacidad de autorregularse y de involucrar a los implicados en los asuntos calificados de *su* competencia y en la lógica prescriptiva de sus propias normas; le conceda la autonomía organizativa para su actividad y la autoridad y capacidad representativa suficiente como para negociar directamente con él; así como que reconozca su jerarquía temporal y su poder de ordenación interna y, por todo ello, su capacidad de *intermediación* en la relación entre los individuos y el Estado mediante la coordinación de sus sistemas normativos,

de la autoridad judicial al de una mera homologación”. Máxime cuando además, en ese paso de la pericia al dictamen, “los peritos no se limitan a suministrar datos o introducir hechos en el debate forense, sino que formulan apreciaciones o valoraciones y dan opiniones” (Luis DIEZ-PICAZO, *ibíd.*, págs. 99-100).

mecanismos participativos y procesos decisorios con los del sistema jurídico-político. En definitiva, le reconozca públicamente su capacidad para organizar cambios sociales y para diseñar los fines de esos cambios, así como para la adecuación de las conductas (y pensamientos) a la voluntad específica de sus instituciones, a los intereses específicos del campo o subcampo de poder en definitiva⁵³¹.

En el caso de los colegios profesionales, como el que agrupa a los agentes del campo médico, el Estado les concede y reconoce autoridad política y validez como instancia intermedia entre los individuos y el Estado por cumplir funciones que son consideradas de «interés público».

[La ley distingue las asociaciones de las corporaciones –por ejemplo, los colegios profesionales–] “(...) siendo éstas siempre de carácter público o personas jurídicas públicas, pese a la base común asociativa de todas las personas jurídicas, persiguen fines más amplios que las de simple interés particular o privado, concediéndoseles por ello legalmente ciertas atribuciones o potestades –especie de delegación del Poder Público– para que puedan realizar aquellos fines y funciones, que no sólo interesan a las personas asociadas o integradas, sino a las que no lo están, pero que pueden verse afectadas por las actuaciones del ente”⁵³².

Una muestra significativa de esta autoridad política, de esta “soberanía privada” propia de campos de poder relativamente autónomos del poder político, es el tipo de dominio específico que ejercen sobre los individuos que entran en el ámbito de su

⁵³¹ Piénsese, por ejemplo, en el mencionado *Documento sobre la selección de sexo* del Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona que propugna modificaciones legislativas para levantar la barrera que supone la prohibición legal de la selección del sexo del futuro hijo por “limitar la decisión ciudadana” (particularmente, decisiones -yo diría que piensan más en *opciones* o *elecciones* como las del consumidor- “que afectan a personas concretas”-*toda* decisión, aún vinculante con “carácter general” afecta a *personas concretas*-). En caso de prosperar esta política de *creación de necesidades privatizadas* a partir de las *posibilidades técnicas* introducidas en el circuito del consumo, es presumible la introducción de cambios sociales sobre todo en lo que se refiere a la predeterminación técnica de sus finalidades. Para ello, los expertos en bioética cuentan, en su resolución, con la «libertad de elección del sujeto» como principio ingénito del sistema político y económico, y cuentan también con el tópico marco multiusos de los «derechos humanos» para la legitimación política y moral de la técnica de la selección no terapéutica de sexo de los futuros hijos, y ello con la *aceptación* consecuente de sus riesgos hipotéticos. En este caso no hemos de desdeñar la influencia que un foro bioético como éste tiene en el ámbito político-público. No es un simple juego interno de conquista de espacio académico, ni como tal es “inocente”, sino que sus declaraciones son públicas, convenientemente formalizadas y proyectadas por los *medios de creación de opinión*, y son realizadas además a través de la universidad pública, un espacio formativo de las futuras élites dirigentes. El “debate bioético” se realiza así con un *derecho reservado de admisión*, en un circuito cerrado de aproximación de puntos de vista expertos de los campos de poder diversos y de negociación de las resoluciones o declaraciones finales.

⁵³² STC 89/1989, de 11 de mayo. Es más, el Estado reconoce que “la dimensión pública de los entes colegiales,..., les equipara sin duda a las Administraciones Públicas de carácter territorial” (STC 20/ 1988, de 18 de febrero). Lo que no quita que en la actualidad, y sobre todo en los países de la órbita anglosajona, crezca la delegación de facto de autoridad pública a asociaciones privadas, de profesionales, científicos, técnicos o representativas de actividades o identidades diversas de sectores de la población.

actividad sin que el Estado regule (ni controle) definitivamente la relación particular (y privada) entre el individuo y la institución del campo autónomo.

Este tipo de relación de dominio nos interesa especialmente al tratar la relación entre médico y el paciente, o mejor, entre el campo o subcampo médico y el paciente. Aunque, por otro lado, a *sensu contrario*, la dependencia o heteronomía relativa de estos campos de poder (por ejemplo, el campo médico y el sanitario en general) respecto del Estado se manifiesta en forma de regulación jurídica de éste sobre el *marco legal* organizativo y procedimental para su funcionamiento en el universo social, sin que las rigideces propias del sistema de la legalidad supongan un obstáculo⁵³³.

Pero la apariencia de juridificación legal de las acciones específicas de esos campos de poder no debe ocultar que, en lo sustantivo, el marco regulador del Estado, como hemos venido apuntando, *libera* un espacio de penetración para las estrategias del campo de poder mercantil, en forma de privatizaciones de bienes y de servicios públicos, en forma de gestión empresarial o de gestión técnica de éstos, etcétera.

Veamos un ejemplo de ello en el ámbito del campo médico y particularmente en el de la autoridad (subcampo) encargada de organizar los trasplantes de órganos y en la forma en la que queda configurado el poder de los expertos en la gestión de esos trasplantes⁵³⁴.

El caso de la donación y trasplante de órganos es paradigmático en ética médica. De hecho presenta problemas éticos de idéntica estructura que los que pueden producirse en otras áreas (educación, empleo, vivienda,...) cuando se trata de asignar y distribuir recursos vitalmente necesarios pero escasos, puesto que, en este supuesto, nos enfrentamos a un problema ético genuino, el del problema de la selección o elección

⁵³³ Por eso, a pesar de hablar de «crisis de la soberanía estatal» o describir su fragmentación, esto no quiere decir que haya desaparecido la dimensión gestora ni político-administrativa de la intervención del Estado en la vida económica y social sino que con la mundialización económica y la «tercera revolución industrial», el Estado asume funciones diferentes de las que venía realizando (Juan Ramón CAPELLA, *Los ciudadanos siervos*, op. cit., pág. 100). Por ejemplo, la fijación de un marco normativo procedimental “que puede ser utilizado según las circunstancias, respetándose la autonomía de cada organización” (José Eduardo FARIA, op. cit., pág. 152) o un marco normativo organizativo que suponga la apertura a modos de producción jurídica muy específica, flexible o “dúctil”, de organismos propios o delegados en campos y subcampos de poder autónomos y ello frente a un modelo jurídico estatal de la tradición jurídico-positiva del liberalismo burgués, formalizado (jerárquico, piramidal), sistemático, unitario, legal, producido, interpretado y aplicado únicamente por órganos del Estado, y que es transformado por ser afuncional para las exigencias que imponen las innovaciones tecnoproductivas, la «especialización flexible» y los mercados rápidamente cambiantes.

⁵³⁴ Seguiremos el análisis de Jon ELSTER y Nicolas HERPIN (comp.), *La ética de las decisiones médicas*, Barcelona, Gedisa, 2000.

que implica tomar decisiones que afectan no sólo al propio destino sino también al de terceros. Implica asumir la responsabilidad de la elección equivocada que en materia de distribución de recursos escasos incide en la cuestión de la «justicia». El baremo utilizado respecto la determinación de la «elección equivocada» y de la «justicia» es eso que Elster llama “dios escondido” para referirse a la «opinión pública» y su movilización ante un “escándalo” como forma de percepción colectiva de una injusticia⁵³⁵. La tendencia ética común o corporativa de los profesionales se ocupa más de la “eficacia institucional tal como está definida en su particular campo profesional o disciplina científica”, y por tanto “se ocupa poco de las injusticias”⁵³⁶. Por ello, y para canalizar la movilización del grupo de agentes sobre la cuestión de la “justicia distributiva” de los recursos escasos y que no pertenecen a las élites administrativas, políticas y médicas que deciden y gestionan los transplantes, contamos además con “una categoría de intérpretes por derecho propio, aquella que se ha dado en llamar expertos «profanos»” y que en los Estados Unidos surgieron en los años setenta del pasado siglo como contrapoder fáctico a raíz de los escándalos médicos en asuntos de transplantes⁵³⁷.

En nuestro sistema político de democracia representativa en un modelo Estatal aún mantenido como «social» o «asistencial», aunque en franco retroceso por las políticas neoliberales de reducción de déficit público, existe la obligación de que las instituciones y organismos públicos definan los criterios “objetivos” y “racionales” de selección (de justicia distributiva) de los beneficiarios de los recursos escasos⁵³⁸. Es

⁵³⁵ J. ELSTER, «La ética de las decisiones médicas» en op. cit., pág.24. Elster induce tres causas de “escándalo” en el caso de los transplantes de órganos: 1. Cuando se niega una donación a un paciente que tiene obvia necesidad de ella, cuando además el procedimiento de asignación es tan complejo que los que tienen mayor necesidad no consiguen comprender cómo abordar la solicitud de su candidatura. 2. Cuando determinados individuos se las arreglan para manipular los criterios oficiales exigidos. 3. Si el proceso de asignación estigmatiza, discrimina al candidato (ibíd., pág. 27). Advierte Elster, al referirse al poder de la opinión pública en su movilización contra los representantes políticos, que conviene distinguir la opinión pública en sí misma considerada de la comprensión que de su movilización tienen las élites políticas y administrativas (ibíd., pág. 24).

⁵³⁶ “Los procedimientos médicos no tienen por qué tener en cuenta otras formas [no-médicas] de mala fortuna (el haber sido despedido, la incapacidad para completar los estudios)” para la asignación de órganos para transplante (ibíd., pág. 25).

⁵³⁷ J. ELSTER, op. cit., págs. 24 y J. Michael DENNIS, «Cirujanos vigilados: diálisis y transplantes en Estados Unidos», en J. ELSTER, N. HERPIN, *La ética de las decisiones médicas*, op.cit., 82 y sigs. Los “expertos *profanos*” son interventores en los escándalos médicos a pesar de que carecen de competencia médica específica. Suelen provenir del campo de la sociología, del derecho, de la filosofía, de la teología, de las ciencias políticas y juzgan las prácticas médicas no con criterios médicos, sino con referencias a la «justicia» y a la «igualdad», y perciben la relación médico-paciente como una relación conflictiva.

⁵³⁸ J. ELSTER, ibíd., pág.9. Esta obligación del Estado de definición de los criterios de selección para asignar el reparto de bienes y servicios disponibles significa que ha de recurrirse a criterios públicamente conocidos, manejados de forma transparente y que estén de acuerdo con los objetivos del «Estado social». Al respecto, queremos apuntar dos cuestiones problemáticas importantes. La primera consiste en arrojar, cuanto menos, la duda acerca de la *disponibilidad* real de recursos, específicamente los financieros, en el

decir, criterios en los que no cuente la predilección de los agentes implicados (funcionarios, médicos) ni que influya, en teoría, la presión que puedan ejercer criterios socio-culturales de *distinción* (socio-económica, racial, sexual, religiosa,...). Los principios que siguen los agentes de las instituciones encargadas para la asignación de recursos escasos siguen un número limitado de principios normativos y suelen ser combinados en su aplicación. Aunque la elección de un modelo de asignación de un recurso escaso suele ser el resultado de una negociación entre los actores implicados (la administración, los médicos, los pacientes-receptores y la «opinión pública»), que sirve para articular sus preferencias y para que según las influencias respectivas se llegue a un consenso que permita la operatividad del procedimiento de asignación⁵³⁹.

Lo que nos interesa destacar aquí es que esta decisión de asignación de recursos distingue dos órdenes que se corresponden a dos grupos de agentes que deciden. Las decisiones de “primer orden” que fijan el montante total de recursos escasos disponibles con vistas a su distribución y las decisiones de “segundo orden” que deciden la asignación final⁵⁴⁰. Las primeras decisiones corresponden a los representantes políticos y las segundas a los profesionales empleados por las instituciones para la asignación de los recursos escasos y que están sujetos a las regulaciones legales y, en el caso de profesionales liberales (los médicos), además a procedimientos y directrices específicos para todos los miembros de la profesión. Los actores (en principio pasivos) de “tercer orden” serían los receptores potenciales de los recursos, los candidatos para los trasplantes y los sujetos susceptibles de presentarse ante la «opinión pública» como víctimas de los escándalos médicos en materia de asignación de órganos para trasplantes.

contexto político de crisis del modelo de Estado social donde se produce un trasvase directo o indirecto de recursos públicos al sector económico privado y donde esos criterios de selección y de asignación se convierten en *finis en sí mismos* para las políticas neoliberales. En el caso de trasplantes de órganos no se trata de escasez de recursos económicos sino de la de donantes oferentes (y, por tanto, de órganos disponibles) respecto el aumento de enfermos demandantes. En cualquier caso, el criterio económico *illegal* comienza a penetrar en ese ámbito precisamente por la escasez de órganos. La segunda cuestión, que puede llegar a tener vinculación con la cuestión anterior, hace referencia a la elaboración de las listas de espera en el caso de trasplantes de órganos. A pesar de la definición pública de los criterios, las entidades intermedias que gestionan el emparejamiento donante-receptor, o no hacen pública toda la información existente sobre las adjudicaciones finales, o utilizan otros criterios de selección ocultos y diferentes de los que se publicitan. En el plano institucional, también se decide “moralmente” aunque con supuestos criterios de racionalidad que, siguiendo la línea argumentativa de Mary Douglas en *Cómo piensan las instituciones* (Madrid, Alianza, 1996), en caso de conflicto acaban por perseguir prioritariamente los intereses específicos de la institución, los que salvaguardan su estructura de campo. Se ocupan así las instituciones más de la eficacia institucional contenida en sus códigos éticos específicos que de cuestiones de “justicia” social.

⁵³⁹ J. ELSTER, op. cit., págs. 28 y sigs.

⁵⁴⁰ *Ibid.*, pág. 22, citando a G. CALABRESI, P. BOBBIT, *Tragic Choices*, New York, Norton, 1968.

Ahora bien, la política de descentralización, desregulación y flexibilización jurídica llevada a cabo por el Estado a partir de los años setenta del siglo XX llevó a que parte de la gestión de los recursos fuera llevada a cabo por “otras estructuras democráticas y descentralizadas en los campos de política social o sanitaria”⁵⁴¹. Aunque las dilaciones del legislador y el marcado carácter limitado del ámbito de intervención del Estado asistencial en el terreno bioético “no han dado como resultado la consecución de un mayor grado de autonomía de las instituciones implicadas” en el caso de Francia. “De esta situación, quien ha salido reforzado, en tanto que instancias disciplinarias colectivas, es la comunidad de los realizadores de transplantes”, esto es, los médicos. Éstos han acabado por tomar decisiones de “primer orden” cuando extraen los órganos de los pacientes en estado de muerte cerebral (ellos saben cuándo y en qué condiciones óptimas para el trasplante se obtienen órganos y cuántos disponibles; digamos que controlan la “producción” de órganos provenientes de muertos cerebrales, controlan la oferta del recurso escaso) y además toman las decisiones de “segundo orden” cuando seleccionan pacientes para el trasplante, pues está en su competencia profesional el éxito en la aplicación exitosa de cualquier método de asignación. Los médicos pueden verse obligados a establecer vínculos entre los dos tipos de decisiones lo que supone un poder mayor en la política de donación de órganos presionando, por ejemplo, con la organización de las listas de espera⁵⁴².

En el caso de los transplantes el poder decisorio médico puede quedar instituido en los organismos colegiados que gestionan estas operaciones y/o asesoran a la administración en esta materia. Francia cuenta por ejemplo con el monopolio del sistema público de salud para los transplantes de riñón, pero precisa de los expertos médicos para su gestión. El sistema de sanidad centralizado y burocrático presenta una garantía legal de que cada médico trasplantador tenga una relación “personalizada” con su paciente. En uno y otro campo, el campo jurídico-político, el subcampo de la administración pública y el campo médico con los subcampos hospitalario, de las diversas especialidades médicas, aparecen intereses y objetivos divergentes, en política presupuestaria, criterios de asignación, políticas de donación, etcétera. Sin embargo, a fin de lograr cierto consenso en esta materia y hacer efectivos los procedimientos de trasplante con criterios lo más aproximado a la idea de “justicia distributiva”, se creó

⁵⁴¹ J.ELSTER, *ibíd.*, pág. 23, citando a Claus OFFE, *Zu einigen Widersprüchen des modernen Sozialstaates*, Frankfurt, Campus, 1984. “Estructuras democráticas descentralizadas” se refiere aquí a organismos administrativos independientes, corporaciones profesionales, etcétera, cuyo funcionamiento y organización han de ser democráticos según el mandato constitucional (en el caso español, el art. 52 de la Constitución de 1978), y que gestionan competencias antes centralizadas exclusivamente en el poder interventor de la administración central del Estado.

⁵⁴² J.ELSTER, *ibíd.*

por los propios médicos trasplantadores una asociación (*France Transplant*) para el emparejamiento de donantes y receptores que, además de centralizar las solicitudes, asigna la mitad de la cifra total de riñones extraídos a los equipos de trasplante diseminados por todo el país⁵⁴³. Esta organización impone además una regulación colectiva a todos los demás actores involucrados, pero siempre en el seno de una red acordada de intercambio e información. El colectivo de profesionales del trasplante actúa como “agente integrador” e intermediario, que ejerce “una hegemonía de hecho, no de derecho [carece de medios legales para hacer respetar sus normas], sobre la transacción” (no económica) entre oferta y demanda de órganos. Además, deja parte del poder discrecional, amparado legalmente, de los médicos que realizan el trasplante para fijar por su cuenta un procedimiento paralelo y operativo para “casos especiales” (donde no se siguen los criterios normalizados de *France Transplant*), lo que demuestra el límite de su poder o, en términos actuales, su *flexibilidad*. Mientras que, por otro lado demuestra el poder decisorio de los propios médicos en la transacción⁵⁴⁴:

“En otras palabras, la estructura organizativa permite que los trasplantadores disfruten de la protección burocrática de su clientela y, al mismo tiempo, les confiere también el poder discrecional que emana de la circunstancia de ser sus propios jefes. En el plano de los trasplantadores individuales, el trasplante de riñón es,...,una transacción entre un donante y un receptor. Más aún: se trata de una transacción en la que el médico actúa como intermediario todopoderoso. En el plano colectivo, su acción les lleva a intervenir en la configuración de la oferta y la demanda de órganos para trasplante. Las regulaciones establecidas por este colectivo de expertos tienden de hecho a estimular la oferta de órganos para el trasplante y, de forma complementaria, a moderar su demanda”⁵⁴⁵.

En su acción de moderación de la demanda, el colectivo médico tiende a hacer valer sus criterios ético-profesionales sobre aquellos criterios configurados en virtud de

⁵⁴³ En España, la gestión de los trasplantes se hace en las unidades respectivas de los centros hospitalarios autorizados para ello por el ministerio de sanidad. Es la administración la que, en cambio, gestiona las listas de espera a través de los centros sanitarios. Se entiende que éstos (los médicos) fijarán los criterios de asignación dejando la posibilidad de la creación de organizaciones descentralizadas para el intercambio y el estudio del receptor más idóneo. En este caso el papel de los «bancos» de órganos, tejidos y sangre concentran tanto la oferta del recurso escaso (su extracción, almacenamiento, suministro...), su distribución territorial, así como las decisiones sobre la asignación final. Éstos pueden ser gestionados por entidades privadas sin ánimo de lucro. Además, la administración cuenta con organismos consultivos y de cogestión política en materia de trasplantes formada por expertos y representantes de asociaciones interesadas que informarán y recomendarán a la administración de sanidad -así, la *Comisión Asesora de Trasplantes* o la *Comisión Nacional de Hemoterapia* (véase la ley 30/1979 de 27 de octubre sobre extracción y trasplante de órganos y el RD 426/1980 que la desarrolla y los decretos RD 1945/1985 que regula la hemodonación y los bancos de sangre y RD 411/1996 que regula las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos).

⁵⁴⁴ Nicolas HERPIN y Florence PATERSON, «La centralización y los poderes discrecionales: los trasplantes renales en Francia» en J. ELSTER, N. HERPIN (comp.), op. cit., págs. 33-58.

⁵⁴⁵ *Ibid.* pág. 42.

la consecución de los intereses específicos de los campos jurídico-político y económico: los médicos se ven obligados a resolver los conflictos de opinión *sin salir de su comunidad profesional* con el fin de conservar su hegemonía⁵⁴⁶. Son criterios *expertos*, deducidos del saber específico del campo médico cuyo *juego* tiende a satisfacer su ética profesional definida. Es decir, la que es consensuada en el seno de la corporación y responde, prioritariamente, a la eficacia institucional, basada en su conocimiento y en su técnica. Responde a su proyección y reconocimiento como campo de poder autónomo, de manera que, “la lógica distributiva de las prácticas médicas parecería ser la siguiente: la atención debe procurarse en atención a la enfermedad y no a la riqueza del paciente” (no a cuestiones de “justicia social”)⁵⁴⁷. Así, frente a los argumentos económicos a favor del transplante de los más jóvenes, los trasplantadores se inclinan por tener en cuenta criterios de «eficacia médica» (tratar de que sobreviva el mayor número de pacientes trasplantados, así como restituirles una «calidad de vida» lo más próxima posible a la que tienen las personas que definen los médicos como «sanas»), a lo que unen el criterio de «equidad médica» (compensar del mejor modo posible las desigualdades físicas entre los pacientes –la inmunización, el grupo sanguíneo...- priorizando a los receptores más difíciles, para los que la oferta se reduce considerablemente dadas sus contingencias biológicas particulares). También han optado por que el organismo de *France Transplant* potencie públicamente una política de donaciones y de oferta de órganos.

El caso francés demuestra particularmente bien que la sensibilidad hacia los criterios económicos por parte la administración es especialmente relevante en el Estado *antideficitario* que impone políticas de gestión empresarial en el manejo de los recursos. Y eso que en Francia, a diferencia de los Estados Unidos, los transplantes no han sido colocados directamente en manos de la práctica privada de la medicina.

Si a la tendencia hacia la privatización de la medicina, que en las circunstancias socio-políticas y económicas actuales va adquiriendo un protagonismo capital, le añadimos el factor de la masificación de la sanidad y la heterogeneidad social, cultural y biológica de la población enferma que dificulta a la clase médica la posibilidad de garantizar por sí sola la igualdad de trato a sus pacientes, tenemos que, al menos en el

⁵⁴⁶ *Ibid.* pág. 43.

⁵⁴⁷ J. ELSTER, *op. cit.*, pág. 25, citando a M. WALZER, *Spheres of Justice*, New York, Basic Books, 1983.

caso de los transplantes, el poder social de los médicos decrece⁵⁴⁸. A ello habrá que añadir el contrapoder político ciudadano, o de la «opinión pública», crecientemente informado y exigente en cuanto a la satisfacción de sus derechos, capaz de movilizarse contra los escándalos médicos y con cierto escepticismo ante las soluciones exclusivamente técnicas. El poder experto de los médicos es imprescindible para las políticas sanitarias y un valor productivo y simbólico de inversión para la industria, pero su saber y su ética específicos son *relativamente* autónomos frente a esos fenómenos de privatización de recursos y servicios sanitarios.

Para recuperar autonomía y poder social en el marco actual de la fragmentación del poder político y de reconquista de la autonomía de lo económico-mercantil, las comunidades de expertos, tecnócratas, profesionales, *se organizan* (o son organizados) colectivamente en entidades y organismos intermediarios capaces de gestionar las políticas públicas en materia de sanidad, ciencia y tecnología, seguridad, etcétera. De entre estos organismos y entidades merece la pena resaltar las que hacen del control, de la disciplina y del discurso *ético* su sentido, o gran parte de su sentido, en tanto que *institución* (comités de bioética, de ética clínica, comisiones deontológicas y colegios profesionales, agencias de evaluación de tecnología, “observatorios” y centros académicos de bioética y ética médica, etcétera)..

En estas instituciones con poder de presión sobre decisiones técnicas que involucran al campo profesional y sobre las decisiones “políticas” crecientemente técnicas del campo jurídico-político se busca fundir la dimensión tecnocientífica y la dimensión ética (teórica, de enjuiciamiento práctico y normativa) en un procedimiento común, unas reglas de juego consensuadas y una organización multidisciplinar de sus miembros para la adopción de decisiones extrapolables al campo jurídico-político.

Estas instituciones cuentan también con la eficacia simbólica que del consenso general acerca de sus principios éticos, políticos y formalidades de la organización y procedimiento de discusión y resolución, tienen esas instituciones. Una eficacia dirigida a la *aceptación socio-cultural* de sus resoluciones. En todo caso, recordemos con Bourdieu, que estas resoluciones son producto de la convención entre expertos (médicos, juristas, funcionarios de la administración correspondiente, expertos en «ética», sociólogos, etcétera) y que, por ello, acaban por regirse por criterios pragmáticos de negociación propios de la política, de una “subpolítica” de expertos, y

⁵⁴⁸ J. M. DENNIS, N. HERPIN, H. LORENTZEN, F. PATERSON, «Tres países, tres sistemas», en J. ELSTER, N. HERPIN (comp.), op. cit., págs. 149-150.

no por los criterios racionales propios del marco lingüístico limitado de la ciencia y de la técnica⁵⁴⁹.

Lo que aquí sostenemos es que, a través de esta vía de la institucionalización de la ética como medio para constituir ámbitos específicos de gestión experta, la profesión médica puede encontrar una *revalorización* de su influencia social y la conservación de su autonomía específica. Se trata del *complemento político*, que examinamos más arriba, que le falta al campo médico (y al tecnocientífico en general) en forma de *ideología ética*, de ideología de aceptación de su competencia, de su autocontrol y de la presupuesta “bondad moral” del campo profesional y de la actividad de sus miembros. Eso sí, esta ideología no debe presentar tal apariencia y, convenientemente filtrada por la racionalización y objetivación tecnocientíficas, la ética y la deontología médica y científica se verán racionalizadas en su fundamentación y en su metodología de normación y traducidas a técnica argumentativa. Además, el campo tecnocientífico y el profesional buscan superar la sujeción que impone una ética maximalista, categórica, de valores transversales para todo campo de poder y construir *su* propia ideología ética a partir de conceptos axiológicos específicos de sus campos y subcampos (“eficacia”, “rigor”, “optimización”, “rentabilidad”, “utilidad”, respeto a valores de otros campos con los que se interrelacionan –valores jurídico-políticos, sociales, morales,...-, etcétera, en el campo tecnocientífico) aplicables y exigibles, al conocimiento y a la técnica propios de cada campo⁵⁵⁰. Sólo de esta manera podrán autorregularse y evitar la inmisión de sujetos ajenos al campo de poder tecnocientífico, de legos, no expertos en ese conocimiento y esa técnica específicos.

Esta ideología ética *específica*, una vez ha institucionalizado ya un sistema ético propio del campo tecnocientífico y actualizado el tradicional del campo profesional, permite seguir legitimando el control tecnocrático de la política pública sobre todo en lo que se refiere a asuntos cuya gestión requiere conocimientos y aptitudes técnicas

⁵⁴⁹ Así, las nociones de «objetividad», «racionalidad», «validez» o «verdad» sólo tienen un sentido respecto cuestiones *internas* al lenguaje específico del campo de poder científico o médico ya que se plantean dentro de los límites de un marco lingüístico y cabe responderlas dentro de los límites de las reglas lógicas de ese marco lingüístico ya elegido y aceptado, ya convenido. Las cuestiones *externas* afectan a la elección de diferentes marcos lingüísticos, como sería el uso multidisciplinar en un comité de bioética de un método “racional” para una resolución “válida” según unos principios “objetivos”, en cuyo caso, la elección del marco lingüístico adecuado (a una finalidad convenida) obedece a criterios puramente pragmáticos de ajuste a un fin determinado (Pierre BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., pág. 141, al explicar la tesis de Rudolf CARNAP en *Empiricism, Semantics and Ontology*, 1950).

⁵⁵⁰ Javier ECHEVERRÍA, *Ciencia y valores*, Barcelona, Destino, 2002, págs. 204 y sigs.

altamente especializadas (sea en materia financiera, sanitaria o medioambiental). La moneda de cambio es, en cualquier caso, su saber y su técnica particulares al servicio *ideológico*, que está en el trasfondo de las decisiones morales con implicaciones políticas y sociales importantes.

5.3.2. Política apolítica de expertos

Hemos visto que en la sociedad de riesgos tecnológicos (y de los riesgos sociales colaterales), las políticas de privatización de bienes y servicios públicos y de recursos naturales (desde la privatización del recurso de un medio natural vivible a través de su contaminación industrial, hasta la concurrencia por llamadas “patentes sobre la vida” – la propiedad privada sobre la información, los descubrimientos y las manipulaciones genéticas) y las políticas de restricción de recursos financieros públicos han sustraído la gestión político-pública directa sobre estos asuntos y delegado dicha gestión a grupos de expertos o a la llamada “estructura tecnocrática”⁵⁵¹.

Convenimos en la definición de «tecnocracia», coincidente con las tesis que Fischer sostiene respecto esa estructura de poder, como el

“ejercicio del poder de decisión y organización (en el ámbito de la economía, la industria y el comercio, el Estado o la gran empresa) de un pequeño grupo de hombres de formación técnica que aceptan la disciplina jerárquica y están, generalmente, colocados bajo la autoridad de un jefe. El poder tecnocrático no tiene su origen ni en una delegación de poderes de tipo democrático ni en la herencia, sino en la elección que realizan los gobiernos políticos, si se trata de la tecnocracia de Estado, o en los elementos dirigentes de la firma (capitalistas influyentes, directores, etc.), si se trata de la tecnocracia de empresas. Como escribió André Siegfried «nos alejamos de la democracia del siglo XVIII: el dirigismo imperioso de la nueva época conlleva la apropiación técnica en lugar de la delegación»⁵⁵².

⁵⁵¹ Frank FISCHER, *Technocracy and the Politics of Expertise*, op. cit.

⁵⁵² J. BILLY, *Les techniciens et le pouvoir*, Paris, 1960, pág. 14, citado en G. HOTTOIS, *El paradigma bioético*, op. cit., págs. 47-48. Así, en el ámbito de la gestión de los grandes hospitales en la actualidad (masificación de pacientes, millones en gastos, miles de trabajadores, multiplicación de nuevas tareas sanitarias en investigación y tratamiento y en la aplicación de innovaciones técnico-sanitarias y productos) la diversidad y complejidad de intereses que confluyen en ese espacio parece justificar que la gerencia, originariamente vinculada solo al campo sanitario, adquiera además una formación técnica altamente especializada en gestión económica y una estrecha relación con el poder político («Técnicos con mano política. Los directivos sanitarios deben combinar dotes de gestión, conocimientos médicos y buena relación con el poder», *El País*, 16 enero 2005).

Este campo o estructura tiene en la actualidad una autonomía relativa o más restringida, limitada por los intereses y estrategias del campo de poder económico mercantil, si bien hay que considerar que las posibilidades tecnocientíficas mismas son un presupuesto de las decisiones económicas, una fuerza productiva de primer orden.

Por otra parte, goza de mayor poder respecto a las decisiones políticas, al depender éstas de soluciones técnicas crecientemente complejas en el panorama económico-industrial y tecnocientífico, y por ello tiene una mayor influencia en las decisiones de gobierno. Fischer piensa en la gestión tecnocrática desde posiciones de la élite decisoria en el gobierno:

“Colocada [la tecnoestructura de expertos] en los escalafones más altos de la estructura de gobierno, esos [expertos] sirven desde posiciones decisorias poderosas (por ejemplo, como asesores influyentes en los equipos de los políticamente poderosos o como administradores del más alto nivel con conocimiento experto)”⁵⁵³.

Sin embargo, esa esfera tecnocrática se extiende de forma descendente hasta decisiones administrativas de desarrollo legal o decisiones sobre la concreción en la actividad administrativa o hasta la determinación técnica de los elementos fácticos probatorios para la decisión jurisdiccional. En cualquier caso, hasta decisiones que escapan al control ciudadano aunque incidan socialmente de manera decisiva.

Por otra parte, la tecnoestructura no sólo incide directamente en el asesoramiento en las decisiones del poder ejecutivo, así en el caso español, por ejemplo, con los *Organismos Públicos de Investigación de la Administración General del Estado*, sino que también pretende extenderse horizontalmente en otras instituciones del Estado, como el Parlamento, con el objeto de asesorar a los poderes del Estado en sus procesos de toma de decisión.

En los Estados Unidos operó desde 1972 una institución interna del Congreso para su asesoramiento científico y tecnológico, la OTA (*Office of Technology Assessment*). Y desde mediados de los años ochenta se desarrolla en Europa la evaluación de las opciones científico-tecnológicas o TA (*Technology Assessment*), que en algunos países funciona de “modo instrumental” por medio de unidades internas en los Parlamentos que trabajan para las comisiones legislativas, mientras que para otros países funciona de “modo discursivo”, es decir, mediante institutos independientes de TA que prestan servicios de asesoramiento a los Parlamentos pero que además tienen

⁵⁵³ Frank FISCHER, *ibíd.*, pág. 27.

“el mandato de promover el debate entre los ciudadanos sobre las consecuencias sociales, económicas o éticas del desarrollo científico y tecnológico”⁵⁵⁴.

Recientemente, a instancias del gobierno español (de la *Comisión de Ciencia y Tecnología* del Ministerio de Ciencia y Tecnología) se presentó una moción a la Cámara del Senado relativa a la necesidad de creación de un organismo de asesoramiento científico y tecnológico a los parlamentarios de las Cortes Generales⁵⁵⁵. En el informe el Gobierno también insta a asociarse a la red de *Evaluación de las Tecnologías en los Parlamentos de Europa* (EPTA). La red EPTA se fundó formalmente en 1990 a instancias del entonces presidente del Parlamento Europeo según la propuesta de Lord Kennet, de la POST (*Parliamentary Office of Science and Technology*), a fin de aunar experiencias y trabajos entre los diversos organismos de asesoramiento técnico de Parlamentos de los países europeos ya existentes.

“El objetivo del EPTA es avanzar en el establecimiento de los sistemas de evaluación tecnológica (TA), como una *parte integral de la política de asesoramiento en los procesos de toma de decisión parlamentaria en Europa*, y en el fortalecimiento de los vínculos entre las unidades de TA en Europa”⁵⁵⁶.

Si bien nos hemos referido principalmente a la gestión diversa entre la esfera tecnocrática y a la política profesional o *normalizada* de asuntos de trascendencia político-pública, como son los que inciden en las condiciones estructurales del sistema económico-productivo y en la distribución de compensaciones sociales que aseguren la

⁵⁵⁴ BOCG, Senado, núm. 732, 10 de octubre de 2003, pág. 10. Comités asesores y órganos técnicos de “expertos” organizan el debate público y el material para ese debate, donde lo “ético” y lo “social” sustituye a lo político.

⁵⁵⁵ *Ibíd.* Se dice en el informe para la moción que “esta función de asesoramiento es realizada por decisión propia y autónoma de sus respectivos Parlamentos [de Alemania, Reino Unido, Francia e Italia], lo cual responde a la lógica de la no injerencia del ejecutivo en las actividades del legislativo y refuerza el carácter independiente del mismo”. Aquí, el Gobierno insta a la creación “por las Cortes Generales, [de] un órgano propio que le preste asesoramiento científico y tecnológico”, prestando el Gobierno toda su colaboración al Parlamento para la creación de este órgano. Asimismo, el Gobierno pretende complementar dicha función de asesoramiento técnico para el Parlamento con el asesoramiento de sus propios organismos técnicos. Además, desde el ejecutivo se reclama la asociación a la red EPTA “para cooperar e intercambiar experiencias con otros parlamentos europeos miembros de esta red”. Esta mediación del Gobierno en lo que son las necesidades de asesoramiento del legislativo está motivado porque es desde ese poder desde el cual se “considera necesario el refuerzo del asesoramiento científico y tecnológico en las instituciones del Estado y, muy en particular, en el Parlamento, donde este asesoramiento cobra especial relevancia por su directa influencia en la calidad y fundamento científico-técnico de la actividad legislativa”. La propuesta parece concretarse en la presentación pendiente de un proyecto de ley sobre la creación de la “Oficina Parlamentaria de Asesoramiento Científico de las Cortes Generales”.

⁵⁵⁶ Consúltense la página web www.eptanetwork.org

“paz social”, el conflicto realmente trascendente pensamos que se sitúa en un plano más sustancial referido a la cuestión de la *democratización* y que ya apuntara Beck. Ya que la esfera política normalizada y la tecnocrática coinciden respecto los fines y conviven en la cúspide del poder político de las naciones bajo la tutela del sistema económico mundializado⁵⁵⁷.

Así, bajo el manto de la *apoliticidad*, la tecnociencia, convencida de que ha conseguido neutralizar el viejo conflicto social pero asegurando simultáneamente el funcionamiento del principal elemento generador de ese conflicto, como es la revalorización y acumulación de capital en términos de economía privada, se limita a controlar el funcionamiento del sistema de acción racional respecto de esos fines naturalizados y simbolizados en nociones como “progreso” tecnocientífico y económico, “modernización”, “crecimiento”, “desarrollo”, etcétera.

Se genera así una nueva ideología dominante, basada en lo que Habermas llamó “conciencia tecnocrática” según la cual el progreso científico-técnico, en tanto que la principal fuerza productiva, se convierte él mismo en fundamento de toda legitimación, lo que tiene graves efectos *despolitizadores* y arrastra consigo la «ética», como “plan de totalidad”, como “categoría práctica del mundo de la vida”. Habermas denunció la confusión entre «práctica» (ética y política) y «técnica» como la característica más propia de esta nueva ideología, que conduce a la cosificación del mundo de la vida por la invasión de la conciencia tecnocrática en la esfera de la acción y de la socialización humanas. En palabras de Habermas:

“La interpretación de las realizaciones en las que el sistema encuentra su justificación no puede, por principio, ser política. Se refiere inmediatamente a oportunidades de ingresos monetarios que se mantienen neutrales en lo que atañe a la utilización de los mismos, y de tiempo libre, y, mediáticamente, a la justificación tecnocrática de la exclusión de las cuestiones prácticas. De ahí que la nueva ideología se distinga de las antiguas en que a los criterios de justificación los disocia de la organización de la convivencia, esto es, de la regulación normativa de las interacciones, y en ese sentido los despolitiza; y en lugar de eso los vincula a las funciones del sistema de acción racional con respecto a fines que se supone en cada caso. En la conciencia tecnocrática no se refleja el movimiento de una totalidad ética, sino la represión de la «eticidad»

⁵⁵⁷ Esta tecnoestructura se mueve exclusivamente de forma horizontal, entre “iguales”, en las altas esferas de gobierno mientras que, por otro lado, la actividad de gobierno misma, dando muestras del tan lamentado distanciamiento entre la élite política y la ciudadanía, se mueve igualmente de forma horizontal en el ámbito internacional de las esferas de gobierno de otros países y de los foros de las organizaciones internacionales, dejando de rendir cuentas a la ciudadanía sobre las implicaciones del desarrollo tecnocientífico de forma descendente. De ahí que exista un espacio, una brecha, entre opinión e intervención del público y la gestión y decisión políticas en materias decisivas como la sanidad, el medio ambiente, las políticas económicas y sociales. Un espacio en el que se asienta una dinámica de *fortalecimiento* (en el sentido de “amurallamiento”), opacidad y estanqueidad de las decisiones tomadas entre la tecnoestructura y la esfera política de gobierno fuera de toda previsión constitucional y control ciudadano.

como categoría de la vida. La conciencia positivista imperante abole el sistema de referencia de la interacción en el medio del lenguaje ordinario, sistema en el que el dominio y la ideología surgen bajo las condiciones de una distorsión de la comunicación y en el que también pueden ser penetrados por la reflexión. La despolitización de la masa de la población, que viene legitimada por la conciencia tecnocrática, es al mismo tiempo una objetivación de los hombres en categorías tanto de la acción racional con respecto a fines como del comportamiento adaptativo: los modelos cosificados de la ciencia transmigran al mundo sociocultural de la vida y obtienen allí un poder objetivo sobre la autocomprensión. El núcleo ideológico de esta conciencia es la eliminación de la diferencia entre práctica y técnica –un reflejo, que no concepto, de la nueva constelación que se produce entre el marco institucional depotenciado y los sistemas autonomizados de la acción racional con respecto a fines. (...) La conciencia tecnocrática hace desaparecer este interés práctico tras el interés por la ampliación de nuestro poder de disposición técnica”⁵⁵⁸.

El hecho de que las decisiones de los técnicos expertos miembros de esas estructuras de asesoramiento tecnocrático al poder político público sean concebidas como “no políticas” se explica aquí, como hemos visto, por la interpretación restrictiva que reduce “lo político” al sistema de organización político-formal de las democracias parlamentarias y que se ve sobrepasado por los poderes de la dinámica tecnológica y económica. Pero aún en este sentido restringido de lo político, la autonomía de los campos de poder de los expertos permite que su actividad llegue a ser decisiva en la acción de gobierno sin contar con controles político-públicos, transparencia informativa, discusión de contenidos y objetivos, etcétera.

Lo decisivo parece ser, de nuevo, la prestación que, en este caso, pueden ofrecer el capital y las estrategias específicas de los campos de poder experto, de las “estructuras tecnocráticas”, a las estrategias del campo de poder jurídico-político y en particular de las élites políticas y económicas gobernantes poco interesadas en el avance de un proceso activo de democratización que pueda cuestionar la legitimación de sus estrategias y hacer peligrar su posición en el campo y sus consecuentes privilegios.

“Así pues, los expertos no tienen control político, aunque su información supone un recurso clave en la gobernabilidad de la sociedad moderna. Es el acceso a ese saber y destreza técnicos lo que sostiene el poder de las élites política y económica. Y, a la inversa, es la falta de acceso a dicho conocimiento lo que impide a una amplia mayoría del público la posibilidad de una implicación activa y significativa en los procesos de decisión política. De este modo, las lealtades de la tecnoestructura hacia las élites –liberales o conservadoras- es uno de los rasgos críticos importantes de la estructura político-económica emergente”⁵⁵⁹.

⁵⁵⁸ Jürgen HABERMAS, *Ciencia y técnica como «ideología»*, Madrid, Tecnos, 1992², págs. 98-99.

⁵⁵⁹ F. FISCHER, *ibíd.*, pág. 28.

A fin de ofrecer este “servicio” del tecnopoder experto a la gobernabilidad, en el marco actual de hegemonía de las estrategias económico-mercantiles y de autonomía de lo económico y tecnocientífico respecto de lo político-público, las corporaciones de expertos han de contar para sus estrategias con la *despolitización* de la esfera pública. Igualmente, para la *reconstrucción del poder social* de los diferentes campos de poder en el seno de las corporaciones de expertos, resulta fundamental la despolitización de las masas o, mejor, la *repolitización apolítica* de éstas. Sólo así es posible reducir el margen de cuestionamiento democrático al poder experto y la aceptación normalizada de su actividad. Es decir, el éxito de sus estrategias relativas a la *gobernabilidad* y a la reconstrucción de su poder social dependerá de la debilidad correlativa de los grupos de interés, movimientos ciudadanos, de la «opinión pública» organizada, etcétera, fuera de control y que pudieran activar políticamente a la población⁵⁶⁰.

De ahí que, hoy en día, la *posible* acción política de la ciudadanía, frente a su contención por la gestión tecnocrática y frente a la presión desde las instituciones del Estado a reducirla a un mero proceso de refrendo de dicha gestión, se encuentre con el *handicap* de la limitación del espacio de acción (no sólo espacio físico sino el simbólico que suscita el interés por el debate político público y el interés hacia los valores y bienes comunitarios) y, siguiendo a Tenzer,

“Sólo dentro de un espacio público tiene sentido la política [que se define “por sus posibilidades extremas de acción, de modificación de la naturaleza social”]. Sin espacio común, buscado como tal por los ciudadanos, la sociedad política degenera en «dispersión tiránica» o en «concentración totalitaria». Una vez desaparecido el espacio público, o al menos empequeñecido, ya no se percibe cuál puede ser el ámbito de aplicación de la política: la legitimidad de la política se torna

⁵⁶⁰ *Ibíd.*, pág. 29. Nos referimos aquí a lo que Tenzer entiende por «sociedad civil» que indica organización social asentada sobre una voluntad de organizarse que constituye el fundamento común del carácter político y civil de la sociedad. Lo político vuelve aquí a estar dotado de un sentido generoso tanto en la confianza a la política a que determine ciertas elecciones y que la acción política para ello no se reduzca al Estado o a la acción política del Estado. “De hecho, la confusión conceptual entre Estado y la política es una de las causas intelectuales decisivas de la despolitización. (...) la crítica contemporánea del Estado desemboca paradójicamente en un Estado que no es el instrumento de los ciudadanos, es un “Estado sin política” que administra tecnocráticamente los asuntos de la ciudad. En la medida en que se concibe un lazo social ajeno a la política, la representación se torna criticable y, por un efecto de rebote, esta ausencia de representación contraría la irrigación del Estado por la política” (Nicolas TENZER, *La sociedad despolitizada. Ensayo sobre los fundamentos de la política*, Barcelona, Paidós, 1992, pág. 76). En ese contexto de crisis de lo político la idea de sociedad civil acaba por designar “una suma incoherente y anárquica de intereses (...) domésticos y que en realidad son modos de fuga al exterior de la sociedad común” (*ibíd.*, pág. 82). El ejemplo de la sujeción individual a “instituciones-pantalla o a los *lobbies*”, en la acción política, indicaría el panorama descriptivo del modelo social norteamericano ajeno a la participación activa en proyectos políticos de acción colectiva en la sociedad y organizado prácticamente sin otra referencia organizativa que la privada.

problemática, puesto que la existencia de un lugar común como ése ya no es, *a priori*, legítima⁵⁶¹.

Así como Fischer ve la «sociedad civil» estructurada en grupos de interés dispersos pero con capacidad de movilizar políticamente a la población, Tenzer parece más escéptico y ve el estado actual de esa «sociedad civil», desestructurada en grupos de interés ajenos a proyectos políticos comunes, como una muestra de la despolitización existente que restringe el margen de acción política *posible*. Sin embargo, ese margen también existe y es esa *posibilidad* la que hace trabajar al campo de poder de los expertos en sus estrategias de desconfianza hacia lo político o de despolitización de las masas.

Como factores generales de despolitización de la sociedad Tenzer apunta a dos que son determinantes en la reducción sustancial de ese “espacio público” y que quedan sustraídos al debate público.

El primero, y de acuerdo con la tesis principal de Fischer, se refiere al factor despolitizador del “poder de peritaje” experto que *confisca* la resolución de un número creciente de problemas, limitando la definición de las elecciones esenciales por los ciudadanos que pierden de vista el fin perseguido de las decisiones jurídico-políticas, de la “coacción”.

“(…) la creciente complejidad de la sociedad desemboca en la eliminación, en el campo del debate público, de los sujetos en los que ella se manifiesta particularmente y en la consagración de un *poder de peritaje*. Como ya advirtiera Merleau-Ponty (*Les aventures de la dialectique*, Paris, 1955), los criterios de decisión pasan a ser criterios técnicos y no criterios de sentido o, para completar nuestro análisis, criterios de legalidad y no de legitimidad⁵⁶².”

El otro factor despolitizador y de veto al debate público coincide con el apuntado por Beck al referirse al cambio social *apolítico*, no democrático bajo la divisa de la legitimación del «progreso» y de la «racionalización», como valores ingénitos al sistema productivo, tecnocientífico y asumido por el jurídico-político⁵⁶³. Se trata de lo

⁵⁶¹ Nicolas TENZER, op. cit., págs. 14-15.

⁵⁶² *Ibid.*, pág. 16.

⁵⁶³ “(…) por una parte, las instituciones del sistema político –parlamento, gobierno, partidos políticos– presuponen *funcionalmente el preconditionante* del círculo productivo de la industria, de la economía, de la tecnología y de la ciencia. Por otra parte, así queda preprogramada la continuidad del cambio de todos los ámbitos de la vida social bajo la excusa justificadora del progreso técnico y económico que entra en contradicción con las más elementales reglas de la democracia que exigen conocer los fines del cambio social, discusión, aceptación y consenso” (U. BECK, *La sociedad del riesgo*, op. cit., págs. 238-239). Respecto los cambios de la sociedad tecnocrática del riesgo en todos los ámbitos de la vida social,

que Tenzer señala como “la *presencia de tabúes* en la conciencia colectiva” que prohíben *por principio* cualquier cuestionamiento. E indica de forma destacada la esfera de la privacidad, que habría que colocar junto al «progreso» y la «racionalización» calculista como fines en sí mismos y valores absolutos del sistema.

Fischer, en cambio, incide en el primer factor despolitizador por el poder experto, lo cual no indica que carezca de relación con el segundo. Todo lo contrario, la consideración de la existencia de cuestiones propias de gestión experta (inherentes al sistema, de modificación inconcebible), cuestiones *apolíticas* y, por tanto, ajenas al debate público, es una consecuencia de *su política*, de la “ideología tecnocrática”.

Para Fischer el poder tecnocorporativo se basa en una ideología de aversión hacia los procesos políticos de toma de decisión y hacia la proliferación de grupos de interés contrapuestos y que buscan influenciar los resultados de los procesos de decisión⁵⁶⁴. Dicho de una manera bien simple, los únicos grupos de interés “legitimados” para tomar decisiones en una sociedad compleja y tecnificada son aquellos grupos expertos, capaces de formar una estructura de poder tecnocrático, dadas sus propiedades o capitales específicos de sus campos de poder experto. En ese dominio de conocimiento y técnica y capacidad de concentración de poder temporal, excluyen la posibilidad de participación *política* en la planificación y en el proceso de toma de decisiones de gobierno. Los demás grupos de interés son el enemigo virtual de una aproximación sistemática o “científica” a la planificación y dirección. De ahí que Fischer afirme la existencia de estrategias tecnocráticas específicas que promueven el cortocircuito de la tensión política, promueven la despolitización de los problemas. O, en términos bourdianos, la penetración de las estrategias específicas del campo tecnocientífico en el campo jurídico-político y su adaptación a las estrategias temporales, políticas o administrativas específicas de éste, supone una subrogación, en

incluimos los que afectan a la esfera de la privacidad individual y que también quedan excluidos del debate público, del cuestionamiento político, de la democracia material, sobre todo en lo que atañe a las desigualdades y los efectos dramáticos colaterales producidos por el sistema económico y tecnocientífico. Es lo que Tenzer indica como el “*tabú* más poderoso”, “que prohíbe *por principio* cualquier cuestionamiento de la privacidad de parcelas esenciales de la existencia de los individuos. Lo más cotidiano queda desterrado, pues, del campo político” (N. TENZER, *ibíd.*, pág. 16).

⁵⁶⁴ Esa ideología tecnocrática se basa en dos principios consecuentes entre sí y consecuentes con la sociedad tecnológica (y de “riesgo”) actual: el principio de la *complejidad* social por la mediación tecnológica y económica, rápidamente cambiante, en la vida productiva, sanitaria, informativa, etcétera, la complejidad de los procesos económico-financieros mismos en una economía mundializada y el crecimiento de una interdependencia organizacional y del control sobre una población crecientemente móvil y mixta. Y el principio de la *despolitización* a favor de la gestión técnica de esa complejidad.

el espacio de decisión política efectiva, de la controversia política entre representantes electos por la decisión técnico-racional según la metodología, lenguaje y estrategias específicas del campo tecnocientífico experto. De manera que así se desactiva el debate político acerca de los fines convertidos en ámbito de gestión experta.

“En esencia, tales estrategias son diseñadas para suplantar las negociaciones políticas y comprometerse con los procedimientos técnicamente racionales de toma de decisión, o lo que se ha dado en llamar «toma metodológica de decisiones». La tarea consiste idealmente en traducir – o redefinir- los problemas políticos a cuestiones administrativas susceptibles de ser solucionadas técnicamente. Las decisiones políticas son tomadas entonces más sobre la base del cálculo técnico que sobre preferencias «no tutelables» de valor. A la manera de un oxímoron, el enfoque ha sido acertadamente descrito como una forma «apolítica» de las políticas –o, más sucintamente, «políticas apolíticas» [Guy BENVENISTE, *The Politics of Expertise*, San Francisco, 1972, pág. 63] ”⁵⁶⁵.

Ello ha sido posible gracias a la victoria en la conciencia colectiva de la percepción de fragilidad de un sistema económico global gestionado por organizaciones de ámbito internacional interdependientes que restringen sustancialmente el movimiento de los actores políticos y económicos dependientes. De manera que se afirma comúnmente que cualquier intento de “jugar con el sistema” –eso sin mencionar la hipótesis de un cambio radical del mismo- puede tener peligrosas consecuencias desestabilizadoras.

Ante estas circunstancias, la labor de gobierno se ve reducida cada vez más a mantener en funcionamiento la dinámica propia de la máquina económico-financiera. El sistema organizacional *neocorporativo* reduce sustancialmente el espacio abierto a la elección política y administrativa (de grupos de interés, movimientos ciudadanos, de los propios representantes políticos, etcétera) y empieza a suplantar con sus “imperativos técnicos” las metas consensuadas⁵⁶⁶.

Para que ese proceso de despolitización de la presión de otros grupos de interés surta efecto, la táctica consiste en lograr una subordinación relativa de las demandas de los grupos de interés y de la «opinión pública» a un sistema centralizado de toma de decisiones organizado por expertos o grupos de interés poderosos en la escala de

⁵⁶⁵ F. FISCHER, op. cit., págs. 182-183. O también la “no política” y la “subpolítica” de U. Beck o el “Estado sin política” del que habla N. Tenzer (*vid. supra*).

⁵⁶⁶ F. FISCHER, op. cit., pág. 184. La noción de “neocorporatismo liberal” que utiliza Fischer como estructura política autónoma para encabezar la “governabilidad” y centralizar los intereses privados de los grupos de interés en una escala jerárquica inferior, se puede acudir especialmente a Philippe C. SCHMITTER, «Neokorporatismus: Überlegungen zur bisherigen Theorie und zur weiteren Praxis», (págs. 62-79) y Klaus von BEYME, «Der liberale Korporatismus als Mittel gegen die Unregierbarkeit?» (págs. 80-91), ambos en Ulrich von ALEMANN (coord.), *Neokorporatismus*, Frankfurt, Campus, 1981.

decisiones de gobierno. Para Fischer este sistema comprensivo de planificación es posible con una forma *neocorporativa* de la estructura de gobierno en la que se hace cada vez más difícil la distinción práctica entre intereses “públicos” e intereses “privados”, entre “sector público” y “sector privado”, sobre todo, en la gestión económico-financiera y tecnocientífica⁵⁶⁷.

5.3.3. Los expertos en «bioética»

Hemos apuntado que la estructura tecnocrática neocorporativa se constituye aparentemente como una fuerza de gestión “apolítica” mediante la suplantación de la negociación política tradicional por procedimientos racionales de toma de decisión propios de esa estructura y base de su peculiar forma de legitimación “política apolítica”. También apuntamos más arriba que la argumentación genuinamente técnica no bastaba, según dedujimos, para cimentar esa legitimación, y que los campos de poder de los expertos debían buscar un *complemento* ideológico que permitiera “humanizar” las decisiones técnicas, hacerlas *aceptables* ética y, por tanto, socialmente, y que sirviera además de *sustituto político* sin perder el vínculo funcional con las formas jurídico-políticas estatales que respaldan esas decisiones.

Ese complemento ideológico lo constituyen los discursos éticos específicos de cada campo de poder experto en sus múltiples variantes: los códigos deontológicos profesionales, las normas informales de la “buena práctica”, clínica o científica, de cada centro clínico o de investigación clínica o biomédica, los criterios axiológicos específicos de las agencias y organismos de evaluación tecnológica, las resoluciones, dictámenes, informes y trabajos de los expertos en bioética y ética médica y de los comités de ética *ad hoc*, así como de los comités de ética de carácter administrativo de

⁵⁶⁷ F. FISCHER, *ibíd.*, págs. 186-189 y 193. “En el nivel más alto de la estructura corporativa hay un grupo pequeño de élites horizontalmente integradas. Constituyen las asociaciones de intereses dominantes en la sociedad (asociación de negocios, el ejército, el *establishment* científico, corporaciones profesionales, sindicatos más representativos, por mencionar los más significativos). Más que confiar en las estrategias tradicionales de los grupos de interés, consistente en el *lobbying* particular y tácticas de presión, estos grupos derivan su poder de la institucionalización de las relaciones privilegiadas en los procesos de decisión política de los Estados. Por el contrario, los grupos de interés tradicionales son relegados a un segundo plano en la estructura política, donde su vínculo con la arena de las decisiones políticas está mediatizada a través de las estructuras verticales de la matriz política. Confinados a esas estructuras verticales jerárquicas cuidadosamente organizadas, el flujo ascendente de las demandas de los grupos de interés es mucho más indirecto y limitado. Los grupos de interés políticos pierden su manera de hacer política tradicional. En lugar de forjar una política *per se*, los grupos de interés tradicionales prestan una función de retroalimentación (“feedback”) secundaria de las decisiones de alto nivel del centro privilegiado” (*ibíd.*, pág. 187).

ámbito nacional o local, las recomendaciones, declaraciones de principios, etcétera, de los organismos representantes del campo de poder médico a escala internacional y de las secciones relativas a las actividades de los campos tecnocientíficos de los organismos políticos internacionales.

En cualquiera de estos casos la evaluación ética de la actividad tecnocientífica y profesional se realiza según un procedimiento consensuado en cada caso sobre la metodología racional de toma de decisiones, de manera que la decisión técnica y la decisión ética se complementan para dar como resultado una “buena decisión técnica” o “la mejor decisión técnica posible”, en lo que finalmente acaba resultando una convención pragmática entre valores propios del campo tecnocientífico y valores propios de los diversos campos de poder social, jurídico-político, moral, ecológico... y económico-mercantil, en el caso de que concurren.

En el caso que examinamos sobre los trasplantes de órganos, vimos cómo el poder médico perdía fuerza decisoria frente a los criterios económicos privatizadores, frente a la creciente complejidad de un sistema de salud masificado y frente al aumento de la masa social informada y crítica ante los escándalos médicos de gestión de los trasplantes. Vimos también que la recuperación de ese poder social y de autonomía de la profesión pasaba igualmente por mantener el control experto en la administración de esos recursos escasos. Sin embargo, siguiendo las tesis de Fischer, dicha gestión la llevaría a cabo la coordinación en la élite política decisoria de corporaciones de expertos pertenecientes a la jerarquía temporal de los campos médico, funcional, de los analistas económicos, etcétera.

En el caso de los trasplantes vimos que en Francia, por ejemplo, para que los médicos fortaleciesen su posición en el juego de estrategias temporales éstos llegaron a agruparse en organizaciones formando grupos de interés en defensa de los criterios médicos de asignación en virtud de su ética específica (criterios técnicamente evaluables que el colectivo considera “buenos”) y en un contexto de control estatal centralizado de la política sanitaria en general y de los trasplantes en particular.

En los Estados Unidos, en cambio, a resultas de los diversos escándalos médicos que surgieron a partir de los años sesenta del siglo XX, cuando empezó a normalizarse la aplicación de las diálisis y los trasplantes de riñón, en el contexto de un incremento de la demanda de esas terapias que superaba la oferta de los recursos y en el que el criterio de asignación estaba en manos exclusivas de los médicos, aparecieron expertos capaces de construir un contrapoder profano fundado en criterios no-médicos de

“equidad” y de “justicia social”⁵⁶⁸. Es decir, que apareció una inquietud particular que, en un contexto de creciente conciencia colectiva de los peligros de la sociedad del riesgo, de un modelo de crecimiento basado en métodos y productos tecnocientíficos *per se* altamente peligrosos y dañinos, un contexto en el que el desarrollo de la industria sanitaria, dado el incremento de la innovación y el consumo masivo de servicios sanitarios, incrementaba las posibilidades de inversión en investigación científica y clínica, fue capaz de responder a la creciente exigencia pública de un mayor control de estas actividades.

Estados Unidos, fue el país pionero en articular una forma de control *privado* o corporativo diferente al jurídico-público tradicional, y el primero en legalizar fórmulas de limitación y control del poder médico que daban cabida a participantes ajenos al campo estrictamente profesional. Los interventores en los escándalos de los trasplantes, por ejemplo, expertos del campo de las ciencias sociales pero profanos en materia médica, respaldados por la presión de la opinión pública hicieron frente a los criterios de selección de los médicos y consiguieron en parte limitar la autonomía y el poder de éstos. Ante ello, la corporación médica y la científica en general, dadas las incertidumbres, espoleadas en gran medida por los mass-media, de los nuevos avances tecnocientíficos sobre la salud humana y las investigaciones científicas y clínicas, optaron en lo sucesivo por alinearse de manera notoria con expertos profanos en la creación de un espacio de reflexión (y de decisión) común que canalizara los diversos puntos de vista éticos, los sistemas axiológicos diferentes y los conocimientos e intereses técnicos y científicos propios de cada campo de poder experto y que acabó recibiendo el nombre de «bioética».

Veamos cómo se constituyó este espacio y cómo se consolidó así una la política de expertos profanos en el caso, al que ya hicimos referencia en el apartado anterior, de los trasplantes de órganos en los Estados Unidos.

El caso de la comisión de admisión de pacientes para diálisis dirigida por el doctor Scribner en 1962 provocó un escándalo considerable al hacerse públicas sus prácticas discriminatorias de selección: se trataba de un organismo de autoridad discrecional, financiado por una fundación privada y utilizaba criterios no médicos que podríamos considerar como propios de “prejuicios pequeñoburgueses”. Razón por la

⁵⁶⁸ J. Michael DENNIS, «Cirujanos vigilados: diálisis y trasplantes en Estados Unidos», en J. ELSTER, N. HERPIN, *La ética de las decisiones médicas*, op.cit., pág. 82 y sigs.

cual se rechazó, por ejemplo, la práctica de la diálisis a una mujer porque ejercía la prostitución. Los expertos profanos que no formaban parte del comité proyectaron la desconfianza hacia los criterios discrecionales que utilizaban unos profesionales que bajo el manto de procedimientos médicos de selección ocultaban sus verdaderas razones basadas en prejuicios sociales y raciales.

Durante los decenios posteriores a la disolución de la comisión Scribner, los avances en medicina plantearon un nuevo reto consistente en la posibilidad de aumentar con éxito el número de trasplantes, suscitándose un debate público y político en torno a los criterios de selección de pacientes receptores y a la necesidad de aumentar la oferta de órganos para trasplante. En la década de los ochenta el protagonismo de los “expertos profanos” dio a luz a la nueva clase de especialistas, los “bioéticos”, que pasaron a formar parte incluso de la comisión de investigación creada para el asunto de los trasplantes por el congreso norteamericano, y que fueron estableciendo criterios “objetivables” de equidad, poniendo el acento en los *derechos de los pacientes*, a partir de entonces especialmente de moda. Los bioéticos, la jerarquía médica y los políticos recomendaron la necesidad de repartir equitativamente los órganos y actuar de modo que la probabilidad del éxito médico se viese incrementada⁵⁶⁹. Para ello se constituyó a mediados de los ochenta un organismo nacional para regular la asignación de órganos que utilizara criterios técnicos formalizados, no médicos, relativos a normas de distribución igualitaria, cuotas mínimas de recepción para pacientes extranjeros, un criterio (ese sí médico) de emparejamiento de antígenos para la recepción, etcétera. El UNOS (*Unión de las Redes de Trasplantes de Órganos*) concentra en situación de monopolio la autoridad y el control tanto de las extracciones de órganos como su reparto, de acuerdo con las normas federales, en todo el Estado. Esta corporación o “neocorporación” es el resultado de la fusión de las entidades privadas más poderosas en materia de extracción y reparto de órganos (la *Fundación del Sudeste para la Extracción de Órganos* y la *Red Unificada para Compartir Órganos*), “el objetivo de este organismo es alcanzar un tamaño suficiente para ser considerado por los poderes públicos como un socio creíble” de manera que el congreso de los Estados Unidos aprueba que las decisiones del UNOS sean *legalmente vinculantes*⁵⁷⁰. A pesar de las reformas sucesivas de los criterios del UNOS, acercándose inevitablemente a criterios

⁵⁶⁹ Dos criterios que podían entrar en contradicción, como así sucedió discriminando a los receptores de raza negra por sus especiales condicionantes biológicos (mayor probabilidad de rechazo) y socio-culturales (reticencias a aceptar el trasplante). La concreta aplicación a la población negra de criterios médicos generales (al igual que sucede con la aplicación general de los derechos políticos de igualdad y libertad) producía una desigualdad en la asignación de órganos (J. M. DENNIS, op. cit., págs. 96 y 110).

⁵⁷⁰ *Ibid.*, pág. 96.

técnico-médicos (como la identificación del número mínimo de antígenos, los casos de rechazo y su frecuencia...), el sistema no ha acabado de mejorar la situación de desigualdad que para los transplantes pesa sobre la minoría negra.

Este caso constituye un ejemplo ilustrativo de la pérdida de autonomía del campo médico en favor del poder normativo de una corporación privada de expertos integrada en su mayoría por no-médicos, en la que pesan los “técnicos” en bioética, y que se encuentra capacitada para contratar con la administración y para imponer legalmente unas estrategias específicas de gestión experta y que le es económicamente rentable. En este sentido, es cierta la afirmación de que:

“dentro del proceso de pérdida de control por parte de los médicos de la potestad normativa sobre la actividad curativa e investigadora que desarrollan, se puede inscribir como un episodio importante la configuración de la bioética como disciplina autónoma”⁵⁷¹.

Es un caso que ilustra muy bien, por otro lado, la manera en la que la supervisión técnica por parte de los médicos de sus propias prácticas con riesgos, en este caso sobre todo “sociales” o de vulneración de derechos, requiere una forma de control externo pero también de la manera en que, dada la complejidad técnica y organizativa de ese control, el Estado delega esa función en un organismo autónomo: el UNOS, el cual es un buen ejemplo de institucionalización de ese poder tecnocrático que describe Fischer. En este sentido, Dennis señala lo siguiente:

“¿Puede decirse que los médicos son capaces de supervisar sus propias prácticas individuales en el marco de sus organizaciones profesionales? A este respecto, la convicción del gran público vacila ante los escándalos. Al menos ésta es la conclusión a la que llegan precipitadamente las élites, es decir, la aristocracia de los médicos, los políticos y la alta administración. Los expertos profanos apoyándose en estas preocupaciones de la élite, obtienen de este modo el reconocimiento de una cierta autoridad. Investidos con el poder de representar al gran público ante las instancias encargadas de regular las prácticas médicas, tienen la tarea de restablecer un clima de confianza. Sin embargo, su interés reside en que el escándalo perdure, ya que esta

⁵⁷¹ Ángel PELAYO GONZÁLEZ-TORRE, *La intervención jurídica de la actividad médica: el consentimiento informado*, Madrid, Dykinson-U.Carlos III (Cuadernos «Bartolomé de las Casas», nº 5, 1997, pág. 58). El autor indica también el interés del público y del poder político en limitar el poder expansivo de la clase médica, en el caso de los Estados Unidos que luego acabaría por extenderse al resto de países de la órbita cultural occidental, y que desde principios del siglo XX impulsó el desarrollo jurídico del «consentimiento» previo necesario del paciente a la intervención médica, el embrión de lo que sería la formalización deontológica y legal del «principio de autonomía» en medicina. “El consentimiento se enuncia con más fuerza en un momento en que se está consolidando el monopolio profesional de los médicos, que salen victoriosos del debate sobre la liberalización de la práctica médica, y en el que los tribunales americanos apoyan una amplia gama de potestades médicas, entre las que destacan la vacunación obligatoria (1918) y la célebre esterilización obligatoria de los retrasados mentales (1927)” (ibid., pág. 97).

situación confiere autoridad a sus análisis y aumenta su influencia. Desde el punto de vista de los médicos, estos expertos profanos aparecen como adversarios”⁵⁷².

Sin embargo, este autor acaba por apuntar la solución a ese conflicto entre los dos campos expertos, el médico y el profano, y que nosotros hemos señalado al hablar de la necesidad de ese complemento ético y social por parte del campo médico a fin de reafirmar su autonomía y de recuperar poder de decisión social y, sobre todo, de contribuir a la formación de una *cultura* de aceptación de los riesgos.

“Su preocupación por la igualdad no es únicamente una forma de cuestionar un procedimiento dominado hasta hace poco por criterios médicos. *Los facultativos son los primeros interesados en alinearse a favor de sus argumentaciones (...) Los médicos tienen mucho que perder si no logran restablecer su reputación de profesionales íntegros.* Ahora bien, para conseguirlo, «la equidad en la asignación de órganos» debe convertirse en la «prioridad principal», ya que si la opinión pública sospecha lo contrario, las familias «no dejarán que los médicos extirpen los órganos de sus fallecidos» y los contribuyentes dejarán de aceptar que se sigan asignando fondos públicos a los centros de transplante. Pero, *al aceptar la ampliación de sus criterios médicos para abarcar los principios de naturaleza social, ¿no se hace preciso que la comunidad médica se avenga con sus adversarios y conciba la gestión de las listas de espera sobre una base de cooperación?»* [los subrayados son nuestros]⁵⁷³.

Lo subrayado en bastardilla aclara una de las razones principales por las que tanto la disciplina «bioética» y sus expertos como su articulación en una «ética práctica» instituida en comités, comisiones, foros de debate, etcétera, están constituidas por la multi o interdisciplinariedad y por un pretendido pluralismo ético y técnico-experto que integran dos mundos epistemológicos y prácticos modernamente tan diferenciados como el tecnocientífico (biología, medicina) y el humanista (social, político, moral, teológico, jurídico).

“(…) la bioética designa, si no una verdadera metodología, al menos sí una forma de aproximación a este tipo de problemas [la dimensión ética de cuestiones que sólo pueden resolverse mediante actos de elección y que son suscitadas por el poder de intervención tecnocientífica en el ámbito de la vida orgánica]. Un espíritu que, generalmente, aparece como multi o interdisciplinar y como pluralista. La pluridisciplinariedad en la aproximación es una exigencia –no sólo de las diversas ciencias naturales sino, incluso, de las ciencias humanas, el derecho, la teología y la filosofía- que resulta de la complejidad objetiva de las cuestiones que en ella se plantean. En cuanto al pluralismo se impone como consecuencia de la complejidad y diversidad de las sociedades (humanas) en las que se plantean cuestiones similares reconociéndose que conciernen al hombre y que tratan cuestiones relativas a valores, sentido y fines, para las que ningún individuo o grupo tiene el monopolio legítimo de la respuesta”⁵⁷⁴.

⁵⁷² J. M. DENNIS, op. cit., pág. 83.

⁵⁷³ Ibid., pág. 94.

⁵⁷⁴ Gilbert HOTTOIS, *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*, Barcelona, Anthropos, 1991, págs. 170-171.

La obviedad de la reclamación de interdisciplinariedad y de pluralidad para la composición compleja de puntos de vista respecto al tratamiento de los problemas que plantea la tecnociencia aplicada a la vida, así como la ilegitimidad de la pretensión del monopolio sobre estas cuestiones por parte de un solo grupo de expertos, no debe hacernos olvidar que, en cualquier caso, la elección de las disciplinas competentes, de los agentes representantes de los campos de poder de las diferentes disciplinas, etcétera, es una *elección discrecional*. Que los problemas de la tecnociencia aplicados al mundo de la vida pueden ser tratados, como problemas transversales, desde la perspectiva técnica, ética, filosófica, jurídica o teológica, pero también... política. La participación plural, multi e interdisciplinar supone también el *acuerdo*, la unión para algo en común, entre diferentes mundos epistémicos, entre campos de poder diversos, en la que los profesionales y científicos puedan recuperar poder de decisión y contribuir en una época de desconfianza sobre la tecnociencia y el poder experto a formar una cultura para su aceptación.

Por otro lado, no olvidemos que un análisis crítico de la función del saber bioético integrador de disciplinas tecnocientíficas (entre otras), en el contexto actual de desarrollo tecnocientífico y económico, no debe ignorar el peso específico de los intereses que guían las estrategias temporales de la disciplina bioética “plural”, teniendo en cuenta que, en palabras de Bourdieu,

“(...) la construcción de una disciplina también puede ser el objeto de una empresa colectiva, orientada por unos agentes que tienden a asegurarse los medios económicos y sociales para realizar un gran proyecto científico y descubrir «el secreto de la vida» si se da el caso”⁵⁷⁵.

Por otra parte, tal como había apuntado Dennis al hablar de la conveniencia para los agentes del campo médico de cooperar con los expertos profanos, en la estrategia de cooperación el campo médico podría recuperar parte de su prestigio o posición social, además de capacitarse para introducir criterios propios de valoración y reconquistar autonomía en el terreno político.

La observación de Bourdieu en torno a la empresa colectiva de la construcción de una disciplina puede ajustarse acertadamente a la del «campo bioético». Bourdieu contempla esa construcción teniendo en cuenta los conflictos entre disciplinas y los

⁵⁷⁵ P. BOURDIEU, *El oficio de científico*, op. cit., pág. 121.

conflictos internos y la movilidad de los agentes de cada campo disciplinario en función de las posibilidades de éxito personal en ese terreno de batalla, lo que les lleva a inclinarse por adoptar un nuevo papel (crear un grupo de trabajo autónomo, una nueva especialidad, una nueva disciplina). En el caso de la institucionalización de la bioética, el proceso concreto podría explicarse plausiblemente en términos bourdianos de la siguiente manera: representantes de una disciplina dominante (medicina o biología por ejemplo) se dirigen hacia una disciplina dominada (ética, filosofía), teniendo en cuenta que esta peculiar forma de dominio se refiere aquí al peso que tienen las disciplinas científicas y técnicas, “dominantes” en la opinión colectiva, para la resolución de problemas de ámbito tecnocientífico y para la iniciativa en el desarrollo de ese ámbito en el contexto examinado de la «sociedad del riesgo». Ese trasvase de capital científico y técnico de los agentes al dirigirse al campo de las disciplinas “dominadas” les provoca

“una pérdida de capital y les obliga, en cierto modo, para recuperar sus inversiones y proteger su capital amenazado, a ensalzar la disciplina invadida introduciendo en ella las adquisiciones de la disciplina importada”⁵⁷⁶.

En la historia de la bioética, los principales agentes considerados como “padres” de la disciplina procedían de la teología, aunque también del campo médico. Es muy difícil saber en qué medida los agentes procedentes del campo médico, y que trabajan para el campo bioético, carecían de éxito en su campo originario, pero de lo que no cabe duda, a la vista del extenso e influyente “espacio bioético” institucionalizado, es que en éste surgió la posibilidad de crear un nuevo campo autónomo (relativamente) con un amplio horizonte de expectativas de acumulación de capital simbólico para sus agentes.

A falta de un mayor esclarecimiento sobre el tipo de expertos que son los *bioéticos* (en principio éste no es un título atribuido en exclusiva a los médicos, ni a los filósofos morales), en vista de la actividad institucional que realizan y de la influencia que han logrado sus trabajos sobre metodología y fundamentación del razonamiento ético aplicado en la práctica clínica, sí pueden ser considerados, en la mayoría de casos, como “expertos profanos” en medicina, por provenir sobre todo de las ciencias sociales, humanidades, derecho o teología, y, en último caso, por ser expertos en...*bioética*.

Los “bioéticos” no son sólo expertos en cuestiones morales que afectan a problemas prácticos y de fundamentación teórica en ámbitos como la medicina, la

⁵⁷⁶ P. BOURDIEU, *ibíd.*

biología, la investigación científica, la práctica profesional, etc., sino que son expertos en *oficiar* la reflexión colectiva de los problemas bioéticos que afectan a instituciones y ciudadanos (problemas de la «sociedad del riesgo» como vimos) y que buscan construir un espacio y una función propios en tanto que especialistas.

La profesionalización a través de la atribución de cargos académicos representantes de la disciplina «bioética», su designación como tales especialistas para cumplir funciones específicas en organismos o entidades creadas por el Estado, etcétera, convierten al “experto en bioética” en técnico de un *discurso* compartido desde varios puntos de vista y disciplinas y que versa sobre problemas de juicio ético vinculados a las «ciencias de la vida». En este sentido, no es irrelevante notar que la fundamentación de la bioética por los expertos en la misma intenta justificar un marco moral en el que los miembros de comunidades morales diferentes pudieran apelar a una bioética común a partir de una vinculación a una estructura (mínima) moral común:

“el objetivo consiste en justificar una perspectiva moral que pueda abarcar la diversidad posmoderna de narrativas morales y proporcionar una *lingua franca* moral”⁵⁷⁷.

El especialista en bioética lo es en cuanto que su saber es considerado una disciplina desgajada de la filosofía moral pero, tal y como defiende M. Teresa López de la Vieja, precisamente la pluridisciplinariedad de las materias tratadas, su dimensión ético-práctica, así como su intrínseco carácter público (y político), hacen que la figura del “experto en bioética”, “propietario” del uso del conocimiento bioético y de sus decisiones, sea innecesaria, y abren dichas cuestiones a los ciudadanos capaces de valorar como cualquier agente moral las cuestiones prácticas⁵⁷⁸.

Ahora bien, la constitución exitosa de un campo de expertos en bioética exige que éstos colaboren con los científicos en una suerte de *reconocimiento* mutuo. Ello lleva a configurar un “espacio público” bioético *instituido*, que no es sólo un espacio de debate, sino también un espacio de *consenso*, de pacto entre representantes de los intereses especializados propios de los campos de poder de donde procede originalmente cada miembro del campo “bioético”.

La bioética y su institucionalización clásica en comités de expertos aparece así como una *encrucijada de criterios especialistas* de carácter pluridisciplinar que tiene el

⁵⁷⁷ H. Tristram ENGELHARDT, *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, Paidós, 1995, págs. 18-19.

⁵⁷⁸ M. Teresa LÓPEZ DE LA VIEJA, «“Expertos” en Bioética», en *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política* («Los problemas morales de la biogenética»), Madrid, núm. 27, diciembre 2002, págs. 167-180.

objetivo de formar un “crisol previo a la legislación” donde, junto a los principios éticos, entren en juego otros sistemas axiológicos procedentes de los campos tecnocientífico, jurídico-político, económico, etcétera⁵⁷⁹. Los expertos en bioética acaban así por officiar una “ética dialogada”, un “debate democrático entre racionalidades”, en los que se integran “compromisos morales y políticos” variados y, que en el marco de la “primacía de los derechos ciudadanos”, configuran una ética aplicada “más sensible que la Teoría filosófica a los cambios sociales y políticos del momento”⁵⁸⁰. La idea rectora es que la bioética no puede ser únicamente un regreso a la reflexión sobre los fundamentos morales de la ciencia, sino también:

“la voluntad de instaurar un control democrático sobre el trabajo de médicos y científicos, provocada por la inquietud que crea un desarrollo científico e industrial poderoso. Asistimos, por lo tanto, a una toma de conciencia cada vez más viva acerca del hecho de que estos nuevos poderes ponen en juego opciones de sociedad que no pueden dejarse en manos de unos pocos”⁵⁸¹.

¿Pero, en virtud de qué marco político es arrogada la representación de la “voluntad ciudadana” por parte de los bioéticos? O, dicho en términos más jurídicos, ¿qué “justo título” ostentan los expertos en bioética para erigir ese campo disciplinario o multidisciplinario en el “espacio público democrático” que debe hacer frente a los desafíos del desarrollo tecnocientífico en general y médico en particular? ¿Cómo se concreta esta voluntad de representación de la opinión pública que se menciona pero que siempre aparece difusa?

Ante las referencias apologéticas al papel *público*, al *debate racional*, *democrático* y *actualizado* que proporciona la bioética, y que aparecen simbólicamente como uno de los pilares específicos del espacio bioético, no cabe extrañarnos acerca de la voluntad del campo médico de formar parte del mismo.

⁵⁷⁹ Ángel PELAYO GONZÁLEZ-TORRE, *La intervención jurídica de la actividad médica*, op. cit., pág. 59.

⁵⁸⁰ *Ibid.*, y M.Teresa LÓPEZ DE LA VIEJA, op. cit., pág. 177. En este sentido, el *Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina* de 1997, elaborado a partir del proyecto de un comité bioético *ad hoc* y del Comité Director de Bioética del Consejo de Europa, establece ambiguamente el impulso del “debate público”: “Las partes [estados miembros] velarán por que las cuestiones fundamentales por el desarrollo de la biología y de la medicina sean debatidas públicamente y de manera adecuada, atendiendo en particular a las correspondientes aplicaciones médicas, sociales, económicas, éticas y jurídicas y porque sus posibles aplicaciones sean objeto de adecuada consulta” (art. 28). Nótese que se habla de debate “por el desarrollo de la biología y de la medicina” y de “adecuada *consulta*” pública de las aplicaciones posibles, encorsetándose así el margen de *decisión* pública en cuestiones sustanciales.

⁵⁸¹ Guy DURAND, *La bioética*, Bilbao, Desclée de Brower, 1992, pág. 11.

Como un motivo importante para esa participación del campo médico en el bioético, no se ha de desestimar la eficacia de esas apelaciones. De hecho, las apelaciones a la necesidad del surgimiento de un espacio como el que ahora ocupa la bioética fueron numerosas durante la segunda mitad del siglo XX. Jonas por ejemplo, habló sobre la necesidad de que la responsabilidad abstracta de los tecnocientíficos se concretara en una especie de «política científica» que ha de surgir además de una valoración que supera la competencia específica de los tecnocientíficos, por tratarse de una actividad con consecuencias extracientíficas⁵⁸². Aunque su intención seguramente no iba dirigida a la defensa de la existencia de un cuerpo de especialistas en ética para la tecnociencia médica que sustrajese de sus planteamientos las cuestiones políticas de fondo dado el alcance sobre la civilización de los efectos del desarrollo tecnocientífico⁵⁸³.

También hay que observar que los campos en juego (médico o científico) obtienen del poder simbólico “bioético” ventajas considerables para su acumulación particular de capital (científico y temporal), y para la consolidación última de su autonomía. Todo ello es posible gracias a la canalización complementaria y convergente, a través de la bioética, de la gestión técnico-experta de los problemas médicos y científicos con implicaciones éticas, *con la pretensión última, además, de que el producto de su gestión, sus decisiones u opiniones, puedan constituir una fuente jurídica para los Estados*⁵⁸⁴. La pretensión política de la materialización definitiva de

⁵⁸² Hans JONAS, *Técnica, medicina y ética. La práctica del principio de responsabilidad*, Barcelona, Paidós, 1997, págs. 55 y sigs.

⁵⁸³ Para Jonas, hay que considerar la nueva dimensión de obligaciones y responsabilidades que con la tecnociencia trascienden la voluntad individual al afectar la estructura de “nuestro edificio político-social”, “la mayoría de los grandes problemas éticos que plantea la moderna civilización técnica se han vuelto cosa de la política colectiva” (Hans JONAS, *ibid.*, pág. 178). Y, en eso, la bioética institucionalizada u “orgánica” parece aportar muy poca cosa.

⁵⁸⁴ Si bien la cautela desde los propios representantes del campo jurídico hace difícil calificar las opiniones de los comités nacionales de ética o bioética como “fuentes” de derecho, lo cierto es que el papel que juegan estas nuevas formas de regulación es determinante con carácter performativo en los procesos legislativos y en las decisiones administrativas y judiciales, aunque quiera matizarse con expresiones como “autoridad de clarificación de normas” o “pseudo-fuentes” sin alcance jurídico (vid., Philippe PÉDROT, «Le Comité Consultatif National d'Éthique: Nouvelle instance de régulation?», en *Revue de la Recherche Juridique. Droit Prospectif*, núm. especial, *Cahiers de méthodologie juridique*, 16, «Pouvoir réglementaire et délégation de compétence normative», 2001, págs. 2280 y sigs.). Y G. Memeteau se pregunta si “hay que adivinar que tras la armoniosa fachada de ausencia de valor jurídico de los comités de ética se disimula la potencialidad de una influencia sobre el espíritu de los magistrados o, por qué no, del legislador” para responder, citando a J.-L. Baudouin («L'experimentation sur l'homme, un conflit des valeurs in licéité en Droit positif et références légales aux valeurs», *Colloque du Centre de bio-éthique*, mayo, 1986), que las opiniones éticas de los comités poseen un valor jurídico potencial, generan un “impacto jurídico potencialmente considerable”. Y sigue, “la verdad de este valor se confirma,

las propuestas bioéticas para la legislación o normación de conductas la encontramos en esa finalidad y en la extensión de sus destinatarios.

“(…) Es decir, sus propuestas son explícitamente sólo *éticas*, pero en tanto que dirigidas a los legisladores y a la sociedad, ellas proporcionan líneas reguladoras de conducta para la ciudadanía. Sus análisis aunque dirigidos al poder legislativo pretenden ser sólo *propuestas morales*. Objetivos que trascienden con mucho el supuesto de que parten y, naturalmente, la finalidad de los mismos. En la medida que ambas líneas de abordaje [la iusnaturalista y la iuspositivista (y de hecho también la contractualista)] acaban por reclamar la actuación del derecho positivo de forma más o menos explícita”⁵⁸⁵.

En definitiva, y siguiendo nuestra línea de argumentación respecto de la autonomía relativa de esos campos expertos y del campo jurídico-político con relación al campo de poder económico-mercantil, puede afirmarse que éste último campo de poder también obtiene ventajas por la consolidación de la gestión bioética en organismos y entidades intermedias formadas por expertos y que sirven de guía legislativa para el Estado.

“[La preocupación entre los bioéticos, a parte de formular propuestas éticas y deontológicas para la conducta individual,] consiste en adelantar criterios que permitan incorporar los nuevos tráficos, privados y públicos, en materias biosanitarias a la doctrina ético-jurídica incorporada a los ordenamientos positivos, a fin de aumentar la «seguridad» y la «justicia»”⁵⁸⁶.

La multidisciplinariedad de los diversos puntos de vista propia de los foros bioéticos obliga en ellos a *soluciones consensuadas y flexibles* y ello debilita la rígida sujeción del compromiso individual al cumplimiento de exigencias normativas previas, como pueden ser las normas jurídicas o incluso las de los códigos éticos, las autorregulaciones específicas de cada campo (científico y médico), cuando sus prescripciones resultan demasiado duras e impiden soluciones de consenso, de compensación y transacción entre intereses diversos.

tanto si los comités fuesen el eslabón necesario de una renovación del derecho por aquellos valores, como si fuesen un poder de sugestión legislativa o jurisprudencial (...)”, aunque constate, quizás por una reacción temerosa del legislador de invasión de competencias por parte de las autoridades éticas, una recuperación de la formulación jurídico-positiva (Gérard MEMETEAU, «Recherches irreverencieuses sur l’*autorité juridique des avis des comités d’éthique ou l’Iroquois sur le sentier des Comités d’Ethique*» en *Revue de la Recherche Juridique*, núm. 1, 1989, págs. 79 y 98).

⁵⁸⁵ Ascensión CAMBRÓN, «Génesis y problemas de la bioética», en A. CAMBRÓN (coord.), *Entre el nacer y el morir*, Granada, Comares, 1998, pág. 23.

⁵⁸⁶ A. CAMBRÓN, *ibíd.*, pág. 22 (Este artículo se trata en cualquier caso de un texto fundamental para superar una visión dogmática de la bioética anclada en los problemas metodológicos o de fundamentación y en general ciega de la dimensión sociopolítica de los problemas que maneja).

Tales normas específicas constituyen un elemento a considerar en el debate (sobre todo entre juristas y teólogos), si bien la falta de adscripción político-formal *aparente* de los comités o foros bioéticos permite un margen amplio a sus miembros a la hora de acordar propuestas de modificación de una normativa sobre la que no tienen un compromiso partidista específico. Por ejemplo, si de lo que se trata es de adaptar una normativa jurídica a los cambios sociales que se producen con la introducción en el mercado de una nueva tecnología sanitaria como ya vimos en el caso de la reproducción asistida española y la posibilidad de la selección no terapéutica del sexo de los futuros hijos.

El foro bioético cumpliría así la función *política* de respaldar una decisión mediante una legitimación ética de la aplicación o no de ciertas tecnologías médicas, que se hacen aceptables o inaceptables para la opinión pública, presionando así hacia el mantenimiento o la modificación de una normativa existente. El Estado se limitaría entonces a cumplir labores de ajuste normativo de acuerdo con las opiniones expertas.

En este sentido, la bioética aparece como una fuente que suministra el discurso legitimador de un poder “político apolítico” y que busca aparentemente el equilibrio entre desarrollo tecnocientífico y mercantil y la “dignidad humana”, entre valores del sistema axiológico del campo tecnocientífico y los intereses privados del campo económico-mercantil, entre los valores morales de la sociedad formalizados en derechos y los valores morales difusos de la “opinión pública”.

De ahí que la *conveniencia* principal de la bioética para la comunidad científica y médica aparezca como el “resultado de un equilibrio entre la pretensión de legitimidad para la ciencia y, de otro lado, sus intentos de eludir una crítica externa”⁵⁸⁷. O, dicho de otro modo, el proceso de aceptación cultural de los riesgos tecnocientíficos, sobre el que opera el aparato institucional bioético, pretende la absorción de lo que Hottois llama “resistencia simbólica” a la tecnociencia procedente del campo de la religión y de la filosofía moral, campos preocupados específicamente por lo simbólico (lo cultural, lo tradicional, lo institucional, lo ideológico, etcétera) frente a lo técnico. Puede decirse entonces que la bioética es un intento de construir *un espacio en el que lo simbólico y la tecnociencia puedan interactuar*. Ya que, según Hottois, la ética:

⁵⁸⁷ M.L. Tina STEVENS, «Preface», *Bioethics in America*, Baltimore, John Hopkins University Press, 2000, págs. 9-13, citado en M. Teresa LÓPEZ DE LA VIEJA, *ibid.*, nota 53.

“es inconcebible sin el reconocimiento de la importancia de las mediaciones simbólicas para la maduración y el ejercicio de la libertad de elección (...). Bien llevada, la discusión bioética debería conducir a mayor claridad objetiva, subjetiva e intersubjetiva y a la delimitación de ese mínimo sobre el cual todos los participantes en el debate pueden ponerse de acuerdo. Este consenso podría comprender también un mínimo de normas que ofrezca un marco para la regulación simbólica de la I+D en este campo”⁵⁸⁸.

De este modo, a pesar de la pretensión de las instituciones bioéticas de mantener la pluralidad e interdisciplinariedad, tales instituciones no se configuran en realidad como un espacio político-público abierto a la participación *no experta*, porque desde esas mismas instancias se proyecta que la naturaleza “ética” de los problemas tratados exige un procedimiento y un método racionales específicos y aplicables a asuntos densamente preñados de consideraciones y circunstancias técnicas y científicas, determinantes de los problemas, y que por ello, han de ser evaluados técnicamente como “éticos” o “no éticos” sólo por quien tiene la competencia bioética específica para ello.

Y eso sólo es posible si la bioética se constituye como un campo de poder autónomo (o relativamente autónomo). Esta autonomía se consigue como resultado de la aplicación de un *derecho reservado de admisión* del campo bioético, es decir, un derecho nacido por la especialización en el uso de un capital específico. Se trata en nuestra opinión de un *capital fundamentalmente temporal para oficiar discursos, recursos epistemológicos y habitus específicos de los agentes representantes de cada campo* (médico, filosófico-moral, jurídico, etcétera), y para traducirlos y adaptarlos al esquema racional-argumentativo del campo bioético (sobre la base de alguno de los procedimientos racionales de decisión en ética clínica –enfoque principalista, casuista,

⁵⁸⁸ G. HOTTOIS, *El paradigma bioético*, op. cit., págs. 174-176. Hottois enumera otros puentes de encuentro e interacción entre lo técnico y lo simbólico entre los que destacaríamos a efectos del presente trabajo, “la puesta en práctica de programas de evaluación pluridimensional de proyectos de investigación y desarrollo («Technology Assessment», «Risk Assessment» [nosotros incluiríamos los centros de evaluación de las nuevas tecnologías según los programas de la *Medicina Basada en la Evidencia*]) en los que se analizan y consideran, anticipadamente, todas las consecuencias e implicaciones previsibles (políticas, económicas, sociales, psicológicas, ecológicas, jurídicas, [éticas] etc.) facilitando y controlando, así, su inserción en la sociedad en que van a implantarse” y “el desarrollo de «comisiones y comités de ética», en especial, en el campo de las tecnociencias biomédicas. Estos comités, cuya regla debería ser la pluridisciplinariedad y pluralismo, abordan las prácticas biomédicas considerando no sólo aquello que va en interés de la I+D tecnocientífica, sino, sobre todo, teniendo en cuenta todos los problemas humanos que se plantean” (ibíd., pág. 147). No analizaremos el grado de certeza de estas afirmaciones, simplemente nos interesa traer ahora a colación la formación de esos espacios corporativos de expertos que gestionan técnicamente los riesgos y sustituyen el discurso político por el “ético” para legitimar dicha gestión.

narrativo, sincrético, etcétera)⁵⁸⁹ a fin de poder pragmáticamente consensuar una salida tras la confrontación de los diversos sistemas axiológicos propios de cada campo.

La *profesionalización* en este campo parece indicar no tanto la posesión de un capital científico específico de la «bioética» como la de un capital científico perteneciente a cualquiera de los campos admitidos convencionalmente como integrantes del “ámbito bioético”, si bien recompuesto en torno a estrategias temporales mucho más decisivas en la formación de la estructura del poder bioético.

En consecuencia, a los sectores de la “jerarquía bioética”, más allá de la eficacia simbólica que concede el carácter pluridisciplinario de los foros de los que forman parte y más allá de los efectos de adaptación *normalizadora* a las circunstancias que tienen sus debates, lo que les interesa es la incorporación a su campo de agentes expertos de áreas diversas de conocimiento. Ello con el objeto de poder erigirse precisamente en especialistas oficiantes del debate, de la metodología o procedimientos de razonamiento, de los discursos y modos de acuerdo que deben ser considerados específicos de la “bioética”.

La especialización en ese ámbito en tanto que área de conocimiento institucionalizada, autónoma y dotada de “representantes legítimos” permite preterir del debate a los legos, a los que no son expertos en ninguno de los campos que integran el “espacio bioético” o que no han logrado insertarse satisfactoriamente en él. Por eso el bioético es un especialista en moderar, coordinar, y añadir a su especialidad a otros especialistas.

Pero la conclusión de todo esto es que, y a pesar de la “pluralidad” de los participantes en los foros bioéticos, el consenso previo en la racionalidad de los discursos y el procedimiento formalmente democrático que pudiera acordarse para el debate y las resoluciones consecuentes, a pesar del consenso sobre el límite abstracto que suponen los «derechos humanos» como horizonte prescriptivo mínimo, *y que por su obviedad nadie excluye*, a pesar de todo esto, el pretendido consenso bioético no puede arrogarse, a nuestro entender, la *legitimidad* pública o política que reclama.

Una cosa es la opción desiderativa en torno a lo que es y a las funciones que debería cumplir el “espacio bioético” y otra bien distinta es el tipo de estrategias de poder que llevan a su institucionalización concreta y las funciones que realmente éste

⁵⁸⁹ Un resumen de estos procedimientos propuestos por teóricos de la bioética lo podemos encontrar en Diego GRACIA, *Fundamentos de decisión en ética clínica*, Madrid, EUDEMA, 1991.

está cumpliendo en el contexto actual del mapa fragmentado de poderes que hemos descrito más arriba.

Quizás la tendencia última de la difusión del discurso bioético acabe siendo una creciente dificultad en hacer valer derechos jurídicamente reconocidos y una paulatina reducción del espacio público de discusión política capaz de generar reflexivamente una autocrítica sobre la sociedad del riesgo que pudiera contribuir a algún cambio sustancial.

Los discursos alternativos tienden a quedar absorbidos en su tratamiento por los expertos en bioética. Por ello, a nuestro entender, es sospechosa la demanda insistente desde el foro bioético de un “debate público” sobre los temas de su competencia. La inconcreción práctica de tal demanda (a no ser que se considere “público” el debate entre expertos de campos disciplinarios diversos seleccionados en virtud de intereses específicos de la institución convocante) le confiere un carácter retórico que mezcla la acusación culpabilizadora con la pretensión simbólica de la *búsqueda de la legitimidad política ausente* y el sueño de una hipotética consecución en la aspiración de un consenso común que anima a los integrantes del foro bioético en la “buena conciencia” de estar trabajando por el interés general.

La advertencia sobre la inquietud que debería producir en los filósofos morales la conversión de la ética, y particularmente de la «ética aplicada», en un valor de *marketing*, en un marchamo al servicio justificativo de las estrategias colectivas particulares de los campos de poder cuyas actividades demandan un control público y político efectivo, ya debería ser un resorte suficiente para hacerles saltar de sus cátedras en defensa de la dignidad de este saber legendario.

El carácter difuso e integrador de un *totum revolutum* de campos disciplinarios diversos convocados para reflexionar sobre la tecnociencia aplicada a la vida confunde la ética casi con cualquier cosa, dado que su intención final es constituirse en una fuente de producción ideológica y organizativa a la que las potestades normativas de las organizaciones políticas puedan acudir, con la ventaja añadida de que con ese carácter difuso, plural, multidisciplinar y flexible la bioética puede construir un discurso de legitimación capaz de ser ofrecido el mejor postor.

El extenso ámbito temático que abarca la *Encyclopaedia of Bioethics* constituye un claro ejemplo de esa voluntad de integración plural y total (los participantes en su elaboración representaban campos tan diversos como la cirugía, estudios islámicos, pediatría, filosofía, ciencias medioambientales, teología, psiquiatría, derecho, salud

pública, antropología de la medicina, geriatría, ciencias políticas, genética, historia, psicología, demografía, administración de la salud, sociología). Ello ya recibió críticas en su día desde un sector de la filosofía que jocosamente ironizaba acerca de esa tendencia *pluridisciplinar* que afectaba al sector editorial de esta disciplina y cuyas verdaderas intenciones no parecían dirigirse precisamente al interés específico por el saber.

“¿*Necesitamos* una Enciclopedia de Bioética? Si es así, ¿podríamos permitirnos vivir sin una Enciclopedia de la Estética, una Enciclopedia de Filosofía Teológica, y un diccionario de Filosofía jurídica? ¿Y que hay de una acerca de la Filosofía de la Historia de la Ciencia y otra de Historia de la Filosofía de la Ciencia? (...) La Sociedad de Editores de Revistas de Filosofía, en su conferencia trimestral en Fiji o Bermuda, podría tener una agenda lo suficientemente ocupada como para distraerse de sus preocupaciones con el diseño y desarrollo de una Metasociedad de Asociaciones de Adjuntos Auxiliares para las Personas que Piensan y Actúan en la Actualidad. Sería injusto hacia la Enciclopedia de Bioética tratarla como especialmente meritoria de las dudas y suspicacias que su aparición haya podido evocar. El camello juicioso, buscando dar alguna explicación a su deslome [por la carga de paja], debe esparcir los límites de la responsabilidad entre las briznas de paja. Ésta no es la falta de Warren T. Reich (el jefe editor) o del Instituto Rose Kennedy de Ética de la Universidad de Georgetown (el sponsor) o la editorial Macmillan and Free (que publica los cuatro volúmenes y 1900 páginas al precio de 200\$), que el gran negocio de publicar sea dirigido cada vez más como un gran negocio, y que los productos de la industria de filósofos y otros académicos sean presentados y promocionados crecientemente como si fueran productos industriales. (...) no es claro que los clientes a los cuales la Enciclopedia está mayormente destinada –estudiantes de medicina y médicos, enfermeras, abogados, trabajadores sociales, periodistas, políticos- quieran o necesiten protagonizar alguna de las muchas controversias académicas de filosofía”⁵⁹⁰.

⁵⁹⁰ Renford BAMBROUGH (edit.), «Editorial: The Straw and the Camel», *Philosophy. The Journal of the Royal Institute of Philosophy*, 54, 1979, págs. 277-278. Y ello sin perjuicio de que esta colección enciclopédica de temas relacionados de alguna manera con la bioética contenga estimables ensayos de filosofía y de ética, lo que no solo reconoce este mismo editorial, sino de los cuales nosotros también nos hemos aprovechado para abundar en nuestras argumentaciones en el presente trabajo.

Capítulo 6.

La actual regulación “ética” de la biomedicina

Como ya analizamos en el capítulo anterior, el poder político en la era de la globalización económica aparece fragmentado y distribuido desigualmente entre múltiples grupos, organismos y colectivos que tienen sus intereses particulares, sus estrategias propias de acción y lenguajes propios con su lógica específica. Y vimos también como la propagación de estos grupos convierte la vida política en algo externalizado donde las viejas competencias centralizadas de la administración estatal se ven segmentadas en áreas de gestión técnica especializada y que son delegadas a esos grupos de expertos de cada área.

Indicamos que esa fragmentación de la política pública en ámbitos de gestión tecnocrática era funcional al mantenimiento y la expansión de la maquinaria económica y tecnoproductiva en la que se incluye el desarrollo tecnocientífico, y que las soluciones de descentralización funcional y también que la gestión técnica de las corporaciones de expertos, adaptable tanto a los cambios sociales como a los cambios en la producción y el mercado, se dirigían al mantenimiento (apolítico) del sistema.

Vimos asimismo que el creciente descrédito de la racionalidad meramente calculista de los técnicos en tanto que la solución única para los problemas propios de la sociedad del riesgo acababa aconsejando que la gestión experta general de tales riesgos se complementara en el ámbito tecnocientífico con *la gestión experta en ámbitos ideológicos, éticos y bioéticos más específicos*.

Dentro de esta gestión más específica es posible distinguir en la actualidad entre dos ámbitos principales de regulación que responden a diferentes estrategias dirigidas a hacer frente a los problemas que plantea la actividad tecnocientífica.

El primer ámbito hace referencia al hecho de que la actividad tecnocientífica y profesional debe ganarse la confianza pública, lo que intenta mediante la autoatribución de responsabilidades a través del mecanismo clásico de la autorregulación ética y deontológica⁵⁹¹. Genera de esta forma un sistema *ético* de control interno para las

⁵⁹¹ Aparte de esta eficacia simbólica del autocontrol ético, *formalizado* y publicitado, de los científicos y profesionales y de la que hablaremos más adelante, cabe considerar la posibilidad de un auténtico sentido

conductas profesionales de los miembros del campo médico o científico, en tanto que miembros de una corporación y representantes de un “paradigma” científico-técnico determinado. Un sistema ético que convive con el sistema *técnico* de control interno relativo a la *labor* profesional según los conocimientos y destrezas exigibles a un miembro del campo médico o científico y que desde antiguo forma parte de la regulación deontológica.

Pero la puesta a punto de tal sistema interno, que funcionó de forma más o menos satisfactoria durante gran parte de los siglos XIX y XX, no resulta suficiente en las circunstancias actuales. Por eso, el campo tecnocientífico, y a fin de desarrollar su “política de expertos”, necesita hoy de una colaboración externa que es la que le aporta la participación de los expertos no científicos o “profanos”. Ello da lugar a la aparición de otro sistema ético ya no puramente interno al campo tecnocientífico, y que aquí estudiaremos asociado al auge de instituciones de carácter más o menos “bioético”.

Vamos a ver a continuación los rasgos principales del funcionamiento de ambos sistemas éticos en el campo tecnocientífico, y particularmente en el médico, y su relación con el Estado y con la gestión “política” del desarrollo tecnocientífico. Comenzaremos analizando los cambios actuales experimentados por el primero, ejemplificado en los códigos deontológicos de la profesión médica en tanto que la expresión más clásica del autocontrol profesional-corporativo.

de la responsabilidad de los agentes del campo tecnocientífico por las consecuencias perversas a las que contemporáneamente han conducido algunos de sus descubrimientos. Una de las manifestaciones de este sentido de la responsabilidad por los propios actos aparece en la idea de autocontención y autolimitación de los científicos, la ciencia puesta al servicio de la crítica de la ciencia: “En una sociedad sin dioses cabe, en cambio, la autocontención, la autolimitación socialmente controlada. La idea de la autocontención, de la autolimitación la han traducido algunos científicos contemporáneos, conscientes de los peligros de la tecnociencia, a esta otra: la ciencia para salvarnos de la ciencia (Russell), ciencia con conciencia” (Francisco FERNÁNDEZ BUEY, *Ética y filosofía política*, Barcelona, Edicions Bellaterra, 2000, págs.276-277). Sin embargo, nótese aquí que esta reflexión crítica de la ciencia por los científicos y la idea de “autolimitación *socialmente controlada*” no se refiere precisamente al tipo de autocontrol o autorregulación ética y deontológica que examinamos.

6.1. Autocontrol «ético» del campo médico: los códigos deontológicos actuales

Mediante el sistema deontológico-disciplinario interno, orientado al ejercicio profesional de la corporación o subcampo correspondiente, los objetivos de la corporación son *trocados* en algo “éticamente bueno”, “correcto” o “aceptable”. Se convierten en un sistema de valores que sirve para integrar entre sí a los miembros de la corporación, campo o subcampo y que, a la vez, resulta aceptable por el “gran público”. Es de esta forma como la corporación se dota de una personalidad específica:

“(…) la sociedad contemporánea se convierte en una pluralidad conflictiva de múltiples grupos, organismos y colectividades con sus intereses específicos, sus propios «juegos» de lenguaje y con sus cálculos de acción. (...)Estas organizaciones se caracterizan por *papeles* que definen funciones y prescriben modos de comportamiento asociados a determinadas tareas y responsabilidades; por *normas* que actúan como expectativas transformadoras en exigencias obligatorias; y por *valores* que actúan como elementos integradores, en el sentido de que son compartidos por todos sus integrantes”⁵⁹².

A través del sistema ético-normativo interno al campo de poder, la valoración de la “corrección” o “incorrección” de la actividad y la conducta de sus agentes en el ejercicio de sus funciones específicas de campo, se convierte en una valoración relacionada con el ejercicio y la propia estructura de poder del campo. Esto es un fenómeno bastante general:

“[«Lo incorrecto» (lo que no se debe hacer u obligatorio el abstenerse de hacer) es un concepto más categórico y no precisa una acción positiva]. «Lo correcto», como opuesto a lo «incorrecto», es en principio un concepto relacionado con el poder, y tiene que ver con la iniciativa de aquellos que no están sujetos a la obediencia. (...) Existe más o menos la misma obligación positiva en cada uno de los oficios o profesiones y, en realidad, en cualquier puesto que proporcione poder. (...) los doctores deben correr el riesgo de infección durante la epidemia (...). De esta forma cada profesión llega a tener su propio código ético, diferente en parte al de los ciudadanos corrientes, y en lo esencial más positivo. (...) Las obligaciones positivas propias de cada profesión están en parte prescritas por la ley y en parte forzadas por la opinión de la profesión o del público en general”⁵⁹³.

⁵⁹² José Eduardo FARIA, *El derecho en la economía globalizada*, Madrid, Trotta, 2001, págs. 139-141.

⁵⁹³ Bertrand RUSSELL, *Sociedad humana: ética y política*, Madrid, Altaya, 1998, pág. 42. Respecto del ejemplo que pone Russell como obligación positiva del médico no sujeto a obediencia, es decir, autónomo aunque con conciencia moral de arriesgarse al contagio y de ayudar en caso de epidemia, cabe señalar que el artículo 5.2 del *Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial* de 1999 establece que “en situaciones de catástrofe, epidemia o grave riesgo para el médico, éste no puede abandonar a sus enfermos, salvo que fuere obligado a hacerlo por la autoridad competente”, y que el curioso párrafo final concibe la *voluntariedad obligatoria* del deber de auxilio médico: “Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario”.

En el caso de la profesión médica, en la cual existe una larga tradición de discurso ético y de códigos deontológicos tasados, las normas corporativas son vistas como una estructura normativa que trasciende el sentimiento de responsabilidad por la actividad y conducta particular de cada agente para implicar una responsabilidad colectiva o comunitaria impuesta desde las instituciones corporativas y que el agente se encuentra como dada cuando es admitido en el campo.

La vinculación entre el juicio de “corrección” y la estructura de poder del campo está relacionada con la concurrencia entre los agentes en la definición de sus posiciones en el campo ante una conducta o actividad del infractor que cuestiona los intereses de la comunidad profesional o tecnocientífica; y está relacionada también con la existencia de códigos morales internos que expresan obligaciones positivas propias de la profesión, ya sean formales o informales, y que dependen para su eficacia de la interiorización como códigos morales personales por parte del agente individual o bien de la institucionalización de una estructura organizativa específica encargada de vigilar, interpretar y sancionar las prescripciones morales codificadas.

En el caso de la institucionalización de una estructura organizativa para convenir, interpretar y aplicar los códigos éticos formales, la moral profesional positiva suele guiarse, tal y como vimos en el capítulo tercero, según el modelo de los juegos jurídicos de normación e interpretación jurisdiccional, y suele alcanzar en muchos casos una dimensión jurídica gracias a su cobertura legal y a que las instituciones encargadas de elaborar, interpretar y aplicar los códigos éticos son instituciones reconocidas por el poder jurídico-político como poderes autónomos intermedios entre la ciudadanía y el Estado⁵⁹⁴.

Esta *puesta en forma* de las normas que pertenecen al sistema ético interno, aparte de su eficacia para la cohesión interna del campo médico, pretende tener además efectos tranquilizadores para la opinión pública a través de la garantía que ofrecen el autocontrol experto y disciplinario con amparo legal.

A este respecto no conviene olvidar el importante papel ideológico que ha tenido la Asociación Médica Mundial, a través de textos como *Declaración de*

⁵⁹⁴ Así, el artículo 2 del *Código de Ética y Deontología* de la OMC de 1999 establece que “los deberes que impone este Código, en tanto que sancionados por una Entidad de Derecho Público, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen”. Y que “el incumplimiento de alguna de las normas de este Código supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, cuya corrección se hará a través del procedimiento normativo en ellos establecido”.

principios sobre autonomía y autorregulación profesional (39ª asamblea de la AMM, Madrid, 1987), en la ordenación internacional de la profesión médica en sus relaciones con el Estado y las políticas sociales de éste, así como en la percepción que la ciudadanía *debería tener* de la profesión.

En la declaración citada se manifiesta que la autonomía (reducida a la idea de libertad de y en el trabajo y libertad para el juicio profesional) y la autorregulación (para asegurar la autonomía, la competencia, la responsabilidad y la evaluación por los mismos profesionales) son condiciones de una asistencia médica “garantizada”, de “calidad” y “competente” (art. 10). Se abunda en la conexión entre *autonomía profesional* (que pasa por la autonomía del campo en su conjunto) y *beneficio para los pacientes*: “la autonomía profesional además de ser un componente esencial de la atención médica es también un beneficio que se debe al paciente, y, por tal título, ha de ser preservada. La AMM y las asociaciones médicas nacionales han de empeñarse en mantener y garantizar dicha autonomía” (art. 2). “Paralelamente la profesión médica asume la responsabilidad permanente de autorregularse. Y aunque existan otros reglamentos que se imponen a los médicos, la profesión médica debe tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y las actividades profesionales de sus miembros”. En este orden de cosas, se hace una apelación a los códigos deontológicos de las organizaciones profesionales: “las actividades y las conductas profesionales de los médicos deben estar siempre dentro de los límites señalados por los códigos de ética profesional vigentes. Las violaciones de la ética deben ser corregidas rápidamente. Los médicos culpables deben ser rehabilitados. Esta es una responsabilidad que las asociaciones médicas nacionales deben cumplir efectiva y eficientemente mediante las acciones oportunas”(art. 7). Y de cara a la publicidad de este sistema de autocontrol médico el artículo 9 sugiere sobre qué ha de basarse esa ideología de aceptación por el público: “la AMM y las asociaciones médicas nacionales deben también dar a conocer al público en general la existencia de un sistema efectivo y responsable de autorregulación por parte de la profesión médica del país respectivo. El público debe saber que puede confiar en tal sistema en lo que se refiere a la evaluación honesta y objetiva de los problemas del ejercicio de la medicina y de la atención y tratamiento de los pacientes”.

La incorporación del discurso ético como compromiso normativo sirve también para atribuir públicamente la culpabilidad de forma particular a determinados agentes (según el régimen disciplinario colegial por violación de las normas deontológicas, cuyo incumplimiento puede abrir el proceso contencioso-administrativo ante la jurisdicción ordinaria lo que supone un contencioso en el ámbito exclusivamente interno –entre el

profesional y su colegio-) y, más difícilmente, a instituciones enteras (con responsabilidad solidaria de sus miembros o de sus representantes). Y ello sin que se llegue a atribuir nunca la causa culpable a la estructura del campo de poder tecnocientífico, al sistema económico-productivo, y al *modus vivendi* social a él vinculado (y que lo reproduce), o bien a las incapacidades estructurales de la organización política y jurídica para evitar tales daños. Ya que, si así fuera, la propuesta de reparación del daño, la contrición para evitar en el futuro problemas semejantes, tendrían que pasar necesariamente por plantear cambios estructurales en el sistema, es decir, cambios en las relaciones de poder (social, político, económico, tecnocientífico y en la relación con el medio ambiente).

La responsabilidad individualizada y la indemnización correspondiente que la normativa garantiza (cuando llegan) confortan aparentemente nuestras emociones vindicativas y las demandas de reparación, teniendo en cuenta que resulta mucho más complicado ir más lejos y plantear una radical transformación en la estructura de poder tecnocientífico y en el desarrollo de sus actividades, así como en el modo de vida consumista vinculado al tipo de sistema económico-productivo y a las instituciones políticas vigentes.

En todo caso, al estar las causas técnicas de los daños bajo apreciación técnico-experta, el punto de vista “ético” de la estructura normativa autorreguladora del campo científico o médico permite ocultar mejor la responsabilidad de la lógica propia del sistema cuando el procedimiento técnico ha sido además como el “éticamente” adecuado. La reprobación ética de carácter corporativo tiene así *efectos* aparentes que revelan la importancia de la competencia experta en un *juicio ético* sustraído, por su carácter de valoración técnico-experta, a la «opinión pública».

Ahora bien, este sistema ético interno funciona sólo, tal y como vimos, si implica una materialización bastante plausible del compromiso de la mayoría de los agentes en el campo respectivo. Como dice la Asociación Médica Mundial a fin de justificar el mantenimiento de la autorregulación y la autonomía de la profesión médica, en el artículo 5 de la Declaración sobre autonomía y autorregulación profesional de 1987:

“el propósito primordial de todo sistema de autorregulación es mejorar la calidad de la atención prestada y la competencia del médico que presta dicha atención. Los médicos tienen la experiencia para hacer las evaluaciones necesarias y para asegurar continuamente la calidad y la competencia de la atención prestada por otros médicos. Siempre será necesario aplicar los adelantos de las ciencias médicas y utilizar métodos cada vez más seguros y eficaces: para ello

han de seguirse las normas de protección señaladas por la Declaración de Helsinki con respecto a los procedimientos experimentales. No se puede permitir que se ensayen en pacientes teorías carentes de fundamento científico”.

La materialización del compromiso comunitario puede consistir en la (auto)dotación de instrumentos orgánicos, normativos y simbólicos que permitan funcionar a los agentes del campo como miembros de una *comunidad*, de una *corporación*. La constitución legal del «colegio profesional», del «consejo general de colegios de médicos de España», de la «comisión deontológica del colegio de médicos», son formas organizativas que estructuran de manera duradera y permanente la práctica de los agentes y sus interacciones y que sirven para producir, sostener y renovar este sistema ético interno.

Según la *Encyclopaedia of Bioethics*, el “sello” o rasgo distintivo de una profesión es la fijación de unos estándares éticos de conducta para los miembros de la profesión.

“Otra característica de las profesiones es la reclamación de su autonomía y autorregulación; sin embargo, con la libertad y el poder de autorregulación aparece la obligación correlativa del establecimiento de estándares de conducta ética y los mecanismos para hacerlos cumplir. Hay quien efectivamente ha sostenido que la existencia de una ética profesional es el sello de una profesión”⁵⁹⁵.

De esta manera se indica que la función primaria de los documentos deontológicos consiste en “ayudar a definir y legitimar una profesión, así como a mantener, promover y proteger su prestigio”. A la vez estos documentos implican una “promesa para la sociedad de que la profesión mantendrá estándares de práctica especificados como pago por el poder y la autonomía pedidos a la sociedad para reconocerla”⁵⁹⁶.

“un código de *conducta profesional* está orientado a la *imagen profesional* para la protección de la *compensación profesional*. (...) [los códigos son] etiquetas de caballerosidad diseñadas para conseguir que la confianza personal y popular sean muy necesarias para una carrera respetable y lucrativamente apropiada”⁵⁹⁷.

⁵⁹⁵ Carol Mason SPICER, «Nature and Role of Codes and Other Ethics Directives», en Warren Thomas REICH (ed.), *Encyclopaedia of Bioethics*, vol. 5 (Appendix), New York, Simon & Schuster-MacMillan, 1995, pág. 2605.

⁵⁹⁶ *Ibid.*, págs. 2605-2606.

⁵⁹⁷ Lisa H. NEWTON, «A professional ethic: a proposal in context», en John E. THOMAS (ed.) *Matters of Life and Death*, Toronto, Samuel Stevens, 1978, pág. 264.

Aunque conviene diferenciar claramente cuándo nos referimos a las normas éticas o de estricta moralidad (que incorporan valores o principios o deberes morales explícitos) y cuándo a las normas de uso social profesional o de “etiqueta” o “cuasi-morales”. Lo cierto es que la mezcla de esas normas formalizada en los códigos deontológicos, también junto con las normas de carácter técnico o enunciados que ni siquiera tienen la estructura de prescripción, y que son meramente declarativos o descriptivos, invitan a caer en cierta confusión. Y ello, según el discurso interno, aunque toda esa variedad tipológica de enunciados reciba *in genere* el nombre de “estándares éticos de la profesión”, y a pesar de que, en la práctica muchos de ellos carezcan de eficacia e integren una especie de “desecho normativo” condenado a servir, como mucho, de símbolo de la profesión⁵⁹⁸.

Si bien para el campo médico, como vimos en los primeros capítulos, se trata de un instrumento normativo tradicional, para muchos otros campos de poder el código deontológico se ha convertido en un novedoso símbolo con rentables efectos publicitarios sobre el compromiso moral, tan poco elegante como afirmar a los cuatro vientos que se es o se va a ser “bueno” a partir del instante en que se da publicidad a esta intención. Los códigos éticos y deontológicos repuntan además en una época en la que prolifera *lo ético* como marchamo comercial y en la que, como denunció Lipovetsky, hay tanta expansión y divulgación de discursos éticos para todos los gustos como carencia de un auténtico sentido del deber, de sacrificio personal, y casi tanta como profusión de violaciones explícitas de los principios morales más elementales.

Lo cierto es que la proliferación de los códigos deontológicos para instituciones públicas, empresas, partidos políticos, oficios y nuevas profesiones, medios de comunicación, organizaciones no gubernamentales, etcétera, coincide en el tiempo con el fenómeno, examinado más arriba, de la mundialización desigual, la crisis del Estado intervencionista y asistencial y la fragmentación de la vieja soberanía Estatal favorecida por las políticas de desregulación jurídica y privatización de bienes y servicios públicos⁵⁹⁹.

⁵⁹⁸ “La cortesía profesional no es lo mismo que moralidad profesional y la ética médica no se refiere a la misma cosa que la etiqueta médica, sin embargo estos son confundidos habitualmente o tomados por la misma cosa desde la profesión” (June GOODFIELD, «Reflections on the Hippocratic Oath», en Hastings Center Studies, 1, 2(1973), pág. 90, citado en Karen LEBACQZ, *Professional Ethics. Power and Paradox*, Nashville –Tennessee-, Abingdon Press, 1985, pág. 66).

⁵⁹⁹ Ante el progresivo debilitamiento de las políticas asistenciales públicas, la precarización laboral, el incremento de las diferencias socio-económicas y el repunte de violentos brotes de anomia de un conflicto social que se mantiene en estado de latencia, ante los procesos migratorios desde la periferia desesperada

En el caso de profesiones corporativas tradicionales como la abogacía y la medicina, los códigos deontológicos *parecen* tener comparativamente mayor eficacia, por la sencilla razón de que esas normas deontológicas son aprobadas, en la mayoría de países en los que esas profesiones tienen esa estructura corporativa autorregulada, por corporaciones de derecho público, y por tanto donde sus decisiones, también las deontológico-disciplinarias, son recurribles ante la jurisdicción ordinaria. En algunos países, como sucede en Francia, incluso tienen carácter casi reglamentario, y se habla de “jurisdicción disciplinaria” o “derecho disciplinario para-legal”⁶⁰⁰.

“Las profesiones que carecen de instancias de regulación interna unánimemente reconocidas, pero que sostienen vigorosamente normas profesionales respecto los dominios de la acción y donde las consecuencias de las faltas a la ética pueden ser graves, hablan explícitamente de deontología. Es el caso de las enfermeras, de los trabajadores sociales, el de los científicos sociales. (...) En las profesiones que conocen una formalización institucional de la deontología, por la existencia de un código escrito y (...) de una instancia específica de evaluación de las faltas de sus miembros, la existencia misma de las instituciones, es igual si los consejos no son introducidos o si las disposiciones de los códigos no son citadas, produce efectos tanto sobre las representaciones como sobre los comportamientos de los miembros, así como sobre las representaciones y los comportamientos de los no-miembros; además, la existencia de las instituciones, produce efectos sobre la organización general del grupo profesional y sobre las actitudes de los otros grupos sociales con respecto al grupo profesional”⁶⁰¹.

hacia el Norte opulento, cuando los Estados del Norte echan mano progresivamente a medidas de emergencia que excepcionan para determinados colectivos sociales la eficacia de derechos y libertades básicas, el Consejo de Europa aprueba en 2001 un *Código europeo de ética de la policía*. Mientras tanto, Amnistía Internacional denuncia en 2003 el incremento de malos tratos policiales. Con la salida a la luz pública de los crecientes escándalos financieros e irregularidades contables de grandes empresas se crean comisiones de expertos que informan al gobierno de la necesidad de la autorregulación ética de las empresas (informe Olivencia, 1997 y, tras su fracaso por manifiesto y reiterado incumplimiento, el informe Aldama, 2003) y aprueban sus *Códigos de Buen Gobierno*. Con resultados parecidos los ministros de Asuntos Exteriores de la Unión Europea aprobaron en 1998 un código ético que pretendía regular por vía voluntaria la venta de armas, sin embargo la lista de los países a los que se recomienda no vender armas no puede hacerse pública. Mientras la basura publicitaria se acumula en las cuentas personales del correo electrónico y las recepciones publicitarias invaden las páginas web la Asociación de Autocontrol de la Publicidad presentó en 1999 el *Código Ético sobre Publicidad en Internet* como iniciativa autorreguladora para controlar la publicidad en la red. Como movidos por un resorte automático para la restauración inmediata de la credibilidad pública, los partidos políticos se dotan de su código ético cuando estallan escándalos de corrupción y financiación ilegal. Y así, sucesivamente.

⁶⁰⁰ Gérard MEMETEAU, op. cit., y René SAVATIER, «L’origine et le développement du Droit des professions libérales», en *Archives du Philosophie du Droit (Déontologie et discipline professionnelle)*, Paris, 1953-1954, pág. 60.

⁶⁰¹ Patrice BERGER, «Déontologie et stratégies professionnelles. La mise en place du BCG en France de 1923 à 1960», *Regards sur la Déontologie*, Journée d’Etude, Lyon, février, 1986, pág. 64. “El carácter normativo de la deontología médica actualmente ya no es contestado por los profesionales. Ella se impone a éstos, e igualmente a terceros en el marco de la relación médico-paciente” (Philippe MARIN, «Droit, éthique et médecine: du binôme à la trilogie», en Henri JOLY (dir.), *Biomédecine 2000. Faits et réflexions sur les systèmes de santé de l’an 2000*, Paris, Tec & Doc, 1996, pág. 247).

Sin embargo, conviene matizar la eficacia de los códigos deontológicos y el grado de su cumplimiento a pesar del secretismo que impera en los asuntos disciplinarios gestionados por la corporación profesional respecto al grado de cumplimiento de tales códigos deontológicos. Y ello a pesar de la necesaria existencia de un respaldo legal para dotarles de cierta eficacia. En este sentido:

“En el mejor de los casos, podría reconocerse un imperativo deontológico que constriñe a los profesionales a establecer las normas que éstos deben obedecer. Este dispositivo es por sí mismo insuficiente. (...) una deontología que no pudiera ser aportada pertinentemente a una norma estatal de referencia, sería solamente la regla de una corporación y, con ese título, aunque normativo, no supliría las reglas del derecho en la medida en que la producción de derecho es, en las sociedades modernas, monopolio del Estado”⁶⁰².

Hay que matizar esa eficacia si la comparamos también con la de otros mecanismos de control informal más poderosos que funcionan entre los propios colegas de profesión en la práctica clínica; y hay que matizar los efectos sancionadores de la normativa deontológica si tenemos en cuenta que su quebrantamiento puede ser utilizado por personas o instancias ajenas a la corporación para la crítica de la actividad médica y que pueda suponer una fisura en el frente unido en la salvaguarda de los intereses políticos, económicos corporativos y de protección de la crítica dentro de la familia profesional.

Una tesina de licenciatura en medicina del año 1982 que versaba acerca de la actividad disciplinaria del colegio de médicos de Madrid concluyó que de un total de 128 denuncias por faltas a la deontología médica -de las cuales la mayoría eran por daños morales (trato incorrecto, errores de diagnóstico,...), seguidos por daños materiales relativos a honorarios excesivos, perjuicios económicos por medicinas y terapias resultantes de atenciones indebidas, etcétera, y, en tercer lugar por daños físicos (lesiones, abortos,...) seguido de cerca por fallecimientos imputables al acto médico-, únicamente 16 (un 13%) habían motivado procedimientos disciplinarios y sanciones consecuentes. El 87% restante de las denuncias habían sido rechazadas o simplemente habían finalizado en una mera exhortación⁶⁰³.

Las resoluciones mayoritariamente favorables para los médicos implicados en las reclamaciones deontológicas ante los colegios profesionales, han sido explicadas con

⁶⁰² Christian LAVIALLE, «De la difficulté à légiférer sur le vivant», en Claire NEIRINCK (dir.), *De la bioéthique au bio-droit*, Paris, LGDJ, vol.8, 1994, pág. 15.

⁶⁰³ Tesina citada en Juan José LLOVET DELGADO, *La medicina de España: profesión, responsabilidad y controles*, (Tesis doctoral), Madrid, Universidad Complutense, 1993, págs. 249-251.

frecuencia por los graves defectos técnicos en la relación de los hechos médicos que aparecen en las denuncias formuladas por legos en la materia.

Ante ese hecho, y a pesar de las cifras desalentadoras, el número de denuncias dirigidas a los colegios profesionales ha ido incrementándose de manera considerable a la vez que lo han hecho las denuncias en instancias jurisdiccionales por negligencia médica, lo cual parece indicar la demanda creciente de un *control externo* al campo médico de la actividad de sus miembros⁶⁰⁴.

Desde las propias instancias corporativas, se ha llegado a denunciar el carácter retórico de los códigos deontológicos tal como son aplicados por los organismos disciplinarios colegiales, y se ha criticado a estos organismos por hacer ineficaces las prescripciones deontológicas a pesar de su poder sancionador y la ulterior ejecución de la sanción en instancias jurisdiccionales. Se ha llegado a señalar por este camino el carácter meramente simbólico de los códigos, su pretensión de proporcionar una apariencia de autocontrol disciplinario que oculta la voluntad de defensa corporativa entre colegas⁶⁰⁵.

No obstante, el código deontológico de la profesión puede resultar eficaz para el control de las relaciones interprofesionales de lo que se refiere a los usos de la profesión y al establecimiento de un orden interno relativo a las relaciones concurrenciales, al orden económico y a las “normas de etiqueta” entre colegas, es decir, fundamentalmente en lo que se refiere al ámbito de las estrategias temporales o políticas del campo profesional. En este sentido:

“La protección de la unidad, integridad y poder de la profesión, que aparece como objetivo primario de las normas de etiqueta que gobiernan las relaciones entre los profesionales, es una función «cuasi-moral» de los documentos ético-profesionales. Si bien el mantenimiento de una

⁶⁰⁴ Esto produce la paradoja que la oposición corporativa a los controles externos mediante la intención de mantener los conflictos bajo el control de la estructura normativo-deontológica interna acabe provocando la intervención de esos mismos controles externos: “El fracaso de la profesión para controlar la eficacia, el coste y la calidad de las prestaciones de sus miembros en función del interés público –fracaso vinculado al *laissez faire* de la etiqueta intraprofesional- ha contribuido al desarrollo en los Estados Unidos de demandas y requerimientos externos que pueden en el futuro acrecentarse y a los que la profesión siempre ha temido” (Eliot FREIDSON, *Doctoring together. A study of professional social control*, New York, Elsevier, pág. 246, citado por J.J. LLOVET DELGADO, op. cit., pág. 274).

⁶⁰⁵ “Otra de las personas que entrevisté fue un integrante de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos, quien se mostró francamente decepcionado y disgustado por la orientación y política del Consejo a este respecto. A su juicio, el Consejo General tenía una «noción táctica» de la deontología: cuando convenía por razones de «maquillaje» o de enfrentamiento con las autoridades, entonces se la sacaba a relucir y se exaltaba el papel regulador y sancionador de la Organización Médica Colegial” (J.J. LLOVET DELGADO, op. cit., pág. 252).

profesión tiene un componente moral limitado en cuya defensa se promueve el bienestar de la sociedad, este componente sirve especialmente a los intereses de aquellos que en el seno de la profesión se enfrentan a la pérdida de monopolio de su ejercicio, sobre los que la sociedad ha perdido su fe. En contraste a este componente moral limitado, la función explícitamente moral de los documentos de ética profesional se apoya en la articulación tanto de estándares ideales como de estándares mínimos acerca del carácter y la conducta profesional. Tanto las directrices morales como algunas de las “cuasi-morales” conforman el contenido de la promesa de la profesión a la sociedad y sirven como guía para determinar cuándo deberían imponerse las sanciones al miembro de la profesión”⁶⁰⁶.

Es imprescindible que el campo médico, para actuar en régimen de monopolio frente a la concurrencia ajena, se dote de instrumentos y formas simbólicas representativas del pacto histórico en el seno de la profesión, a fin de mantener cierta igualdad, uniformidad y equilibrio internos a la vez que un referente moral, de principios, como expresión simbólica del interés específico publicitado del campo médico. Ese pacto, aún con consentimiento jurídico-político, reafirma la autonomía del campo médico incluso frente a la injerencia del Estado cuando se trata de aplicar medidas públicas que afectan a determinados pacientes o, en general, políticas sanitarias y de organización de la profesión o del trabajo médico⁶⁰⁷.

⁶⁰⁶ Carol Mason SPICER, op. cit., pág. 2606. Este tipo de preceptos “cuasi-morales” sirven al doble propósito de mantener a la profesión, la estructura del campo médico, y de servir, tal como se manifiesta en las declaraciones ético-profesionales, al bienestar social. Es decir, servir al interés público mediante la salvaguarda del interés privado corporativo. “Para mantener un cuerpo especializado de conocimientos, la profesión asegura un monopolio en la provisión de sus servicios. Al mismo tiempo, restringir la práctica de una profesión a aquellos que están cualificados y requerir que cuiden sus pericias y conocimientos actualizados son elementos esenciales del mandato social a desempeñar por la profesión: proporcionar un servicio especializado de forma competente y segura” (ibíd.).

⁶⁰⁷ Así, el caso de las hospitalizaciones involuntarias y las intervenciones y tratamientos médicos obligatorios por decisiones judiciales, supuestos en los que cabe una clara contradicción entre la autonomía profesional y su autorregulación ética, la autonomía, libre consentimiento e integridad física del paciente y la protección de los intereses generales, sanitarios o de seguridad, o la protección del paciente incapaz, a los que debe hacer frente la autoridad judicial (enfermedades psiquiátricas que supongan un peligro, toxicomanías y adicciones que incapacitan, pruebas periciales médicas –tests de paternidad, análisis de sangre, radiografías para la detección de objetos o sustancias estupefacientes, control de sustancias dopantes,...-). En estos supuestos la autonomía del paciente queda anulada por la gestión compartida de su cuerpo entre la decisión judicial y el tratamiento médico. Este último conserva en muchos casos la baza técnica para determinar paternalmente lo mejor para el paciente, esto es, también lo que es ético desde el punto de vista médico aunque con el límite legal: “En buena ética clínica el médico está obligado a ponderar las pretensiones del paciente y las consecuencias clínicas de tales pretensiones. En general, solo desde la incompetencia del paciente y su claro beneficio cabe médicamente forzar la hospitalización” aunque dentro de ciertos límites legales, teniendo en cuenta que “son las razones jurídicas las que prevalecen sobre las médicas y las éticas” pues son las que permiten o no la hospitalización y el tratamiento forzados (A. CALCEDO ORDÓÑEZ, «Hospitalización psiquiátrica involuntaria», en AA.VV., *Internamientos involuntarios. Intervenciones corporales y tratamientos sanitarios obligatorios*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial, 2000, págs. 29-30). Pero, una vez dentro del dominio del campo jurídico en su decisión de intervención sobre el cuerpo no cabe ignorar la oposición hipotética de quienes han de ejecutar tales medidas lo que obliga a la apreciación de consideraciones vinculadas con la ética profesional del personal médico-sanitario: “Cuando se constituye en Escocia una comisión multidisciplinar (*Scottish Law Commission*) con el objeto de sustituir el sistema de *adverse inference*, de creación jurisprudencial, por otro legal donde se

Así pues, las normas deontológicas parecen resultar eficaces, en primer lugar, desde el punto de vista de la salvaguarda de la estructura del campo de poder profesional, estableciendo el marco mínimo común del juego en las relaciones internas del campo. Y sólo secundariamente, en las relaciones con los pacientes, absorbidas éstas bajo la persistente convicción de que en ellas se trata de una relación de carácter privado, contractual, en la que los médicos *fijan las condiciones técnicas sustanciales* y por tanto en la que definen en la práctica los límites de la autonomía del paciente, algo para lo cual los códigos éticos permiten un amplio margen de discrecionalidad a la actuación del médico⁶⁰⁸.

En la actualidad se ha producido un proceso de “bioetización” de las normas deontológicas, una introducción en el ámbito deontológico específico del campo médico de criterios éticos más generales y flexibles procedentes de la producción de los “foros bioéticos”. La insistencia en la autonomía del paciente, en la actuación en su beneficio, o en la equidad de trato, según las circunstancias del caso y los recursos disponibles que provienen de estos foros resulta en definitiva algo conveniente para el campo médico, cuya autonomía y poder de decisión se ven con ello fortalecidos (sobre la base de esos nuevos criterios deontológicos se puede favorecer “éticamente”, por ejemplo, la introducción de nuevas tecnologías y de nuevos fármacos en el circuito sanitario o se

admitiera el uso de la fuerza, la *British Medical Association* manifestó acerca de esa posibilidad que «salvo las excepcionales medidas de salud pública, nadie puede ser sometido a una intervención médica sin su consentimiento, salvo que pueda apreciarse claramente que lo es en interés de la salud de esa persona. El uso de la fuerza por un doctor para obtener una muestra “en interés de la justicia” es completamente inconsistente con este principio y totalmente contrario a la ética médica». [(Además), en el *Explanatory memorandum* que acompaña a la Recomendación N° R (92) 1 del Consejo de Europa, sobre el uso del ADN en el marco de la justicia penal, de 10 de febrero de 1992, se afirma que en ciertos países (citando a Gran Bretaña e Islandia) los médicos pueden rechazar la ejecución de la extracción hematológica necesaria para el test fundamentándose en el quebrantamiento de la ética profesional médica]” (J.Fco. ETXEBERRIA GURIDI, «La intervención médica en las diligencias procesales de investigación», en AA.VV., *Internamientos involuntarios*, op. cit., pág. 158). Nótese que el beneficio y la autonomía del sujeto sometido a intervención sólo podría tener materialización a través de la posibilidad de rechazo de la intervención por parte de los propios médicos actuantes en conciencia.

⁶⁰⁸ Por ejemplo, el artículo 14 del *Codi de Deontologia. Normes d'Ètica Mèdica* del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya de 1997 establece que “el médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o la asistencia médica, siempre que antes haya sido informado de manera comprensible de las consecuencias previsibles de su negativa y se encuentre en condiciones de tener una comprensión lúcida, a excepción de que puedan derivarse peligros o daños a otro a causa de su estado” La información y la ponderación del estado de capacidad de comprensión así como la apreciación del peligro de daños a terceros a causa de la enfermedad queda en manos del criterio médico. O, por ejemplo, el respeto al derecho del paciente a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario dependerá de que “individualmente los médicos han de facilitar el ejercicio de este derecho e institucionalmente procurarán armonizarlo con las previsiones y necesidades de la ordenación sanitaria” (art. 7 del Código de Ética y Deontología de la OMC, 1999).

puede ampliar la presión sobre las políticas sanitarias públicas o simplemente el control sobre los pacientes evitando injerencias no expertas⁶⁰⁹).

Ese proceso de “bioetización” ha dado lugar a una adaptación de los códigos deontológicos de la profesión médica al juego flexible de los principios básicos de la bioética que capacita a la profesión para abordar (es decir, *dar una respuesta*) desde la *autorregulación codificada* la multiplicación de los problemas éticos vinculados a las nuevas tecnologías, a las estructuras organizativas crecientemente complejas de la atención médica, a los problemas relativos a la dotación de recursos (tecnológicos, de infraestructura, de personal), etcétera. Ya no es sólo el campo jurídico-político el que se ve en la necesidad de adaptar (quizás por la presión de la lógica del campo económico-mercantil) las formas jurídicas existentes a las nuevas situaciones generadas por la introducción de nuevas tecnologías y productos sanitarios y biológicos, o desde la presión social para que se regulen situaciones de vacío normativo en las que se juegan valores colectivos vinculados a la salud, la supervivencia, la integridad física o el medio ambiente, también es el campo profesional el que ha de mostrarse igualmente “flexible” en esa adaptación.

Toda esta incorporación de nuevos contenidos puede ayudar a reforzar el objetivo principal de los códigos deontológicos, la protección de los intereses corporativos de clase, pues, tal como hemos apuntado, más que desplegar una eficacia normativa en el plano moral sobre cada agente del campo médico, los códigos deontológicos tienen tradicionalmente esa orientación de protección de los intereses

⁶⁰⁹ En este sentido, artículos como el siguiente son un claro ejemplo de esa libertad e independencia práctica del médico: «Art. 47. El médico, en los casos en que la demanda de medios terapéuticos sea superior a su disponibilidad, tendrá que decidir basándose en criterios médicos y bioéticos» (*Codi de Deontologia. Normes d'Ètica Mèdica* de 1997 del CCMC). Se trata de una concreción normativa local de la *Declaración de principios sobre la independencia y la libertad profesional del médico* de la Asociación Médica Mundial (Rancho Mirage, California, 1986) en la que se establece que “el privilegio del médico de usar su juicio y discreción profesional para tomar decisiones clínicas y éticas necesarias para la atención y tratamiento de sus pacientes debe ser mantenido y defendido” por los gobiernos y las corporaciones profesionales. Y en este sentido, la Declaración establece que “dentro del marco de su ejercicio profesional y de atención a sus pacientes, no debe esperarse que el médico siga las prioridades que el gobierno o la sociedad han impuesto sobre la distribución de recursos médicos insuficientes. Hacer tal cosa sería crear un conflicto de intereses con la obligación que él tiene hacia sus pacientes, y destruiría su independencia profesional en la que ellos confían”. Este principio no considera, sin embargo, las presiones de la industria farmacéutica o de tecnologías sanitarias en la distribución de productos según el mercado sanitario (por ejemplo, la distribución de genéricos anti-SIDA en países empobrecidos obstaculizada por las patentes de las industrias fabricantes del medicamento base) y, en todo caso, presupone la confianza de los pacientes en la independencia profesional a la hora de las prescripciones médicas, por ejemplo, olvidando las estrategias temporales que dominan la actividad tecnocientífica, sobre todo, en el caso de la medicina privada o, en general, de la atención sanitaria como negocio.

corporativos, del estatus profesional, de la autonomía del campo y de los ingresos económicos de sus agentes⁶¹⁰.

Para conseguir este objetivo, dentro de la estructura normativa del campo médico sigue teniendo gran relevancia la estrategia temporal específica del subcampo colegial y de sus organismos disciplinarios, pues éstos, en función de las nuevas contingencias socioeconómicas y tecnocientíficas, actualizan y precisan casuísticamente los nuevos principios y valores contenidos en los códigos escritos. La “jurisprudencia” de los procesos disciplinarios contribuye así a superar el encorsetamiento normativo de los códigos ayudando a su reinterpretación y adaptación constantes. Y como esta labor la realizan pares de la profesión y, por tanto, se supone que en principio conocen los avances médicos, la estructura actual del campo y la incorporación de las últimas reflexiones bioéticas, éstos contribuyen así a precisar progresivamente el contenido de las normas deontológicas sin considerarlas como “ley única” y fija para la profesión.

“Es pues mediante la reflexión de la profesión representada por su corporación colegial que se afirma, que se afina, la deontología. Pero, se trata de una regla interna que no se impone a terceros”⁶¹¹

Es por ello por lo que desde las propias instancias del campo médico se procuran idear mecanismos autorreguladores capaces de generar una nueva y depurada casuística deontológica a modo de “jurisprudencia” ético-profesional (en la línea sugerida por ejemplo por Manuel Atienza) a fin de adaptar los principios, valores, deberes y usos profesionales de los códigos a los avances tecnocientíficos y los cambios sociales del momento⁶¹².

⁶¹⁰ Karen LEBACQZ, *Professional Ethics*, op. cit., y Jane CLAPP, *Professional Ethics and Insignia*, Metuchen, New Jersey, The Scarecrow Press, 1974.

⁶¹¹ Gérard MEMETEAU, «La place des normes éthiques en Droit médical», op. cit., pág. 401. Sin embargo, sostenemos que si bien se trata de una “regla interna” de un código moral interno a la profesión que no se aplica directamente a terceros, es obvio que performa la ideología corporativa o individual y la actividad del médico que revierten sobre el cuerpo y la psique de pacientes y en las relaciones con terceros con los que interactúa. De ahí que se hable de que la doble dimensión de la deontología, que hace referencia a la relación médico-paciente y a la relación entre médicos y entre éstos y otros actores del sistema sanitario, se impone “en el control social que se ejerce sobre los actores que interactúan con el médico, colegas, clientes, administraciones” (Patrice BERGER, «Déontologie et stratégies professionnelles...», op. cit., págs. 67-68).

⁶¹² Esta labor de actualización como “consecuencia de los avances científicos y la aparición de las nuevas tecnologías” la realiza, en nuestro país, la Comisión de Deontología de los Colegios de médicos correspondiente (por ejemplo, véase la propuesta de la última actualización de 2003 del Codi de Deontologia – Normes d’Ètica Mèdica del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, web: www.comb.es) que elevan la propuesta al órgano del Consejo General de Colegios de cada Comunidad Autónoma, la aprobación por las Asambleas de Compromisarios de cada Junta de Gobierno de cada

El caso más notable de esta pretensión de ir creando una “jurisprudencia deontológica” lo suministra la poderosa Asociación Médica Americana (AMA), su código ético y su entramado orgánico para la aplicación y reinterpretación actualizada de éste. Vale la pena detenerse un poco a explicar el funcionamiento de esta mecánica autorreguladora de la profesión médica estadounidense. Siempre arrojará luz acerca de un modelo que funciona en una nación de la que el resto del mundo acoge casi todo⁶¹³.

El precedente más claro de la compleja estructura normativa y de opinión decisoria del actual consejo sobre asuntos éticos y jurídicos del AMA lo encontramos en el *Code of Ethics* del año de fundación de esa asociación profesional en 1847. Inspirada directamente en el código británico de *Medical Ethics* (1803) de Thomas Percival, de este precedente histórico autorregulador cabe destacar los siguientes aspectos:

1º. El *Code of Ethics* sigue la estructura clásica de los códigos continentales decimonónicos, con sucesivas revisiones de su articulado (1903, 1912, 1947) hasta el año 1957, año en el que se cambia la estructura del código, reduciendo las 48 secciones que tenía originalmente a la declaración de diez principios constitutivos de la ética médica (*Principles of Medical Ethics*) y que son expresión básica de los conceptos y exigencias del antiguo código.

2º. En el código se reafirma, desde la óptica médica, la naturaleza contractual en la relación médico-paciente, relación en la que cabe la mediación de los principios del libre mercado.

3º. Es clave en la ideología médica el principal objetivo del código, consistente en la salvaguarda de los intereses profesionales de los miembros de la asociación: el derecho a los privilegios, reputación, enaltecimiento de su status, respeto estricto entre médicos y de la competencia de cada uno sobre su paciente, etcétera. En este sentido, el artículo VI, cuando hace referencia a las diferencias y controversias entre

Colegio de las reformas consensuadas tras las modificaciones pertinentes y la aprobación final del Consejo General de Colegios.

⁶¹³ Algún autor propone directamente copiar el modelo jurídico casuístico anglosajón para formar un “fondo común de la bioética” susceptible de ser elevado al rango de norma jurídica: “(...) una solución alternativa podría consistir, siguiendo el modelo jurídico de la *common law*, razonar en términos de casos particulares y partir cada vez de nuevo, no al punto de los meros juicios, sino también a lo que los anglosajones llaman las leyes particulares” (C. LAVIALLE, «De la difficulté à légiférer sur le vivant», op. cit., pág. 19).

los médicos, dice que éstas deben ser juzgadas por los pares y de forma no pública por “un número de médicos suficiente o un «tribunal médico» (*court-medical*)”, lo que supone una reserva del público en asuntos profesionales: “con relación a los asuntos profesionales, debe mantenerse una reserva especial por parte de los médicos hacia el público, en cuanto existen numerosos aspectos en ética médica y etiqueta en los que los sentimientos de los médicos pueden ser atacados dolorosamente en los procesos en los que intervengan conjuntamente y los cuales no pueden ser ni entendidos ni apreciados por la sociedad en general; ni el sujeto o el asunto de tales diferencias debe hacerse público, pues la publicidad en casos de esta naturaleza puede ser personalmente injuriosa para los concernientes y puede acarrear gravemente el descrédito al cuerpo de doctores”.

4º. Ya en 1858 el AMA creó un organismo para aplicar el código ético a modo de una especie de comité de ética médica y que sería el encargado de funcionar como «tribunal médico» para asuntos de deontología profesional. Es el antecedente de lo que posteriormente sería el *Council on Ethical and Judicial Affairs* (CEJA).

La reforma integral de este sistema de “código único” según el modelo continental hacia un modelo podríamos decir más propiamente «anglosajón» o de tipo “jurisprudencial” se hizo en 1980, cuando, al revisar el texto de 1957, se adaptaron los principios de ética médica a siete principios generales, “a fin de clarificar y actualizar el lenguaje, a fin de eliminar las referencias al género y buscar un equilibrio apropiado y razonable entre los estándares profesionales y los estándares legales actuales (...)”. Por ello se introdujo en el nuevo texto el “lenguaje de los derechos” respondiendo así a la época de la internacionalización de derechos y libertades fundamentales, instituyendo con fuerza la idea de la autonomía y los derechos del paciente dentro de la estructura normativa del campo médico, a la vez que para darle un barniz simbólico de texto pseudo-jurídico que sustituyese el lenguaje tradicional de “beneficios” y “cargas”. Según el AMA también “estos preceptos universales son interpretados y aplicados entonces a las nuevas situaciones y protocolos que surgen en todo momento. Los principios de ética médica del AMA quieren ser un contrato poderoso, vigoroso, de atención entre médicos y pacientes (*contract of caring*). El compromiso con estos principios distingue a los médicos del AMA de los demás e inculca la confianza a los pacientes” [nótese que se habla de “inculcar” la confianza. En lo sustancial, es decir, en lo que atañe a los intereses

corporativo-profesionales la ideología de la ética médica conserva valores e intereses de su texto originario]⁶¹⁴.

La novedad fundamental estriba en que estos principios son de carácter general, sustantivos, constitutivos, como la constitución política norteamericana, dejando la interpretación concreta de sus principios a la casuística judicial. De esta manera, la aplicación práctica de esos principios se ve actualizada con las opiniones e informes de un intérprete “legítimo”, el Consejo sobre Asuntos Éticos y Jurídicos.

En el preámbulo del texto de *Principles of Medical Ethics* se especifica que tales principios no son leyes sino “estándares de conducta que definen lo esencial de un comportamiento honorable para el médico” de manera que el profesional debe “observar todas las leyes, sostener la dignidad y honor de la profesión y aceptar la disciplina autoimpuesta (secc. 4)”.

El código completo del AMA de 1980 se compone de cuatro elementos:

1º. El texto de los *Principles of Medical Ethics* (1980) que supone la “constitución” médica.

2º. Las opiniones actualizadas con comentarios del Consejo sobre Asuntos Éticos y Jurídicos (*Current Opinions with Annotations of the Council on Ethical and Judicial Affairs*) –CEJA-. “Se trata de un conjunto extenso de declaraciones referidas a asuntos éticos específicos en la práctica médica” que incluye comentarios extensos de las opiniones del tribunal y de la literatura médica, ética y legal pertinente⁶¹⁵. “Más que un tribunal legal cuyas opiniones son elaboradas a partir de los principios constitucionales, el Consejo desarrolla en sus opiniones el sentido de los Principios (...). Establece la política de la ética del AMA”⁶¹⁶.

-El CEJA se compone de nueve miembros entre los nombrados por el presidente del AMA y que son elegidos por el *House of Delegates*, una especie de junta de compromisarios del AMA.

-El CEJA redacta anualmente informes sobre una gran variedad de asuntos ético-médicos.

-Después de la aprobación de estos informes por el *House of Delegates*, éstos *se convierten en la política oficial del AMA*.

⁶¹⁴ Para la consulta del texto completo y para una visión global de la estructura normativa del AMA se puede acudir a la página www.ama-assn.org/ethic/home.htm.

⁶¹⁵ Warren Thomas REICH (ed.), *Encyclopaedia of Bioethics*, vol. 5 (Appendix), op. cit., pág. 2649.

⁶¹⁶ Véase la página web mencionada en la nota 24.

-El CEJA también emite *opiniones que son agregadas al código ético*. Estas opiniones derivan normalmente de las recomendaciones contenidas en los informes del CEJA.

-Además el CEJA *tiene responsabilidades judiciales*. El Consejo *funciona como una jurisdicción de apelación para escuchar las reclamaciones de los miembros acerca de las decisiones relativas a la ética* y que son adoptadas por los diferentes grupos especializados de médicos del Estado. El CEJA tiene, por lo tanto, *autoridad independiente para investigar infracciones éticas cometidas por los miembros y afiliados del AMA*.

-El personal de la División de Estándares Éticos del AMA (*AMA's Ethics Standards Division*) colabora en la tarea del CEJA⁶¹⁷.

3°. Los Componentes Fundamentales en la Relación Médico-Paciente (*Fundamental Elements of the Patient-Physicians Relationship*). Enuncia los derechos básicos de los que los pacientes son titulares frente a los médicos [aunque los enuncia *desde* la perspectiva e intereses del campo médico], y también articula un listado de responsabilidades del paciente centrados, sobre todo, en la “colaboración” [obediencia] con el médico de lo cual depende el éxito de la atención médica. [Por la vía de la responsabilización individual y por la hegemonía ideológica naturalista del libre albedrío individual se atribuye al paciente parte de culpa de su estado de salud]. Este “subcódigo” ético fue publicado originalmente en 1993 como Informe núm.52 del código de ética médica del AMA elaborado por el CEJA como documento de componentes fundamentales (*Fundamental Elements Document*) para especificar la responsabilidad de los pacientes sobre el cuidado de su propia salud. El informe declaraba que “al igual que los derechos de los pacientes, las responsabilidades derivan del principio de autonomía (...) a ese ejercicio de autogobierno y libre elección individual le acompaña también una serie de responsabilidades”⁶¹⁸.

En este ámbito el AMA forma parte de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* que agrupa a miembros de la *American Hospital Association*, el AMA (mediante un código específico relativo a la *Ethical Conduct for Healthcare Institutions* (1992) dirigido a los objetivos, programas y servicios de los hospitales más que a su personal), el *American College of Physicians*, el *American College of Surgeons*. Desde 1994 en el *Accreditation Manual for Hospitals* de dicha comisión se creó una sección dedicada a los derechos de los pacientes

⁶¹⁷ Ibid.

⁶¹⁸ Ibid., y W. T. REICH, op. cit., pág. 2650.

(*Patient Rights*), todo ello con el objeto de crear un sistema orgánico para “reflejar la aplicación, así como la existencia, de políticas institucionales y procedimientos para el ejercicio y protección de un conjunto específico de derechos de los pacientes”⁶¹⁹.

4º. Los Informes del Consejo sobre Asuntos Éticos y Jurídicos (*Reports of the Council on Ethical and Judicial Affairs*). Constituyen un análisis detallado de las consideraciones éticas relevantes y los razonamientos de las opiniones del Consejo.

Por añadidura, para determinar la posición oficial del AMA, que actúa en la esfera político-pública como un poderoso grupo de presión sobre los asuntos éticos, es preciso consultar los cuatro componentes de su código ético. Por otra parte, hay que considerar que el organismo del *House of Delegates* emite, simultáneamente a la labor de los otros organismos, sus propias declaraciones sobre asuntos ético-médicos, las cuales están compendiadas en el *AMA Policy Compendium*. Pero, dado que el CEJA es responsable en la determinación de la postura oficial del AMA en asuntos éticos, las declaraciones del *House of Delegates* deben ser interpretadas como su propio punto de vista y no como la política ética oficial de la asociación.

Para finalizar, debemos notar que esta compleja red de subcampos de la ética médica que forman parte de la estructura normativa del campo médico va más allá de las fronteras de su campo y busca completar la *política* ética del AMA en “estructuras incitativas” (G.MEMETEAU), como veremos constituidas fuera del estricto campo profesional aunque vinculado a éste, en las que participan agentes provenientes de otros campos. Así, con ocasión del escándalo suscitado en 1997 por la clonación de la oveja «Dolly» en un laboratorio de Edimburgo y las posibles aplicaciones médicas de esa operación de manipulación genética, el AMA creó un organismo independiente y multidisciplinar para colaborar en la producción de estándares éticos en biomedicina: “El AMA renovó su énfasis en ética médica con la creación en 1997 del *Institute for Ethics*. (...) El Instituto de Ética funciona como una academia independiente del AMA y realiza investigaciones en un área extensa de ética biomédica. El Instituto publica escritos académicos y dirige programas educacionales (...). El papel del Instituto es el de dirigir la investigación sobre las políticas referidas a la ética biomédica y el de proporcionar soluciones prácticas de largo alcance para médicos. Simultáneamente, sus actividades están ayudando a situar las consideraciones éticas en la vanguardia de la profesión médica (...). El personal del Instituto trabajará con frecuencia con el personal del CEJA

⁶¹⁹ W. T. REICH, *ibíd.*

en proyectos comunes. El trabajo de investigación del Instituto es usado, con frecuencia, como base para el desarrollo de las nuevas políticas llevadas por el CEJA”⁶²⁰.

En nuestro país, la voluntad de crear un sistema de actualización y de reinterpretación de las normas de los códigos deontológicos nació en el segundo *Congreso Nacional de Comisiones de Deontología Médica*, celebrado en Barcelona en 1985. Este congreso concluía en la necesidad de dotar de nuevas funciones de actualización permanente de la estructura normativa deontológica a las comisiones de deontología de cada colegio de médicos, coordinadas por la *Comisión Central de Deontología*, y también establecía la necesidad de crear *Comités de Ética* en los centros hospitalarios cuya composición estuviera supervisada por la *Comisión Deontológica Provincial* a la que perteneciese el centro, comités que debían difundir el contenido del código deontológico local entre los médicos. De esta manera, la estructura de campo colegial, es decir, el campo de poder de dominio exclusivo de las estrategias temporales de la profesión, se suma a la adaptabilidad, reflexividad, pluralidad y actualidad del campo disciplinario de la bioética:

“Las Comisiones de Deontología han de jugar un papel acorde con los progresos biomédicos y los planteamientos nuevos que van surgiendo a consecuencia de ellos, en sus dimensiones individuales y sociales. Han quedado atrás los tiempos en los que la práctica de las Comisiones Deontológicas consistía primordialmente en solventar los problemas generados por la dicotomía, así como el procurar mantener la cohesión profesional en la afirmación de cuerpo colegial. (...) hoy la labor de las Comisiones Deontológicas ha de hacer frente a unas nuevas realidades, procurando prever los problemas, adaptando continuamente los códigos deontológicos, siempre bajo el prisma de la ética, y estando alerta a la progresiva ampliación de los sistemas legislativos que amenazan abarcar todos los campos de la actividad profesional. (...) [De las obligaciones de las Comisiones deontológicas] destacamos: la tutela de la docencia ética, la actualización de los códigos y participación activa en las instancias de decisión de la política social y en las instancias legislativas del país, creando primero sus condiciones de posibilidad. (...) Creemos que las Comisiones deontológicas han de actuar, dentro de los Colegios Médicos, con esta actitud de promoción, protección y defensa de los valores éticos en todos los campos donde existe un quehacer médico. En otras palabras, la responsabilidad médica entra de lleno en el campo de la bioética o, si se prefiere, de la ética de la salud, con todo lo que ello representa”⁶²¹.

Estas nuevas funciones atribuidas a las comisiones de deontología de los colegios de médicos indican la existencia de una vocación, paralela a la de los agentes

⁶²⁰ Véase la página web mencionada en la nota 24.

⁶²¹ Dolors VOLTAS BARÓ (vocal de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Barcelona y de la Comisión Central de Deontología Médica), «Normas generales para las Comisiones Colegiales de Deontología Médica. Normas de funcionamiento», ponencia del *II Congreso Nacional de Comisiones de Deontología Médica*, Barcelona, 10-12 octubre de 1985.

del campo bioético, de constituirse en un *poder corporativo de proyección jurídica*, autónomo, y ramificado en los diferentes comités de ética. Y ello sólo puede entenderse, a nuestro parecer, como una voluntad de adaptarse a ese contexto reiteradamente descrito de desregulación jurídica, fragmentación del poder estatal y delegación de la gestión técnica del sistema a entidades corporativas autorreguladas y en el contexto de innovaciones tecnocientíficas aceleradas por la urgencia de su introducción en el mercado sanitario.

En este sentido, ni que sea por la consideración por parte de las autoridades jurídicas de las normas deontológicas como un “útil para la cualificación [jurídica]” de hechos enjuiciados⁶²², aquí lo que se pretende, a través de las estrategias temporales del campo profesional, es no sólo mantener la autonomía del campo médico respecto del poder jurídico-político, sino determinar a la vez en lo posible sus decisiones.

Y es que hay que tener en cuenta que las normas deontológicas, junto a las reglas técnicas y los usos profesionales, constituyen un conjunto de la estructura reguladora del campo médico al que el poder jurídico (legal y jurisdiccional) acude para completar sus lagunas, sus ambigüedades y dificultades de concreción en asuntos donde estén implicadas cuestiones de técnica o gestión médica. Así, por ejemplo, respecto la manera de compatibilizar la regulación deontológica con la legal para dotar de contenido práctico al derecho de libre prescripción médica y el alcance de la protección jurídica de esa libertad, Pintó Ruiz señala que:

“El derecho no parte en su regulación de la perfección absoluta. No regula tampoco ni alcanza la totalidad del contenido ético, sino tan sólo el mínimo ético que sociológicamente es estimado como indispensable. (...) Para que esta libertad [de prescripción] esté, pues, protegida, ha de ser fruto de un grado de ciencia normal (...) el derecho no describe esta diligencia normal, sino que se remite a la normalidad que se predica de los médicos, a lo que haría un médico ni muy eminente ni muy torpe, sino normal. Por eso se llaman estas normas, «normas en blanco». Y de ello se sigue que a ellas se introduce o incorpora el *uso médico*, lo que se suele hacer en un país y en una época por los médicos, las normas de deontología [vigentes], etcétera. De ahí la importancia que tiene para la determinación de su acierto el contenido externo, el uso médico, el estándar médico y la posición social misma con respecto a las concepciones morales en cuanto se pudiera excluir determinado medio terapéutico como no ético”⁶²³.

⁶²² Patrice BERGER, op. cit., pág. 64.

⁶²³ José J. PINTÓ RUIZ, «La protección jurídica de la libertad de prescripción del médico», en *II Congreso Nacional de Comisiones de Deontología Médica*, op. cit.

En este caso, la «libertad de prescripción» ponderada por el “uso médico” y los estándares morales de la profesión haría referencia al tipo de prescripciones “cuasi-morales” que hemos mencionado más arriba y que señalan directamente a los intereses específicos de la comunidad médica, de la corporación profesional, pero que junto con las reglas técnicas suficientes requeridas a un profesional normal resultan insuficientes para valorar una actuación médica como “ética”. Alega el autor que como consecuencia del principio de libertad, de la responsabilidad y de la necesidad de proteger y defender la profesión médica:

“El médico, en cuanto responsable, ha de ser libre a la hora de prescribir. Sólo él conoce en profundidad la situación del enfermo que a él se ha confiado y como soberano y responsable de su decisión, puede repeler toda presión o exigencia exterior no procedente del enfermo consciente”⁶²⁴

El vínculo de conexión, que veremos en el punto siguiente, entre normas deontológicas y reglas técnicas es fundamental para justificar una ética específica del campo médico y, por tanto, una competencia exclusiva del profesional en la determinación acerca de la “eticidad” de su conducta por la puesta en juego de su capital científico-técnico, por el que es reconocido socialmente y por el que es aceptado como miembro de una corporación con derecho reservado de admisión. El médico es responsable de su actuación y esa responsabilidad, primariamente moral y luego jurídica, pivota en su conocimiento, destreza y trato con terceros. Para la asunción de esa responsabilidad el agente requiere un grado de libertad de acción y decisión que dependerá de esos conocimientos profesionales y la valoración éticamente positiva de éstos por los códigos éticos, así como el añadido específico de las normas morales de la profesión relativas al trato, a las relaciones sociales, que van más allá de la gestión técnica de los cuerpos, pero que al estar vinculadas con ese conocimiento y destreza de la profesión, configuran un orden específico de relaciones de poder.

La irrupción contemporánea de la “medicina defensiva”, la que autolimita la responsabilidad del médico a favor de la autonomía del paciente y burocratiza la relación con el objetivo de evitar posibles demandas judiciales, ha de tener como efecto una pérdida en la eficacia de aquellas normas morales de los códigos relativas a una responsabilidad que va más allá de lo establecido en las reglas técnicas normalmente aprendidas o lo seguido estrictamente por los protocolos clínicos.

⁶²⁴ *Ibíd.*

En el discurso médico, por consiguiente, sigue siendo fundamental la existencia de las normas deontológicas como justificación del mantenimiento de un orden específico de relaciones de poder. Normas deontológicas que parten de la perspectiva científico-técnica, de usos profesionales y de estrategias temporales de la profesión médica y que constituyen *un punto de referencia para la profesión*. Es decir, un sentido propio de la profesión, una baliza respecto los estándares comunes deseables de la conducta de unos miembros de una comunidad tecnocientífica institucionalizada que supera, en sus efectos, los límites competenciales de las estrategias científicas y técnicas absorbiendo competencias que afectan relaciones sociales más complejas (relaciones afectivas, de confianza, de trato, de actitud moral, etcétera con los enfermos) y relaciones de poder político (de configuración de las condiciones de las decisiones en la esfera pública sobre asuntos de salud pública, tecnologías médicas, políticas sociales, etcétera).

Por eso, para la comunidad médica, por ejemplo, es tan importante la codificación, la puesta en forma de esa baliza, de ese sello de la profesión. Al respecto recordemos que para algún autor esa *puesta en forma* de normas éticas deja de constituir una guía eficaz para la conducta profesional para priorizar el sentido simbólico de la “virtud de la forma”, en palabras de Bourdieu, que, en todo caso, responde a las estrategias políticas (recordemos la mención explícita del AMA acerca de la importancia de seguir una “*política ética*”) del campo profesional.

“Las implicaciones son claras: los códigos profesionales no son una guía ética, sino que simplemente protegen a los profesionales y aseguran su estatus y sus ingresos. Son productos de un gremio que tiene como prioridad principal mantenerse. (...) Un examen de numerosos códigos profesionales revela una tendencia a reflejar prioritariamente los propios asuntos institucionales. Los códigos parecen con frecuencia como documentos domésticos diseñados para proteger el estatus de élite de los profesionales involucrados”⁶²⁵.

Digamos que este “sentido auténtico” o “realista” de los códigos profesionales, señalado por Lebacqz, queda en cualquier caso oculto por la intencionalidad aparente de autorregular la moralidad de la conducta de los profesionales. Y más allá de la protección del estatus profesional que pueda afectar en mayor medida a la élite, a la jerarquía de la profesión, el objetivo general de la puesta en forma codificada de la ética profesional sirve simbólicamente como imagen de referencia para todos y cada uno de los agentes que integran el campo médico profesional. Para Lebacqz y Jane Clapp

⁶²⁵ Karen LEBACQZ, *Professional Ethics. Power and Paradox*, op. cit., pág. 67.

conviene revisar críticamente lo que constituye la función principal de los códigos deontológicos, demasiado vagos e imprecisos para resultar una verdadera ayuda a la hora de tomar decisiones éticamente problemáticas:

“Más que buscar en los códigos profesionales pautas específicas para la acción, éstos podrían entenderse mejor como afirmaciones acerca de la *imagen* de la profesión y el carácter de los profesionales. Los códigos quieren indicar típicamente algo acerca de los tipos de dilemas éticos con los que se encuentran los profesionales o con los que esperan encontrarse, las lealtades que esperan tener, las tareas que llevan a cabo, la localización de conflictos entre expectativas de funciones a cumplir, etcétera. Entendida esta vía [de interpretación], [los profesionales] no reciben códigos para la acción, sino postes indicativos para comprender qué presiones y tensiones recaen en la profesión y qué imagen del buen profesional es sostenida para asistir a los profesionales a través de esas presiones y tensiones”⁶²⁶.

Los códigos deontológicos están ahí, con sus pretensiones específicas y variadas, como señal o punto de referencia. Forman parte de una codificación ética más compleja que, formando parte del campo médico, trasciende de su ámbito profesional tendiendo a normalizar un sistema de relaciones que no ponga en peligro el mantenimiento de la estructura de campo, es decir, sus relaciones de poder. La codificación formalizada que permite a los profesionales, aún pasivamente, sólo por la pertenencia al campo, “ponerse en regla” responde así al interés del grupo indicando qué tipo de amenazas pueden afectarlo y cómo predisponerse. Por eso, la función simbólica del código ético, de la normalización conservadora de los valores del grupo también tiene un efecto práctico tranquilizador de las conciencias de sus miembros en aquellos casos en los que en sus interacciones se produce el encuentro de dos series causales independientes (el azar, el conflicto inesperado):

“La codificación minimiza el equívoco y la imprecisión, en particular en las interacciones. Se muestra particularmente indispensable y también eficaz en las situaciones donde los riesgos de colisión, de conflicto, de accidente, donde el álea, el azar (...), son particularmente importantes. (...) [En este sentido], la codificación es capital porque asegura una comunicación mínima”⁶²⁷.

Pero veamos un poco más detalladamente la eficacia simbólica que despliega la codificación ética, es decir, la puesta en forma de lo que convencionalmente, en el seno de las jerarquías temporales del campo médico y de la tradición histórico-ideológica de la profesión, se ha determinado normativamente como los principios, valores y deberes específicos del campo.

⁶²⁶Jane CLAPP, *Professional Ethics and Insignia*, op. cit., pág. 224.

⁶²⁷ Pierre BOURDIEU, *Cosas dichas*, Barcelona, Gedisa, 1996, pág. 87.

En la estructura de un campo de poder como el médico, la existencia circunstancial de normas de conducta escritas, comunes para todos los agentes del campo, supone la parte más visible pero la menos importante en cuanto a la fuente autónoma de normalización de las conductas profesionales. Quizás lo más decisivo sea el “sentido del juego” en el campo (en función de los capitales científico-técnicos y temporales disponibles, de la propia estructura de relaciones de poder y de lucha internas al campo que determinan las estrategias a seguir, el *habitus* de campo y las reglas de juego interiorizadas y normalizadas, no usadas conscientemente, etcétera) como el principal factor generador de prácticas, sin que ello implique una obediencia consciente a normas explícitamente enunciadas como tales por las instituciones temporales del campo⁶²⁸. Lo cual indica que la conformidad a las normas codificadas y publicadas por el poder temporal del campo correspondiente suele ser algo poco habitual⁶²⁹. Lo que no significa que la mayor parte de las conductas sean explícitamente contrarias a lo tipificado por esas normas. Más bien que ellas pueden reflejar las prácticas habituales que, al cristalizarlas en fórmulas escritas, por muy genéricas o ambiguas que sean, sin embargo no resisten la variedad casuística de cada caso concreto ni el transcurso del tiempo que presenta variaciones necesarias aunque sobre el *mismo tema*. Por otra parte, el desajuste entre la práctica habitual y lo normado puede deberse a que lo tipificado en normas explícitas lo esté en un intento de prever supuestos cuya excepcionalidad el *habitus* o “sentido del juego” de los agentes, dada su imprecisión e improvisación, no sea suficiente para afrontarlos con posibilidades de éxito, lo que daría también sentido a la codificación. Es decir, lo que la codificación ética indicaría es el *carácter excepcional* de lo normado en relación con la práctica habitual de regularidad casi inconsciente y preñada de decisiones improvisadas o reflexivas desde la conciencia

⁶²⁸ En el caso de lo que Bourdieu llama *habitus* como disposiciones para la práctica, independiente del cumplimiento de normas explícitas, constituye “un fundamento objetivo de conductas regulares, por lo tanto, la regularidad de las conductas, y, si se pueden prever las prácticas (aquí la sanción asociada a una cierta transgresión), es porque el *habitus* hace que los agentes que estén dotados de él se comporten de una cierta manera en ciertas circunstancias. Siendo así, esta tendencia a actuar de una manera regular que, cuando el principio está explícitamente constituido, puede servir de base a una previsión (equivalente culto de las anticipaciones prácticas de la experiencia ordinaria), no encuentra su principio en una regla o una ley explícita. Es lo que hace que las conductas engendradas por el *habitus* no tengan la hermosa regularidad de las conductas deducidas de un principio legislativo: *el habitus tiene parte ligada con lo impreciso y lo vago*. Espontaneidad que se afirma en la confrontación improvisada con situaciones sin cesar renovadas, obedece a una *lógica práctica*, la de lo impreciso, del más o menos, que define la relación ordinaria con el mundo” (P.BOURDIEU, op. cit., pág. 84).

⁶²⁹ “Pero la estadística (...) muestra que las prácticas no se conforman sino excepcionalmente con la norma” (P. BOURDIEU, op. cit., pág. 83).

de las estrategias de acción. De manera que, para Bourdieu o para Ulrich Beck, cuanto más peligrosa o excepcional es la situación tanto más codificada resulta la práctica.

El riesgo que implica la práctica médica es tan obvio que a la codificación de las reglas técnicas y las normas temporales de cohesión y mantenimiento del crédito a la profesión se añade la codificación de normas éticas y deontológicas. La actividad del profesional que representa a la comunidad médica en cada acto “profesional” plantea una situación de riesgo potencial que desde la organización (y quizás por una exigencia social) se intenta controlar mediante la imposición de formas (morales, en este caso).

“Codificar, es a la vez poner en forma [*por ejemplo, la formulación normativa o ritual de principios del habitus que ordenan y regularizan la acción*] y poner formas [*la formulación normativa de previsiones de conducta*]. Hay una virtud propia de la forma. Y el dominio cultural es siempre un dominio de las formas” (*los subrayados son nuestros*)⁶³⁰.

En relación con esa virtud inherente a la forma, la conformidad explícita de la práctica con la norma, cuando se da, añade “un beneficio simbólico suplementario, el que trae el estar, o como se dice, el *ponerse en regla*, para rendir homenaje a la regla y a los valores del grupo”⁶³¹. Esta parece ser, en nuestra opinión, la intención pragmática de la existencia de los códigos éticos y deontológicos escritos de las profesiones, a pesar de que la objetivación en formas normativas de las prácticas que realizan los códigos suponga un distanciamiento de una práctica dependiente de múltiples factores imprevisibles y causales desconocidos.

“La codificación es un cambio de naturaleza, un cambio de estatuto ontológico, que se opera cuando se pasa de esquemas [*de conocimiento, técnica y trato humano, actitud moral o savoir faire*] dominados en estado práctico a un código, [*un código ético-médico*], por el trabajo de codificación, que es un trabajo jurídico” (*los subrayados son nuestros*)⁶³².

En este sentido, el objetivo de normalización de las prácticas y su sujeción a estructuras prescriptivas por parte de la codificación constituye una puesta en orden simbólica para clarificar y homogeneizar conductas y minimizar equívocos e imprecisiones. El proceso de objetivación y homologación de conductas de un colectivo en código supone su oficialización y es mediante la publicación del código cuando esa oficialización se descubre.

⁶³⁰ *Ibid.*, pág. 85.

⁶³¹ *Ibid.*, pág. 84.

⁶³² *Ibid.*, pág. 86.

“La codificación tiene parte ligada con la disciplina y con la normalización de las prácticas. [Hay] quien dice en alguna parte que los sistemas simbólicos «regimentan» lo que codifican. La codificación es una operación de puesta en orden simbólica, o de mantenimiento del orden simbólico, que incumbe a menudo a las grandes burocracias de Estado. (...) El efecto de oficialización se identifica con un efecto de homologación. Homologar, etimológicamente, es asegurar que se dice la misma cosa cuando se dicen las mismas palabras, es transformar un esquema práctico en un código lingüístico de tipo jurídico. (...) La publicación es una operación que oficializa, por lo tanto, legaliza, porque implica la divulgación, el descubrimiento frente a todos, y la homologación, el consenso de todos sobre la cosa así descubierta. (...) La publicación oficial, conforme a las formas impuestas, que conviene a las ocasiones oficiales, tiene de por sí un efecto de consagración y de licitación. Ciertas prácticas que eran vividas en el drama tan largo tiempo que no había palabras para decirlas y para pensarlas, de estas palabras oficiales, producidas por las personas autorizadas, médicos, psicólogos, que permitan *declararlas*, a sí mismo y a los otros, sufren una verdadera transmutación ontológica desde que, siendo conocidas y reconocidas públicamente, nombradas y homologadas, se encuentran legitimadas, hasta legalizadas, y pueden por lo tanto declararse, publicitarse”⁶³³.

La codificación ética y deontológica en medicina supone un símbolo, una apariencia de orden jurídico-normativo, pero en un campo cuya actividad indiciaria es *per se* imprevisible, donde no sólo en un plano técnico sino, sobre todo, en un plano moral y político, aparecen dilemas, aporías de una complejidad insuperable por código normativo homologador alguno, es decir, prácticas que han sido vividas como dramas *sin nombre*, sin definición, sin clasificación y jerarquización, sin reconocimiento público y sin normalización. El código ético en medicina supone una puesta en orden simbólica que tiene lugar en un campo cuya variabilidad de problemas éticos y políticos está en relación, entre otras cosas y causas, con los avances en investigación científica y en la tecnología aplicable y además a un ritmo de cambios y obsolescencias acelerado y crecientemente impuesto por la rentabilidad inmediata de las industrias que invierten en dichos sectores. La codificación ética pretende abarcar todas las prácticas profesionales de cada agente del campo, todas las experiencias dramáticas vividas particularmente, sin considerar el condicionante del propio juego de luchas internas, la dependencia de las estrategias para la ubicación del agente en el campo según los intereses en juego, así como el propio “sentido del juego”, dependiente de circunstancias temporales o políticas y materiales o económicas ajenas al campo médico.

Toda esa multiplicidad de factores y contingencias de la acción nos traen a una realidad que muestra que “no todo está homologado y que, si hay homologación, ella no pone fin a la discusión, a la negociación, ni a la controversia”⁶³⁴.

⁶³³ *Ibid.*, págs. 86, 88 y 91.

⁶³⁴ *Ibid.*, pág. 89.

De la deontología codificada en textos normativos se ha dado un salto hacia la búsqueda de soluciones más informales y flexibles de las aporías y dilemas éticos en medicina a fin de adaptar las decisiones al caso concreto y sincrónicamente. Aún así, la controversia, la discusión, no cesa. Las cuestiones éticas ocultan cuestiones de calado político que exigen otro tipo de discusiones y de decisiones.

La puesta en orden simbólica de la codificación reside en su formalización y tiene una eficacia específica que Bourdieu denomina “violencia simbólica de las formas” paradigma de la cual lo constituye el derecho. Se trata de una violencia que se ejerce *en las formas o poniendo formas* como sistema de construcción de la realidad en la que se establece un orden de expresión y de conocimiento (arbitrarios), de manera que pueda reforzarse dentro del campo, de la comunidad médica, y fuera del campo, en el ámbito social, en la «opinión pública», la creencia en la legitimidad de tales *formas*⁶³⁵.

“Poner formas, es dar a una acción o a un discurso la forma que es reconocida como conveniente, legítima, aprobada, es decir, una forma tal que se puede producir públicamente, frente a todos, una voluntad o una práctica que, presentada de otra manera, sería inaceptable (es la función del eufemismo). La fuerza de la forma, esta *vis formae* de la que hablan los antiguos, es esta fuerza propiamente simbólica que permite a la fuerza ejercerse plenamente al hacerse desconocer en tanto que fuerza y al hacerse reconocer, aprobar, aceptar, por el hecho de presentarse bajo las apariencias de la universalidad –la de la razón o de la moral-. (...) es siempre una fuerza a la vez lógica [la fuerza propia de la racionalidad o de la racionalización] y social”⁶³⁶.

En términos de Bourdieu podemos afirmar que la codificación deontológica en medicina, tal como la conocemos hoy, constituye un sistema simbólico ideológico que producen los especialistas (poseedores de ese capital temporal) en la lucha por el monopolio de la producción ideológica legítima.

El gobierno de los colegios profesionales, sus comisiones de deontología, las organizaciones jerárquicas de control y homologación de los colegios profesionales, son el lugar o el “campo” donde el sentido del juego se concentra en la lucha de las estrategias de sus agentes por “la jerarquía de los principios de jerarquización”⁶³⁷.

En la cima de la jerarquía ideológica del campo médico nos encontramos con organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales vinculados con los

⁶³⁵ P. BOURDIEU, *Poder, derecho y clases sociales*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2000, págs. 87 y sigs.

⁶³⁶ P. BOURDIEU, *Cosas dichas*, op. cit., págs. 90-91.

⁶³⁷ P. BOURDIEU, *Poder, derecho y clases sociales*, op. cit., pág. 95.

Estados, con ascendente sobre las corporaciones profesionales de cada país, directamente o mediando la legislación nacional para forzar a la conformidad ideológica entre los agentes de la profesión. Así tenemos las declaraciones y recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, que son consideradas como la referencia moral común para la práctica médica en todo el mundo, las de la Organización Mundial de la Salud, de la misma Organización de las Naciones Unidas o del Consejo de Europa, que en muchos casos sus normas éticas relacionadas con la práctica de la medicina son integradas en las legislaciones nacionales.

Este “sistema simbólico” se aguza más con la incorporación al sistema ideológico de las jerarquías de otros campos como el económico-mercantil, el político-público o el intelectual del campo disciplinario de la bioética. Nuestra tesis sostiene que esta integración de poderes de intereses diversos, algunos aparentemente contrapuestos, en la construcción de un discurso ético *ad hoc* a la producción tecnocientífica y a su aplicación médica, implica la voluntad de construcción de un sistema ideológico “legítimo” que acaba por desintegrar las fuerzas “deconstructivas” de su discurso, las que buscan descubrir las estructuras y estrategias de dominación e intereses de esa conjunción de campos de poder o las que plantean cambios radicales en las condiciones de distribución de poder, de capital económico, político y social que permiten reproducir los sistemas ideológicos que las legitiman, los “instrumentos de dominación estructurantes en cuanto estructurados”⁶³⁸.

El discurso ético del campo médico tiene, en este sentido, el interés añadido de una tradición histórica mítica, la de la ética hipocrática (es decir, una ética patriarcal-aristocrática, bien producto de la filantropía griega aplicada a la casta médica o bien basada en las doctrinas pitagóricas), y luego, la de la ética hipocrática cristianizada, la cual en cierto sentido constituía un producto colectivo o colectivamente apropiado de un sistema moral comunitario aplicado a la práctica médica. Vimos, en los primeros capítulos del presente trabajo, la forma en la que la profesionalización de la actividad médica y su institucionalización en corporación desembocó a partir de la segunda mitad del siglo XIX en corporaciones de derecho público o «colegios profesionales» en los que, junto a una estructura orgánica en la que se buscaba cohesionar la diversidad ideológica en torno a la organización política de la medicina, se formalizaron las normas éticas y deontológicas, la ideología convencional de la profesión, en códigos

⁶³⁸ *Ibíd.*

articulados, constituidos así en símbolo de la profesión. Vimos que para llegar a la consagración de estos símbolos, del mito común se pasó al acuerdo entre la jerarquía de la profesión médica sobre aquello que allí en adelante debía ser la ideología común y legítima. No cabe duda que en esas luchas de campo o subcampo de la jerarquía temporal de la clase médica (recordemos en los inicios de la aventura colegial del caso español la lucha entre los frentes liberal, conservador y moderado, en la que el socialista quedaba marginado) se presentaban las ideologías (las cuales reproducían las de la lucha en la esfera político-pública) que servían a intereses particulares de los grupos enfrentados.

El acuerdo final plasmado en cartas o estatutos colegiales y luego en códigos éticos y deontológicos, como sellos distintivos de la profesión, presentaba de esta manera aquellos intereses particulares de las jerarquías como intereses universales, comunes a la totalidad del grupo.

Bourdieu teoriza sobre este fenómeno para argumentar acerca de la existencia de una violencia intrínseca en las formas simbólicas establecidas desde el poder:

“Los «sistemas simbólicos» se distinguen fundamentalmente según sean producidos y a la vez apropiados por la totalidad del grupo o, al contrario, producidos por un cuerpo de especialistas y, más precisamente, por un campo de producción y de circulación relativamente autónomo: la historia de la transformación del mito en religión (ideología) no puede separarse de la historia de la creación de un cuerpo de productores especializados en discursos y rituales religiosos, es decir, del progreso de la *división del trabajo religioso*, que es él mismo una dimensión del progreso de la división del trabajo social, por tanto de la división en clases y que conduce, entre otras consecuencias a *desposeer* a los laicos de los instrumentos de producción simbólica (la existencia de un campo de producción especializado es la condición de la aparición de una lucha entre la ortodoxia y la heterodoxia que tienen en común distinguirse de la doxa, es decir, de lo indiscutido)”⁶³⁹.

La existencia de los códigos éticos y deontológicos supone, en consecuencia, la expresión de la razón de la autoridad temporal del campo médico-profesional, que queda oculta tras la racionalidad normativa de contenidos éticos universales, aceptables por todos. Queda oculta por su consagración, por la formalidad procedimental y el manejo de conceptos que *nombran* valores que confieren licitud al texto. De manera que seguir las normas, “ponerse en regla”, supone efectivamente, rendir homenaje a la norma y a los valores del grupo lo que implica legitimar la existencia de esas estructuras de poder, que nombra y establece las reglas (de juego) ocultas tras las formas y los valores consensuados. Aunque el “ponerse en regla para estar en forma” no sea

⁶³⁹ *Ibid.*, págs. 95-96.

absolutamente necesario. Basta que se vea ondear la bandera en lo alto sin tener que besarla.

6.2. Control ético en el campo biomédico

Gérard Memeteau, en un artículo publicado en la *Revue de la Recherche Juridique* en 1988, distingue entre «estructuras normativas» y «estructuras incitativas» con el objeto de ubicar las normas éticas del campo médico en el universo jurídico⁶⁴⁰. Al hablar de estructuras normativas, Memeteau se refiere al conjunto de organismos que tienen capacidad para producir lo que nosotros hemos denominado el *sistema ético interno de la profesión*. Es decir, organismos como los colegios de médicos y sus comisiones de deontología, las asambleas de compromisarios de los colegios, las juntas de gobierno, etcétera.

Al hablar de estructuras incitativas, Memeteau piensa en otro tipo de organismos, en autoridades llamadas a reflexionar sobre el “afinamiento de los buenos usos médicos”, y cuyas sugerencias pueden ser imperativas, autoridades que no intervienen en calidad de representantes de las instituciones corporativas, pero cuyas opiniones tienen fuerza imperativa para la configuración de la moral médica⁶⁴¹. Es decir, como vimos, opiniones organizadas de «expertos profanos» por ejemplo.

Estas “opiniones organizadas” son emitidas institucionalmente por organismos más o menos vinculados al poder político, organismos cuya existencia es legalizada y que funcionan como *instancias especializadas de expertos a las que acuden los poderes públicos para asesorarse acerca de asuntos técnicos que precisan una valoración (esto es, una justificación) moral previa a su articulación jurídica*.

Memeteau habla de “opiniones organizadas” *incitativas* porque “incitan” a la regulación jurídica o a su seguimiento como si dispusieran de una fuerza imperativa propia. Son reflexiones doctrinales, métodos de razonamiento, capaces de cumplir un objetivo práctico y de las que se espera un mensaje inmediatamente utilizable de *lege*

⁶⁴⁰ Gérard MEMETEAU, «La place des normes éthiques en Droit médical», *Revue de la Recherche Juridique*, 2, 1988, págs. 391-424.

⁶⁴¹ G. MEMETEAU, op. cit., págs. 393 y 404.

ferenda, un soporte doctrinal para la interpretación jurisdiccional o un pretexto prelegislativo⁶⁴².

De entre los organismos que integran en la actualidad estas “estructuras incitativas”, y que producen un sistema ético peculiar que se superpone de forma creciente al sistema ético interno que deriva de la autorregulación profesional y que hemos analizado en el apartado anterior, examinaremos aquí dos tipos de entidades colaboradoras con el Estado en materias tecnocientíficas bien diferentes en su naturaleza pero que consideramos especialmente significativas: los comités bioéticos y las agencias de evaluación de tecnología sanitaria.

Es bien cierto que la opinión de estos organismos es considerada en la actualidad especialmente cualificada. Por ello fueron creados a la sombra de los gobiernos como órganos asesores a partir de la tradición tecnocrática neocorporativa norteamericana de la que ya hablamos, y fueron impulsados para lograr cierta homologación a escala internacional de las directrices éticas que se refieren a asuntos como por ejemplo los ensayos clínicos (es decir, para impulsar compromisos éticos de “juego limpio” en el competitivo negocio de la industria farmacéutica y las tecnologías y biotecnologías médicas). Como dice Ascensión Cambrón respecto de ciertas comisiones:

“Ante la complejidad y los intereses en juego el ejecutivo ha optado por crear órganos de consulta, cuyas opiniones lo comprometen a poco, pero contribuyen a legitimar prácticas profesionales arriesgadas sin impedir la obtención de beneficios a que se orientan las biotecnologías”⁶⁴³.

Los organismos a los que nos referimos *traducen* las proposiciones tecnocientíficas a proposiciones ético-prescriptivas, *ponen en forma normalizada* de juicio ético las proposiciones tecnocientíficas relativas a un ensayo clínico o a una terapia técnicamente innovadora, realizando así una labor tecnocrática previa paralela a la juridificación de la práctica o de la tecnología o invento enjuiciados. Ajenos a las estructuras corporativas tradicionales, estos organismos necesitan de un discurso ético específico que complemente y adapte las estructuras normativas internas del campo tecnocientífico en nombre de las cuales actúan a los valores y a principios morales tenidos por válidos universalmente (procedentes tanto de las codificaciones

⁶⁴² *Ibid.*, pág. 407.

⁶⁴³ Ascensión CAMBRÓN, «Funciones y limitaciones de las comisiones nacionales de bioética», en M. CASADO (coord.), *Bioética, derecho y sociedad*, Madrid, Trotta, 1998, pág.77.

internacionalmente asumidas –por ejemplo en las declaraciones de la Asociación Médica Mundial-, como de la introducción de nuevos valores y actualización de aquellos por los *think tanks* de la bioética)⁶⁴⁴.

La bioética va a ser capaz en gran parte de proporcionar este discurso referido a valores morales generales gracias a su carácter pretendidamente plural, flexible y conciliador de intereses respecto al objetivo de buscar una línea común de soluciones en materia tecnológica y biomédica⁶⁴⁵. Como vimos, la propuesta originaria de la bioética consistió en la construcción de un:

⁶⁴⁴ “El “código de ética” propuesto como “credo bioético para los individuos (...) nunca debería considerarse acabado, sino que debería sufrir un continuo examen y perfeccionamiento y deberían añadirse nuevas declaraciones” (KIEFFER citando a V. R. POTTER, op. cit., pág. 409). También pensamos, por ejemplo, en la *Convención para la Protección de los Derechos humanos y de la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina* del Consejo de Europa o “Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina” o “Convención de Asturias de Bioética” o “Convenio de Oviedo” del 4 de abril de 1997, aprobado a partir del proyecto elaborado por la Asamblea Parlamentaria y el *Comité ad hoc para la Bioética* y en 1992 por el *Comité Director para la Bioética*. Este convenio tiene por objeto armonizar las legislaciones internas de los Estados miembros en materia de derechos humanos frente a los usos o prácticas inadecuados de la biomedicina. Se trata de un convenio marco de principios mínimos respetables por las legislaciones nacionales, aunque abre la posibilidad de que éstas sean las que puedan, por su cuenta, endurecer las exigencias (M. CÁRCAVA, J. A. FERNÁNDEZ, «Comentarios a la Convención de Asturias de Bioética y al Protocolo Adicional contra la clonación de seres humanos», en Marcelo PALACIOS (coord.), *Bioética 2000*, Gijón, Nobel, 2000, pág. 447). Para la interpretación del convenio, para su proceso de adaptación a los cambios y su actualización mediante protocolos y enmiendas, el Consejo de Europa confía en los cometidos que al respecto son asignados al Comité Director de Bioética con un margen de revisión discrecional del convenio. Así, el artículo 32.4 establece que, “a fin de estar al corriente de los avances científicos, el presente Convenio será objeto de un examen en el seno del Comité en un plazo máximo de cinco años desde su entrada en vigor y en adelante en los intervalos que el Comité determine”.

⁶⁴⁵ Este carácter flexible y conciliador de la bioética no resulta de ningún acuerdo metodológico general en el campo bioético, donde la construcción de un paradigma común se ha hecho, como vimos, muy difícil de conseguir. A pesar del título de un libro famoso de Hottois, la noción de «paradigma» utilizada por el autor en ese libro no hace referencia al sentido kuhniano de «paradigma científico». Hottois se refiere allí a la bioética como a una disciplina *paradigmática* para reflexionar sobre las cuestiones éticas suscitadas por la tecnociencia contemporánea (Gilbert HOTTOIS, *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*, Barcelona, Anthropos, 1991, pág. 169), sin que esta idea implique la existencia de una doxología común entre los bioéticos, es decir, necesariamente coincidente con la de los agentes que representan la jerarquía de ese campo. Además, como vimos, la alabanza a la multi e interdisciplinariedad y a la pluralidad de opiniones expertas del campo bioético sirve para fundamentar la necesidad de llegar a acuerdos en un terreno (la ética) en el que impera cierto diletantismo. Por lo que suponer que de una *puesta en común* (la interdisciplinariedad metodológica) de conocimientos especializados va a surgir un conocimiento y una doxología común es para algún autor hipocresía: “interdisciplinariedad significa estar abierto a todo” y eso no parece que suceda en los foros bioéticos oficiales (Ernst PÖPPEL, «Handeln im Ethischen-Planen für das Ethische: Persönliche Anmerkungen», en VV.AA. *Ethik und Heuchelei*, Colonia, DuMont, 2000, págs. 15-16). Sin embargo, la ventaja del espacio bioético institucionalizado en comités, por ejemplo, es que se constituye como un campo (o subcampo) de poder donde la organización temporal de la distribución del capital específico y de las estrategias está lo suficientemente autorregulado como para que se puedan alcanzar acuerdos mínimos comunes y llegue a consolidarse incluso un *habitus* específico de trabajo en esos espacios concretos. En cualquier caso se trataría de un trabajo *pluridisciplinar* (véase nota 4, A. CAMBRÓN, op. cit., pág. 76) en el que finalmente se consensúan soluciones “todoterreno” a partir de las posiciones ideológicas propias de los agentes del comité, de sus intereses y estrategias personales dentro de ese campo.

“nuevo sistema de valores, cualquiera que sea la forma que pueda tomar, puede contribuir a una reestructuración de las instituciones sociales, las tecnologías, los procesos de toma de decisión y las actitudes frente a los recursos ambientales”⁶⁴⁶.

Veremos entonces en primer lugar lo que ha dado de sí este discurso en la práctica de diferentes organismos incitativos que han ido generando directrices éticas capaces de formar un sistema ético para el campo tecnocientífico.

a) *La decisión ética en Comité de bioética*

La denominación «Comités de Ética» (o también «Comités de Bioética») se emplea para referirse a organismos colegiados compuestos por agentes procedentes de campos disciplinarios diversos, encargados de apreciar las implicaciones éticas, jurídicas y sociales planteadas por las investigaciones, ensayos clínicos y aplicaciones de terapéuticas, métodos diagnósticos, tecnologías y productos farmacéuticos en el campo de las ciencias biológicas, la biomedicina y la medicina clínica. Existe una variada tipología de comités que van desde aquellos con funciones de asesoramiento ético y jurídico a los Estados en materia biomédica (por ejemplo el Comité Director para la Bioética o el Comité de Expertos en el Progreso de las Ciencias Biomédicas del Consejo de Europa o los Comités Nacionales de Ética o Bioética) a los comités *ad hoc*, constituidos para la resolución de asuntos específicos (los Comités Éticos de Investigación Clínica o el Comité Nacional de Reproducción Asistida, aunque también emita sugerencias acerca de posibles modificaciones o novedades legislativas), pasando por los comités de ética hospitalaria o asistencial, constituidos “como instancias mediadoras –controladas por investigadores, médicos y administración- para aminorar los riesgos de deterioro de la relación médico-paciente y para evitar la creciente judicialización de la vida sanitaria”⁶⁴⁷.

La aparición de este tipo de organismos colegiados entre los años sesenta y setenta del siglo XX en los Estados Unidos y la posterior expansión por el resto de

⁶⁴⁶ George H. KIEFFER, *Bioética*, Madrid, Alambra, 1983, pág. 407.

⁶⁴⁷ A. CAMBRÓN, «Funciones y limitaciones de las comisiones nacionales de bioética», op. cit., pág. 81.

países industrializados responde a nuestro entender a tres factores o circunstancias principales.

En primer lugar, a la necesidad de conciliar la experimentación científica y clínica, ineludible para la pujante industria biotecnológica con la adopción de medidas de seguridad en las que los acuerdos sobre posibles moratorias sean razonablemente discutidos entre los expertos⁶⁴⁸. Éstos ponderarán la necesidad de investigación y desarrollo tecnocientífico (que deriva de exigencias de la lógica de poder del propio campo tecnocientífico –su necesidad de reproducción- y cada vez más por exigencias de la competitividad del mercado internacional –el conseguir las patentes y aplicar las últimas tecnologías y productos en la industria-, y, en menor medida por las exigencias sociales⁶⁴⁹) y la necesidad de paralizar la investigación y aplicación de los resultados de la investigación dados los *riesgos*, ante lo imprevisible e incontrolable de sus efectos⁶⁵⁰. *Ante la ausencia de potestad legislativa del campo tecnocientífico y la reserva que muestra éste ante el procedimiento de discusión política y del juego jurídico de normación tradicional, la angustia ante los riesgos es canalizada hacia un control normativo alternativo, el control bioético*, en el que se hace partícipe, se *integra*, a un sector de la élite intelectual en tanto que constituido por “expertos profanos”, para *dotarle* de una representatividad sobre opiniones, valores y creencias morales del conjunto de la sociedad.

La aparición de los comités de bioética responde así a una exigencia, creciente desde los años sesenta del siglo XX, que se hace desde el sector médico, para la realización de pruebas empíricas directas de la eficacia de los fármacos y demás productos de la tecnología médica en forma de ensayos clínicos controlados (hasta entonces se había dado por supuesto que los efectos clínicos de los nuevos fármacos

⁶⁴⁸ “[Acabada la Segunda Guerra Mundial] la combinación de los nuevos conocimientos científicos con las tecnologías y con unos importantes intereses comerciales dio lugar a la eclosión de nuevos recursos terapéuticos y diagnósticos que (...) tenían que ser estudiados de forma crítica” (Henrik R. WULFF, Stig A. PEDERSEN, Raben ROSENBERG, *Introducción a la filosofía de la medicina*, Madrid, Triacastela, 2002, pág. 69).

⁶⁴⁹ Si se arguye la existencia abstracta de “exigencias sociales” como necesidad principal para la I+D, conviene tener en cuenta que no se interpreten como tales aquellas necesidades creadas a partir de la medicalización de lo que resultan ser problemas de socialización, consecuencias de los hábitos de vida y consumo, etcétera.

⁶⁵⁰ La famosa conferencia de científicos en Asilomar –California, EEUU- en 1975 celebrada a raíz de los posibles riesgos en la experimentación genética con ADN recombinante constituyó un ejemplo de asunción de este dilema. Más tarde se descartó la posibilidad de la paralización de este tipo de estudios.

podían predecirse a partir de los estudios de laboratorio sobre sus mecanismos de acción).

Los sectores de la medicina defensores de la investigación clínica controlada empezaron a interesarse en la década siguiente por una «ética médica» que, combinada en la evaluación práctica de los ensayos con la investigación clínica, pudiera controlar la introducción indiscriminada de nuevas técnicas y productos médicos en la práctica clínica⁶⁵¹. Esa tendencia del mercado subsiste hoy respecto a las biotecnologías, con más presión que nunca, por lo que conviene, entre otras cosas, para el mantenimiento de la imagen de prestigio de la ciencia y de la profesión médica, institucionalizar mecanismos de autorregulación deontológica y de control bioético por comités y agencias de evaluación tecnológica.

En segundo lugar, la aparición de los comités de ética hunde sus raíces históricas en la reacción frente a determinados excesos del pasado por parte de la ciencia y las prácticas médicas. La exigencia de adopción de elementales medidas de seguridad en la investigación se debía a que a estas alturas de la historia, tras las Guerras Mundiales y la conciencia de los efectos de un descontrol moral y legal de tecnocientíficos implicados en experimentos con humanos y de los efectos devastadores de los artilugios tecnológicos surgidos de la reinterpretación del saber científico como saber aplicativo, instrumental, se había generado una conciencia colectiva crítica con el descontrol tecnocientífico y con la dimensión ontológicamente peligrosa de la tecnociencia, generadora de angustia. “La angustia existe. // El hombre usa sus antiguos desastres como un espejo”, escribía el poeta Roque Dalton.

De este modo, los antecedentes criminales en materia de experimentación con humanos para comprobar los efectos de determinadas agresiones inducidas o al servicio de políticas eugenésicas y de “pureza racial”, sobre todo durante el régimen nazi, tras la Segunda Guerra Mundial movilizaron a la «comunidad internacional», a través de organismos políticos y organizaciones médicas y científicas internacionales, a que se aprobaran códigos éticos de alcance mundial acerca de la experimentación, y que tenían la pretensión de ser incorporados a las legislaciones nacionales⁶⁵².

⁶⁵¹ Henrik R. WULFF, Stig A. PEDERSEN, Raben ROSENBERG, op. cit., pág. 35.

⁶⁵² Al respecto conviene advertir que uno de los primeros códigos deontológicos modernos del mundo promulgado como tal y aplicable a *todos* los médicos rigió en la Alemania nazi entre 1931 y 1945, lo cual dice mucho de la eficacia real de tales documentos. Sobre todo si tenemos en cuenta que aquel código reconocía además deberes de beneficencia y no-maleficencia para todos los médicos respecto de *todo* tipo de pacientes. Ramón Martín Mateo argumenta que “la efectividad privativa de los códigos deontológicos

Asimismo, el marco general de regulación bioética internacional ha contribuido decisivamente a la proliferación de los comités de bioética, a través de un esfuerzo colectivo de normalización a escala mundial de la opinión experta en estos asuntos. Los Documentos éticos y deontológicos internacionales más relevantes en la constitución de los comités son los siguientes:

El *Código de Nuremberg*, aprobado por un tribunal militar norteamericano en los procesos de Nuremberg en 1947 (año, por cierto, de la constitución de la *Societas Mundi Medica* o Asociación Médica Mundial), relativo a la investigación y experimentación con seres humanos, en el que se establece el principio del libre consentimiento informado, la no-maleficencia, la protección del sujeto experimental y su autonomía para dar por finalizadas las pruebas, etcétera.

La *Declaración de Ginebra* de la AMM, adoptada unos meses después de su constitución, en 1948, enmendada en 1968, y que constituye un nuevo “juramento hipocrático” para los médicos del mundo al que añade la independencia del profesional respecto de las presiones políticas, religiosas, nacionales, discriminatorias.

El *Código Internacional de Ética Médica* de la AMM, adoptado en Londres en 1949, enmendado en Sydney, 1968, y en Venecia, 1983, que constituye un código deontológico marco para los profesionales del mundo.

Las *Reglas para tiempos de conflicto armado* de 1956 dirigido a médicos y los Estados para el respeto de un estatuto especial de protección e independencia de los médicos y actuación de los médicos en interés del bienestar del paciente cualquiera que sea su circunstancia política, social, sexual, racial o religiosa.

es escasa si se desenganchan del marco político-administrativo” (Ramón MARTÍN MATEO, *Bioética y Derecho*, Barcelona, Ariel, pág. 57). Pero, precisamente el código deontológico nazi formaba parte, era producto de la organización político-administrativa del *Reich*, por eso fue derogado al acabar la guerra. Por otra parte, a pesar de la vigencia de declaraciones internacionales sobre deontología de médicos y científicos, incluso al nivel de los organismos políticos internacionales, Suecia practicó una política de esterilizaciones forzosas que afectó a unas 230.000 personas, desde 1935 hasta 1996 (a partir de 1976 sobre la base del consentimiento de los interesados), en el marco de un programa basado en teorías eugenésicas (esterilización de gitanos, lapones y “personas de raza mixta” y deficientes mentales para preservar la “pureza de la raza nórdica”, según un informe oficial hecho público en marzo de 2000). Esterilizaciones parecidas tuvieron lugar también en Francia, Canadá, EEUU, Suiza, Austria, Finlandia y Dinamarca a lo largo del siglo XX. También se hizo público hace casi una década que el gobierno del Reino Unido, coincidiendo con el auge de la energía nuclear y la escalada bélica entre las superpotencias militares, llevó a cabo experimentos secretos acerca de los efectos de la radioactividad sobre el cuerpo humano. Estos experimentos ligados a proyectos militares, y en ocasiones, a investigaciones médicas, vinculados también a experimentos similares realizados en los EEUU, se realizaban utilizando ciudadanos anónimos (mujeres embarazadas, personas de otras razas, minusválidos o pacientes terminales) a los que se les inyectaban productos radioactivos o se les irradiaba sin su consentimiento.

O la *Declaración de Helsinki* de 1964, adoptada por la AMM, revisada en Tokio, 1975, y enmendada en Venecia, 1983, y Hong Kong, 1989, que desarrolla y precisa el Código de Nüremberg.

La declaración de *Helsinki II*, como se llama a la revisión hecha por la AMM en Tokio en 1975, añade requisitos en la elaboración y presentación de los protocolos de investigación, menciona la posibilidad de constituir comités éticos de revisión e incluye la noción de «investigación biomédica», tanto terapéutica como no terapéutica, que incluya sujetos humanos.

La distinción entre investigación médica e investigación biomédica se precisó en la *Propuesta de directrices internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos* (Ginebra, 1982) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo para Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS). En ella se distingue entre investigación médica combinada con cuidados profesionales (la investigación clínica o terapéutica) y la investigación biomédica que no es clínica ni terapéutica y que, a nuestro entender, combina investigación en ciencias biológicas, bioquímicas o moleculares, y ciencia médica con vistas a su posible aplicación.

Dicha propuesta considera los principios generales de Helsinki II de “validez universal”, precisando que lo que varía necesariamente son “sus modos de aplicación en variadas y especiales circunstancias”. A los efectos de aplicación particular de dichos principios y, concretamente, en el procedimiento de revisión de los ensayos y propuestas de ensayos (el *quid* de esta propuesta), se plantea la creación de *comités de revisión ética y científica multidisciplinarios* para valorar la seguridad y la calidad de los productos y la “eticidad” de los procedimientos empleados. Además, antes de pasar por ese filtro, el protocolo del ensayo ha de incluir información que demuestre además la naturaleza de cualesquiera otras consideraciones éticas junto con la indicación de que se cumplirán los principios enunciados en Helsinki II (art. 26.6).

Respecto la naturaleza y funciones de esos *comités éticos de revisión* la Propuesta establece lo siguiente:

“Art. 19.- La autoridad para valorar la seguridad y la calidad de las nuevas medicinas e ingenios destinados al uso humano será más eficaz si radica en un Comité multidisciplinar a nivel nacional (...).

Art. 20.- No es posible trazar con claridad una línea divisoria entre la revisión científica y la revisión ética, pues un experimento con seres humanos que sea defectuoso ya es por eso *ipso facto* no ético, porque puede exponer a los sujetos a riesgos o inconvenientes sin motivo. Es normal, por consiguiente, que los Comités de revisión ética consideren los dos aspectos, el científico y el ético. Si un comité de revisión encuentra que una investigación propuesta es científicamente «buena», considerará entonces, si un riesgo conocido o posible para el sujeto, está justificado por el beneficio que se espera. En caso

positivo, considerará si el procedimiento propuesto para lograr el consentimiento informado es satisfactorio.

Art. 21.- En una administración muy centralizada, un Comité de revisión nacional se puede constituir para revisar protocolos de investigación desde ambos puntos de vista: científico y ético. En los países en los que la investigación médica no está centralizada, los protocolos serán revisados más convenientemente y con más eficacia, desde el punto de vista ético, en el ámbito local o regional (...).

Art. 22.- Los Comités de revisión pueden crearse bajo la égida de las Administraciones de la Salud nacional o local, de los Consejos de investigación médica nacional o de otros cuerpos con representación nacional (...).

Art. 23.- Los Comités locales de revisión actúan como asambleas de personas del mismo rango que los investigadores y deberán estar compuestos de modo que puedan suministrar una revisión completa y adecuada de las actividades de investigación que les hayan sido remitidas. Entre los miembros puede haber otros profesionales de la salud, especialmente enfermeros/as, como también profanos cualificados para representar a la comunidad y a los valores culturales y morales. Para mantener su independencia de los investigadores, se excluirá de la participación en la valoración cualquier miembro que tuviera interés directo en la propuesta de investigación”.

La selección anterior de artículos de la *Propuesta* de la OMS es bastante ilustrativa de la pretensión tecnocrática de la regulación “ética” llevada a cabo por determinados comités, pues concentra en la función de estos órganos los siguientes aspectos.

Primero: a través de la privatización del discurso ético realizada por comités de expertos, la relación “seguridad y calidad” encuentra su traducción en “eticidad”. La sociedad del riesgo, en teoría, ya puede olvidar esa angustia una vez la tecnología o el ensayo clínico haya adquirido el marchamo de “ético”. Esa es la principal pretensión del efecto simbólico de lo ético del que tanto hemos hablado.

Segundo: a fin de dar convincentemente ese paso argumentativo, hay que confundir la “ética” con la “técnica”, considerando, en principio, si no se acuerda lo contrario, que la *corrección técnica* equivale a *bondad ética* desde el punto de vista particular del sistema axiológico tecnocientífico. Para pasar a valorar la “eticidad” de la técnica desde el punto de vista social o filosófico-moral, lo que da razón de ser a estos comités, se *procede* al examen de las consecuencias beneficiosas (desde un plano de principios o normas morales –lo que define como éticamente bueno o condenable-, desde la relación coste-beneficio material, etcétera) y el seguimiento de los procedimientos relativos a la materialización del principio de autonomía del paciente (el protocolo del consentimiento libre e informado).

Es decir, se trata de *una evaluación tecnificada hecha de razonamiento instrumental*, en la que los instrumentos son suministrados por ese juego de principios o normas bioéticas (y jurídicas), los protocolos, los análisis cuantitativos, etcétera. A estos organismos llamados comités éticos o bioéticos, en la práctica, se les exige sobre todo *competencia técnica*, conocer las reglas, procedimientos tecnocientíficos, la doxología y el *habitus* del científico, y se les exige igualmente *competencia técnica* en lo tocante al razonamiento ético y jurídico, por mucho que ambas competencias técnicas sean de naturaleza bien diferente.⁶⁵³

Y es que a los comités de bioética se les exige *justificación científica de sus decisiones*, que en el caso de los ensayos clínicos, según Philippe Lazar, “es condición absoluta de su validación, en última instancia de su legitimidad”, de manera que:

“(…) será totalmente contrario a la ética [dar luz verde a un ensayo en un determinado estadio del proceso] por parte de un comité que carezca de las competencias técnicas requeridas. Es lo que está a veces resumido por la expresión: «aquel que no es científico no sabría ser ético»”⁶⁵⁴.

Tercero: la “autoridad” del comité se consigue mediante su constitución legal y su atribución de competencia en el ámbito territorial respectivo. Así queda indicada su *posición* institucional en la estructura del campo jurídico-político a pesar de que no se le atribuyan funciones jurídicamente vinculantes. Su eficacia simbólica ya ejerce un poder dentro y fuera de esa estructura.

Para lograr esta eficacia es importante la participación en las decisiones de agentes procedentes de otros campos de poder (jurídico, sanitario, académico). La calificación de estos agentes como del “mismo rango que los investigadores” se entiende que se refiere al mismo rango de “excelencia”, a través del reconocimiento de

⁶⁵³ Diego Gracia utiliza un término espantoso, aunque sólo sea desde la exigencia de un mínimo sentido del gusto literario requerible a cualquier persona sensata y algo leída, que es el de “bioeticista”, para referirse a esos expertos en tratar cuestiones éticas como cuestiones técnicas en el ámbito de las «ciencias de la vida». Cita a Stephen Toulmin (*Human Understanding. The Collective Use and Evolution of Concepts*, 1972) para referirse a la bioética como “racionalidad casi-disciplinaria” en la que “con el incremento de la experiencia y comprensión humanas, han cristalizado algunos grupos de problemas éticos que pueden ser tratados ventajosamente como cuestiones técnicas y se han convertido en el objeto de estudio de «expertos» o «autoridades» profesionales... Por ello, aún dentro del campo general de la ética, existen unos pocos ámbitos especializados de investigación en los cuales sólo es posible manejar efectivamente la experiencia humana colectiva de modo casi disciplinario; y el carácter técnico de estos campos especializados se refleja igualmente, en el desarrollo de las profesiones correspondientes” (Diego GRACIA GUILLÉN, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Madrid, Eudema, 1991, pág. 108).

⁶⁵⁴ Philippe LAZAR, *L'éthique biomédicale en question*, Paris, Liana Levi, 1996, pág. 176. Que no conviene confundir, según advierte el autor, con la expresión “aquel que es científico es ético”.

su capital simbólico por la autoridad encargada de nombrarlos. Lo cual indica el peso de los condicionantes de las luchas de campo en la constitución de estos comités.

Por otro lado, la atribución de la “representación de los valores morales y culturales” a los expertos profanos parece un intento de conceder una legitimación pública a lo que en realidad constituye un organismo selectivo integrado por agentes que gracias a sus condicionantes y a su posición social han logrado acumular un capital simbólico y relacional suficiente como para formar parte decisoria del comité. Tal comité es un organismo instituido desde la percepción de la conveniencia de la normalización y coordinación de las relaciones entre el poder político, el económico y el tecnocientífico, a través de los cuales son configurados los requisitos del derecho de admisión al subcampo del comité y, en definitiva, por la que se realiza la selección arbitraria de entre los candidatos.

Como otro factor (el tercero) que determinó la aparición de los comités de bioética, debe contarse el hecho de la dificultad de *legiferenda* respecto a los problemas apuntados más arriba y la dificultad de la regulación a través del sistema de una «ley única» que pretenda cristalizar prescripciones genéricas en un universo tan cambiante y transfronterizo en sus resultados (y en su realización⁶⁵⁵) como es la investigación e innovación tecnocientífica. También la insuficiencia ya examinada que supone la exclusiva autorregulación desde la deontología del campo profesional de estos asuntos⁶⁵⁶.

La experiencia estadounidense de creación de comités presidenciales de orientación sobre la legislación en los años setenta resultó en este sentido decisiva. Éstos comités fueron creados como espacio de conciliación entre los órdenes jurídico-político, el tecnocientífico y el ético, en temas de investigación científica y atención médica. Esa fórmula innovadora fue exportada internacionalmente más tarde, y su huella está presente en la Propuesta de la OMS y de la CIOMS mencionada más arriba.

⁶⁵⁵ Pensamos en el supuesto de los llamados «paraísos científicos», es decir aquellos países en los que existe un vacío legal o mayor permisividad para realizar los experimentos científicos con humanos que en los países de origen del grupo de investigadores (véase el artículo de Michael DAY, «How the West gets well. The urgent need for solutions to desperate diseases is tempting Western drugs companies and medical researchers into taking ethical short cuts in poor countries», en *New Scientist*, 17 mayo 1997.

⁶⁵⁶ “La profesión [médica] supone una casuística *avant la lettre*, una ética de *«prêt-a-donner»*, si se me permite la expresión. (...) la conducta profesional evoluciona en un universo donde la moralidad y sus exigencias establecen las mismas reglas del servicio (...) las particularidades y las exigencias son tales que los principios generales de la moral no son suficientes” (Danielle BLONDEAU (dir.), *De l'éthique à la bioéthique: repères en soins infirmiers*, Québec, Gaëtan Morin éditeur, 1986, págs. 79-80).

El Informe *Belmont* de 1978, elaborado por la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences*, creada por el congreso de los EEUU en 1977, resultó decisivo para la posterior creación a escala mundial de estos organismos de consulta y revisión, así como para sugerir la necesidad de fiscalizar la investigación biomédica mediante estrictos protocolos. Dicho informe también fue decisivo para la introducción oficial de los llamados «principios de la bioética» (autonomía, beneficencia y no-maleficencia, y justicia) como un patrón flexible de interpretación y razonamiento ético para guiar la investigación y experimentación científica, biomédica y clínica⁶⁵⁷. Todo ello facilitó el tránsito desde la «ética médica» corporativa o interna a una «bioética» más general y que rebasaba el campo médico, desde una ética normativamente más pautada y centrada en los sujetos del campo tecnocientífico a una ética de principios generales que abriese la posibilidad a la intervención actualizadora y conciliadora de un equipo de tecnócratas organizado en comités.

El informe *Belmont* describió en su preámbulo con claridad esa voluntad de sustitución de los viejos códigos deontológicos por los nuevos principios bioéticos:

“Los códigos constan de normas, algunas generales y otras específicas, que guían a los examinadores de las investigaciones en su trabajo. Dichas normas son con frecuencia inadecuadas para cubrir situaciones complejas; a veces entran en conflicto y frecuentemente son difíciles de interpretar o aplicar. Unos principios éticos más amplios proporcionan una base sobre la que normas específicas pueden ser formuladas, criticadas e interpretadas”⁶⁵⁸.

Dicho informe deja claro así que en él se trata de proclamar *una nueva forma de codificación ética, mediante procedimientos pautados y organizaciones institucionales decisorias, integradora de las estructuras normativas de los diversos campos tecnocientíficos. Una nueva forma de codificación ética que agrupa asistemáticamente opiniones, informes, dictámenes, recomendaciones y otras formas resolutivas de conflictos particulares, con proyección prescriptiva sobre estos últimos, y que tiene la*

⁶⁵⁷ La centralidad de estos asuntos concretos del universo de la salud puede responder al empuje de la comercialización de productos y tratamientos biomédicos y el coste elevado de inversión necesaria en investigación, incrementado por la extensión de pandemias como el SIDA o enfermedades de origen genético como el cáncer, cuyas expectativas de negocio llevan a las multinacionales farmacéuticas a una carrera por la patentabilidad de descubrimientos e invenciones. El informe *Belmont* es una clara muestra de que asuntos de ética médica más tradicionales como el aborto o la eutanasia queden relegados a un segundo plano en las preocupaciones “bioéticas” de la comunidad científica.

⁶⁵⁸ National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, 1979.

posibilidad de cambiar el criterio resolutivo en función de las circunstancias de cada caso (por ejemplo, la evolución de tecnología médica y de las *necesidades actuales* de sectores de la población)⁶⁵⁹.

La exigencia de la intervención de organismos multidisciplinares de control externo a las actividades de los científicos y médicos ya empezaba a hacerse notar en la década de los sesenta en los EEUU después de la trascendencia pública de diversos escándalos médicos y un cuestionamiento cada vez mayor por parte de los médicos de la eficacia de los fármacos que requerían ensayos clínicos previos y controlados. Paralelamente a estos hechos, surgía, quizás por el “espíritu social” reivindicativo del momento, una mayor conciencia colectiva en torno a los derechos y libertades civiles aplicables también en el contexto de la atención sanitaria y en la información sobre los peligros potenciales de los nuevos descubrimientos científicos.

La idea era la de superar, gracias a este tipo de organismos colegiados, las soluciones normativas puramente formales propias de la ética de la profesión (del científico o del médico) o de una ética general codificada en textos articulados, y buscar soluciones que involucrasen, según Toulmin, “la comparación de estrategias intelectuales alternativas a la luz de la experiencia y los precedentes históricos”. Según Gracia, precisamente “éste habría sido el mérito de la *National Commission*, al haber procedido así, evitando la tiranía de los principios formales y codificados sobre los históricos y consuetudinarios”⁶⁶⁰. Ahora bien, al institucionalizar mediante organismos de expertos el sistema de formalización o procedimentalización de tales estrategias de decisión, lo que se hace es seguir, en definitiva, la tradición del modelo casuístico del *common law* aplicado a cada caso a la luz de la experiencia acumulada, de los usos o el sentido práctico de los agentes intervinientes y también de los “principios morales

⁶⁵⁹ Por ejemplo, esta forma de operar del informe ha tenido una gran influencia sobre la del resto de entidades más o menos bioéticas. Entre las conclusiones que convino el *Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret* del Parc Científic de la Universitat de Barcelona relativo a la donación de ovocitos para la modificación legal sobre reproducción humana asistida (M.CASADO, J.EGOZCUE (coords.), *Documento sobre donación de ovocitos*, abril, 2001), hay que destacar la siguiente: “1. La selección de la donante idónea debe conjugar los criterios médicos con el sentir social. Ello implica que el tema debe ser tratado con la necesaria flexibilidad sin acudir a decisiones dogmáticas apriorísticas. *Aun cuando pudiera considerarse más justo, según cierta opinión social*, que los riesgos de la donación de ovocitos los asuman aquellas mujeres afectadas por problemas de esterilidad que se benefician de forma significativa de las técnicas de reproducción asistida, *desde la perspectiva médica, las donantes idóneas son mujeres jóvenes* –entre los 18 y los 35 años que marca la ley-, *sanas, que actúan libremente; las mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida no deberían ser donantes*” (el subrayado es nuestro e indica el criterio tecnocientífico convertido en normativo –y presentado como *ético*- y considerado como criterio preferente sobre la apreciación social valorativa no experta).

⁶⁶⁰ Diego GRACIA GUILLÉN, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, op. cit., pág. 105.

comúnmente compartidos” (y que se entienden recogidos, formalizados, en códigos normativos generales –ahora léase, no tanto los códigos de ética médica tradicionales sino códigos de principios generales como el informe *Belmont*, las *Normas de Buena Práctica clínica* de la Unión Europea o las Declaraciones de la Asociación Médica Mundial).

De ahí que, cuando hablamos del juego de ponderación o jerarquización entre los famosos cuatro principios de la bioética como la función principal de los comités de bioética lo que hagamos sea señalar a éstos como el privilegiado *espacio de consenso*, de *conciliación* entre principios y valores en conflicto. Así lo señala expresamente Diego Gracia:

“(…) es claro que la jerarquización no puede establecerse más que por consenso de todos los implicados, y ésta sería la función concreta de los Comités de Ética. En el caso contrario, la función de los Comités no es jerarquizar los principios, sino ver si pueden aplicarse directamente, o es preciso hacer en este caso concreto una excepción a la vista de las consecuencias. Por tanto, la función del Comité sería doble: de una parte actuar de acuerdo con los principios o normas; y de otra, actuar prudentemente, considerando la oportunidad de una excepción a la norma”⁶⁶¹.

Los procesos internos de actualización de las estructuras normativas del campo médico que, como vimos en el apartado anterior, reforman continuamente sus códigos deontológicos suponen un acercamiento a este sistema de “jurisprudencia ética” propio de los comités gracias al papel que vimos que desempeñan, por ejemplo, las comisiones de deontología de los Colegios. La adaptación voluntaria a los principios generales de la bioética y la existencia de mecanismos de revisión de la normativa deontológica provocan así que el sistema ético interno siga una dinámica de homogeneización respecto de la “ética para la tecnociencia”.

Todos los factores relativos a la aparición, difusión y consolidación de los comités de ética que han sido mencionados pueden resumirse en la siguiente fórmula: tales comités son el resultado de un proceso de “bioetización” de la tecnociencia y de la demanda de regulación que ha acabado generando unos organismos de conciliación en un mundo lleno de posibilidades y riesgos. En este sentido, los comités que pretenden llevar a la práctica la bioética no se interrogan tanto acerca de los límites aceptables de la innovación tecnocientífica en materia de salud, lo que supondría definir fronteras precisas, normas, principios categóricos, que condicionasen toda forma de progreso

⁶⁶¹ *Ibid.*, pág. 126.

esencial, pues ello implicaría una ruptura con el orden establecido y las instituciones sociales, sino que, al integrar normas deontológicas con principios morales muy generales lo que buscan es construir un marco flexible para determinar la legitimidad ética de cada innovación, de cada actividad clínica, etcétera, según su acuerdo con los valores o principios reconocidos en ese momento y según el juego de ponderación entre éstos que resulte en virtud de las circunstancias concretas del caso examinado.

La experiencia de la proliferación de comités éticos hospitalarios y su modo particular de operar constituyen un buen ejemplo del funcionamiento de estos organismos. En España la Ley 25/1990 del medicamento en lo relativo a los ensayos clínicos contribuyó a consolidar los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC), cuyo origen último estaba en los EEUU.

El marco regulador de la Ley 25/1990, del medicamento relativo a los ensayos clínicos (actualizado por la Ley 53/2002 de 20 de diciembre a fin de adaptarlo a la Directiva Europea 2001/CEE) previó una delegación a los Comités Éticos de Investigación Clínica de la competencia en la realización de los ensayos clínicos que requerirán un informe previo de autorización *preceptiva* de ese organismo y la acreditación posterior de la Administración sanitaria competente.

“Art. 64.2: El Comité ponderará los aspectos metodológicos, éticos y legales del protocolo propuesto, así como el balance de riesgos y beneficios anticipados dimanantes del ensayo”

Ni la autorización administrativa ni el informe favorable del Comité Ético eximirán de responsabilidad al promotor del ensayo, investigador y titular del hospital o centro de los daños producidos en el ensayo y que no cubra el seguro suscrito (art. 62.2), lo que indica que la fuerza del informe del Comité se centra en la autorización previa del ensayo.

La autorización preceptiva del Comité Ético se centrará en cuestiones de seguridad, garantía y eficacia del ensayo previstos en el apartado de «respeto a los postulados éticos» del art. 60, en las que se incluye la necesidad de disponer del consentimiento libre e informado del paciente. El marco de regulación de la *garantía* del ensayo (seguridad y eficacia están controlados por las reglas técnicas y científicas) son las disposiciones existentes en materia de derechos humanos y convenios y normas bioéticas y deontológicas:

“Art. 10.2.(Real Decreto 561/1993 por el que se regulan los requisitos para la realización de los ensayos clínicos): Los ensayos clínicos deberán realizarse en

condiciones de respeto a los derechos fundamentales de la persona y a los postulados éticos que afectan a la investigación biomédica con seres humanos, siguiéndose a estos efectos los contenidos en la declaración de Helsinki y sucesivas actualizaciones. Se obtendrá y documentará el consentimiento informado, libremente expresado, de cada uno de los sujetos del ensayo antes de su inclusión, (...)”.

En el ámbito de aplicación del «respeto a los postulados éticos» que impone la ley, la normativa de la estructura de autorregulación interna del campo médico-clínico son las llamadas «normas de buena práctica clínica» (BPC), que vinculan un sentido ético al cumplimiento de las reglas técnicas.

“Art. 17 (RD 561/1993): 1. Son aquellas normas según las cuales los ensayos clínicos son diseñados, realizados y comunicados de modo que se asegure que los datos son fiables y que se protegen los derechos y la integridad de los sujetos, manteniendo la confidencialidad de sus datos. 2. Las normas de buena práctica clínica señalan las responsabilidades de los diferentes implicados en cada una de las fases de planificación y ejecución de un ensayo clínico y requieren la preexistencia de unos procedimientos preestablecidos por escrito que se apliquen de forma sistemática en la organización, dirección, recogida de datos, documentación y verificación de los ensayos clínicos (procedimientos normalizados de trabajo).”

“Art. 45 (RD 561/1993): 1. Las normas de buena práctica clínica exigen la existencia de unos procedimientos normalizados de trabajo (PNT) que indiquen de forma detallada la conducta a seguir en cada uno de los aspectos relacionados con la organización, realización, recopilación de los datos, documentación y verificación de los ensayos clínicos. Es responsabilidad del promotor establecerlos y garantizar que su conocimiento y puesta en práctica sean obligados para todos aquellos que participan en un ensayo clínico, especialmente para el monitor del ensayo, antes de iniciar éste”.

Los aspectos que serán regulados por los PNT se adaptarán a lo establecido en las *Normas de buena práctica clínica para ensayos clínicos con medicamentos en la Unión Europea*, elaboradas por la Comisión de la UE, así como a posteriores revisiones de estas normas (art. 45.3). Además la Administración autonómica y en su caso la Administración General del Estado podrán realizar inspecciones a los Comités Éticos, al centro de investigación o a su promotor sobre el cumplimiento de dichas normas. Asimismo cada Administración Autonómica acreditará a los CEIC establecidos en su territorio, que puede agrupar diversos centros y hospitales, y se lo comunicará al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los proyectos de investigación que deben someterse a la aprobación previa del CEIC son los que se refieren a ensayos clínicos con medicamentos, con otros productos sanitarios y cualquier otro proyecto de investigación que afecte a seres humanos, sean cuales sean sus objetivos y diseño, y también los estudios de investigación genética, aun en el caso de ser realizados en muestras anatomo-patológicas de archivo. Todos los estudios y proyectos requieren la elaboración de un protocolo de ensayo clínico cuya idoneidad valorará el CEIC. Ésta “idoneidad”

incluye la eficiencia científica (del proyecto y del equipo científico) y la *justificación de los riesgos y molestias previsibles para los sujetos del ensayo, ponderados en función de los beneficios esperados para ellos mismos y/o para la sociedad.*

Ésta consideramos que es la función más importante o esencial del CEIC, la que hace de su decisión una decisión ética pero de alcance político determinante. En cada caso el beneficio para el sujeto del ensayo puede graduarse en la práctica en función de la voluntad de aquel si está debidamente informado en todo momento y, en todo caso, en función de lo que técnicamente sea considerado “beneficio” por los expertos. Y luego está la valoración, también técnica o experta, de lo que supone un ensayo clínico beneficioso para la sociedad. Estos criterios de evaluación de coste-beneficio buscan un procedimiento *técnico*, y para aquellos aspectos valorativos que lo superen se recurre a la ética especializada, privatizada, del Comité.

La idoneidad de los protocolos también incluye la información de las características del ensayo su transmisión a los sujetos del ensayo y el tipo de consentimiento que de éstos se va a obtener, así como la previsión de compensaciones económicas, el seguro de responsabilidad. Además el CEIC presta orientación y asesoramiento sobre temas relacionados con los ensayos clínicos y sobre aspectos éticos o metodológicos de cualquier estudio de investigación clínica.

El CEIC estará acreditado si está formado como mínimo por siete miembros, de los cuales, al menos dos deben ser ajenos a las profesiones sanitarias y uno de ellos ser licenciado en derecho. De los otros miembros, en los que figurarán médicos, uno debe ser farmacólogo clínico, un farmacéutico de hospital y algún miembro de enfermería. De entre los médicos uno debe pertenecer al Comité de Ética Asistencial del hospital o centro de investigación si lo hubiere. Y ninguno de los miembros podrá percibir directa o indirectamente remuneración alguna por parte del promotor del ensayo.

La asistencia mínima para el quórum necesario es de la mitad más uno de los componentes del Comité. Las decisiones o “acuerdos” se tomarán por votación tras una o varias reuniones ordinarias o extraordinarias, según lo decida su Presidente o como mínimo tres de los miembros o a petición de la Dirección Médica del Hospital, donde se debatirán los temas siguiendo el orden del día detallado para cada reunión por el Secretario del CEIC.

La decisión del CEIC es recurrible ante el Presidente del CEIC en los 15 días siguientes a la comunicación de la denegación de la propuesta de ensayo clínico del Secretario al investigador principal. Los argumentos serán estudiados en la siguiente

reunión ordinaria del Comité y la decisión que se adopte entonces tendrá ya carácter definitivo⁶⁶².

Como nos ha mostrado el análisis de esta legislación, el funcionamiento y la composición los comités éticos españoles de investigación clínica muestra una voluntad clara de establecer un control aparentemente heterónomo sobre el campo de investigadores que presenta el proyecto o estudio de investigación. Se trata de un control ejercido por *pares* de la profesión médico-clínica y por algún miembro de profesión foránea (de enfermería y del mundo jurídico) que pueden estar vinculados o no al hospital o centro de investigación que promueve el proyecto. A pesar de que se prohíba que alguno de los miembros perciba una remuneración del promotor del ensayo o de que se exija que para ser admitido en el Comité haya que presentar una “declaración jurada de no tener relación directa ni indirecta con la fabricación, elaboración o comercialización de medicamentos o productos sanitarios”, esto no impide la vinculación posible de alguno o algunos miembros del Comité con el hospital o centro promotor de la investigación. En el caso del CEIC del hospital de Bellvitge de Barcelona, se acogen proyectos de ensayos clínicos del propio hospital o de institutos a él adscritos, por lo que la función del Comité supondrá una forma de autorregulación más evidente que el control por pares del mismo campo tecnocientífico pero de instituciones diversas como puedan ser el CEIC de Bellvitge y el Hospital Virgen de la Cinta de Tortosa, el cual también presenta sus proyectos de ensayos clínicos⁶⁶³.

Lo que resulta aquí decisivo es que este comité, al igual que los otros comités diversos de ética o bioética, reinterpreta en clave de exigencias del desarrollo tecnocientífico los valores y principios morales estandarizados y contenidos en declaraciones de derechos y deberes universales. Integra un tipo de organismos que flexibilizan y relativizan dichos estándares morales, contribuyendo a la formación de una cultura de adaptabilidad y sumisión a las estructuras de dominio tecnocientífico y económico y a los costes que éstas generan a escala, entre otros, de derechos sociales y derechos y libertades fundamentales. Lo único que parece categórico, incuestionable,

⁶⁶² COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA DE L'HOSPITAL DE BELLVITGE, *Normes de Funcionament del Comitè Ètic d'investigació clínica (CEIC)*, Barcelona, Edicions de la Universitat de Barcelona, 1999.

⁶⁶³ *Ibid.*

irrenunciable, es esa dinámica del progreso tecnocientífico contemporáneo autónomo del control social.

En este sentido, los comités de ética constituyen un filtro sustitutivo al control legal o administrativo directo que sirve para conectar la viabilidad y eficacia científica de ensayos, terapias, sistemas de diagnóstico o productos médicos con una supuesta “viabilidad o inviabilidad ética”. Ésta conexión confirma una especie de control “eclesiástico” en ese plano que contribuye a la autonomización del universo tecnocientífico, la externalización del control estatal, y una pérdida de visión respecto de todo lo que puede inventarse y producirse de manera independiente a las *necesidades reales*, transformadas en necesidades ulteriormente *suscitadas*, y dependiente de una dinámica sin un fin previsible, pero que en su proceso supone una acumulación de bienes y novedades (y despropósitos) con los efectos perversos conocidos. Ello lleva a que y como ha señalado Castoriadis:

“Dos hechos me parecen indiscutibles. En primer lugar, que la tecnociencia se ha autonomizado: nadie controla su evolución, y, pese a los diversos «comités de ética» (lo ridículo del nombre no necesita comentarios y delata la vacuidad del asunto), no hay ninguna consideración de los efectos indirectos y laterales de esta evolución. En segundo lugar, que se trata de una trayectoria de inercia, en el sentido de la física; dejado a sí mismo, el movimiento continúa”⁶⁶⁴.

Ulrich Beck también cree que el movimiento continúa (quizás también coincida con Castoriadis en su opinión acerca de los comités de ética) en lo que se refiere al hecho de la ausencia una consideración social de los efectos de la autonomización de la tecnociencia, pues, a su entender, aunque la sociedad del riesgo deviene *reflexiva* en su autocomprensión (y autocrítica) como tal, está caracterizada por la ausencia de soluciones terminantes y, en este sentido, está organizada en un contexto de incertidumbre y desconcierto donde el riesgo es calculado pero no eliminado⁶⁶⁵. La confianza en la exclusiva resolución técnica desciende mientras crece el poder simbólico de pseudosoluciones autojustificativas del poder tecnocientífico que hace aparecer a sus agentes como miembros integrados en esa *reflexividad* de la sociedad del riesgo. Esta *puesta en escena* (o “puesta en regla”) consagra la autonomía del poder

⁶⁶⁴ Cornelius CASTORIADIS, *El ascenso de la insignificancia*, Madrid, Cátedra-Frónesis, 1998, págs. 72-73.

⁶⁶⁵ Ulrich BECK, «Teoría de la sociedad del riesgo», en A. GIDDENS, Z. BAUMAN, N. LUHMANN, U. BECK, *Las consecuencias perversas de la modernidad. Modernidad, contingencia y riesgo*, (Josetxo Beriain, comp.), Barcelona, Anthropos, 1996, págs. 211 y sigs.

tecnocientífico. La coparticipación de agentes procedentes de otros campos en la construcción del discurso ético homogeneizador y autojustificativo indica solamente cierta unanimidad en las jerarquías intelectuales acerca del proyecto del mundo y de vida deseables.

De esta manera, para gestionar aquello que el derecho ya no alcanza a regular pero donde se manifiesta una voluntad política de control público (un “pseudodominio” diría Castoriadis), desde los gobiernos se estimulan y se implantan comisiones éticas de todo tipo y para asuntos cada vez más variados, y de las que se espera que sean dirigidas por personalidades “con autoridad moral propia” cuyas recomendaciones procedan de un “punto de vista excelente”, es decir, que puedan ejercer *presión moral*⁶⁶⁶.

Esta esperanza explica la importancia del capital simbólico y de las estrategias temporales en la lucha de los agentes, sobre todo del campo tecnocientífico, para ocupar posiciones de decisión clave en el desarrollo de la producción tecnocientífica a través de los comités de bioética. Las auténticas relaciones de poder y los intereses en juego en la estructura del campo tecnocientífico y del subcampo de los comités de bioética son ocultadas así por esa *eufemización* del discurso ético de manera que:

“Es bueno y bonito, pero la elección del nombre [«comisión de ética»] es, cuando menos, desgraciada. Antes se habría descrito a una autoridad institucional sin atribuciones jurídicas prescriptivas como un tribunal arbitral. Un puesto como el de árbitro hay que tomarlo con seriedad, una comisión ética, permítanme, no. Una comisión ética se sitúa en el foro público entre el *Talkshow* y el Parlamento; desde la esfera de la bioética se tiene la impresión, desde hace tiempo, que las comisiones éticas sirven para flexibilizar los estándares morales. Dado que todos han de participar, se produce una presión del consenso. Entre derecho y política se desliza en Alemania la «ética» –un proceso inquietante que debería preocupar también a los profesores de ética”⁶⁶⁷.

El sarcasmo y la dureza de críticas como la de Seibt no deben distraer de la denuncia más importante, o más decisiva a efectos prácticos, y que es la que se refiere a ese deslizamiento del discurso *ético*, fragmentado en mil pedazos correspondientes a cada especialización del trabajo socialmente dividido, a un *terreno ambiguo entre el derecho y la política*.

⁶⁶⁶ Gustav SEIBT, «Autorität ohne Macht. Die Ethik schiebt sich zwischen Recht und Politik», en *Die Zeit*, 19, 3 mayo 2001.

⁶⁶⁷ Gustav SEIBT, op. cit.

b) *Las agencias de evaluación de tecnologías médicas basadas en pruebas ¿éticas?*

Al lado de los comités de ética a cuyo tratamiento hemos dedicado el apartado anterior, también se importaron desde los Estados Unidos a Europa y se extendieron a otros países industrializados del Norte, sobre todo a partir de la década de los noventa y con la excepción anticipada de Suecia, unas agencias de “evaluación social” de las tecnologías sanitarias. Esto es, unas agencias especializadas en evaluar el impacto de (o del mercado de) las nuevas tecnologías en la sociedad, pero también los efectos de las políticas sanitarias de los Estados, así como en procurar la consolidación de redes internacionales de empresas y organismos para el progreso de ámbitos de cooperación tecnológica en I+D y en informar acerca de las posibilidades de asignación de recursos sobre la base de sustituir la tecnología considerada obsoleta o ineficiente. Se trata de organismos intermediarios que en la práctica realizan una política de *promoción* en la introducción de nuevas tecnologías que justifica mediante un cuerpo de criterios técnicos (seguridad, eficacia y coste-beneficio) capaces de probar el *valor* de las nuevas tecnologías en función de un beneficio social e individual. La utilización de estos criterios se hace en el nombre de lo que se ha descrito como Medicina Basada en Pruebas o *Evidence Based Medicine*⁶⁶⁸.

Los “*clientes*” (sic) principales de estas agencias son los gobiernos y las administraciones sanitarias, los parlamentos y, secundariamente, las empresas que tienen la intención de influir en las decisiones de política sanitaria mediante “la utilización normativa de sus aportaciones [e influir en] la aplicación de las mismas a efectos de dirigir cambios organizativos con impacto cierto en la eficiencia del sistema sanitario”⁶⁶⁹.

Estas agencias, en su mayoría, han sido creadas a instancias del Gobierno (Ministerio de Sanidad) o del Parlamento. Alguna como la *Heath Care Technology Assessment Programme (Netherlands Organization for Applied scientific Research)*,

⁶⁶⁸ “La Medicina Basada en la Evidencia se define como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia existente en la toma de decisiones en la atención a los pacientes individuales” (José Luis CONDE OLASAGASTI –Director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III-, *Evaluación de tecnologías médicas basada en la evidencia*, <http://www.isciii.es/publico/drvisapi>).

⁶⁶⁹ Juan J. ARTELLS, «La incidencia tecnológica», en FUNDACIÓN BBV, *Debate sanitario: Medicina, sociedad y tecnología*, Bilbao, 1992, pág. 361.

holandesa, son de iniciativa privada aunque tenga como cliente principal a la Administración Pública. Su naturaleza jurídica varía en cada país y va desde su consideración como empresa u organismo público independiente hasta la forma de sociedades privadas no lucrativas o empresas privadas. La fuente básica de financiación de estas agencias son los presupuestos generales del Estado. En el caso de Francia y Holanda obtienen los ingresos por servicio y por contratos programa. En Canadá los ingresos de la agencia provienen de la combinación del dinero público con los contratos programa e ingresos por servicio. Los principales organismos y mecanismos de definición de la misión y la actividad de estas agencias van desde la Administración sanitaria, la decisión en consejo de administración donde participa el Estado (en el caso de Francia, participan también las organizaciones profesionales y los comités o consejos asesores del Gobierno y del Parlamento) hasta los mecanismos más puramente privados (en el caso de Holanda, son *el mercado* y los “*clientes*” los que definen los objetivos y el producto que desean de estas agencias). Entre las funciones de la Agencia de Evaluación de la Tecnología Sanitaria (ETS) está la de actuar como intermediario en el establecimiento y consolidación de redes entre organismos políticos y empresas o entre empresas (*joint-ventures*) que se desarrollan en ámbitos de cooperación tecnológica en I+D⁶⁷⁰, es decir, de ayudar a dar a luz acuerdos acerca de las últimas tecnologías y de homogenización del mercado⁶⁷¹.

Estas agencias son organismos que Frank Fisher habría descrito como “neocorporaciones tecnocráticas”, pues dictan la política pública a partir de su conocimiento experto en la gestión de asuntos excesivamente complejos y técnicos para los Parlamentos y las Administraciones Públicas, los cuales prefieren delegar las

⁶⁷⁰ *Ibid.*, pág. 357. Al respecto Artells concluye que “la importancia de este aspecto no puede pasar desapercibida cuando se tiene en cuenta la potencia desencadenante que para el actual movimiento de reforma internacional de los sistemas sanitarios [*coincidente con la crisis del Estado asistencial*] ha tenido la reciente integración internacional [*léase «mundialización» económica*] y la rápida difusión de las principales direcciones financieras, organizativas y de gestión de las experiencias positivas de cambio –OCDE, 1990–” (*ibid.*, pág. 362). En los balances generales acerca del papel de las ETS en la colaboración y establecimiento de redes internacionales de cooperación permanente, se indica que esta función se encuentra con problemas para su desarrollo como es la necesidad de mejora de la cooperación internacional, la (falta de) independencia de las agencias o una mayor atención a los aspectos éticos y sociales (*ibid.*).

⁶⁷¹ De hecho uno de los servicios de la ETS consiste en asesorar acerca del desarrollo legislativo en materia de ordenación, homologación, acreditación y estandarización de las tecnologías médicas, además de los efectos que al respecto puedan tener sus recomendaciones en materia de financiación y asignación de recursos en los gobiernos (*ibid.*, pág. 356).

decisiones sobre estos asuntos en esos cuerpos de expertos bajo la forma de su asesoramiento o consulta previos a sus decisiones.

Los productos que ofrecen estas agencias de expertos toman la forma de informes, publicaciones, recomendaciones y consultorías. De esta manera, se presentan aparentemente como enunciados dirigidos a una autoridad política que es la responsable directa en la decisión. Sin embargo, esa forma oculta una, digamos, *vocación* normativa, una voluntad de dictar la política legislativa en materia de adaptación al desarrollo de la tecnología sanitaria y de contribución a la formación de una cultura de aceptación de las nuevas tecnologías y de las reorganizaciones consecuentes del sistema sanitario⁶⁷². En este sentido, el discurso ético introducido en los trabajos de estas agencias acaba teniendo una importante carga simbólico-ideológica.

“El producto del proceso de evaluación tecnológica consiste en información cualificada, en diversos formatos –conclusiones de análisis de eficiencia, informes, directivas de actuación e indicaciones de utilización, así como recomendaciones y resultados de conferencias de consenso- para uso de los agentes con responsabilidad en la toma de decisiones con implicaciones económicas y sociales. La ETS debiera hacer disponibles referentes significativos sobre opciones de planificación, asignación de recursos, inversión, organización, legislación reguladora, buena práctica profesional, establecimiento de precios, tarifas y convenios y orientación de la investigación y desarrollo”⁶⁷³.

Estas agencias, además de realizar un análisis sobre las consecuencias clínicas o económicas computables cuantitativamente también *valoran, evalúan el o “estiman el valor” del impacto social y ético* de las nuevas tecnologías sanitarias. Esta evaluación sigue a los análisis de viabilidad económica, coste-beneficio y asimilación de las nuevas tecnologías médicas en la estructura sanitaria, a los cuales complementa.

“La extinta oficina en Technology Assessment (TA) del Congreso de EEUU definió la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) como «una forma amplia de investigación, que examina las consecuencias clínicas, sociales, económicas y éticas que se producen a corto y largo plazo, derivadas del uso de la tecnología, tanto directas como indirectas, y tanto sobre los efectos deseados como los no deseados. La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III ha definido ETES como aquel proceso de análisis e investigación,

⁶⁷² A través de la “información, educación de los ciudadanos acerca de los resultados y las consecuencias de las actividades de la evaluación tecnológica” (*Swedish Council on Technology Assessment in Health Care*, 1991, cit. en J. ARTELLS, op. cit., pág. 354). Aunque, en este punto, Artells hace un balance negativo en el sentido de la “falta de un desarrollo adecuado del marketing sanitario asociado” a la formación continuada de los profesionales, “en términos de comunicación, educación y motivación de la sociedad y de los medios de difusión” (ibid., pág. 362).

⁶⁷³ Ibid.

dirigido a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social”.⁶⁷⁴

Para la norteamericana *Office of Technology Assessment*, creada en 1972, que proporcionó el modelo de las ETS actuales para el resto de países occidentales, preocupados por reducir el déficit público y presionados por un crecientemente poderoso mercado de tecnología y productos sanitarios que exigían políticas sanitarias adaptadas a su producción⁶⁷⁵, la ETS es contemplada como:

“un aspecto de la investigación *aplicada a la política*, que estudia las consecuencias sociales a corto y largo plazo de la difusión y aplicación de la tecnología sanitaria.”⁶⁷⁶ (los subrayados son nuestros).

Los “beneficios” individuales y colectivos (de la sociedad), o la “mejora de la salud” o la “calidad de vida”, son evaluados por el ETS *a partir* de la introducción de tecnología médica en el mercado sanitario que, según su cálculo de eficacia, eficiencia y seguridad, resulta para esos objetivos más adecuada. Para que esta evaluación sea una evaluación *legitimada*, la ETS incorpora en su análisis, a modo de *inputs* directrices de buena práctica (ética clínica y científica) y un examen de las posibles implicaciones éticas y sociales y propuestas al respecto, como por ejemplo la de la información y educación del usuario.

Hay que tener en cuenta además que la tecnología evaluada por las ETS integra básicamente fármacos, instrumental y los equipos médicos y quirúrgicos, pero también los sistemas de soporte de la actividad clínica, los sistemas organizativos y administrativos, lo que supone una evaluación técnica de las decisiones políticas que sirve para acabar adoptando decisiones políticas desde la perspectiva técnica.

Uno de los servicios de asesoramiento o consultoría que pueden ofrecer estas agencias toca directamente cuestiones de propuesta, debate y decisión político-pública,

⁶⁷⁴ José Luis CONDE OLASAGASTI, op. cit.

⁶⁷⁵ “La preocupación por la valoración social de la tecnología sanitaria estuvo íntimamente asociada a la inflación de costes del sistema sanitario norteamericano de las décadas de los setenta y ochenta. (...) Desde el principio la OTA, optó por una aproximación consistente en atribuir como objetivo principal de la ETS la mejora de la salud. Por esta razón pronto se colocaron en el centro del instrumental de evaluación los análisis de eficacia y de efectividad reforzándose su orientación práctica para la toma de decisiones” (Juan J. ARTELLS, op. cit., pág. 357).

⁶⁷⁶ J. J. ARTELLS, op.cit., pág. 353. Artells también señala que: (...) El «Swedish Council on Technology Assessment» considera que la ETS se justifica por su aportación de *bases sólidas para justificar el uso de tecnologías en beneficio de la sociedad*. Metodológicamente la ETS implica un proceso sintético que se apoya en instrumentos rigurosos de análisis y comparación procedentes de diversas disciplinas” (ibíd.).

como puede ser la delimitación de cuáles han de ser las prestaciones básicas del sistema de salud del país a cuyo gobierno asesoran. Por eso, la experiencia estadounidense de la OTA supuso el inicio de la evaluación por parte de esos organismos expertos tanto de las políticas sanitarias llevadas a cabo por los gobiernos como de “las opciones organizativas alternativas, principalmente las asociadas con la adopción de sistemas de retribución a proveedores y su impacto sobre la difusión y adopción de tecnologías”⁶⁷⁷.

En este sentido, como Artells advierte, la ETS pueden haber servido como una forma de *legitimación tecnocrática* (que a su vez sirve a intereses de la industria) *para las políticas de limitación de la cobertura sanitaria* (cambios en la cobertura básica y en su reembolso, caso de la Medicare de EEUU) cuando los Estados no han incentivado “el progreso del cambio tecnológico” que parece necesario. Para hacer esas recomendaciones las ETS han recurrido a un análisis que tiene en cuenta los aspectos de la seguridad, la eficacia / efectividad, la evaluación de la eficiencia (coste-beneficio), la utilidad y los aspectos éticos, sociales y legales. Y los métodos de evaluación van desde los análisis de laboratorio y ensayo clínico hasta el “juicio profesional consensuado” y “opinión experta”⁶⁷⁸.

“La aportación de la ETS se basa en la aplicación del instrumental cuantitativo y analítico de los estudios de eficacia, efectividad y coste-beneficio, aunque el método básico comúnmente utilizado es el metanálisis [revisión sistemática de la evidencia científica, evaluación de la cualidad metodológica de los estudios, medida del efecto, ventajas y limitaciones de los estudios⁶⁷⁹] y la síntesis [que tiene como objeto convertir información científica, básica y aplicada en conocimiento y recomendaciones relevantes para el diseño de políticas y desarrollos legales]”⁶⁸⁰.

De esta forma, y a través de la actuación de estas agencias, que operan a la manera de *estructuras incitativas*, un discurso ético sirve, una vez más, para legitimar la

⁶⁷⁷ Ibid., pág. 359.

⁶⁷⁸ “La carencia de suficiente evidencia científica, unida a la necesidad de tomar decisiones sin poder esperar al resultado de investigaciones que a veces requieren años para su ejecución, obliga a menudo a recurrir al juicio de expertos, (...). Las conferencias de consenso, los modelos inspirados en el método Delphi, las técnicas de grupo nominal son métodos para instrumentar el juicio de expertos, que proporcionan respuestas razonables en situaciones en las que la evidencia científica no está disponible. No debe confundirse el «juicio de expertos» con la revisión o realización por expertos de un documento derivado de la revisión sistemática de la evidencia” (José Luis CONDE OLASAGASTI, op. cit.).

⁶⁷⁹ Programa de l’Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques (*Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research*).

⁶⁸⁰ J.J. ARTELLS, op. cit., pág. 361.

política tecnocientífica en nombre de una competencia donde lo ético se vuelve a mezclar con lo técnico.

No hay que olvidar que durante años la evaluación económica de las tecnologías sanitarias ha constituido el aspecto de mayor interés para los “clientes” de la ETS, de manera que “en cualquier caso, la evaluación de la dimensión económica de las tecnologías sanitarias se ha convertido en un imperativo ético y práctico para los sistemas de salud y los profesionales que en ellos trabajan”⁶⁸¹, junto a consideraciones previas relativas a la seguridad, efectividad y utilidad de la tecnología.

Por consiguiente, que el tratamiento de estas cuestiones por la ETS responda a un proclamado *imperativo ético* y a una, quizás, “especial sensibilidad” hacia las consecuencias sociales de la implantación de determinadas tecnologías médicas, no deja de significar, a nuestro entender, bien la expresión de un refinado ejercicio de razón cínica o bien la expresión del ciego convencimiento de los agentes de la ETS y de quienes los contratan de la posibilidad de una cuantificación y calculabilidad técnica de *lo ético* a partir de lo convenido como “beneficio social e individual”, “mejora de la salud” o “calidad de vida” determinado por dichas agencias.

6.3. Una nueva «ética del encubrimiento» para la tecnociencia

6.3.1. Una «nueva» ética para la tecnociencia

Recapitulemos: en la actualidad y respecto al campo biomédico se dispone de dos sistemas éticos diferentes y mutuamente complementarios que sirven para abordar las incertidumbres sociales surgidas en el seno de la esfera de sus actividades.

El primer sistema es de ámbito específicamente interno al campo profesional y en él se mezclan un sistema axiológico propio, un conjunto de valores más o menos universalmente compartidos e integrados en el campo y unos usos sociales específicos propios de los agentes del mismo.

Como vimos al analizar los problemas propios de la sociedad del riesgo, esta autorregulación técnica y ética no resulta suficiente en el caso del campo biomédico a la hora de abarcar la responsabilidad por unas acciones cuyos efectos dañinos pueden

⁶⁸¹ José Luis CONDE OLASAGASTI, op. cit.

alcanzar un grado históricamente desconocido y que generan dudas y cuestiones *fundamentales*, de razón de ser, de *sentido*, dudas que la tecnociencia contemporánea, a pesar de todo su poder, es incapaz de responder.

“El conocimiento científico significa poder, y poder debe significar responsabilidad. Sin embargo, que el conocimiento científico pueda proporcionarnos la grandeza ética necesaria para cargar con esa responsabilidad es una esperanza que no está garantizada por los hechos. Creo que puede afirmarse francamente que el cientificismo, si fundamenta su confianza en la esperanza de que la ciencia, por su propia naturaleza, sea capaz de suministrar una guía suficiente para los asuntos humanos, es una falsa religión. Su fe, llevada hasta este punto, no es sino superstición. El papel de sacerdote no sienta bien al científico, y los buenos científicos lo saben; el código científico de conducta necesita como fondo una ética que la ciencia misma no puede proporcionar”⁶⁸².

De ahí que se requiera un sistema ético complementario. Este segundo sistema abarca un ámbito más amplio y aparece como compartido entre campos diversos. Por eso se caracteriza por la invocación de un procedimiento y una metodología generales de decisión ética racional, una normatividad compartida entre agentes de campos diversos que tienen un objetivo común, y por la elaboración de un discurso ético que trasciende los intereses específicos de cada campo integrándolos en un espacio de debate que no los cuestione.

El *consenso* discursivo en que se basa este segundo sistema es efectivo para la operatividad de ciertas instituciones de nueva creación (comités de bioética o de ética clínica, agencias de evaluación de tecnología e investigación biomédicas), instituciones donde se fraguan esos acuerdos en torno a las actividades tecnocientíficas y de los cuales los intereses específicos de los campos económico-mercantil y el jurídico-político pueden servirse.

Este sistema ético más general e integrador de diversos campos en concurrencia, como pueden ser los de disciplinas con objetos, puntos de vista y sistemas axiológicos tan diferentes como los de las ciencias naturales y los saberes de humanidades, integra asimismo al sistema ético interno específico de cada campo, constituido básicamente por sus normas deontológicas y sus propios sistemas axiológicos. Pero, tal y como ya advertimos, esta integración se produce como un elemento más (es decir, como un punto de vista o interés más a ser considerado en la negociación del acuerdo final), de manera que lo que es específicamente prescriptivo para un campo no tiene por qué serlo para el conjunto de los campos involucrados.

⁶⁸² C.F. VON WEIZSÄCKER, *La importancia de la ciencia*, Barcelona, Labor, 1966, págs. 22-23.

La legitimación de este segundo sistema ético complementario resulta básicamente del *acuerdo* entre agentes procedentes de campos de poder diferentes, los cuales habrán de adaptar la funcionalidad de sus respectivos capitales a la estructura y “reglas de juego” del nuevo campo de poder ético “pluridisciplinar”, capaz de fraguar el acuerdo necesario para el uso de un lenguaje y de una normatividad comunes, y el ajuste entre los sistemas éticos (oficiales –los que aparecen escritos y los que están inscritos en las prácticas habituales y no están formalizados-) particulares de cada campo (y de cada agente) a mínimos comunes y flexibles. Dicho de otro modo, los principios y valores éticos en juego, importados desde el campo del saber de «humanidades» al campo de las agencias o comités, del foro bioético pluridisciplinar, funcionan como *moneda de cambio* en las estrategias de negociación específicas del campo ético “pluridisciplinar” entre los miembros de los campos de poder concurrentes.

Vimos la manera en que la bioética ha logrado constituirse en el discurso específico que encarna este segundo sistema ético en lo que se refiere a las actividades de la biomedicina. Y vimos que, dependiendo del peso político que se tenga en el espacio bioético institucionalizado (sea en comités o en agencias de evaluación tecnológica o en otros organismos de expertos vinculados al poder jurídico-político y/o codeterminantes en sus decisiones normativas), dependiendo incluso del dominio que pueda disponer sobre el resto de jerarquías temporales de los campos partícipes, *el grado de “cesión” hacia el espacio bioético de la eficacia de las propias estructuras normativas de cada campo (por ejemplo, los códigos éticos y deontológicos de los colegios de médicos) puede resultar significativo*. Y que ello dota a ese “espacio bioético” de un poder de influencia sobre la legislación más que notable.

Vimos que ese espacio bioético ha utilizado su poder en la construcción de una *nueva ética para la biomedicina* que se presenta como un sistema normativo capaz de abordar las incertidumbres morales o filosóficas generadas por los riesgos y las consecuencias del sistema de crecimiento tecnocientífico y económico. Un sistema normativo que se presenta como un sistema muy general, de mínimos comunmente compartidos y capaz de un despliegue práctico, concreto, flexible, revisable y adaptable a las exigencias de dicho crecimiento.

Esta nueva ética se presenta como un sistema de reflexión y de “debate público” de *tiempo razonable*, esto es, que se desarrolla en un tiempo ajustado a la explicación al “gran público” de las innovaciones tecnocientíficas sobre el cuerpo o la biosfera. Un tiempo que basta para considerar al “gran público” *suficientemente bien informado* a

criterio *experto* (tecnocientífico y ético). Un tiempo que permita a los ciudadanos hacerse cargo de los riesgos asumidos⁶⁸³. Un *tiempo* para poder explicar cómo la «dignidad humana» “puede ser entendida de muy diversas formas”⁶⁸⁴.

Es frecuente que desde la esfera tecnocientífica (y empresarial) se argumente que el temor a las “incertidumbres morales o filosóficas” surgidas de las consecuencias de la investigación y aplicación de las innovaciones tecnocientíficas no debe paralizar el desarrollo de las mismas⁶⁸⁵, y que ni siquiera la inexistencia de una regulación legal expresa y específica, la incertidumbre jurídica, debe suponer un obstáculo para esas actividades.

Este problema “temporal” constituye el punto más claro de desacuerdo práctico entre los campos tecnocientífico y los campos “simbólicos” de la filosofía moral o la teología o el derecho a la hora de opinar sobre las innovaciones en biomedicina u otros ámbitos tecnocientíficos, pues en ese momento de opinar *chocan los tiempos* funcionales y necesarios para la toma de decisiones para cada uno de esos campos. Pues por una parte aparece el tiempo de la dinámica aceleradamente acumulativa de la invención y producción tecnocientíficas, impulsado sobre todo por los plazos impuestos por las exigencias comerciales de las empresas que las financian; y por otra parte aparece el tiempo necesario para la asimilación de esa dinámica, el tiempo de la reflexión y de las dudas, de la discusión y finalmente decisión, propios de los planteamientos filosófico-morales o jurídicos⁶⁸⁶.

⁶⁸³ En este sentido, la conclusión quinta del *Documento sobre donación de ovocitos* (op. cit., pág. 11) señala que “5. *Las campañas de promoción de la donación deben dirigirse a un público que pueda valorar correctamente los riesgos asumidos.* La publicidad de los programas debe ser fundamentalmente informativa y no competitiva. La publicidad debe hacerse de acuerdo a pautas comunes, *siguiendo criterios establecidos por los códigos deontológicos y por las sociedades científicas implicadas*” (el subrayado es nuestro).

⁶⁸⁴ Por ejemplo, para proponer la modificación de la legislación prohibicionista sobre la selección no terapéutica del sexo de los futuros hijos, se argumenta en foro bioético que ésta “constituye una barrera que limita la decisión ciudadana” (preámbulo del *Documento sobre selección de sexo* del *Observatori de Bioètica i Dret*, op. cit., pág. 6). Entendemos que esa abstracta apelación a la “decisión ciudadana” o, en definitiva, a la libre elección individual en el contexto mercantil de las ofertas de la industria sanitaria, constituye para algunos expertos en bioética el mejor tribunal para interpretar en cada momento y de acuerdo con el espíritu los tiempos (y las ofertas del mercado) la “forma” en la que ha de “entenderse” el concepto de “dignidad humana”.

⁶⁸⁵ G. H. KIEFFER, op. cit., pág. 469.

⁶⁸⁶ El tiempo necesario para *pensar* y la consecuente moratoria en ciertas investigaciones tecnocientíficas fue paradójicamente la primera reacción de los científicos en la Conferencia de Asilomar en 1975 ante los posibles efectos de la ingeniería genética sobre la humanidad y el medio ambiente. Un tiempo reclamado, en un primer momento, *incluso* por los científicos, conscientes de las dudas ético-jurídicas (y filosóficas) que planteaba la biotecnología. Francisco Fernández Buey apunta acertadamente ese tiempo reclamado

Establecer la convivencia entre estos dos tiempos diferentes es uno de los propósitos de un sistema ético en el que *la argumentación técnica y los parámetros científicos de partida son clave para la construcción de razonamientos con pretensión normativa* (sea ésta vestida de “recomendación”, “pauta” o “guía” o de norma ética o deontológica o de propuesta legal). También por eso, este discurso ético se presenta siempre como voluntariamente abierto y plural.

La especialidad aparentemente antidogmática de esta *ética para la tecnociencia* consiste pues en erigirse en discurso flexible, *in fieri*, casuístico y *ad hoc* que quiere servir, sí, de “puente”, entre humanidades y ciencias naturales, tal y como pretendía V.R. Potter de su «bioética», y quizás también de vía de paso para que las proposiciones adecuadas al desarrollo del campo tecnocientífico crucen de la forma más rápida posible el río del sofisma naturalista, instalándose en el terreno prescriptivo de las conductas humanas generales.

Parte de esa obertura y pluralidad se explican porque el discurso bioético, institucionalizado y organizado para su aplicación simbólica y normativa, se construye siempre sobre la marcha. No quiere edificar una teoría crítica ni una metaética de la ciencia. Conforme ya con la estructura del campo (bio)ético y con la de cada subcampo (cada comité asesor de ética, cada disciplina –bioética, ética médica, deontología profesional,...-, cada agencia de evaluación de tecnología biomédica, cada órgano asesor en tecnología de Parlamentos y Gobiernos, cada “Observatorio”, etcétera), la ética para la tecnociencia a la que en esas instituciones se le da una aplicación práctica (informe, asesoramiento, opinión, norma deontológica, propuesta de modificación legal,...) tiene más de *traducción normativa de criterios técnicos y científicos* que de *verdadera ética*. Pues se puede afirmar que la *razón ética* está en ella por lo general al servicio de aquello que convenga a los intereses específicos de los diferentes campos tecnocientíficos o profesionales, que es lo que se acaba presentando como el producto último y genuino de un acuerdo moral plural.

Ello resulta inevitable si tenemos en cuenta las características de los organismos que resultan encargados de gestionar ese discurso, a los que nos hemos referido en el

por los científicos de Asilomar como una reclamación originaria en la que “palabra y acción interactuaron y disputaron” para acabar, en nuestra opinión, por imponerse el “en el principio fue la acción y no la palabra”(la argumentación, la discusión razonada con tiempo para pensar), como así ocurrió finalmente en Asilomar (Francisco FERNÁNDEZ BUEY, *Ética y filosofía política*, op. cit., pág. 282).

apartado anterior. En realidad era difícil que esta ética institucionalizada pudiera dar más de sí. Como observó bien Lipovetsky:

“En nombre de la complejidad de los problemas suscitados por la ciencia, ha aparecido una nueva división del trabajo, hasta la ética ha entrado en la vía de la institucionalización, de la burocratización, de la especialización funcional. El destino de la voluntad bioética es paralelo al de la ecología, juntos son trampolines hacia nuevas autoridades lúcidas, nuevas instancias de poder, nuevas competencias. Detrás del éxtasis de los valores, avanza el reinado de los especialistas, la voluntad democrática de controlar la ciencia mediante los valores éticos contribuye de hecho a prolongar el proceso de racionalización «burocrática» del mundo moderno, a extender la tecnificación sensata de la organización democrática, e incluso, a poner en órbita aquí y allá la instrumentalización mercantil de la moral. Con los nuevos «sabios» llegan, en efecto, los consultores, los profesionales remunerados de la ética”⁶⁸⁷.

Ahora bien, en el panorama regulador actual, esta nueva ética no deja de adquirir importancia y las instituciones encargadas de producirla no dejan de proliferar ni de merecer todo tipo de confianza. Parece imponerse así un máximo ético frente un mínimo jurídico en nuestra sociedad. Ello no resulta extraño en medio del actual florecimiento de formas de regulación alternativas al derecho surgidas en un tiempo en el que el tráfico económico y la producción tecnocientífica mundializados exigen flexibilidad, adaptación, normas circunstanciales y facilidades para las relaciones de intercambio internacionales, en una época en la cual el contenido de orden técnico del derecho mismo ha ido creciendo hasta abrir paso a instancias tecnocráticas que desarrollan el contenido normativo, según sus conocimientos y su *actualidad*, esto es, su tiempo específico. La autorregulación ética en el campo tecnocientífico se incrementa así porque viene a cubrir el vacío jurídico-normativo configurando las fórmulas prescriptivas y las hipotéticas sanciones al respecto en el marco del conocimiento experto sobre el tipo de actividad enjuiciada y en el marco de un sistema de ordenación de las actividades mucho más ágil y menos costoso que el jurídico. Según Díez-Picazo, esta flexibilidad actual de derecho se manifestaría hoy en el ámbito de las cuestiones bioéticas en la propuesta común de que éstas no fueran objeto de legislación sino de *soft law*, como por ejemplo su regulación mediante códigos de conducta, informes expertos, etcétera⁶⁸⁸.

⁶⁸⁷ Gilles LIPOVETSKY, *El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos*, Barcelona, Anagrama, 1994, pág. 228.

⁶⁸⁸ Luis María DÍEZ-PICAZO, «Bioética y legislación (Dificultades de la regulación jurídica en materia bioética)» en *Revista de Occidente*, 214, marzo 1999, pág. 9.

Algunos autores han pretendido otorgar a esta nueva ética un plus de eficacia en el sentido de concederle el valor de fuente jurídica respecto a unos asuntos en los que el *derecho de los juristas* (es decir, el de la concepción iuspositivista dominante), argumentan, se halla inevitablemente limitado. Las «leyes de la bioética», dicen, deben adaptarse a las evoluciones futuras de la ciencia, de manera que podamos pasar de la bioética a una especie “bioderecho”, instrumental de aquella, de forma prácticamente desapercibida. En palabras de Lavalie:

“[Según una concepción iuspositivista del derecho, para que éste pueda adaptarse a la evolución tecnocientífica se] (...) puede suponer que la norma jurídica deba evolucionar a fin de tener en cuenta los progresos científicos, es decir, que tenga que perseguirlos y proporcionar los conceptos y técnicas [jurídicas] adaptadas a los cambios sociales que la investigación médica introduce en la definición de la vida, su generación y el tratamiento contra aquello que obstaculiza su desarrollo. El derecho es desplazado, en este caso, a ir a remolque de la ciencia, reducido a una función instrumental y despejado de toda referencia a los valores. Esta concepción estrictamente positivista se ahorra los problemas bioéticos que abandona a los investigadores y médicos y los deja fuera del campo del derecho. (...) según esta configuración, el derecho o se contenta con adaptar las categorías jurídicas existentes o formula nuevas normas para aprehender las nuevas técnicas y relaciones interindividuales subsiguientes. Esta reforma opera sin que paralelamente sea definida una ética apropiada al nuevo estado de la ciencia. El «bioderecho» no sería entonces más que un instrumento que permite tratar las consecuencias sociales de los avances tecnológicos”⁶⁸⁹.

De esto podría deducirse que para poder avanzar conviene defender una noción de «derecho» que vaya más allá de la tradición iuspositivista y que se adapte al modelo jurídico de las sociedades occidentales actuales, pues:

“El derecho no es solamente un conjunto de normas, de categorías, de técnicas. Vehicula también un cierto número de valores, una *información*, diríamos hoy en día”⁶⁹⁰.

Este número plural de valores (en los que se integran obviamente los relativos a los «derechos humanos») han de delimitar en adelante toda nueva forma jurídica como pudiera ser el naciente “bioderecho”. Esta creencia, junto a la idea poco original de que la materia a regular en el universo tecnocientífico y sanitario es muy heterogénea y, como si se hubiese descubierto ahora de nuevo, la idea de que en una misma situación pueden concurrir intereses presentes frecuentemente contradictorios de sujetos e

⁶⁸⁹ Christian LAVIALLE, «De la difficulté à légiférer sur le vivant», op. cit., pág. 15.

⁶⁹⁰ *Ibid.*, pág. 16.

instituciones partícipes, los cuales requieren alguna forma de arbitraje, se propone aquí al servicio de la acuñación de un “bioderecho” que responda a tales dificultades⁶⁹¹.

En definitiva, de lo que se trata, siguiendo a Bourdieu, es de *poner formas*, de controlar, reducir, homologar las contingencias, las aporías o dilemas éticos en torno a asuntos con una evidente dimensión política. Y que la imposición de formas, ya sea ésta ética o jurídica, se haga desde un cuerpo de especialistas, de expertos o sabios que constituyen, dentro de las instituciones creadas *ad hoc*, agentes de un campo o subcampo de poder específico con sus reglas de juego, estrategias e intereses particulares, distintos, si no contrarios, a los que están presentes en la comunidad o sociedad que pretenden ordenar.

En este caso, la propuesta para la elaboración de un “bioderecho” consiste en superar la tradición que privilegia la forma legislativa como expresión de la «voluntad política general» y la «generalidad» en la definición de estándares universalmente aplicables. Se trata de un modelo que han seguido otros órdenes normativos como el reglamentario y el deontológico propios de organismos autónomos y corporaciones de derecho público y que se encuentran con dificultades parecidas a la hora de tratar los problemas escurridizos de la bioética.

“Eскурridizos” porque se afirma que en el dominio de la bioética no puede existir una solución general [¿únicamente en ese ámbito de los que el derecho ya regula?], que conviene tratar los asuntos caso por caso, que conviene adaptarse a las circunstancias cambiantes, que la realidad de los avances científicos no se dejará ahorrar por la ley y que, por consiguiente, se ha de superar en él el modelo jurídico tradicional.

Todas estas alegaciones corresponden a algo más que a una mera constatación de las limitaciones jurídicas ante problemas emergentes. Y no resultan tan novedosas como se pretende. La insistencia en transformar la vieja estructura legal y parlamentaria del Estado de derecho puede responder también a la tendencia a la introducción de

⁶⁹¹ Si bien, cabe considerar que con el modelo jurídico-político contemporáneo se ha ensanchado el ámbito de sujetos con “interés legítimo” en la mediación jurídica y que, con el reconocimiento de principios como el de autonomía de los pacientes, se ha producido un reconocimiento teórico de su “voz” y decisión, puede afirmarse que sí ha habido una inclusión de intereses plurales confrontados en lo que es el problema bioético. Sin embargo, “lo que *es* el problema bioético” responde a una delimitación conceptual y a su consideración como tal problema (por tanto del ámbito de su competencia) por los especialistas o expertos del campo bioético. Lo cual no añade ninguna garantía. Simplemente cambian los actores responsables en la delimitación conceptual del problema, en el secuestro de la consideración y gestión de un problema que sufren sujetos de campos y ámbitos de relación diversos y que es “privatizado” por la gestión experta en bioética y, en último término, traspasada, previa reconstrucción y reconceptualización, a la gestión jurídico-política.

intereses privados de campos de poder concurrentes con el Estado en la organización de las relaciones sociales que se refieren a la economía y al campo tecnocientífico.

Se trata, en nuestra opinión, de una apelación al clásico argumento falaz del “mundo cambiante y el derecho paralizante” en la que la regulación jurídica de las biotecnologías, de las nuevas terapias génicas, de la introducción en el mercado de nuevos productos biotecnológicos y de nuevas terapias reproductivas, etcétera, es presentada como la de unas cuestiones que se escapan al legislador dado su elevado tecnicismo especializado, y que sólo pueden ser controlables por medidas técnicas igualmente complejas. Pero lo cierto es que históricamente el derecho siempre ha ido detrás de los hechos y que ahora, con la crisis del modelo estatal intervencionista, la tensión en la demanda de incremento de la autonomía de los poderes económico-privados, tecnocientíficos y corporativos crece. Y en esa demanda, la exigencia de flexibilidad y desregulación jurídicas para la actividad tecnocrática y la libre circulación mercantil suponen una condición de realización de esa autonomía que alienta la transformación estructural del sistema jurídico-político contemporáneo.

Convendría por ello encuadrar correctamente en su contexto esta transformación estructural del derecho contemporáneo: la concepción tradicional del derecho moderno, nacida del proyecto ilustrado, resulta insuficiente para la modernización misma, cuyo sentido ontológico es la transformación continua de toda institución (la propia «modernidad» incluida). Y la concepción del derecho monolítico, sistemático, completo, coherente, universal, estatal, valorativamente aséptico, etcétera, que reduce toda relación, toda facticidad a elementos calculables, previsibles y controlables, que si bien persiste en ámbitos de la dogmática jurídica actual desde un punto de vista práctico falla en tanto que instrumento de regulación de las nuevas contingencias nacidas de relaciones económicas, tecnológicas y, consecuentemente, sociales.

La concepción positivista del derecho también parece fallar respecto del convencimiento general de la ciudadanía acerca de la eficacia de éste. La idea ilustrada de la «justicia» del derecho –libertad, igualdad y fraternidad- queda entredicha en un sistema jurídico abstracto que funciona desprovveyendo a las personas de sus “atributos”, de sus particularidades y circunstancias singulares, de sus valores, emociones y sentimientos morales. La demanda, para satisfacer la idea de «justicia» pasa entonces por el desarrollo de un sistema casuístico, más valorativo, capaz de recoger de alguna manera las emociones humanas neutralizadas. De ahí quizás que éste sea un factor que

también explique la aceptación de lo ético “blando”, flexible, “soft” o “indoloro”, instituido en organismos de expertos o de especialistas frente a lo jurídico-abstracto.

La disolución por parte del derecho moderno de la idea del sujeto y de sus atributos en una entidad abstracta como la de «sujeto jurídico» portador o carente de derechos y obligaciones («ciudadano», «comprador», «arrendatario», «imputado», «inmigrante ilegal», «terrorista», etcétera), provocaría esa relación insatisfactoria entre el individuo y el derecho, a mayor abundamiento, por la larga experiencia histórica de las necesidades frustradas, las tragedias desconsideradas, los particulares dramas desatendidos, las injusticias materializadas, las causas ajenas al entendimiento técnico-jurídico... todo ello bajo la yunta de un entramado institucional jurídico-público que simboliza en cierta forma la «justicia», la «equidad», la garantía jurídica, etcétera, y que tolera sin embargo el mantenimiento de un estado de cosas diferente a lo que proclama.

El renacimiento de lo ético puede ser explicado así como una respuesta al “desencanto del mundo” weberiano tras el triunfo de la racionalidad finalística productiva y utilitaria fundada en la abstracción, la cuantificación y el espíritu de cálculo, destinada a reemplazar a la *racionalidad de valor* y a imponerse como la única norma reguladora de la sociedad, en un proceso de secularización de todo condicionamiento ético. Esto explica que, en un momento dado en nuestra historia contemporánea, nos hayamos convertido en una muchedumbre de individuos vacíos de conciencia moral y de sentido del deber, o si no, en seres moralmente tan empobrecidos que renuncian de antemano a cualquier esfuerzo por traducir en la práctica las indignaciones cotidianas de las que no pueden desprenderse. Y ello por considerar inútil la protesta, desde el punto de vista de la convicción personal de su ineficacia, por indolencia o por simple conformismo nihilista, reflejo de una servidumbre consciente y aceptada.

Una de las consecuencias que trae de la mano tal crisis es reforzar la eficacia simbólica de los códigos éticos formalizados y la institucionalización de una ética ad hoc elaborada por expertos; reforzar la confianza en la remisión a una entidad suprapersonal que imponga unas normas de conducta que por nosotros mismos no sabemos o no somos ya capaces de poner en práctica. Y tal reforzamiento se ve aún incrementado si se trata de un código de conducta que se escapa del encorsetamiento y del control jurídicos, fundamentalmente de su sistema de validación y de su sistema procesal, lo cual no significa que tal código quede totalmente fuera de la estructura

jurídico-política, a cuya reconfiguración incluso puede contribuir desde dentro (comités nacionales de ética, colegios profesionales o agencias de evaluación de tecnologías en nuestro caso).

En definitiva, aquello que algunos llaman como la marca de un producto de moda “bioderecho” constituye ese “campo normativo” o ese ámbito de “producción normativa” jurídica que se refiere a la biomedicina y que, capaz de entremezclarse con esa nueva ética, va más allá del sistema jurídico tradicional, integrando en su seno estructuras normativas de diversa procedencia y eficacia:

“Los conceptos de «normas, de campo normativo», de «producción normativa» se entienden no solamente como la elaboración de un corpus jurídico en sentido estricto sino más bien como el conjunto de normas extrajurídicas o infrajurídicas que comprenden las normas éticas, políticas y económicas, las normas informales e implícitas, fundadas en las prácticas, los discursos, las costumbres de quienes participan también de la reglamentación y del control de las biotecnologías”⁶⁹².

Por este camino se ha llegado a hablar de un abandono progresivo de la estructura jurídica *piramidal* clásica por parte del derecho y una sustitución por una estructura normativa en *red* que admite las nuevas fuentes y formas de producción jurídica paralelas al Estado, fuentes que “abolen el reinado de la «ley única»” o cuanto menos lo erosionan seriamente (por desuso de la ley frente a las formas de autorregulación, en la práctica más eficaces)⁶⁹³. Se consolida con ello un derecho sobre la materia biomédica alejado de la ley, flexible, inclinado a adoptar el modelo de los *Current Opinions with Annotations of the Council on Ethical and Judicial Affairs* de la Asociación Médica Americana, que está presto a razonar de acuerdo con los casos

⁶⁹² Philippe PEDROT, «Éthique médicale et norme nationale», en Dominique FOLSCHÉID, Brigitte FEUILLET-LE MINTIER, Jean-François MATTEI (dir.), *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, PUF, 1997, pág. 262.

⁶⁹³ François OST, Michel van KERCHOVE, *De la pyramide au réseau ? Pour une théorie dialectique du droit*, Bruselas, FUSL, 2002. Según declaraciones de Santiago Muñoz Machado, catedrático de Derecho Administrativo de la U. Complutense, en el ámbito de la regulación telemática por ejemplo, este «derecho en red» se manifiesta en que “hay más de una forma de hacer derecho: una es la que Ost ha dicho que es la propia de Júpiter, consiste en producir una ley que emana del poder central y se impone a todos. La revolución jurídica más importante de Internet es que cambiará eso. El lugar donde nace la norma no es único, vamos a un derecho multipolar porque tanto en su creación como aplicación intervienen instancias regionales, estatales, locales e incluso tienen un papel importante entidades privadas que, en Internet, comparten con los gobiernos muchas tareas de ordenación y gobierno. El legislador mismo, en lugar de hacer regulaciones exhaustivas, se ve obligado a reconocer normas de estandarización que impulsan organismos privados no nacionales. Se produce una abolición del reino de la ley única. Las regulaciones más eficaces son las centralizadas, pero en Internet no son aplicables. Esta alternativa es más caótica, menos eficaz, pero favorece el desarrollo de valores como la libertad o la universalización de la cultura. Si esto es a cambio de un poquito menos de orden y poder, no es tan malo” (entrevista de «EL PAÍS», jueves 18 de enero de 2001).

concretos y a fijar desde ellos “leyes particulares” de referencia en una “jurisprudencia” bioética que puede completar, si no contribuir a formalizar, normas jurídicas ad hoc, normas de “naturaleza híbrida”, cuyo valor jurídico es indirecto⁶⁹⁴. Como dice Laviaille:

“De esta manera deberían emerger aquellas normas o estándares constitutivos de un fondo común de la bioética con vocación universal susceptibles con este título de ser elevadas al rango de normas jurídicas”⁶⁹⁵.

El sistema ético de la tecnociencia muestra de esta forma su vocación antigua de prefigurar el derecho, de acompañar y de convertirse él mismo en derecho. Tal transformación no resulta tan extraña. El sistema ético de la tecnociencia no se basta por sí solo para regular su materia. La operatividad *pública* de los discursos *éticos* requiere en principio relegar al margen el sistema de control jurídico-público, que es un control por naturaleza externo, heterónomo, al campo tecnocientífico. Pero el discurso *ético institucional* requiere la presencia del poder jurídico-público para la puesta en forma de las “políticas apolíticas” del campo experto. Y ello se consigue a través de una cierta legalización de la autoridad de la “voz” ética que concede efectos jurídico-políticos al saber experto, legalización que se realiza a través del reconocimiento por parte del Estado de unos *organismos propios de autocontrol ético-técnico* dotados del poder de creación, aplicación e interpretación de normas *éticas*.

Todo esto nos revela que el sentido principal de toda esa construcción de una “nueva” ética para la biomedicina consiste en último término en proporcionar el código de conducta necesario para el desarrollo de una tecnociencia que la tecnociencia por sí misma no puede proporcionar. Por eso la “nueva” ética para la tecnociencia se presenta proporcionando al campo tecnocientífico y profesional la “muleta” política simbólica que le falta para obtener la legitimación pública del desarrollo de unas actividades adaptadas al marco actual de las exigencias económico-productivas.

⁶⁹⁴ Marie-Hélène BERNARD-DOUCHEZ, «La déontologie médicale», en Claire NEIRINCK (dir.), *De la bioéthique au bio-droit*, op. cit., pág. 101.

⁶⁹⁵ Christian LAVIALLE, «De la difficulté à légiférer sur le vivant», op. cit., pág. 18.

6.3.2. Una «ética del encubrimiento» para la tecnociencia

Cabe preguntar ahora hasta qué punto las formas normativas que integran esa “nueva” ética para la tecnociencia, y que se presentan en parte como hijas de la autorregulación corporativa y en parte como hijas de la intervención de expertos ajenos al campo tecnocientífico, contribuyen a la *democratización* del campo tecnocientífico o bien a una *despolitización* de los problemas planteados por el mismo.

Este problema se planteó tempranamente ya en los inicios mismos de la construcción teórica de esa “nueva” ética para la tecnociencia. Un informe del *Hastings Center* de los años setenta planteaba a este respecto el asunto de la dialéctica entre regulación externa y autorregulación de la ciencia:

“A pesar de que la perspectiva de la regulación pueda ser un anatema para los científicos, parece casi axiomático que se suscite el problema de la regulación pública puesto que la ciencia subsiste casi enteramente gracias a los fondos públicos. (...) El éxito masivo de la ciencia y de sus tecnologías lo ha hecho una parte indispensable de nuestra cultura. Por la razón de que no podemos prescindir de ella como del agua, del aire y de otras cosas esenciales para la vida, debe pasar al gobierno y dominio públicos”⁶⁹⁶.

Otro trabajo de los mismos años apuntaba la necesidad de tener en cuenta una intervención pública sobre la ciencia, considerando la responsabilidad moral de sus actividades y dada la vinculación entre sus aplicaciones prácticas y los objetivos comerciales de las industrias y los de la política económica o militar de los gobiernos⁶⁹⁷. Por “intervención pública” no sólo se entendía entonces la intervención jurídica tradicional del Estado, sino también la de los ciudadanos (y ya vimos que esta demanda de intervención es lo que estuvo en el origen de la aparición de esos organismos de expertos asesores en la articulación de contenidos “éticos”). Para Kieffer, hace ahora treinta años, los elementos o motivos para considerar la intervención pública en la tecnociencia obedecían a las siguientes razones⁶⁹⁸:

⁶⁹⁶ Williard GAYLIN, «Scientific research and public regulation», en *Hastings Center Report*, 5, 3 (1975), cit. en G. H. KIEFFER, *Bioética*, op. cit., pág. 459.

⁶⁹⁷ G. H. KIEFFER, , op. cit.

⁶⁹⁸ *Ibid.*, pág. 460.

- Porque el sostenimiento de la ciencia con fondos públicos era casi total [*quizás en el panorama actual habría que tener en cuenta que hoy ambos sectores, el público y el privado compiten por el control de la innovación, esto es por la socialización o la privatización de los productos tecnocientíficos, aunque cada vez más de manera desigual en perjuicio del primero*]⁶⁹⁹.
- Porque, al mismo tiempo, el campo tecnocientífico estaba prácticamente libre de la regulación jurídica [*ya vimos que esto debe ser matizado en lo que se refiere a la actualidad*].
- Porque la demanda de fondos públicos sigue siendo muy elevada y la ciencia ha dejado de ser inocua [*esto no ha cambiado en lo sustancial*].
- Porque en muchos casos ha desaparecido el intervalo entre los descubrimientos básicos y sus consecuencias esenciales, sobre todo, en lo que afecta a la condición humana, hecho que demanda que se inserte un nivel de control antes de que se realice la investigación, y no después de que sus consecuencias sobre las personas o sobre el medio hayan tenido lugar [*esta idea tiene relación con las consideraciones que hicimos en el apartado anterior sobre los diferentes tiempos, el de la producción y aplicación comercial del producto tecnocientífico y el de la información, comprensión, debate y decisión, asimilación o aceptación, regulación y seguimiento de la producción científica. Recordemos que ya observamos que la “nueva” ética para la tecnociencia representa un intento de sincronizar dichos tiempos a través de la actuación de unos organismos intermedios con poder para imponer la aceptación cultural de los avances tecnocientíficos y articular diversas formas normativas*].

Kieffer propuso entonces compatibilizar en la ciencia *control y autonomía, autorrealización individual* (del agente del campo científico) y *derecho de la comunidad a dirigir su propio destino como tal*, y sugirió una nueva forma de control no gubernamental que respetase la autonomía del campo tecnocientífico y la libertad

⁶⁹⁹ Un ejemplo claro de ese proceso de privatización de lo público y de la entrada de las multinacionales en la carrera tecnológica con la laxitud de los gobiernos lo vemos en el subcampo específico de las biotecnologías (cfr. J. RIECHMANN, *Argumentos recombinantes. Sobre cultivos y alimentos transgénicos*, Madrid, Libros de la catarata, 1999, págs. 61 y sigs.).

científica, sin someterla a una burocracia obstaculizadora⁷⁰⁰. Kieffer optó con ello por una *autorregulación* del campo tecnocientífico.

El precedente deontológico secular que suministraba la profesión médica animó por aquellos años a la comunidad científica, en la dirección señalada por Kieffer, a convenir directrices éticas específicas para los investigadores a raíz de las incertidumbres que entrañaban ciertas investigaciones. La conferencia mundial de científicos celebrada en Asilomar (California) en 1975 constituyó, como vimos, un buen ejemplo de ello. Las directrices producto de esa autorregulación tenían, a falta de una regulación jurídica internacional o nacional específica en la materia, la fuerza de una censura moral sobre las actividades que no observaran las medidas de seguridad (obviamente las establecidas según las reglas tecnocientíficas). Aquella temprana movilización de la comunidad científica dejó claras no obstante tres cuestiones que nos parecen aquí significativas. Una es que la autorregulación se presenta como el “procedimiento al que se acude frecuentemente [*al que acuden los campos de poder relativamente autónomos*] cuando amenazan presiones externas”. Dos es que en Asilomar se advirtió a los asistentes que “si los propios científicos dejaban de regular sus actividades lo haría el gobierno”⁷⁰¹. Y tres que la única competencia normativa interna de un campo no institucionalizado específicamente como corporación de derecho público, y por tanto sin un poder deontológico oficial, eran normas de conducta o éticas de compromiso. En un discurso público pronunciado en la universidad de Harvard, coincidiendo con la reunión de Asilomar, el senador demócrata Edward Kennedy apuntó el peligro que implicaba una autorregulación de las actividades tecnocientíficas en la que un grupo con intereses privados decidiera sobre cuestiones de alcance universal:

“Fue laudable el que los científicos intentaran pensar en las consecuencias sociales de su trabajo. Fue laudable pero inadecuado. Fue inadecuado porque ellos solos, los científicos, decidieron imponer la moratoria y los científicos solos decidieron levantarla. Pero los factores en consideración se extienden mucho más allá de su competencia técnica. De hecho estaban haciendo política pública. Y la estaban haciendo en privado”.

⁷⁰⁰ G. H. KIEFFER, *ibíd.*, pág. 467.

⁷⁰¹ G. H. KIEFFER, *ibíd.*, pág. 464.

Y es que la autorregulación, el interés privado (del agente científico o médico o el del laboratorio, centro o de la corporación) y las necesidades y los intereses públicos no son siempre congruentes. Kieffer se preguntaba al respecto: “¿Puede el bienestar de la humanidad confiarse a la integridad, cuidado y autorrestricción de los científicos individuales que están compitiendo uno con otro para ver quién será el primero en hacer el descubrimiento que lleve al prestigio? (...) ¿Es la ciencia una institución social como cualquier otra (por ejemplo, la banca) que tiene que ser regulada en interés público? ¿o es una institución privilegiada como la Iglesia la cual por razón de algún principio u objetivo trascendente puede definir sus propios fines y regularse a sí misma?”⁷⁰²

Kieffer se respondió a estas preguntas admitiendo la insuficiencia de la mera autorregulación y la conveniencia del desarrollo de un componente de obligatoriedad heterónoma que reflejase la intervención pública sobre la actividad tecnocientífica. Pero Kieffer no pensaba que esta intervención pública tuviera que consistir principalmente en la promulgación de legislación. En este sentido, su propuesta “bioética” pasaba por habilitar una actividad de control que sería realizada por “comisiones asesoras” independientes de los poderes públicos o comerciales. Estas comisiones asesorarían sobre principios éticos y valores en conflicto, sobre necesidades humanas (sociales y morales), y darían la información técnico-científica necesaria para una opinión informada. La idea consistía en que estos centros de creación de opinión pública “informada” sirviesen para suscitar el debate público, abriendo un abanico de puntos de vista y, junto con la participación ciudadana, fuesen capaces de formular la política pública a seguir.

Ya vimos la forma en la que ideas e iniciativas como éstas acabaron dando lugar a los comités de ética o a las agencias de evaluación de las tecnologías sanitarias y, en general, a la construcción de una “nueva” ética para la tecnociencia. Y vimos también cómo la «bioética» aspiró a constituirse en el espacio privilegiado en el cual los expertos provenientes de diferentes campos generaban opinión pública (in)formada en tanto que centro del debate público y las propuestas políticas y legislativas.

Pero también vimos que el pensamiento ético institucionalizado en códigos éticos o deontológicos, en resoluciones, recomendaciones u opiniones de expertos en ética biomédica o científica generado en los diferentes organismos y “foros” existentes

⁷⁰² *Ibíd.*, págs. 465-466.

ad hoc para tratar específicamente de los asuntos e incertidumbres de la sociedad del riesgo ha acabado contribuyendo a una *despolitización* de los problemas que aborda o deja de abordar (los cuales son sin embargo en la mayoría de los casos directa y explícitamente políticos).

Y ello porque este pensamiento evita por sistema entrar en cuestiones de relación de dominación, de fuerza (internas entre los agentes de cada campo o entre los campos mismos). Evita descubrir la lógica de las estrategias de los agentes de cada diferente campo de poder y de sus formas de acumulación de capital (científico y temporal) específico. Evita tratar el problema de la *relatividad* de la autonomía de esos campos. Y, en relación con la justificación general del sistema tecnocrático y económico-productivo, evita tratar sobre cuestiones elementales acerca de cómo está organizada la vida social y no entra en consideraciones prácticas de la convivencia. Como observa Bourdieu:

“(...) el moralismo que asoma por todas partes, a través de una visión ética de la política, de la familia, etc. (...) conduce a una especie de despolitización de los principios de los problemas sociales y políticos, que de ese modo se ven liberados de cualquier referencia a cualquier tipo de dominación (...)”⁷⁰³.

En esa *despolitización* reside, en nuestra opinión, el efecto principal de la moralización creciente de los problemas derivados del desarrollo tecnocientífico, cualquiera que fuera el objetivo inicial de la misma. Y no otro es el efecto de la institucionalización de espacios de poder “éticos” capaces de negociar la compatibilidad entre intereses y valores específicos y que se erigen como espacios de gestión experta. Las instituciones de la “nueva” ética para la tecnociencia contribuyen así, con el pluralismo aparente que abanderan, a la generalización de la confusión en la que está sumida nuestra sociedad contemporánea.

Es cierto que tales espacios se imbrican en el debate público. Pero, en la relación con la sociedad, lo que le ofrecen en realidad es lo que John Ralston Saul denominó despectivamente “material para el debate público”, o lo que es lo mismo, material de *falsos debates* en el sentido de que supone una distracción respecto de los asuntos políticamente decisivos.

⁷⁰³ Pierre BOURDIEU, Loïc WACQUANT, *Las argucias de la razón imperialista*, Barcelona, Paidós, 2001, págs. 16-17.

“Es verdad que una de las dificultades con que hoy se enfrentan los ciudadanos es la de encontrar algún sentido a lo que se les ofrece como material para el debate público, pero en realidad ese material no es más que propaganda formalizada de los distintos grupos de interés. Es muy raro que en un debate público de hoy tome la palabra alguien que no se presente como portavoz oficial de alguna organización. ¿Y cómo podrían esos portavoces decir algo que no conviniera a los intereses directos del grupo? Incluso cuando escuchamos los contenidos de sesudos consejos no nos llega la comunicación del pensamiento: oímos meramente retórica en defensa de quienes los financian.

(...) Las cuestiones reales, complejas, se abordan entre bastidores mediante una eficaz “mediación de intereses” entre los diferentes grupos de interés”⁷⁰⁴.

La idea de la conveniencia del *máximo ético* frente al *mínimo jurídico* que acompaña al discurso ético institucionalizado en sus intervenciones públicas resulta útil a los intereses básicos del campo tecnocientífico y del campo económico-mercantil, crecientemente autónomos respecto del control jurídico-político, y les ayuda a construirse un sistema normativo propio no directamente jurídico. Pues el Estado de la época de la mundialización “se abre” a un sistema de regulación y control de la actividad experta, atribuyendo consecuencias jurídicas a las decisiones de los campos y subcampos de expertos asociadas al mantenimiento del sistema tecnocientífico y económico-productivo.

Es en este contexto donde se asiste al *auge actual de discursos éticos adaptados a los diferentes objetivos institucionales*. Tal y como ha sido señalado tal auge no puede entenderse sin tener en cuenta el modelo social imperante, el cual propone *asumir los riesgos como coste del desarrollo*. La ética institucionalizada adquiere entonces una función de *encubrimiento*:

“Después de una decena de años, el efecto ético sigue ganando fuerza, invade los medios de comunicación, alimenta la reflexión filosófica, jurídica y deontológica, generando instituciones, aspiraciones y prácticas colectivas inéditas (...). Esta fase ya se ha vivido: mientras que la ética recupera sus títulos de nobleza, se consolida una nueva cultura que únicamente mantiene el culto a la eficacia y a las regulaciones sensatas, al éxito y la protección moral, no hay más utopía que la moral, «el siglo XXI será ético o no será»⁷⁰⁵.

Ya Castoriadis había observado que:

“(…) desde hace unos veinte años, asistimos al retorno aparentemente ofensivo del discurso que reivindica la ética. Por lo demás, el término “discurso” es excesivo. En el peor de los casos, la

⁷⁰⁴ John Ralston SAUL, *La civilización inconsciente*, Barcelona, Anagrama, 1997, págs.75-76 y 126.

⁷⁰⁵ Gilles LIPOVETSKY, *El crepúsculo del deber*, op. cit., pág. 9.

palabra “ética” es utilizada como un eslogan; en el mejor, no es más que el signo de un malestar y de una interrogación”⁷⁰⁶.

También Bodei había detectado como una expresión de ese malestar y de esa confusión propios de la sociedad tecnológica el fenómeno característico de nuestros tiempos del incremento de “una inquietud difusa y una urgente necesidad de obtener seguridad”, problema cuya solución se buscaría y se encontraría en la ética, lo que es la causa de:

“(…) la hibridación a escala planetaria de los códigos éticos (que impiden el arraigo alcanzado anteriormente por unas reglas morales construidas a través de un largo proceso de sedimentación, provocando la desorientación general en materia de ideas, valores y normas de conducta)”⁷⁰⁷.

La supeditación del pensamiento (bio)ético al conocimiento y a la práctica tecnocientíficos consigue que el trabajo de reflexión y normalización “ética” sobre estos problemas quede siempre en ella *especializado*. A través de esa especialización se hace más difícil cuestionar desde *fuera*, desde la opinión legítima, el sistema existente, pues la “bondad moral” de tal sistema, que hasta entonces quedaba, en la creencia común como algo básicamente opinable, pasa ahora a estar al cargo del examen de expertos en la materia.

Pero no hay que olvidar el hecho fundamental de que a través de la constitución de organismos especializados en la evaluación ética, los *intereses específicos* de los diversos campos que participan en la elaboración del discurso ético común se integran en éste. Así, por ejemplo, el biólogo que participa en un comité de ética para asesorar acerca de la “idoneidad” (¿ética?) de la experimentación con embriones humanos, habrá sido escogido como el representante (exponente poseedor de capital simbólico de su campo) de unos intereses que se refieren al “interés por el desinterés” científico, a un objeto y a una metodología de estudio y que también incluyen los *decisivos* intereses institucionales de carácter temporal.

Ello no quita que tanto el biólogo como el comité de ética al que pertenece pretendan hablar de ética con voluntad universal. Pero la especialización que resulta de

⁷⁰⁶ Cornelius CASTORIADIS, «La ética como encubrimiento», en *El ascenso de la insignificancia*, Valencia, Frónesis-Cátedra, 1998, pág. 204.

⁷⁰⁷ Remo BODEI, «La Iglesia contra el relativismo. ¿Es posible una democracia sin valores? », en *Revista de Occidente*, 169, junio, 1995, pág. 21. Se trata de una “hibridación” de la moral que en la línea defendida por Lipovetsky supone la expansión de discursos éticos sin compromisos o implicaciones personales fuertes, sin autosacrificio ni mantenimiento de principios categóricos, sólo abanderados por la carga simbólica y retórica.

la actividad de estos organismos no hace sino fragmentar y parcelar la “ética”, que como el aire carece de dueño, y asignar a cada fragmento una titularidad *privada* dotada de efectos específicos y , a veces, públicos⁷⁰⁸ .

Es por eso por lo que se puede afirmar que la etiqueta “ética” resulta en la actualidad invasiva del genuino espacio público. Está al servicio de señalar fundamentalmente unos cotos privados, unos espacios con reserva del derecho de admisión, en los que se deciden, enjuician y autorregulan actividades que por sus efectos deberían estar sometidas al control político-público y a un proceso claro de democratización (entendido éste como un proceso inacabable de conquista de mayores cotas de participación ciudadana en los asuntos sociales relevantes, de conquista de una mayor autonomía respecto de los condicionantes económicos y tecnológicos, como uno de los valores éticos colectivos por excelencia).

Es este proceso de democratización el que se ve dificultado por las estrategias temporales de los campos económico-mercantil y tecnocientífico que acuerdan en convenir un discurso ético, valorativo, prescriptivo y simbólico que les resulta útil en la construcción de un marco normativo coyuntural, autónomo y adecuado al desarrollo de sus actividades y la salvaguarda de sus intereses⁷⁰⁹ .

Pero debe entenderse que todo este auge social de *lo ético* se realiza a expensas de *lo político* y en detrimento del proceso de democratización. Lipovetsky vio claramente los efectos principales de toda esa privatización “posmoderna” de la ética:

“(…) Miseria de la ética que, reducida a sí misma, se parece más a una operación cosmética que a un instrumento capaz de corregir los vicios o excesos de nuestro universo individualista y

⁷⁰⁸ Como afirma López de la Vieja, en nuestra opinión más desiderativamente que descriptivamente, “la competencia moral no es exclusiva de quienes se dedican a una actividad, por mucho que ésta suscite dilemas morales. Ni está bajo la autoridad de quienes tienen un contacto más directo con las situaciones reales, médicos, juristas, psicólogos, etc. La competencia moral pertenece a todos los agentes. Por eso resulta conveniente que los «expertos»[en «bioética»] tengan un perfil difuso” (M^a Teresa LÓPEZ DE LA VIEJA, «“Expertos” en Bioética», en *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política* («Los problemas morales de la biogenética»), Madrid, núm. 27, diciembre 2002, pág. 168).

⁷⁰⁹ Coincide con esto Ascensión Cambrón cuando afirma que en las comisiones estatales de bioética, y bajo la retórica que publicita sus funciones y objetivos, suelen ocultarse otros intereses “que subyacen – no precisamente éticos-: antiguos, unos, genuinamente nuevos, otros, derivados del tráfico biosanitario introducido en las actuales sociedades de mercado. Son intereses que necesitan a la vez ocultamiento y protección. Por un lado, es preciso ocultar que las nuevas prácticas con el cuerpo cuestionan los principios éticos y los valores predicados *sub specie aeternitatis* y, por otro, es necesario darles cobertura legal que regularice esos nuevos tráficó restaurando, a la vez, la legitimidad perdida por los científicos y por los operadores biosanitarios, quienes se muestran más interesados en la obtención de seguridad y beneficios rentables para sí y para la bioindustria que por incentivos éticos” (A. CAMBRÓN, «Funciones y limitaciones de las comisiones nacionales de bioética», en M. CASADO (coord.), *Bioética, derecho y sociedad*, op. cit., págs. 76-77).

tecnocientífico. (...) ¿A qué conducen las grandes declaraciones firmadas no seguidas de efectos o contradichas por sus acciones? ¿Hacia qué democracias nos orientamos si las decisiones relativas al bien y al mal se convierten en una cuestión de expertos independientes? ¿Qué sociedad construimos cuando el discurso ético sirve, aquí y allá, de palanca para el descrédito de la acción pública?”⁷¹⁰

Castoriadis vinculó ese auge a un rechazo de la política como el terreno creador en el que de verdad se manifiesta la autonomía colectiva (un auge que, por otra parte tampoco impide que el juicio ético no experto “sobrante” contribuya a la generalización del relativismo moral basado en el “toda opinión (ética) es respetable”, “todo es relativo” o “cualquier cosa es igual”):

“(…) en todos estos casos [crisis de la política; de la tecnociencia como rival de la política en dar soluciones universales a los problemas de la humanidad; crisis del modelo civilizatorio occidental (crisis de su filosofía, de su ética)], hay un rechazo sino a toda política, sí a la gran política, y [hay] el intento de encontrar en una ética, definida de una forma u otra, criterios capaces de orientar si no la acción, sí al menos los actos y los comportamientos individuales. Es imposible pasar por alto la relación de este giro con la retirada a la esfera “privada” que caracteriza la época y la ideología «individualista»”⁷¹¹.

La estrategia de la moralización experta de problemas de índole social y política encubre la dimensión política de los mismos, confundiendo en un mismo ámbito funcional la gestión técnica de los avances en la investigación y los riesgos tecnocientíficos y la formulación de principios morales universales y abstractos que se presentan como fines últimos de la sociedad. Es a través de una dosificación sabia de esta mezcla como puede decirse que esas entidades han alumbrado la “nueva” ética para la tecnociencia. Según Ascensión Cambrón:

“han contribuido y contribuyen a *normalizar* en la sociedad prácticas nuevas, usos biomédicos, respecto a los cuales es, de momento difícil legislar hasta que la sociedad admita el uso individual sin escándalos. De este modo se allana el camino a la penetración de las nuevas prácticas biomédicas sin legislar, por cuanto cualquier medida precipitada en esa dirección podría recortar los beneficios contables y el poder corporativo que se ejerce sobre los cuerpos y las conciencias”⁷¹².

⁷¹⁰ Gilles LIPOVETSKY, op. cit., págs. 16-17. En el idéntico sentido, véase el análisis del vínculo “copulativo” entre ética y simulación o hipocresía o “cosmética” en el campo de la evaluación ética de la actividad tecnocientífica en Kurt ROESSLER («Zu den Begriffen Ethik und Heuchelei», en AA.VV. *Ethik und Heuchelei*, op. cit., págs. 52-53), cuando hace referencia a los ejemplos de la “hipertrofia moral” actual en el seno de aporías éticas que pueden aparecer en el campo científico.

⁷¹¹ C. CASTORIADIS, *El ascenso de la insignificancia*, op. cit., pág. 206.

⁷¹² A. CAMBRÓN, «Funciones y limitaciones de las comisiones nacionales de bioética», op. cit., pág. 104. Indica Cambrón el efecto de *aceptación cultural de los riesgos* o su normalización que hemos ido señalando a lo largo de este capítulo para indicar la principal función de la nueva ética para la tecnociencia.

Las cuestiones del tiempo y de la manipulación de la información resultan por eso fundamentales a la hora de hablar de la democratización de la tecnociencia y de su *normalización*. Con la creciente diversidad de opciones que aportan las novedades tecnocientíficas ha de aumentar necesariamente la cantidad de información que se necesita manejar para decidir sobre ellas. Pero cuantas más opciones más difícil es la reacción, y cuanto mayor información mayor tiempo se requiere para tomar la decisión. Ello desorienta actualmente a los individuos:

“(…) el número y el tipo de decisiones que se nos exigen no están bajo nuestro control autónomo. Es la sociedad quien determina, en el fondo, la mezcla de decisiones que hemos de tomar y el ritmo con que hemos de hacerlo. (...) La actual crisis de decisión en las sociedades tecnológicas es fruto del choque frontal de estas tres exigencias incompatibles[la transitoriedad, la novedad y la diversidad de las opciones]. Estas presiones consideradas en su conjunto, justifican el término de «estímulo decisorio excesivo» y contribuyen a explicar la causa de que grandes masas de hombres de aquellas sociedades se sienten ya acosados, inútiles, incapaces de construir sus futuros particulares. La convicción de que la carrera es demasiado dura, de que las cosas están fuera de control, es consecuencia inevitable de aquellas fuerzas en colisión. Puesto que la aceleración incontrolada del cambio científico, tecnológico y social altera la facultad del individuo de tomar decisiones sensatas y adecuadas sobre su propio destino”⁷¹³.

Por eso el proceso de democratización en el ámbito de las decisiones tecnocientíficas implica inevitablemente ensanchar el espacio temporal para la reacción. Por eso dar esa opción constituye hoy una obligación democrática. Ese tiempo debe poder gestionarse hoy desde abajo. De lo contrario, el “debate público *informado*” puede limitarse a una rápida asistencia del público a la catequesis ético-tecnocientífica impartida por entidades éticas que olvida que en la realidad las estructuras de poder disponen de hábiles mecanismos de obliteración de la participación pública en estos asuntos privatizados.

Ahora bien, la incompatibilidad de ritmos entre el tiempo del descubrimiento y de la invención científicos y el tiempo de la asimilación de la información, comprensión y participación pública decisoria plantea el problema de la posibilidad de ralentización o, si acaso, paralización, de la producción tecnocientífica a favor de esa participación ciudadana informada. El asunto adquiere gravedad cuando aparece la sospecha de que esa participación puede estar manipulada de manera que se favorezcan intereses

⁷¹³ A. TOFFLER, *El «shock» del futuro*, Barcelona, Plaza y Janés, 1971, pág. 257.

encubiertos u opciones políticas decididas a obstaculizar verdades científicas que no les convienen. Como dice Harvey Brooks al respecto:

“Todavía no se ha determinado si es posible tener una amplia participación pública en la toma de decisión sin una parálisis virtual de la actividad científica y sin la desaparición completa de cualquier plan coherente para el futuro. En el pasado, la participación pública fue utilizada como estrategia para detener la tecnología”⁷¹⁴.

El “foro bioético” normalizado pretende dar solución a este problema ajustando esos dos tiempos, si bien dando preferencia al del campo tecnocientífico y sacrificando el tiempo del debate ciudadano, mediante la introducción de la fórmula del debate ético-práctico semi-público sostenido por expertos de las materias en las que se suscitan los problemas y apto para ser traducido a propuestas normativas convenidas en *petit comité*. La idea que subyace en ese ajuste es la desconfianza ante la “manipulabilidad de la opinión pública”, además de la consideración de que la participación ciudadana, en realidad, no es lo que impulsa en realidad los proyectos científicos⁷¹⁵.

Se trata éste de un prejuicio que atribuye a la imaginaria base de la pirámide social, a la “masa”, “sociedad”, “público”, etcétera, a la cual también fácilmente se le atribuye una responsabilidad solidaria por todos los males del mundo, un “déficit cognitivo” especialmente peligroso. Un “déficit cognitivo” que versa sobre todo, desde la óptica tecnocrática, acerca de asuntos esenciales. Pero frente a esto, y desde la defensa de la democratización tecnocientífica, Riechmann apunta por ejemplo que:

⁷¹⁴ Harvey BROOKS, «Technology assessment in retrospect», *Newsletter on Science. Technology and Human Values*, 17, 1976, pág. 239, cit. en G. H. KIEFFER, *ibid.*, pág. 473. Un ejemplo histórico de fracaso de la pretensión de un control democrático mayoritario sobre la ciencia fue el suministrado por el juicio «Scopes», o «juicio del mono», celebrado en 1925 en la localidad norteamericana de Dayton. Este juicio supuso una victoria del evolucionismo frente a las tesis creacionistas que se enseñaban en las escuelas públicas por imperativo de una ley querida por la mayoría y aplicada en escuelas sufragadas con el dinero de la mayoría. Ahora bien, la idea de que el fracaso de Dayton significa la intangibilidad de la ciencia por manos extrañas y que hay que aceptar su dinámica autónoma, es en la actualidad, en nuestra sociedad del riesgo, insostenible (Víctor MÉNDEZ BAIGES, «Las nuevas tecnologías genéticas y la ética», en M. CASADO, R. GONZÁLEZ-DUARTE (eds.), *Los retos de la genética en el siglo XXI: genética y bioética*, Barcelona, Edicions de la Universitat de Barcelona, 1999, págs. 159 y sigs.).

⁷¹⁵ Harvey BROOKS, *op. cit.* Por supuesto que ante esta afirmación caben contraargumentaciones tan básicas como la siguiente: “Las decisiones respecto al futuro de la investigación biomédica, la determinación de las prioridades, al sopesar los costes y los beneficios no cuantificables de la tecnología médica, estas decisiones son de hecho políticas porque implican a la totalidad de la comunidad política, incluyendo, por supuesto, la propia comunidad investigadora. Un científico no está más entrenado para decidir finalmente sobre las implicaciones morales y políticas de su trabajo de lo que lo está el público –y sus representantes elegidos- para decidir finalmente sobre las metodologías científicas” (Senador Jacob Javits, citado en S.E. LURIA, «The goals of Science», *Bulletin of Atomic Sciences*, 33, 5 (1977), pág. 32, en G. H. KIEFFER, *ibid.*, pág. 474).

“(…) este argumento del “déficit cognitivo” no encuentra validación empírica. Por el contrario, según se ha constatado repetidamente en estudios de la Unión Europea (encuestas Eurobarómetro), aunque es cierto que la ignorancia sobre los aspectos científicos del debate sobre las nuevas biotecnologías es muy amplia, *a medida que aumenta la información de los ciudadanos y ciudadanas sobre estos asuntos, crecen también sus recelos sobre las aplicaciones agropecuarias de la manipulación genética*”.⁷¹⁶

Un prejuicio *conservador* o *reaccionario* contribuye así a alimentar las tesis que deniegan la participación ciudadana en los asuntos tecnocientíficos y sirve para bloquear las propuestas de democratización del campo. Pero, de todo lo dicho más arriba en este trabajo lo que ha de concluirse más bien es que existen muy buenas razones para desconfiar de aquello que se lleva a cabo en el seno de los campos de poder experto.

De ahí que pueda decirse que una de las mayores dificultades para la democratización del campo tecnocientífico esté constituida por el hecho de que la definición actual del «interés público», del interés específico del campo jurídico-político, se encuentre cada vez más en manos expertas, en el seno de un poder tecnocrático formado a la sombra del Estado y conectado con intereses estratégicos del campo económico-mercantil, el cual está logrando además presentar los valores del progreso tecnocientífico y económico como «valores absolutos» incuestionables y más allá de la decisión política.

Esta voluntad de *evitar la política* es lo que mejor revela la forma en la que toda la construcción de la “nueva” ética para la tecnociencia está en realidad al servicio de una posición ideológica conservadora.

Una de las manifestaciones concretas más patentes del conservadurismo, según Kolakowski, es la aspiración a una moralización de alguna manera codificada, formalizada, institucionalizada, que sirva al individuo para darle seguridad y liberarle de la angustia de tener que decidir en medio de la perplejidad. El conservador pretende evitar el caos y someterse a un orden dado. Ante los riesgos, incertidumbres y problemas que genera el desarrollo tecnocientífico, el conservador espera y confía en que alguien elabore un código moral que le asegure que todo esté en su sitio y que él puede seguir actuando como hasta ahora. De esta manera, lo que busca el conservador

⁷¹⁶ J. RIECHMANN, *Argumentos recombinantes*, op. cit., pág. 60.

es la elisión de su propia responsabilidad, de la responsabilidad ante la vida y particularmente ante la vida problemática en un mundo estructuralmente injusto. El conservador lo que quiere es evitar la política y que le sea suministrada una *ética con códigos*.

Como dice Kolakowski:

“Con respecto a su actitud ética, el conservador representa al igual que el nihilismo, una autodefensa contra la exigencia de adoptar decisiones morales. Pero (...) mientras que el nihilismo elude la responsabilidad cuestionando la validez de todo intento dirigido a realizar un valor, el conservadurismo tiende a lo mismo por otro camino: ofrece la posibilidad de escapar a toda responsabilidad creando jerarquías de valores estables y absolutos, es decir, *códigos éticos*”⁷¹⁷.

A ayudarle en tal creación de jerarquías y valores viene la “nueva” ética para la tecnociencia. Ésta promete a la tecnociencia eximirle de la asunción de su parte de culpa y de su implicación en la reproducción y en la defensa de un sistema que cada vez más organiza el mundo a su conveniencia.

⁷¹⁷ Leszek KOLAKOWSKI, «Ética sin códigos», en *Tratado sobre la mortalidad de la razón*, Caracas, Monte Ávila, 1993² (1967), pág. 93.

Conclusiones

Una metáfora adecuada (aunque poco original) a la lectura de un trabajo de las características del presente podría ser la de una travesía, un viaje. Y, haya sido agradable o no dicha travesía, llegados a este punto de destino lo que conviene es hacer balance de la misma, exponiendo los *souvenirs* más significativos en un orden que nos permita entender la estructura general del viaje e incluso su justificación.

En primer lugar conviene hablar del destino de este viaje. Éste, a primera vista, aparenta ser un lugar más bien poco interesante: los códigos éticos, y además, en medicina. Suena a manualito para enfermeras, a compendio de las buenas prácticas del personal sanitario de los hospitales o bien a hermenéutica del manido código de Hipócrates. Nuestro viaje ha pretendido, sin embargo, descubrir ahí un paisaje tremendamente complejo de relaciones y estrategias de poder en el que historia, ideología y juego de intereses confieren al discurso ético verdadero alcance e intención políticos. Particularmente el viaje se ha detenido en la dimensión de la eficacia simbólica del discurso ético en medicina. Un discurso creciente hoy gracias al espacio abierto que deja la actuación del poder jurídico-político del Estado contemporáneo y que es aprovechado por esa forma de (auto)regulación privada de la corporación médica en particular.

Nuestro análisis ha sido realizado desde una hipótesis de partida en la que esa aparentemente simple codificación de la ética en medicina es tratada como modelo de las formas en las que nuestra sociedad se enfrenta hoy a la *necesidad de normar* los avances tecnocientíficos que se producen en el ámbito de las llamadas «ciencias de la vida». El farolillo de alarma se encendió para nosotros ante la comprobación, reiteradamente denunciada por diversos autores, de que en las últimas décadas estamos viviendo una eclosión de regulaciones éticas sectoriales, con el factor común de que en todos esos sectores éticamente revolucionados (el médico y el bioético incluidos) se demanda *simultáneamente* una menor intervención estatal, o bien que la intervención deje fijada un marco de orden público (esto es, lo que algún autor sagaz ha mencionado como el marco ético-legal mínimo de los derechos humanos) y un margen flexible de concreción reguladora para los expertos y para la tecnocracia.

La elección del campo médico de entre los diversos que integran el mundo tecnocientífico como el protagonista de esta tesis no ha sido por azar. Como se ha demostrado en la primera parte de este trabajo, junto a la especial gravedad que supone la incidencia de la actividad médica en la gestión de nuestros cuerpos, que por ello demanda una especial vigilancia “democrática” y una participación activa y efectiva de los implicados (sobre todo los que tienen más que perder), hay que contar la naturaleza indiciaria del saber médico que lo dota de especial incertidumbre y, en consecuencia, lo hace susceptible de ser “completado” mediante ideología a fin de poder presentarse como un saber “científico”, disfrazarse con ropajes de certeza, y, en la práctica, cargar su actividad con una intencionalidad éticamente buena, presentando la figura del médico como una persona cabal, experta y moralmente recta que lo hagan prácticamente impune.

El discurso deontológico en medicina cumple históricamente una importante función ideológica además de aparecer como signo identitario de la profesión. La evolución en el tiempo del discurso ético en medicina se ha adecuando a los cambios históricos experimentados por la profesión. Eso explica que, y siguiendo con la metáfora del viaje que hemos relatado, hayamos realizado el trayecto básicamente en dos etapas: la que se corresponde con una historia ideológica de la profesión y la codificación ética en medicina, en la primera parte, y una segunda parte dedicada al auge actual de la regulación ética en bionomía, omniabarcante y que aspira a recoger las enseñanzas de la primera.

La primera etapa o parte ha sido un recorrido histórico-ideológico de la medicina y de la profesión médica, centrado en el discurso ético tradicionalmente aceptado como específico de la profesión en función de su especial tradición histórica, de la singularidad de la actividad (que “juega” con la vida e integridad física y moral de los pacientes) y cuyo carácter simbólico es expresión tradicional del poder autonormativo de la corporación médica.

El primer capítulo incide en esa naturaleza especial del saber médico, un saber indiciario, esencialmente probabilístico y cuya “verdad”, como objetivo del hacer médico, constituye una noción histórico-culturalmente construida que viene determinada por las propias relaciones de poder en la estructura del campo médico y de ésta en sus relaciones con el poder político y económico. A la *permeabilidad específica* del campo de poder médico, a las presiones de otros campos de poder como el tecnológico y el económico-mercantil, hay que atribuir el abandono contemporáneo del

“paradigma indiciario” en beneficio del “paradigma tecnológico”, el cual ha tenido importantes consecuencias en la evolución del discurso deontológico. En este último paradigma, el médico destina sus esfuerzos al conocimiento funcional de aparatos y productos y a saber interpretar sus tareas. La *elección ética* se convierte así en una cuestión de *elección técnica*: la aplicación o no de determinado producto o tecnología. Aún así, el grado de incertidumbre persiste, y con mayor gravedad dadas las posibilidades técnicas de aventurarse en tratamientos de mayor riesgo. Esta incertidumbre propia del “paradigma tecnológico” tendrá que ser completada, revestida o encubierta con una ideología cuyas funciones, tal y como hemos demostrado en el capítulo quinto, la nueva (bio)ética desempeña hoy al servicio de la tecnociencia.

Pero antes de llegar a esta conclusión ha sido necesario tener en cuenta el sentido de la evolución de la deontología médica. En el primer capítulo hicimos un examen de la historia de la ideología médica y de la configuración moderna de una “profesión liberal” desde la tradición gremial y religiosa y gracias a un proceso de secularización cuyas líneas maestras pueden seguirse sin dificultad.

Tanto los estímulos racionales de enriquecimiento ascético del protestantismo como el *ethos* típicamente burgués sirvieron para integrar abiertamente el interés personal o privado (que aconseja la defensa corporativa de su trabajo, *honorarios*, apoyo jurídico-político a su *status*,...) en el quehacer médico y lo revalorizaron. La defensa corporativa de ese interés y la aceptación de su existencia como justo contravalor por la venta de los servicios de excelencia técnica supuso un reconocimiento de la utilidad social del interés privado y de la moral del médico y alumbró una conjunción de los intereses económicos y sociales (reconocimiento de *status*) privados con los principios éticos como una motivación esencial para la acción del individuo-médico orientada al bien general. Esta línea ideológica por un lado y la práctica política particular de la profesión, por otro, acabaron por consolidar una estructura corporativa estable y con poder sobre todo el ejercicio profesional que motivó que la corporación médica fuera capaz de generar sus propias instituciones morales comunes, las cuales son capaces de juzgar oficialmente la actividad de sus miembros, frente a la intromisión heterónoma del Estado.

En el segundo capítulo nos hemos detenido a comprobar cómo en el siglo XIX, y ya asentadas las bases de la “independencia” ética de la profesión médica, dos teorías bien diferentes sientan los fundamentos filosóficos de una posible deontología, o ética profesional. Estas dos teorías son las de Jeremy Bentham y Antonio Rosmini.

El análisis de la “moral privada” o deontología de Bentham lo hemos llevado a cabo en el segundo capítulo. La función del deontólogo benthamiano consiste en *enseñar, persuadir* (nunca *imponer*) al individuo a actuar por sí mismo (autónomamente) para alcanzar la felicidad, indicando lo que es “justo o conveniente”, de manera que el individuo pueda hacer su cálculo moral personal (de placer y dolor) de lo que le conviene en relación con el interés general sin sacrificar el propio interés. Estas indicaciones o guías morales, según Bentham, estarían recogidas en códigos morales compilados y sistematizados al igual que sus códigos legales.

La importancia que las reflexiones de Bentham han tenido para nuestro análisis es que constituyen un buen ejemplo, por una parte, de la base filosófico-moral de una de las corrientes ideológicas que dominaría en la clase médica, sobre todo a partir del siglo XX y, por otra parte, que han contribuido decisivamente a elaborar el discurso deontológico médico moderno, en tanto que referido a un ámbito de obligaciones específicas y separado de la pública legislación y materializado en los códigos deontológicos de la profesión.

También, y a su manera, las doctrinas de Antonio Rosmini reforzaron la idea de ese ámbito especial de obligaciones, sumando razones conservadoras a las razones liberales suministradas por Bentham. Rosmini, en su deontología defendió la “ética del deber” frente a la “ética del interés” de los ilustrados, a partir de una teoría moral teonomizada cuyo objetivo no es la felicidad del utilitarismo sino la “obediencia y reverencia incondicionadas (esto es, independientemente de sus consecuencias) de las verdades eternas e impasibles” de la ley moral. Pero también Rosmini sugirió la codificación moral como sistematización de leyes morales para la acción que constituyen verdaderas prescripciones morales en las que se derivan de la teorización acerca del arquetipo moral y las acciones ideales para acercarse a dicho arquetipo.

En el capítulo tercero explicamos los principales rasgos de la elaboración de los códigos de deontología de la profesión médica durante el siglo XIX como expresión del poder autorregulador y efecto del proceso de institucionalización de la profesión en corporaciones.

Esta elaboración fue posible gracias, sobre todo, a la nueva dimensión social, política y pública adquirida por la profesión e impulsada desde las políticas sanitarias de los Estados, y que se expresó en el acuerdo codificador final entre las dos líneas ideológicas dominantes (la liberal y la conservadora) cuyo resultado se manifiesta en los siguientes rasgos de la codificación deontológica:

Primero. Las normas de los códigos son de obligado cumplimiento, son consideradas como principios de carácter absoluto (no hay obligación por la amenaza de castigo sino castigo por faltar a una obligación conocida –Rosmini-). Aquí se justifica el régimen disciplinario colegial.

Segundo. El enjuiciamiento ha de ser realizado por *pares* de la profesión (actúan como “tribunal de opinión pública” –Bentham- aunque interno a la profesión) y nunca por imperativo de la legislación política (Bentham y Rosmini).

Tercero. Las normas han de tener incidencia en la organización corporativa, institucional y funcional, y han de regular y proteger los intereses económico-profesionales (reinterpretación *sui generis* de lo que sería el interés personal socializado que propone Bentham).

Cuarto. La codificación ética ofrece claras ventajas desde el punto de vista de la seguridad del profesional como de la seguridad y estabilidad de la corporación y la profesión en su conjunto. Ofrece, en su función catequética un referente de certidumbre moral que libera de carga en la responsabilidad del profesional (esa misma función que cumple la nueva (bio)ética con procedimientos de toma de decisiones para la tecnociencia que abordamos en el último capítulo). Representa también el ideal del modo de vida moral de la burguesía liberal, la moderación y “sentido común” entre posicionamientos ideológicos radicalizados (las instituciones médicas del siglo XIX demandaban normas y procedimientos detallados para prevenir controversias éticas violentas en el seno de la profesión con posibles efectos negativos para la prestación de los servicios médicos y su confianza y, en definitiva, en la imagen de la profesión en su conjunto).

Quinto. Las corporaciones profesionales, como fuente de la codificación deontológica, se conformaron funcional y organizativamente según los patrones del Estado liberal. De la misma manera que tanto los colegios profesionales, en su organización interna y en el proceso de elaboración de sus normas, como en el funcionamiento y composición de los comités de bioética posteriores, se sigue el modelo de las democracias formales actuales como modo de legitimación de sus decisiones presentadas como autónomas.

Sexto. Los códigos deontológicos que recogen la ideología liberal burguesa tienen por lo tanto un doble propósito: mantener la estructura del campo de poder médico en el nuevo panorama político y aparecer como servidores fundamentales del

“bienestar social” (esto es, servir al interés público mediante la salvaguarda del interés privado corporativo).

Las características mencionadas de la codificación ética, a la par que la organización corporativa de la profesión por su nuevo papel *social* explicitado, permiten que los profesionales de la medicina se erijan y consoliden oficialmente como *gestores de la ética* en las relaciones que caen en su ámbito de actividad. Ésta es la enseñanza básica del proceso que llevó a esa codificación. El caso particular de la profesión médica española, que examinamos al final del capítulo tercero, no hace sino ilustrar todo este proceso, aún con sus particularidades más específicas.

En este punto iniciamos la segunda etapa del viaje, preparada nuestra cámara para fotografiar en primer lugar el paisaje de la medicina en la actualidad y en su interacción con otros campos de poder, con sus lenguajes, lógicas de lucha, dinámicas e intereses específicos, que van alterando de manera heterónoma la estructura de poder interna y específica del campo médico, el cual busca adaptarse a las nuevas circunstancias político-sociales y económicas y a los avances en el propio campo tecnocientífico.

La supervivencia institucional básica de la profesión médica obligará a ésta, como veremos, a adaptar su viejo discurso deontológico-profesional, hijo de su proceso moderno de constitución que ya conocemos, a las nuevas exigencias que marcan los avances tecnológicos puestos en el circuito del mercado. La sociedad actual demanda respuestas (normativas) a las incertidumbres del “paradigma tecnológico” de la “sociedad del riesgo” y a las consecuencias que en general produce la extensión de las posibilidades que ofrece un mercado fuera de control político-público. Y las respuestas que aparecen explican el auge de las autorregulaciones éticas o (*pseudo éticas*) en los diversos campos de poder cuyas actividades generan riesgos e incertidumbres pero que, en aras a su autonomía, se oponen a la regulación jurídico-política.

Pero nos interesa en primer lugar aquí el campo médico. En el análisis del estado actual de este campo se trata ante todo de superar los mitos o prejuicios existentes en torno a la naturaleza de la relación privada entre médico y paciente, señalando que, en su complejidad actual, provocada por la intervención de otros agentes dentro del mismo campo hay que sumar las determinaciones provenientes de otros campos de poder, con los que la medicina se relaciona, capaces de influir en la organización del trabajo médico y en la propia estructura relacional del campo médico, dibujando así un mapa confuso de juego de intereses públicos y privados. Para explicar todo ese andamio de

relaciones de poder, cómo queda configurada la autonomía del campo médico con la intromisión de las estrategias específicas del campo privado económico-mercantil y, en consecuencia, cómo queda configurada la tan cacareada autonomía del paciente y cómo se establece el nuevo marco de relaciones con el poder jurídico-político es posible utilizar las nociones básicas procedentes de la sociología de Pierre Bourdieu como nociones instrumentales descriptivas. Ello sirve para dar razón de la aparición del nuevo discurso (bio)ético en medicina (y para la tecnociencia de la “sociedad del riesgo” en general), el cual trae causa en la estructura de relaciones del campo médico con el campo de poder económico, tecnocientífico y estatal, el funcionamiento de la cual, y la prevalencia convenida de unos intereses específicos sobre otros, precisa de un discurso simbólico legitimador.

Si en el capítulo cuarto hemos prestado especial atención a la autonomía relativa del campo médico y a la presión determinante en su estructura que ejerce el campo económico mercantil, en el quinto capítulo hemos centrado el análisis en el papel del Estado y del derecho como coadyuvantes en el mantenimiento de una autonomía del campo médico, como campo técnico-experto, y en las soluciones reguladoras específicas que ofrece dicho campo experto frente a los problemas e incertidumbres que plantean los avances tecnocientíficos en medicina para los cuales el Estado parece no tener respuesta. Como factores del ámbito político-público que incidieron en la eclosión de las regulaciones éticas sectoriales cabe señalar:

Primero. Los problemas de solución normativa estatal que plantea la “sociedad del riesgo”.

Segundo. La fragmentación del poder político tradicionalmente centralizado en el Estado por la generación de múltiples entidades (relativamente) autónomas de expertos con poder político (un poder crecientemente externalizado por el Estado) para gestionar los riesgos. Ese proceso de externalización de competencias político-públicas hacia el sector privado lo hemos examinado muy someramente en la forma de desregulación jurídica del Estado en el contexto de la dinámica de las exigencias de la economía mundializada.

Tercero. La consolidación de la política de expertos y tecnócratas que por ser experta y técnica se presenta como *apolítica* en la gestión de las políticas públicas y en las regulaciones legales de carácter técnico. Frente a la gestión puramente técnica que no acaba de eludir la incertidumbre de la sociedad del riesgo se especializan expertos en gestión ética, profanos respecto del campo tecnocientífico, pero su producción

discursiva faculta a éste para legitimar su actividad éticamente sin necesidad urgente de que el Estado la regule. En el caso de la medicina, independientemente de que sus profesionales puedan aparecer como expertos en alguno de los organismos *ad hoc* de asesoramiento gubernamental, lo cierto es que con la aparición de expertos profanos y la tendencia controladora del Estado, la autonomía médica se ve amenazada. El campo médico y el tecnocientífico en general decide alinearse y cooperar con los expertos profanos en (bio)ética. Estos expertos se agrupan en instituciones diversas de “producción ética”, pluridisciplinares, en busca de soluciones éticas consensuadas. *Co-*deciden con miembros del campo tecnocientífico y político mediante procedimientos racionales consensuados para (con)fundir la dimensión tecnocientífica y la dimensión ética en lo que parece la construcción de un discurso destinado a la aceptación cultural de los riesgos tecnológicos en medicina.

Cuarto. El déficit de sentido que se produce en la sociedad del riesgo al apelar únicamente a criterios técnicos. Ese déficit es cubierto con la nueva ética para la tecnociencia que trasciende así las meras aportaciones del autocontrol deontológico aunque necesite complementarse con él. Así nacen, por ejemplo, los expertos en bioética (éstos como oficiantes del debate pluridisciplinar) y la bioética como un espacio en el que lo simbólico (cultural, ideológico, etc.) de la filosofía moral, la religión,... las “humanidades”, y la tecnociencia puedan interactuar. Un espacio que busca el equilibrio entre la pretensión de legitimidad para las acciones y sus intentos de eludir una crítica externa.

Tras estas consideraciones el viaje toca puerto. Y cerca del destino el examen de la forma que ha adquirido esa “nueva” ética para la tecnociencia permite describir un proceso que va desde una codificación formal de normas deontológicas, éticas y de usos profesionales hasta una codificación multiforme de métodos o procedimientos que parten de principios (bio)éticos convenidos como universales y no jerarquizados de antemano para permitir su juego de ponderación flexible según los casos. Es decir, un proceso que va desde la ética con código único o “ley única” a la ética con “códigos múltiples” y flexibles actual.

Así, en el caso del campo médico es posible comprobar como la vieja deontología profesional adquiere un carácter más abierto, más flexible, con la incorporación de principios (bio)éticos universales y la posibilidad de reinterpretar y modificar las prescripciones de sus “constituciones morales”, los códigos éticos, por parte de sus propios organismos corporativos. Eso, en lo que atañe al enjuiciamiento de

la conducta particular de los profesionales. Pero, dado que las dependencias y relaciones del campo médico con los otros tres campos de poder decisivos (campo jurídico-político, campo tecnocientífico y campo económico mercantil) son tan poderosas que su autonomía se ve efectivamente limitada y esto le impele a participar con su capital científico y temporal (su capital simbólico) específico en la elaboración de un discurso ético y en los procedimientos de toma de decisiones técnico-expertas y éticas para dar respuesta a las incertidumbres, problemas y necesidades presentados como *éticas*.

De esta manera, puede decirse que la forma que ha adquirido la “ética con códigos” para la tecnociencia (y la medicina en particular) se presenta en la actualidad subdividida en dos grandes sistemas que pueden ser llamados “estructuras normativas” y “estructuras incitativas”. Con estas categorías se diferencia un sistema ético tradicional operativo, de carácter deontológico-profesional actualizado a lo *common law*, con su particular jurisprudencia ética interna al campo médico que examina las normas a la luz de los nuevos descubrimientos tecnocientíficos y de forma casuística teniendo como referencia los principios convencionales de la bioética (que está representado básicamente por los códigos deontológicos, recomendaciones y declaraciones internacionales de principios ético-profesionales) y, por otro lado, unas estructuras de poder que no norman directamente sino que “incitan” a normar en virtud de sus decisiones.

En un sistema con estas diferenciaciones cobran especial relevancia los comités o comisiones de bioética, las agencias de evaluación tecnológica en medicina y demás organismos de asesoramiento técnico que incorporan planteamientos ético-sociales en sus decisiones tecnocráticas. Los comités de bioética y las agencias de evaluación de la tecnología sanitaria responden a la necesidad de autorregulación ética del campo tecnocientífico, donde sustituyen una intervención del Estado, y hacen frente a las suspicacias despertadas en la opinión pública a partir de la revolución biotecnológica de los años setenta del siglo XX, favoreciendo la salida al mercado de determinados productos y, en consecuencia, ofreciendo un sistema de control en el que no se tiene que esperar a la intervención de la excesivamente lenta y garantista maquinaria jurídico-política.

En este sentido, la “nueva” ética para la tecnociencia, producto específico de estos comités y organismos, aparece para armonizar los tiempos funcionales específicos que necesitan, por un lado, los campos de conocimiento simbólico (derecho, filosofía moral, religión,...) y el campo de poder tecnocientífico por otro (para sacar sus

productos al mercado y rentabilizar las inversiones). Permite llegar a acuerdos en la construcción de razonamientos con pretensión normativa de manera que el “espacio bioético” tiene, en este sentido, más de traducción normativa de criterios técnicos y científicos y acuerdo de voluntades con intereses de los variados campos de poder en juego que de verdadera *ética*.

Puede afirmarse así que la forma de regular y abordar los problemas e incertidumbres tecnocientíficos de la sociedad del riesgo que ofrece esta “nueva” ética para la tecnociencia no es sino una manifestación del abandono progresivo (particularmente favorable para los asuntos económico-financieros e industriales en los que se incluye la producción tecnocientífica como un valor primario) de la vieja estructura piramidal, rígida, unitaria y jerarquizada, propia del derecho, a favor de una estructura normativa muy variada, compleja y que funciona en red, admitiendo diversas fuentes y que adquiere, por consiguiente, la forma de un derecho “multipolar”. La llamada bioética, las determinaciones éticas de agencias tecnocráticas, las deontologías particulares de cada campo de poder constituyen así, en cierto modo, polos de producción jurídica. El nuevo sistema ético para la tecnociencia aparece para prefigurar el derecho, acompañarlo, con el objetivo de convertirse él mismo en “derecho” y de esta manera relegar el control jurídico-político a un poder heterónimo coadyuvante para los objetivos del campo tecnocientífico y económico y para obtener de él la cobertura político-institucional necesaria para su legitimación oficial.

Todo eso nos permite concluir que ese nuevo sistema ético especializado y característico de la tecnociencia cumple básicamente una función de encubrimiento al servicio de la *despolitización* de los problemas que aborda o deja de abordar. La reflexión de esta (bio)ética para la tecnociencia, en tanto que “ética aplicada”, propositiva y normativa, evita, por sistema, entrar en cuestiones de relación de dominación existentes entre los agentes de cada campo de poder que “debate” y decide, o entre los campos mismos; o evita indagar acerca de la lógica de las estrategias de los agentes de los campos de poder *en juego* (campo médico, campo bioético, subcampo del comité, campo económico, subcampo de la industria que produce la tecnología biomédica, etcétera) o el modo en que acumulan capital temporal (poder político dentro de la estructura específica del campo que se trate, premios y reconocimientos personales, compensaciones económicas, etcétera); o evita tratar el problema de la relatividad de la autonomía del campo médico o tecnocientífico o jurídico-político; o bien evita tratar cuestiones incidentales sobre cómo está organizada la vida social en

relación a la justificación general del sistema tecnocrático y económico-productivo existentes y en relación a las necesidades de consumo en una sociedad que asume los riesgos como coste del desarrollo.

La despolitización, en este sentido, es el efecto (y quizás también la causa) de la *moralización* (y estamos en condiciones de calificarla, a estas alturas, de *superficial*) creciente de los problemas e incertidumbres derivados del desarrollo tecnocientífico (aplicado, sobre todo, en medicina o en ámbitos que pueden afectar la salud). La despolitización es la causa de la asunción progresiva del máximo ético frente a un mínimo jurídico en la regulación de las actividades del campo tecnocientífico. Por consiguiente, supone la elección por parte de los campos de poder en juego por la opción de la “protección moral” (como símbolo, como eslogan, como declaración de buenas intenciones, como generador de sensaciones de seguridad en las respuestas a las incógnitas que plantean los avances tecnocientíficos) frente a la eficacia tecnocientífica y económica.

Por ello podemos afirmar que la etiqueta “ética” resulta en la actualidad invasiva del espacio público, indicando los espacios de “debate”, decisión y regulación pertinentes, los cuales resultan ser en la práctica *privados*, contribuyendo así, mediante esa despolitización, al secuestro efectivo de los temas de debate político-público que encubre.

BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV. *Ethik und Heuchelei*, Colonia, DuMont, 2000.
- AA.VV. -Grupo de Trabajo sobre “La Enseñanza de la Bioética”-, *La Educación en Bioética de los Profesionales Sanitarios en España: Una Propuesta de Organización*, Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1999.
- AA.VV., *Medicina y sociedad*, Barcelona, Fontanella, 1972.
- ABBAGNANO, Nicola, *Diccionario de Filosofía*, México: FCE, 1995 (1961).
- ACOSTA, Crispín, ROUX, Ivonne E., *Médico y Sociedad*, Madrid, Monografías Beecham, 1981.
- ALBERT, Hans, *Razón crítica y práctica social*, Barcelona, Paidós, 2002.
- ALFORD, John, «Definiendo al cliente en el sector público: una perspectiva de intercambio social», *Public Administration Review*, vol. 62, núm. 3, mayo/junio 2002.
- ANDRÉ, Eloy Luis, *Deontología (deberes éticos y cívicos)*, Madrid, Sucesores de Rivadeneyra, 1928.
- ARENDT, Hannah, *La condición humana*, Barcelona, Paidós, 1993.
- ARISTÓTELES, *Ética a Nicómaco*, (trad. Pedro Simón Abril), Barcelona, Orbis, 1984.
- ARISTÓTELES, *Política*, (edición a cargo de Julián MARÍAS), Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1989.
- ARTELLS, Juan J., «La incidencia tecnológica», FUNDACIÓN BBV, *Debate sanitario: Medicina, sociedad y tecnología*, Bilbao, 1992.
- ATIENZA, Manuel, «Juridificar la bioética», en Rodolfo VÁZQUEZ (comp.), *Bioética y Derecho. Fundamentos y problemas actuales*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999.
- AUSTIN, John, *The Province of Jurisprudence Determined*, New York, The Noonday Press, 1955.
- AYER, A. J., *Lenguaje, verdad y lógica*, Barcelona, Martínez Roca, 1981³.
- BAMBROUGH, Renford (edit.), «Editorial: The Straw and the Camel», *Philosophy. The Journal of the Royal Institute of Philosophy*, 54, 1979.

- BARBARÁ RIUDOR, A., *Etimologías médicas o Breve diccionario de las etimologías griegas y latinas*, Barcelona, 1925.
- BARCELLONA, Pietro, conferencia *Europa e il futuro della politica*, Universitat de Barcelona, Facultat de Dret, febrero 2001, inédito.
- BARCELLONA, Pietro, *El individualismo propietario*, Madrid, Trotta, 1996.
- BARCELLONA, Pietro, *Postmodernidad y comunidad. El regreso de la vinculación social*, Madrid, Trotta, 1992.
- BARNES, Barry, *About Science*, Nueva York, Basil Blackwell, 1985.
- BATTAGLIA, *Grande Dizionario della Lingua Italiana*, vol.IV, Torino, 1966.
- BECK, Ulrich, *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad* (1986), Barcelona, Paidós, 1998.
- BECK, Ulrich, *Políticas ecológicas en la edad del riesgo. Antídotos. La irresponsabilidad organizada*, Barcelona, El Roure, 1998.
- BÉJAR, Helena, *El ámbito íntimo. Privacidad, individualismo y modernidad*, Madrid, Alianza, 1988.
- BENTHAM, Jeremy, «Essai d'une nouvelle classification des principales branches d'art-et-science», *Œuvres*, tomo III, reimpr. Bruselas 1830, ed. M.Dumont, trad. P.E.L.Dumont et B.Laroche (Darmstadt, Scientia Verlag Aalen, 1969).
- BENTHAM, Jeremy, *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, en (J.H.BURNS, H.L.A.HART -eds.), *The Collected Works of Jeremy Bentham*, University of London, The Atholone Press, 1970.
- BENTHAM, Jeremy, *Déontologie, ou Science de la Morale*, Vol. IV de las "Œuvres"(trad. por P. É. L. Dumont y B. Laroche), 1834, reimpresión, Darmstadt: Scientia Verlag Aalen, 1969.
- BENTHAM, Jeremy, *Fragment on Government*, London, Basil Blackwell, 1960.
- BENTHAM, Jeremy, *Principios del Código Penal*, en DUMONT, E., «Tratados de Jeremy Bentham», tomo IV, 1821, Madrid, Ed. Nacional, 1981 (reimpresión).
- BERGER, Patrice, «Déontologie et strategies professionnelles. La mise en place du BCG en France de 1923 à 1960», *Regards sur la Deontologique*, Journée d'Etude, Lyon, février, 1986.
- BERGER, Suzanne (comp.), *La organización de los grupos de interés en Europa occidental. El pluralismo, el corporativismo y la transformación de la política*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1988.
- BERGSON, Henri, *La evolución creadora*, Madrid, Espasa-Calpe Austral, 1985².

- BERMAN, Marshall, *Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia de la modernidad*, Madrid, Siglo XXI, 1991⁴.
- BERNARD, Claude, *Introducción al estudio de la medicina experimental* [1865], Barcelona, Círculo de Lectores, 1996.
- BERNARD-DOUCHEZ, Marie-Hélène, «La déontologie médicale», en Claire NEIRINCK (dir.), *De la bioéthique au bio-droit*, Paris, LGDJ, vol.8, 1994.
- BEYME, Klaus von, «Der liberale Korporatismus als Mittel gegen die Unregierbarkeit?», en Ulrich von ALEMANN (coord.), *Neokorporatismus*, Frankfurt, Campus, 1981.
- BILBENY, Norbert, «Els “criteris” del codi deontològic», *Ètica i comunicació social. III Converses a la Pedrera*, Centre d'Investigació de la Comunicació, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1993.
- BLONDEAU, Danielle (dir.), *De l'éthique à la bioéthique: repères en soins infirmiers*, Québec, Gaëtan Morin éditeur, 1986.
- BODEI, Remo, «La Iglesia contra el relativismo. ¿Es posible una democracia sin valores?», *Revista de Occidente*, 169, junio,1995.
- BODENHEIMER, Thomas, «Uneasy Alliance – Clinical Investigators and the Pharmaceutical Industry», *NEJM*, 20, núm. 342, 18 mayo 2000.
- BOURDIEU, Pierre, *Poder, derecho y clases sociales*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2000.
- BOURDIEU, Pierre, *Cosas dichas*, Barcelona, Gedisa, 1996.
- BOURDIEU, Pierre, *Cuestiones de sociología*, Madrid, Istmo, 2000.
- BOURDIEU, Pierre, *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*, Barcelona, Anagrama, 2003.
- BOURDIEU, Pierre, *Intelectuales, política y poder*, Buenos Aires, Eudeba, 2000.
- BOURDIEU, Pierre, *Poder, Derecho y Clases sociales*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2000.
- BOURDIEU, Pierre, WACQUANT, Loïc, *Las argucias de la razón imperialista*, Barcelona, Paidós, 2001.
- BRAIEV, L., *Diccionario Enciclopédico JIMS*, Barcelona, 1979.
- BRAITHWAITE, John, «Rewards and Regulation», *Journal of Law and Society*, 29, 1(2002).
- BROGAN, A.P., «John Locke and Utilitarianism», *Ethics*, 69, 1959.

- BRUNSWIC, Henri, PIERSON, Michel (Dir.) *Médecins, médecine et société. Introduction à l'éthique médicale*, Paris, Nathan, 1995.
- BURKE, E., *Reflexiones sobre la Revolución Francesa*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1978.
- CALBET I CAMARASA, Josep M^a, ESCUDÉ I AIXELÀ, Manuel M^a, *Orígens del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona*, Barcelona, PPU, 1994.
- CALBET I CAMARASA, Josep M^a, *Evolución ideológica de la medicina*, Barcelona, Laboratorios Fher S.A., 1988.
- CALCEDO ORDÓÑEZ, A., «Hospitalización psiquiátrica involuntaria», en AA.VV., *Internamientos involuntarios. Intervenciones corporales y tratamientos sanitarios obligatorios*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial, 2000.
- CAMBRÓN, Ascensión, «Funciones y limitaciones de las comisiones nacionales de bioética», en M. CASADO (coord.), *Bioética, derecho y sociedad*, Madrid, Trotta, 1998.
- CAMBRÓN, Ascensión, «Génesis y problemas de la bioética», en A. CAMBRÓN (coord.), *Entre el nacer y el morir*, Granada, Comares, 1998.
- CAMPS, Victoria (Ed.), *Historia de la ética*, Barcelona, Crítica, 1992.
- CAÑELLAS, Celia, TORÁN, Rosa, *El Col·legi de Metges de Barcelona i la societat catalana del seu temps (1894-1994)*, Barcelona, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 1994.
- CAPELLA, Juan Ramón, *Fruta prohibida. Una aproximación histórico-teorética al estudio del derecho y del estado*, Madrid, Trotta, 1997.
- CAPELLA, Juan Ramón, *Los ciudadanos siervos*, Madrid, Trotta, 1993.
- CARA CHARDS, Luis, *Marketing Farmacéutico*, Barcelona, Sirocco, 1985.
- CARBONNIER, Jean, *Flexible Droit. Pour une sociologie du Droit sans rigueur*, Paris, LGDJ, 1969.
- CARBONNIER, Jean, *Sociología jurídica*, Madrid, Tecnos, 1977.
- CÁRCAVA, M., FERNÁNDEZ, J. A., «Comentarios a la Convención de Asturias de Bioética y al Protocolo Adicional contra la clonación de seres humanos», en Marcelo PALACIOS (coord.), *Bioética 2000*, Gijón, Nobel, 2000.
- CASADO, M. (coord.), *Documento sobre la selección de sexo*, Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret, Parc Científic de la Universitat de Barcelona, febrero 2003.

- CASADO, M., EGOZCUE, J. (coords.), *Documento sobre células madre embrionarias*, Barcelona, Observatori de Bioètica i Pret. Parc Científic de Barcelona. Universitat de Barcelona, 2001.
- CASADO, M., EGOZCUE, J. (coords.), *Documento sobre donación de ovocitos*, Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret del Parc Científic de la Universitat de Barcelona, abril, 2001.
- CASADO, María, (comp.), *Estudios de bioética y Derecho*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2000.
- CASANOVAS, Pompeu, MORESO, José Juan (eds.), *El ámbito de lo jurídico. Lecturas del pensamiento jurídico contemporáneo*, Barcelona, Crítica, 1994.
- CASSIRER, Ernst, *Filosofía de la ilustración*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1993³.
- CASTORIADIS, Cornelius, *El ascenso de la insignificancia*, Madrid, Cátedra-Frónesis, 1998.
- CASTORIADIS, Cornelius, *Un mundo fragmentado*, Montevideo, Altamira, 1993.
- CID, Felipe, *Reflexiones sobre Historia de la Medicina*, Barcelona, Anagrama, 1974.
- CIRERA SALSÉ, Luis, *Discurso inaugural del Académico Numerario Dr. D. Luis Cirera y Salse*, Barcelona, Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, 27 de enero de 1924.
- CLAM, Jean, MARTIN, Guilles (dir.), *Les transformations de la régulation juridique*, Paris, L.G.D.J., 1998.
- CLAPP, Jane, *Professional Ethics and Insignia*, Metuchen – New Jersey, The Scarecrow Press, 1974.
- COELHO, Luiz Fernando, *Teoria crítica do direito*, Porto Alegre, Sergio Antonio Fabris, 1991.
- COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA DE L'HOSPITAL DE BELLVITGE, *Normes de Funcionament del Comitè Ètic d'investigació clínica (CEIC)*, Barcelona, Edicions de la Universitat de Barcelona, 1999.
- COPLESTON, F., *Historia de la filosofía*, vol. VIII, Barcelona, Ariel, 2000³.
- COPLESTON, Frederick, *Historia de la filosofía*, vol. VI, Barcelona, Ariel, 1979³.
- CORTÉS, Donoso, *Ensayo sobre el catolicismo, el liberalismo y el socialismo*, Madrid, Editora Nacional, 1978.

- CORTINA, Adela, «Universalizar la aristocracia. Por una ética de las profesiones», *Claves de razón práctica*, 75, 1997.
- CHEVALLIER, J., «Vers un Droit post-moderne? Les transformations de la régulation juridique », *Revue du Droit public*, 3, 1998.
- CHILDRESS, J.F., *Who Should Decide? Paternalism in Health Care*, Nueva York, Oxford University Press, 1984.
- DAY, Michael, «How the West gets well. The urgent need for solutions to desperate diseases is tempting Western drugs companies and medical researchers into taking ethical short cuts in poor countries», *New Scientist*, 17 mayo 1997.
- DECHAMBRE, Amadée, *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, XXVII, Paris, P.Asselin et G. Masson, 1882.
- DESCHNER, Karlheinz, *Abermals krähte der Hahn. Eine kritische Kirchengeschichte von den Evangelisten bis zu den Faschisten*, Düsseldorf, Econ Verlag, 1980².
- DÍEZ PICAZO, Luís, *Experiencias jurídicas y teoría del derecho*, Barcelona, Ariel, 1993.
- DÍEZ, Fernando, *Utilidad, deseo y virtud. La formación de la idea moderna de trabajo*, Barcelona, Península, 2001.
- DÍEZ-PICAZO, Luis María, «Bioética y legislación (Dificultades de la regulación jurídica en materia bioética)», *Revista de Occidente*, 214, marzo 1999.
- DIEZ-PICAZO, Luis, *Derecho y masificación social. Tecnología y Derecho privado (Dos esbozos)*, Madrid, Civitas, 1987².
- DOUGLAS, Mary, *Cómo piensan las instituciones*, Madrid, Alianza, 1996.
- DUBAR, Claude, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 2000³.
- DULONG, Renaud, «Crisis de la relación Estado/sociedad local vista a través de la política regional», en Nicos POULANTZAS (coord.) *La crisis del Estado*, Barcelona, Fontanella, 1977.
- DUPUY, Jean-Pierre , KARSENTY, Serge, *La invasión farmacéutica*, Barcelona, Euros, 1976.
- DURÁN, Alicia, RIECHMANN, Jorge (coords.), *Genes en el laboratorio y en la fábrica*, Madrid, Trotta Fundación 1º de Mayo, 1998.
- DURAND, Guy, *La bioética*, Bilbao, Desclée de Brower, 1992.
- DURKHEIM, Emile, *La división del trabajo social*, Madrid, Akal, 2001⁴.

- EAGLETON, Terry, *Ideología. Una introducción*, Barcelona, Piados, 1997.
- ECHEVERRÍA, Javier, *Ciencia y valores*, Barcelona, Destino, 2002.
- ELSTER, Jon , HERPIN, Nicolas (comp.), *La ética de las decisiones médicas*, Barcelona, Gedisa, 2000.
- ENGELHARDT, Hugo Tristram, *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, Paidós, 1995.
- ENGELHARDT, Hugo Tristram, «Salud, medicina y libertad: una evaluación crítica», *Libertad y salud*, Barcelona, Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 1, 1999.
- EPICURO, *Obras*, (estudio preliminar, traducción y notas Montserrat Jufresa), Madrid, Tecnos, 1994².
- ESTEVE PARDO, J., *Técnica, riesgo y Derecho. Tratamiento del riesgo tecnológico en el Derecho ambiental*, Barcelona, Ariel, 1999.
- ESTEVE PARDO, José, *Autorregulación. Génesis y Efectos*, Cizur Menor (Navarra), Aranzadi, 2002.
- ETXEBERRIA GURIDI, J.Fco., «La intervención médica en las diligencias procesales de investigación», en AA.VV., *Internamientos involuntarios. Intervenciones corporales y tratamientos sanitarios obligatorios*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial, 2000.
- EUCHNER, Walter, *Naturrecht und Politik bei John Locke*, Frankfurt del Meno, Suhrkamp, 1979.
- FARIA, José Eduardo, *El derecho en la economía globalizada*, Madrid, Trotta, 2001.
- FARRINGTON, Benjamin, *Ciencia griega*, Barcelona, Icaria, 1986².
- FERNÁNDEZ BUEY, Francisco, *Ética y filosofía política*, Barcelona, Edicions Bellaterra-SGU, 2000.
- FERNÁNDEZ ESQUINAS, Manuel, «La ideología profesional de la ciencia», (*Circuito científico*), *EL PAÍS*, 13 de septiembre de 2000.
- FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, J .L., HORTAL ALONSO, A. (comp.), *Ética de las profesiones*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 1994.
- FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, Francisco-Cristóbal, *De la conciencia ética. A. Rosmini*, Barcelona, PPU, 1996.
- FERRATER MORA, José, *Diccionario de Filosofía*, vol.I, Buenos Aires, Ed. Sudamericana, 1965.
- FINCH, John, *Introducción a la teoría del derecho*, Barcelona, Labor, 1977.

- FISCHER, Frank, *Technocracy and the Politics of Expertise*, Newbury Park (Cal.), Sage Publications, 1990.
- FOUCAULT, Michel, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid, Siglo XXI, 1997¹⁶.
- FREIDSON, Eliot, *La profesión médica. Un estudio de la sociología del conocimiento aplicado*, Barcelona, Península, 1978.
- GALGANO, Francesco, *Il diritto privato fra codice e costituzione*, Bologna, Zanichelli, 1980.
- GARAGORRI, Paulino, *Libertad y desigualdad*, Madrid, Alianza, 1978.
- GARCÍA GUAL, Carlos, «Introducción general», *Tratados hipocráticos*, tomo I, Madrid, Gredos, 1990.
- GIDDENS, A., BAUMAN, Z., LUHMANN, N., BECK, U. (Josetxo BERIAIN – comp.-), *Las consecuencias perversas de la modernidad. Modernidad, contingencia y riesgo*, Barcelona, Anthropos, 1996.
- GIDDENS, Anthony *Sociología*, Madrid, Alianza, 1998⁸.
- GINZBURG, Carlo, *Mitos, emblemas, indicios. Morfología e historia*, Barcelona, Gedisa, 1994².
- GINZO FERNÁNDEZ, Arsenio, *Protestantismo y filosofía. La recepción de la Reforma en la filosofía alemana*, Madrid: Universidad de Alcalá, 2000.
- GONZÁLEZ VICEN, Felipe, «Estudio preliminar», a John AUSTIN, *Sobre la utilidad del estudio de la jurisprudencia*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1981.
- GOROSQUETA REYES, Javier, *Deontología para el empresario*, Bilbao, 1983.
- GOTTLIEB, S., «New England Journal loosens its rules on conflict of interest», *BMJ*, 2002, 22 junio, núm.324.
- GRACIA GUILLÉN, Diego, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989.
- GRACIA GUILLÉN, Diego, *Fundamentos de decisión en ética clínica*, Madrid, EUEDEMA, 1991.
- GRACIA GUILLÉN, Diego, *Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica*, Madrid, Real Academia de Medicina, 1990.
- GRANJEL, Luis, *Historia política de la medicina española*, Salamanca, Universidad de Salamanca-Real Academia de Medicina de Salamanca, 1985.

- GUREVICH, Aaron, *Los orígenes del individualismo europeo*, Barcelona, Crítica, 1997.
- HABERMAS, Jürgen, *Ciencia y técnica como «ideología»*, Madrid, Tecnos, 1992².
- HARRISON, Ross, *Bentham*; London, Routledge & Kegan Paul (The Arguments of the Philosophers), 1983.
- HOBBS, Thomas, *Leviatán. O la materia, forma y poder de una República eclesiástica y civil*, México, FCE, 1996².
- HÖFFE, Otfried, *Diccionario de Ética*, Barcelona, Crítica, 1994.
- HOTTOIS, Gilbert, *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*, Barcelona, Anthropos, 1991.
- HOTTOIS, Gilbert, PARIZEAU, Marie-Hélène, *Les mots de la bioéthique. Un vocabulaire encyclopédique*, Bruselas, De Boeck, 1993.
- HUERTAS, Rafael, MAESTRO, Ángeles, «Modelo socioeconómico y calidad de vida: Una aproximación al concepto de salud social» en Luis MONTIEL (coord.) *La salud en el estado de bienestar*, Madrid, Ed. Complutense (Cuadernos Complutenses de Historia de la Medicina y de la Ciencia:2), 1993.
- HUERTAS, Rafael, *Neoliberalismo y políticas de salud*, Barcelona, El viejo topo, 1998.
- HUME, David, *Que la política puede ser reducida a ciencia*, en «Ensayos políticos», Madrid, Tecnos, 1987.
- HUME, David, *Tratado de la naturaleza humana* (trad., introd. y notas de Félix Duque), Barcelona, Orbis, 1984 (reimpresión de la edición de Madrid, Editora Nacional, 1981).
- HUSSON, Léon, «Les activités professionnelles et le Droit », *Déontologie et discipline professionnelle*, en *Archives de Philosophie du Droit*, Paris, Recueil Sirey, 1953-1954.
- JAEGER, W., *Paideia*, México, FCE, 1996.
- JANER, Félix, *Elementos de Moral médica o Tratado de las obligaciones del médico y del cirujano en que se exponen las reglas de su conducta moral y política en el ejercicio de su profesión*, Barcelona, Impr. Joaquín Verdaguer, 1831.
- JIMÉNEZ VILLAREJO, Carlos, «Prólogo» a J. JORNET, *Malpraxis, II (Consecuencias)*, Barcelona, Ancora, 1993.
- JONAS, Hans, *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Barcelona, Círculo de Lectores, 1994.
- JONAS, Hans, *Técnica, medicina y ética. La práctica del principio de responsabilidad*, Barcelona, Paidós, 1997.

- JONSEN, Albert R., *A Short History of Medical Ethics*, Oxford University Press, 2000.
- JONSEN, Albert R., *The New Medicine and the Old Ethics*, London, Harvard University Press, 1990.
- JÜNI, P., RUTJES, A. WS., DIEPPE, P. A., «Are selective COX 2 inhibitors superior to traditional non steroidal anti-inflammatory drugs? Adequate analysis of the CLASS trial indicates that this may not be the case», *BMJ*, 2002,1 junio, núm. 324.
- KALINOWSKI, G., *Lógica de las normas y lógica deóntica. Posibilidad y relaciones*, México, Fontamara, 1996².
- KANT, I., *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, (trad. Manuel García Morente) México, 1990⁷.
- KIEFFER, George H., *Bioética*, Madrid, Alambra, 1983.
- KOLAKOWSKI, Leszek, *Tratado sobre la mortalidad de la razón*, Caracas, Monte Ávila, 1993².
- KÖLBING, H.M., «Ärztliche deontologie im Wandel der Zeit», en *Praxis*, 32, 1970.
- KRAUS, Karl, *Dichos y contradichos* [1924], Barcelona, Minúscula, 2003.
- KUHN, Thomas S., *La estructura de las revoluciones científicas*, México, 1975.
- KUHN, Thomas S., *Segundos pensamientos sobre paradigmas*, Madrid, Tecnos, 1978.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro, *La relación médico-enfermo*, Madrid (1964), Alianza, 1983.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro, *Historia de la medicina*, Barcelona, Salvat, 1989.
- LANGE, Bettina, «The Emotional Dimension in Legal Regulation», *Journal of Law and Society*, 29, 1(2002).
- LARA NAVA, M.^a Dolores, «Introducción al Juramento (*Horkós*)», *Tratados hipocráticos*, tomo I, Madrid, Gredos, 1990.
- LASH, Christopher, *Refugio en un mundo despiadado. Reflexión sobre la familia contemporánea*, Barcelona, Gedisa, 1996.
- LASKI, H.J., *El liberalismo europeo*, México: FCE, 1988².
- LAVIALLE, Christian, «De la difficulté à légiférer sur le vivant», en Claire NEIRINCK (dir.), *De la bioéthique au bio-droit*, Paris, LGDJ, vol.8, 1994.
- LAZAR, Philippe, *L'éthique biomédicale en question*, Paris, Liana Levi, 1996.

- LÁZARO, Pablo, «Valoración de la alta tecnología médica», en AA.VV., *Debate sanitario: Medicina, Sociedad y Tecnología*, Bilbao, Fundación BBV, 1992.
- LEBACQZ, Karen, *Professional Ethics. Power and Paradox*, Nashville –Tennessee-, Abingdon Press, 1985.
- LEGA, Carlo, *Deontología de la profesión de abogado*, Madrid, Civitas, 1983.
- LEGA, Carlo, *Deontologia medica. Principi generali*, Padova, Piccin, 1979.
- LEMA AÑÓN, Carlos, *Reproducción, poder y derecho*, Madrid, Trotta, 1999.
- LIPOVETSKY, Gilles, *El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos*, Barcelona, Anagrama, 1994.
- LOCKE, John, *An Essay concerning Human Understanding*, New York, 1959².
- LÓPEZ DE LA VIEJA, M.Teresa, «“Expertos” en Bioética», en *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política* («Los problemas morales de la biogenética»), Madrid, núm. 27, diciembre 2002.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M., GARCÍA BALLESTEROS-VALENCIA, L., *Introducción a la medicina*, Barcelona, Ariel, 1972².
- LÓPEZ PIÑERO, J.M., *Medicina, Historia, Sociedad*, Barcelona, Ariel, 1970.
- LYONS, David, *Ética y derecho*, Barcelona, Ariel, 1989.
- LYONS, David, *In the Interest of the Governed*, Oxford University Press, 1973.
- LLOVET DELGADO, Juan José, *La medicina en España: profesión, responsabilidad y controles*, Madrid, Universidad Complutense (tesis doctoral), 1993.
- MACPHERSON, C.B., *La teoría política del individualismo posesivo*, Barcelona, Fontanella, 1970.
- MAQUIAVELO, Nicolás de, *El Príncipe*, Buenos Aires, Hachette, 1946.
- MARIN, Philippe, «Droit, éthique et médecine: du binôme à la trilogie», en Henri JOLY (dir.), *Biomédecine 2000. Faits et réflexions sur les systèmes de santé de l'an 2000*, Paris, Tec & Doc, 1996.
- MARTÍN MATEO, Ramón, *Bioética y Derecho*, Madrid, Ariel, 1987.
- MARTÍNEZ-CALCERRADA, José M^a (coord.), *Derecho médico. Derecho médico general y especial*, vol. I, Madrid, Tecnos, 1986.
- MASON SPICER, Carol, «Nature and Role of Codes and Other Ethics Directives», en REICH, Warren Thomas (ed.), *Encyclopaedia of Bioethics*, vol. 5, New York, MacMillan, 1995.

- MEMETEAU, Gérard, «La place des normes éthiques en Droit médical», *Revue de la Recherche Juridique*, 2, 1988.
- MEMETEAU, Gérard, «Recherches irreverencieuses sur l'autorité juridique des avis des comités d'éthique ou l'Iroquois sur le sentier des Comités d'Ethique», *Revue de la Recherche Juridique*, núm. 1, 1989.
- MÉNDEZ BAIGES, Víctor, «Las nuevas tecnologías genéticas y la ética», en CASADO, M., GONZÁLEZ-DUARTE, R. (eds.), *Los retos de la genética en el siglo XXI: genética y bioética*, Barcelona, Edicions de la Universitat de Barcelona, 1999.
- MÉNDEZ BAIGES, Víctor, «Sobre derechos humanos y democracia», en AA.VV., *En el límite de los derechos*, Barcelona, Ediciones Universidad de Barcelona, 1996.
- MERCADO, Pedro, «El “Estado Comercial Abierto”. La forma de gobierno de una economía desterritorializada», en AA.VV., *Transformaciones del derecho en la mundialización*, Madrid, Consejo General del Poder Judicial, Estudios de derecho judicial: 16, 1999.
- MILLER, Henry, *The Air-Conditioned Nightmare*, New York, New Directions Books, 1970.
- MOYNIHAN, Ray «Time to untangle doctors from drug companies», *BMJ*, 2003, 31 de mayo; núm. 326.
- MUMFORD, Lewis, *Técnica y civilización*, Madrid, Alianza, 1992⁵.
- NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, 1979.
- NEWTON, Lisa H., «A professional ethic: a proposal in context», en John E. THOMAS (ed.) *Matters of Life and Death*, Toronto, Samuel Stevens, 1978.
- NISBET, Robert, *Conservadurismo*, Madrid, Alianza, 1995.
- OCDE, *Competition Policy and the Professions*, 5 de diciembre de 1984.
- ODENT, Raymond, «Le contrôle du Conseil d'État sur les ordres professionnels», *Déontologie et discipline professionnelle*, en *Archives de Philosophie du Droit*, Paris, Recueil Sirey, 1953-1954.
- OGDEN, H.V.S., «The State of Nature and the Decline of Lockian Political Theory in England 1760-1800», *The American Historical Review*, 46, 1941.
- OLIVAS, Enrique (coord.), *Problemas de legitimación en el Estado social*, Madrid, Trotta, 1991.

- OST, François, KERCHOVE, Michel van, *De la pyramide au réseau ? Vers un nouveau mode de production du droit ?*, Bruxelles, Publications des Facultés Universitaires Saint-Louis, 94, 2002.
- PAGEL, Julius, *Medizinische Deontologie. Ein kleiner Katechismus für angehende Praktiker*, Berlin, Verlag von Oscar Coblentz, 1897.
- PALACIO, Germán, *Pluralismo jurídico*, Bogotá, Universidad Nacional, 1993.
- PAREDES, Javier (Dir.); BARRIO, Maximiliano; RAMOS-LISSÓN, Domingo; SUÁREZ, Luis, *Diccionario de los Papas y Concilios*, Barcelona, Ariel, 1998.
- PARSONS, Talcott, *El sistema social* [1959³], Madrid, Alianza, 1999.
- PAYEN, G., *Deontología médica. Según el Derecho Natural, deberes del Estado y derechos profesionales*, Barcelona, Sucesores de Juan Gil, 1944.
- PEDROT, Philippe, «Éthique médicale et norme nationale», en Dominique FOLSCHIED, Brigitte FEUILLET-LE MINTIER, Jean-François MATTEI (dir.), *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, PUF, 1997.
- PÉDROT, Philippe, «Le Comité Consultatif National d'Éthique: Nouvelle instance de régulation?», *Revue de la Recherche Juridique. Droit Prospectif*, núm. especial, *Cahiers de méthodologie juridique*, 16, «Pouvoir réglementaire et délégation de compétence normative», 2001.
- PELAYO GONZÁLEZ-TORRE, Ángel, *La intervención jurídica de la actividad médica: el consentimiento informado*, Madrid, Dykinson-U.Carlos III, Cuadernos «Bartolomé de las Casas», nº 5, 1997.
- PENDAS GARCÍA, Benigno, *Jeremy Bentham: Política y Derecho en los orígenes del Estado constitucional*, Madrid, Centro de Estudios constitucionales, 1988.
- PICCIOTTO, Sol, «Reconceptualizing Regulation in the Era of Globalization», *Journal of Law and Society*, 29, núm.1, marzo 2002.
- PÍNDARO, *Pítica tercera en Himnos triunfales* (trad. Agustín Esclasans), Barcelona, Iberia, 1987.
- PINTÓ RUIZ, José J., «La protección jurídica de la libertad de prescripción del médico», *II Congreso Nacional de Comisiones de Deontología Médica*, Barcelona, 10-12 octubre de 1985.
- PLATÓN, *Diálogos. Gorgias, o de la Retórica*, Madrid, Espasa-Calpe, 1976.
- POLO Y FIAYO, F., *El médico gobernante por los fueros del pueblo*, Madrid, Espasa Calpe, 1930.
- PÖPPEL, Ernst, «Handeln im Ethischen-Planen für das Ethische: Persönliche Anmerkungen», en AA.VV., *Ethik und Heuchelei*, Colonia, DuMont, 2000.

- POSTMAN, Neil, *Tecnòpoli*, Barcelona, Llibres de l'Index, 1994.
- PUERTA, José Luís, «Introducción», en WULFF, Henrik R., PEDERSEN, Stig Andur, ROSENBERG, Raben, *Introducción a la filosofía de la medicina*, Madrid, Triacastela, 2002.
- PUIGPELAT MARTÍ, Francesca, «Bioética y valores constitucionales» en María CASADO (coord.), *Bioética, Derecho y Sociedad*, Madrid, Trotta, 1998.
- RALSTON SAUL, John, *La civilización inconsciente*, Barcelona, Anagrama, 1997.
- REICH, Warren Thomas (ed.), *Encyclopaedia of Bioethics*, Simon & Schuster-MacMillan, 1995 (1979).
- RIDDALL, J. G., *Teoría del derecho*, Barcelona, Gedisa, 1999.
- RIECHMANN, Jorge, *Argumentos recombinantes. Sobre cultivos y alimentos transgénicos*, Madrid, Libros de la catarata, 1999.
- RIESMAN, David, *La muchedumbre solitaria*, Buenos Aires, Paidós, 1971³.
- RIVÈRE, Philippe, «“Big Pharma” o la corrupción ordinaria», *Le Monde diplomatique*, 96, octubre 2003.
- ROJO, J.M., «El Estado y la actividad científica» en LÓPEZ PIÑERO, J.M. (coord.), *España. Ciencia*, Madrid, Espasa-Calpe, 1991.
- ROMEO CASABONA, Carlos M^a (coord.), *Derecho biomédico y bioética*, Granada, Comares, 1998.
- ROMO BELTRÁN, Rosa Martha, «La medicina y la universidad: mitos y conflictos», *Colección Pedagógica Universitaria*, 29, Instituto de Investigaciones en Educación. Universidad Veracruzana, enero-junio 1998.
- ROSMINI, A., *Opuscoli filosofici*, vol.1, Milán, 1827.
- ROSMINI, A., *Principi della Scienza Morale*, Milán, 1837.
- RUSSELL, Bertrand, *El conocimiento humano. Su alcance y sus límites*, Madrid, Taurus, 1977.
- RUSSELL, Bertrand, *Sociedad humana: ética y política*, Madrid, Altaya, 1998.
- SABATINI, J., «La composante économique des codifications déontologiques», *Regards sur le Déontologie*, Jaunée d'Etude, Lyon, 1^{er} février 1986.
- SALINAS ARAYA, Augusto, «Tradición e innovación en la medicina española del Renacimiento», *Ars Médica*, núm. 4, Pontificia Universidad Católica de Chile-Facultad de Medicina, 2001.

- SÁNCHEZ VÁZQUEZ, Adolfo, *Ética*, Barcelona, Crítica, 1992⁵.
- SANTOS SILVA, Augusto, «La acción política un ensayo de teoría y perspectiva», en AA.VV., *La política. Ensayos de definición*, Madrid, Sequitur, 2000.
- SAVATIER, René, «L'origine et le développement du Droit des professions libérales», en *Archives du Philosophie du Droit (Déontologie et discipline professionnelle)*, Paris, Recueil Sirey, 1953-1954.
- SCIACCA, Michele Federico, *El pensamiento filosófico de Rosmini*, Barcelona, Ed. Luis Miracle, 1954.
- SCOTT, Colin, «Private Regulation of the Public Sector: A Neglected Facet of Contemporary Governance», *Journal of Law and Society*, 29, núm.1, marzo 2002.
- SCHMITTER, Philippe C., «Neokorporatismus: Überlegungen zur bisherigen Theorie und zur weiteren Praxis», en Ulrich von ALEMANN (coord.), *Neokorporatismus*, Frankfurt, Campus, 1981.
- SECRETARÍA GENERAL DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS -Dirección Estudios y Documentación, *Colegios Profesionales (Documentación preparada para la tramitación del Proyecto de Ley por el que se modifica la Ley 2/1974, de 13 de febrero, reguladora de los Colegios Profesionales, para adecuar el ejercicio de las profesiones colegiadas a la legislación en materia de competencia)*, Madrid, BOCG Congreso, Serie A, nº 114, de 27 de noviembre de 1992, Documentación nº 105, vol. II.
- SEGATORE, Luigi, *Diccionario médico*, Barcelona, 1960.
- SEGURA, Andreu, «Los nuevos mercaderes de la enfermedad», *El País*, 2 de julio 2002.
- SEIBT, Gustav, «Autorität ohne Macht. Die Ethik schiebt sich zwischen Recht und Politik», en *Die Zeit*, 19, 3 mayo 2001.
- SEN, A., «Health: perception versus observation. Self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading», en *BMJ*, 2002, 13 abril, núm. 324.
- SENDRAIL, Marcel, *Historia cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa-Calpe, 1983.
- SEWELL, W. H., *Gens de métier et révolution*, Paris, Aubier, 1984.
- SILVERSTEIN, F.E., FAICH, G., GOLDSTEIN, J.L., SIMON, L.S., *et al.*, «Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: a randomized controlled trial. Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study», *JAMA*, 2000, núm. 284.

- SIMON, Max, *Deontología médica. Treinta lecciones sobre los deberes de los médicos en el estado actual de la civilización, con un breve resumen de sus derechos*, Madrid, Imprenta Oficial del Ejército, 1852.
- SMITH, Dale C., «The Hippocratic Oath and Modern Medicine», *Journal of the History of Medicine*, 51, octubre 1996.
- SMITH, R., «In search of “non-disease”», *BMJ*, 2002, 13 abril; núm. 324.
- SMITH, Richard, MOYNIHAN, Ray, «Too much medicine? Almost certainly», *BMJ*, 2002, 13 abril; núm. 324.
- SOLDEVILA, Carles, «En la muerte de Isabel Llorach», *Destino*, septiembre de 1954.
- SOLOMON, W. David, «Normative Ethical Theories» («Ethics»), en REICH, Warren Thomas (ed.), *Encyclopaedia of Bioethics*, 2, New York, Simon & Schuster-MacMillan, 1995.
- SONNATI, Stefano., *Ciencia y científicos en la sociedad burguesa*, Barcelona: Icaria, 1984².
- SOUSA SANTOS, Boaventura de, *La globalización del derecho. Los nuevos caminos de la regulación y la emancipación*, Bogotá, ILSA, 1998.
- SPICER, Carol Mason, «Nature and Role of Codes and Other Ethics Directives», en Warren Thomas REICH (ed.), *Encyclopaedia of Bioethics*, vol. 5 (Appendix), New York, Simon & Schuster-MacMillan, 1995.
- SPICKER, F., ENGELHARDT, H. T. (eds.), *Philosophical Medical Ethics. Its Nature and Significance*, Dordrecht, D.Reidel Publishing Company, 1977.
- STRAUSS, Leo, *The Political Philosophy of Hobbes. Its Basis and its Genesis*, Chicago, 1952.
- SUÁREZ INCLÁN, M., *Deontología, Derecho, Medicina*, Madrid, Colegio Oficial de Médicos, 1977.
- TARELLO, Giovanni, *Cultura jurídica y política del derecho*, México, Fondo de Cultura Económica, 1995.
- TENZER, Nicolas, *La sociedad despolitizada. Ensayo sobre los fundamentos de la política*, Barcelona, Paidós, 1992.
- TOCQUEVILLE, Alexis de, *La democracia en América*, (trad. Dolores Sánchez de Aleu), Madrid, Alianza, 1995.
- TODOROV, Tzvetan, *La vida en común. Ensayo de antropología general*, Madrid, Taurus, 1995.
- TOFFLER, Alvin, *El «shock» del futuro*, Barcelona, Plaza y Janés, 1971.

- TÖNNIES, Ferdinand, *Comunidad y asociación. El comunismo y el socialismo como formas de vida social*, Barcelona, Península, 1979.
- TRUYOL Y SERRA, A., *Historia de la Filosofía del Derecho y del Estado. Vol.1: De los orígenes a la baja Edad Media*, Madrid, Alianza Universidad, 1992¹¹.
- TRUYOL Y SERRA, Antonio, *Historia de la Filosofía del Derecho y del Estado. Vol.2º: Del Renacimiento a Kant*, Madrid, Alianza Universidad, 1988³.
- VALDECANTOS, Antonio, *Contra el relativismo*, Madrid, Visor-La balsa de la Medusa, 1999.
- VÁZQUEZ GARCÍA, Francisco, *Pierre Bourdieu. La sociología como crítica de la razón*, Barcelona, Montesinos, 2002.
- VÁZQUEZ, Francisco, *Fundamentos de Ética informativa*, Madrid, Forja, 1983.
- VEATCH, Robert M., «Medical Codes and Oaths», en REICH, Warren Thomas (ed.), *Encyclopaedia of Bioethics*, New York, Simon & Schuster-MacMillan, Vol. 3, 1995.
- VEATCH, Robert M., MASON, Carol G., «Hippocratic vs. Judeo-Christian medical ethics: principles in conflict», *Journal of Religious Ethics*, 15, 1986.
- VEDANTAM, Sankar, *The Washigton Post - El País*, 21 julio 2001.
- VILA SELMA, José, «Introducción» a Donoso CORTÉS, *Ensayo sobre el catolicismo, el liberalismo y el socialismo*, Madrid, Editora Nacional, 1978.
- VILARDELL, Francisco (coord.), *Ética y medicina*, Madrid, Espasa-Calpe, 1988.
- VOLTAIRE, *Diccionario filosófico*, Madrid, Bergua, 1935.
- VOLTAS BARÓ, Dolors, «Normas generales para las Comisiones Colegiales de Deontología Médica. Normas de funcionamiento», *II Congreso Nacional de Comisiones de Deontología Médica*, Barcelona, 10-12 octubre de 1985.
- WEBER, Max, *Die protestantische Ethik I*, Hamburgo, Gütersloher Siebenstern, 1991⁸.
- WEBER, Max, *Economía y sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica, 1993².
- WEIZSÄCKER, C.F. von, *La importancia de la ciencia*, Barcelona, Labor, 1966.
- WITTGENSTEIN, Ludwig, *Conferencia sobre ética. Con dos comentarios sobre la teoría del valor*, Barcelona, Piados, ICE-UAB, 1997³.
- WOLKMER, Antonio Carlos, *Pluralismo jurídico. Fundamentos de una nova cultura no Direito*, São Paulo, Alfa Omega, 1994.
- WULFF, Henrik R., PEDERSEN Stig Andur, ROSENBERG, Raben, *Introducción a la filosofía de la medicina*, Madrid, Triacastela, 2002.

-ZAGREBELSKY, Gustavo, *El derecho dúctil. Ley, derechos, justicia*, Madrid, Trotta, 1997².