EIDON, nº 65
junio 2026, 65: 36-53
DOI: 10.13184/eidon.65.2026.36-53

A fondo

La reflexión sobre sí mismo en el acto médico, junto al gran avance de las ciencias y las tecnologías digitales.

Self-reflection in medical practice, alongside the major advance in science and digital technologies.

Jesús Alberdi Sudupe
Médico Psiquiatra. Doctor en Medicina. Doctor en Filosofía.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Íñigo Alberdi Páramo.
Médico Psiquiatra. Doctor en Medicina. Profesor Asociado Universidad Complutense Madrid.
Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid.

Resumen

Paul Ricoeur distingue tres niveles de juicio y de acción en su análisis bioético de los actos médicos. Los dos primeros niveles son el nivel prudencial, y el nivel deontológico. El primero compete al saber sobre la singularidad del paciente; cada paciente es uno, no intercambiable por otro. En contraste, el segundo nivel recurre a la generalización de las normas comunes a todos los pacientes.

Ambos niveles han sido seguramente mejor estudiados que el tercer nivel que sin embargo los sostiene, el nivel de los juicios estimativos sobre la intervención de los dos niveles anteriores en las decisiones que se toman.
El tercer nivel tiene que ver con detenerse a pensar sobre unas identidades personales de médico y paciente, con los caracteres éticos y antropológicos, filosóficos, que las conforman.

De tal manera que es aquí donde surgen una serie de problemas latentes y tan radicales como la actitud del médico y del paciente frente la salud y la enfermedad, ante la vida y la muerte.
Nos detendremos en él, ya que muchas veces permanece expresado tan solo de forma indirecta, a pesar de la importancia que tiene a nuestro entender.

Palabras clave: Acto médico. Autorreflexión. Dimensión ética. Identidad personal. Responsabilidad. Soledad.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 65
junio 2026, 65: 36-53
DOI: 10.13184/eidon.65.2026.36-53

Abstract

Paul Ricoeur distinguishes three levels of judgment and action in his bioethical analysis of medical practice. The first two are the prudential level and the deontological level. The former concerns knowledge of the patient´s singularity; each patient is unique and cannot be replaced by another. By contrast, the latter relies on the generalization of norms common to all patients.

Both levels have undoubtedly been studied more extensively than the third third, which nevertheless underpins them both. The third level concerns evaluative judgments about how the previous two levels influence the decisions that are made. It also brings to light problems that remain implicitly beneath medical science and technology.
The third level involves pausing to reflect on the personal identities of both doctor and patient, together with the ethical, anthropological, and philosophical features that shape them. It is at this level that a series of latent and radical problems arise, such as the attitudes of doctor and patient towards health and illness, and towards life and death.

We shall focus on this third level, since it often remains only indirectly expressed, despite the importance we believe it has.

Keywords: Medical act. Self-reflection. Ethical dimension. Loneliness. Personal identity. Responsibility.

Introducción

Desde hace algunos años, en la actividad profesional médica en nuestro medio, son exponencialmente crecientes las posibilidades de una disponibilidad casi inmediata de una extensa y contrastada información científica y técnica digital. Una información accesible casi en cualquier momento de los procesos médicos asistenciales, por diversos que éstos sean, a través de ordenadores o de los propios teléfonos móviles.

Este rápido acceso permite la consulta, primero, de unas Bases de Datos con gran cantidad de información, los *Big Data*. Y supone una enorme ayuda en la toma de decisiones en la práctica clínica, decisiones que de este modo están respaldadas por unos conocimientos suficientemente valorados previamente y compartidos entre profesionales.

> La IA es, no solo almacenamiento y procesamiento de gran cantidad de información, sino un cambio de paradigma del modo de consultar el saber, en nuestro caso en la actividad sanitaria. Un cambio evolutivo del conocimiento, sin precedentes semejantes en la historia de la humanidad.

Y más recientemente, en segundo lugar, más allá de las bases de datos y contando con ellas, la tecnología de la *Inteligencia Artificial (IA)*, con una capacidad y complejidad crecientes. Hasta el punto de que en algunas de sus metodologías trabaja en el diseño de “redes neuronales”, a imitación de la morfología de nuestros propios cerebros. La IA es, no solo almacenamiento y procesamiento de gran

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

cantidad de información, sino un cambio de paradigma del modo de consultar el saber, en nuestro caso en la actividad sanitaria. Un cambio evolutivo del conocimiento, sin precedentes semejantes en la historia de la humanidad (Fowler, 2025).

Estas nuevas fuentes digitales de información científica, Bases de Datos e IA, han ido cerrando las bibliotecas en los centros sanitarios y de los hospitales. Porque ya no hacen falta libros ni revistas en papel como había hasta hace pocos años en los estantes abarrotados de los centros sanitarios, con sus renovaciones de suscripciones y sus actualizaciones periódicas.

Vemos que la información médica se va renovando a gran velocidad, a un ritmo mucho mayor que el permitido por aquella información en soporte de papel. Los volúmenes ingentes de datos de la observación y de la experimentación que están siendo procesados por ordenadores con capacidades hasta hace poco inimaginables, van cambiado los conocimientos que hasta hace muy poco se tenían como ampliamente contrastados, pero en grupos poblacionales generalmente más reducidos.

Los Big Data, la Inteligencia Artificial Generativa, las Redes Neuronales (Convolucionales – CNN -, Recurrentes – RNN -, y Profundas – DNN -), son una realidad que se está implementando con rapidez en la actividad médica y renovándola.

Los Big Data, la Inteligencia Artificial Generativa, las Redes Neuronales (Convolucionales – CNN -, Recurrentes – RNN -, y Profundas – DNN -), son una realidad que se está implementando con rapidez en la actividad médica y renovándola.

Junto a la gran cantidad de información accesible, están los protocolos, los algoritmos de decisión, desarrollados a partir de ella, con muchas características a su favor, pues de eso tampoco parece caber duda, como instrumentos, recursos o guías que ahorran una parte de la reflexión personal y el debate. De ahí que los tiempos para la reflexión personal detenida, los tiempos dedicados a pensar en soledad y calma sobre problemas complejos, o a sentarse junto a otros compañeros para hablar y discutir, sean probablemente cada vez más escasos en esa misma actividad médica en nuestros días.

Y no se puede descartar que, junto a la evolución de la tecnología, esté evolucionando de manera más desapercibida pero igualmente efectiva la propia mentalidad de los usuarios, con su acceso a la información digital.

Situándonos tan solo en la perspectiva de los médicos (hablaremos casi solo de los médicos, por la limitación de nuestra propia experiencia personal, pero habría que pensar, por supuesto, en todas las profesiones sanitarias), seguimos pensando que, a pesar de

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

todos estos cambios, la necesidad de una reflexión personal sigue manteniendo su vigencia. O, si cabe, incluso, que es cada vez más necesaria, imprescindible, en el ejercicio de la medicina (Ricoeur, 2008, pp. 183-195). No toda la información requerida en un acto médico, ni tampoco todos los posibles cursos de acción están ya protocolizados y resultan accesibles a través de ordenadores o por la inteligencia personal, de modo que baste con consultarlos. Sigue habiendo un margen de actuación médica que compete a cada médico como profesional y persona.

Por otro lado, la reflexión personal requiere también, al igual que los conocimientos y la tecnología, su propio aprendizaje y entrenamiento preparatorios. Y requiere un tiempo y un espacio para su ejecución, unas condiciones en las que desarrollar la capacidad de la mirada introspectiva, sin la presencia inmediata de la tecnología. Porque el acto médico conserva unas dimensiones personales, sociales y éticas que no se pueden minimizar o hasta olvidar, como a veces nos tememos pueda estar ocurriendo con demasiada frecuencia. Unas dimensiones que emergen precisamente con más claridad en los momentos de reflexión del profesional en el transcurso de los actos médicos, en esos momentos en los que éste se para a analizar en conciencia el devenir de los acontecimientos y su posición ética e incluso filosófica, su concepción del mundo y de la vida, de la salud y de la enfermedad, de la vida y de la muerte.

A pesar de todos estos cambios, la necesidad de una reflexión personal sigue manteniendo su vigencia. O, si cabe, incluso, que es cada vez más necesaria, imprescindible, en el ejercicio de la medicina.

A nuestro juicio, esas dimensiones no se pueden reducir a las aportaciones de la tecnología ni a la protocolización. Son dimensiones que podemos seguir entendiendo como propias de una *Medicina humanitaria*, en un acto médico que en última instancia sigue siendo el encuentro de dos personas, bien que revestidas cada una de ellas con sus particularidades (Laín Entralgo, 2014).

Los tres niveles de acción en el acto médico según su análisis desde un punto de vista bioético (Paul Ricoeur). Un tercer nivel de *autorreflexión*.

Para Paul Ricoeur (2008, p. 183 y ss.), en la actividad médica se pueden distinguir varios niveles diferentes de análisis desde un punto de vista bioético.

Hay un primer nivel que llama prudencial, en que el médico y el paciente se encuentran inmersos en situaciones singulares.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Que muchos aspectos del acto médico se pueden generalizar e incluso protocolizar, es un hecho observable en la práctica. Pero suele decirse que cada paciente que consulta es un caso con características propias. Ningún paciente es por completo igual a otro, todos los casos que se presentan son en alguna medida singulares.

Aquí ya se nos introduce desde un inicio la irreductible *singularidad personal* de cada paciente al que atendemos en la actividad médica, una singularidad "que implica el carácter insustituible de una persona por otra" (Ricoeur, 2008, p.186). Y este dato radical e inaugural influye necesariamente en el desarrollo de toda la actividad médica que vendrá a continuación, a no ser que caiga en el olvido, o sea traicionado, como leeremos en Ricoeur al terminar este artículo.

Ningún paciente es por completo igual a otro, todos los casos que se presentan son en alguna medida singulares.

Cada acto médico, si bien muy parecido a otros muchos, es único en sí mismo, es un momento irrepetible en el transcurso temporal de sus vidas para un médico y un paciente.

> [En] el oficio médico interviene (…) el *sufrimiento humano*. El sufrimiento es, con la alegría, el reducto último de la *singularidad*. (…) la medicina es una de las prácticas basada en una relación social para la cual el sufrimiento es la motivación fundamental, y la finalidad o *telos* es la *esperanza de ser ayudado*, y quizás ser curado. (Ricoeur, 2008, 184).

El sufrimiento humano es uno de los caracteres radicales de los hechos humanos en los que se fundan los actos médicos; actos en los que intervienen los saberes científicos, la tecnología cada vez más poderosa, pero en cuya raíz está el sufrimiento de las personas. Por eso, al confluir vertientes tan distintas en este momento originario del acto médico, pueden de inmediato surgir tres paradojas, según Ricoeur (2008, p. 192):

- La persona humana, el paciente que sufre, no es una *cosa*. Pero su cuerpo y psique son objetivables en gran medida. Es la ambigüedad radical del sufrimiento.
- La persona, el paciente, tampoco es una *mercancía*, ni la práctica de la medicina es solamente una práctica comercial o económica, al menos para algunas formas de pensar. Pero la medicina tiene unos elevados costes económicos y es una carga para la sociedad y para las políticas sanitarias.
- Abarcando las dos primeras paradojas, puede decirse que la salud es algo *privado* en una persona. Pero, vemos que a su vez las políticas y las actuaciones para la salud son en buena parte *públicas*; la enfermedad de una persona concierne a otras.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Buena parte del acto médico es objetivable, accesible al saber científico positivo y a la tecnología. Es el primer nivel de análisis de Ricoeur.

En el contexto del primer nivel de Ricoeur las decisiones de los médicos se apoyan en una *sabiduría práctica,* que tiene unas características intuitivas. Es la aplicación práctica en cada caso concreto de una *sabiduría teórica* aprendida en la formación profesional continuada.

El carácter fundamental del acto médico en este primer nivel es el de un *pacto de cuidados basado en la confianza*, con la finalidad de hacer frente al sufrimiento (Ricoeur, 2008, p. 185). El paciente enuncia su sufrimiento, y el médico es el depositario de los conocimientos objetivos y generales para aliviar ese sufrimiento singular. Tenemos, "por un lado, el que sabe y sabe hacer, por otro, el que sufre." (Ricoeur, 2008, p. 185)

Casi lo mismo que del primer nivel puede decirse del segundo. Un segundo nivel que para Ricoeur es el de la vigencia implícita de los códigos deontológicos generales de la actividad profesional en los actos médicos singulares. El profesional es conocedor del desarrollo de su actividad profesional dentro de unas normas de actuación que exigen un cumplimiento, y que en sus límites no debieran ser traspasadas en un buen ejercicio profesional.

En este segundo nivel las reglas están ya consensuadas y establecidas, y no se puede alegar no conocerlas. Si el primer nivel prudencial se caracteriza por la gran variabilidad en los juicios prudenciales realizados, dado que la variedad de las situaciones interpersonales es muy grande en la aplicación de conocimientos singulares a casos singulares, en este segundo nivel se tiende a la "universalización de las máximas prudenciales de primer rango" (Ricoeur, 2008, p.184).

Pero los actos médicos, singulares e irrepetibles cada uno en sí mismo, tienen también una serie de características que no se pueden generalizar ni objetivar. En última instancia cada paciente es una persona singular, y otro tanto se podría decir de cada médico. Y, de esa forma, entre dos personas que se presentan como médico y paciente, en tanto que personas, se establece una relación interpersonal, por mucho que esta relación quede a veces diluida en un medio técnico y despersonalizado.

Los actos médicos, singulares e irrepetibles cada uno en sí mismo, tienen también una serie de características que no se pueden generalizar ni objetivar. En última instancia cada paciente es una persona singular, y otro tanto se podría decir de cada médico.

Y desde la relación interpersonal del primer nivel entre médico y paciente, con sus propiedades singulares en cada caso, dentro en el segundo nivel de unas normas deontológicas generalizables, accedemos a un tercer nivel del mismo acto de actuación

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

médica en el proceso asistencial. Es un nuevo nivel de análisis, en el que médico *reflexiona* mediante una *introspección* o *entrada en sí mismo*, para analizar su propia actividad y la naturaleza del acto médico que está llevando a cabo. En palabras de Ricoeur, se trata de legitimar (Ricoeur, 2008, p. 192) o justificar ante uno mismo, ante la conciencia de cada uno, la calidad y la veracidad de los conocimientos y de las normas que como médico está aplicando en cada caso singular.

> En el nivel reflexivo, el juicio moral hace referencia a una o varias *tradiciones éticas,* ellas mismas enraizadas en una *antropología filosófica*; es en este nivel en el que están puestas en cuestión nociones tales como *salud* y *felicidad*, y en que la reflexión ética [y antropológico-filosófica] toca problemas tan radicales como los de la *vida* y la *muerte.* (Ricoeur, 2008, p. 184)

Al aprendizaje científico y técnico propio del primer nivel, y al conocimiento deontológico del segundo nivel, Ricoeur añade un nuevo tipo de saberes en este tercer nivel, que en este caso provienen de una antropología filosófica, en la que radica una ética (Pose, 2022).

En unas sociedades multiculturales y pluralistas como las que vivimos, coexisten antropologías y éticas diversas. Pero, en cualquier caso, ya sean unas filosofías u otras las que estén insertadas en la educación y en la cultura del profesional médico, todas ellas intervienen inevitablemente en las actuaciones médicas y han de presentarse ante la claridad de una reflexión personal. Aunque generalmente transcurran de modo implícito sin que su recurso sea mencionado abiertamente, aun así las opciones filosóficas y éticas propias de cada profesional están presentes. No mencionarlas, no hacerse cargo explícito de ellas, es ya es en sí una forma de incorporarlas y hacerlas presentes en nuestro modo de actuar.

Es lícito que el paciente le pida al médico un deber de cuidados, pero no que la exigencia se deslice hasta exigirle un deber de resultados, pues esto no puede ser asumido en ningún caso.

La reflexión entiende que lo que está en juego en la actividad médica es inicialmente el sufrimiento de los pacientes y, se alivie el sufrimiento o no, su grado de salud y de calidad de vida. Frente a los conocimientos médicos, lo que el paciente piense sobre la salud y la enfermedad es muy importante. Sabemos que, en última instancia, “todo paciente exige demasiado (deseo de inmortalidad)” (Ricoeur, 2008, p. 186). La finitud humana, tan difícil de ser aceptada con su sufrimiento y sus condicionamientos, comparece también en este momento reflexivo. Es lícito que el paciente le pida al médico un *deber de cuidados*, pero no que la exigencia se deslice hasta exigirle un *deber de resultados*, pues esto no puede

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

ser asumido en ningún caso (Ricoeur, 2008, p. 191). Y menos aún el de una pretendida fantasía inconsciente de inmortalidad.

En su reflexión, el médico puede entender la aspiración del paciente a vivir bien, no solo la intención inicial de quedar libre del sufrimiento. Pero esta aspiración a vivir bien se topa con la paradoja de la finitud y la necesidad de afrontar la muerte. Ricoeur (2008, p. 195) termina su investigación preguntándose, "¿cómo integramos el sufrimiento y la aceptación de la mortalidad con la idea que nos hacemos de la felicidad?".

Formulado en sentido positivo, hacia el futuro, aliviar el sufrimiento supone tener la esperanza de vivir bien y de alcanzar un buen estado de salud y una buena calidad de vida.

La reflexión sobre sí mismo en el tercer nivel del análisis bioético de los actos médicos: Identidad de sí mismo como *Ipseidad.*

La *reflexión* sobre sobre sí mismo conduce a una interioridad o intimidad en la que esbozamos ideas sobre la percepción de la propia identidad. *Reflexión* es una palabra más antigua que *introspección.* Aquí las empleamos como sinónimos. "La introspección – la reflexión – es tan solo un modo de conciencia: es la conciencia del acto de entrar en sí mismo (…); se funda en el acto de estar en sí mismo." (Zubiri, 1980, p.161)

Desde el punto de vista bioético, la *reflexión* o *autorreflexión*, en el tercer nivel de análisis de los actos médicos, nos lleva en la tradición del pensamiento occidental al escenario de una *interioridad* personal.

En esa interioridad personal pueden distinguirse los rasgos de la identificación de uno consigo mismo, con lo que va siendo, y en particular con la forma que cada cual va queriendo adoptar en sus decisiones. Es la *identidad* personal adquirida a través del tiempo en las decisiones que vamos tomando.

Aliviar el sufrimiento supone tener la esperanza de vivir bien y de alcanzar un buen estado de salud y una buena calidad de vida.

Esas decisiones se hallan vinculadas, junto a otros rasgos de la personalidad del médico, a criterios *éticos* y, en última instancia, *antropológico-filosóficos*. Para Ricoeur (2006, p. 121), si hay un ámbito filosófico y antropológico en el que el pensamiento moderno, sobre todo a partir de Descartes y Locke, marca una distancia con respecto al pensamiento griego y medieval, es en el plano de la conciencia reflexiva de sí mismo. En el racionalismo cartesiano y en el empirismo inglés, en el siglo XVII, se produce un cambio de dirección

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

que repercutirá en toda la historia posterior de la modernidad, hasta el posmodernismo más o menos actual.

De acuerdo con Ricoeur en este punto, C. Taylor hace énfasis en que el lenguaje que empleamos para expresar la autocomprensión que obtenemos en esta autorreflexión interna, que hoy en día nos puede parecer tan natural, es sin embargo una adquisición moderna, relativamente reciente:

> El antónimo «*dentro-fuera*» desempeña un papel importante. Creemos que nuestros pensamientos, ideas y sentimientos están «*dentro*» de nosotros, mientras que los objetos en el mundo a los que se refieren esos estados mentales están «*fuera*». O de otro modo, pensamos acerca de nuestras capacidades o potencialidades como algo «*interior*», en espera del desarrollo que las pondrá de manifiesto, o las realizará, en el mundo público. (…) Somos criaturas con profundidades interiores, con *interiores parcialmente inexplorados y oscuros*.

Por muy acostumbrados que estemos a pensar habitualmente con esta división de la realidad o del mundo que vivimos en categorías “dentro-fuera”, tal distinción no es universalmente aceptada en todas las culturas. Es una verdad histórica y geográficamente limitada a una tradición occidental, y con matices dentro de la misma tradición (Hernando, 2012).

Taylor se pregunta qué es ser un *agente humano*, qué es la *persona*, qué es el *yo*. Habría que precisar cada uno de estos términos (Zubiri, 2001, pp. 204 ss.), pero no es necesario apara nuestros objetivos. Nos limitamos a reiterar que aparecen aquí el sustrato antropológico-filosófico y el sustrato ético que configuran la identidad personal del médico, y que hemos querido situar en la reflexión interna del médico sobre su propia identidad como profesional en sus actos médicos (Pose, 2022).

El lenguaje que empleamos para expresar la autocomprensión que obtenemos en esta autorreflexión interna, que hoy en día nos puede parecer tan natural, es sin embargo una adquisición moderna, relativamente reciente.

Con sus limitaciones. Porque en los interiores parcialmente inexplorados y oscuros a los que se refiere Taylor hay en la autorreflexión o introspección, a decir de Freud (Laplanche, Pontalis, 1983, p. 193), una serie de contenidos, presentes de alguna manera en uno mismo -ya que si no lo estuvieran no podríamos calificarlos de oscuros-, pero que no aparecen con nitidez en lo que podemos llamar campo de la conciencia. Aparecen como impulsos o tendencias, sentimientos, pasiones, que pugnan por hacerse ver sin ser completamente vistos por quien los vive, o envueltos en otros ropajes. Tienen que ver seguramente con la

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

corporalidad, con la vivencia corporal de cada uno, vivencias que nos vienen dadas y que resultan difíciles de seguir hasta su raíz; vivencias que aparecen también revestidas en forma de fantasías e ilusiones, así como en las desesperanzas y en las utopías a las que nos referiremos un poco más adelante.

A pesar de las opacidades y las limitaciones, Taylor insiste en la importancia de las cuestiones éticas en la identidad que se nos abre en la introspección, ya que la identidad no la entendemos "sin antes ahondar en la comprensión de cómo se han desarrollado nuestras ideas del bien. La identidad personal (*selfhood*) y el bien, o, dicho de otra manera, la individualidad y la moralidad son temas que van inextricablemente entretejidos" (Taylor, 1996, p. 17).

La identidad personal está inextricablemente unida a la ética. Identidad que va sedimentando en cada uno precisamente a partir de sus acciones, con "sus compromisos e identificaciones que proporcionan el marco u horizonte dentro del cual yo intento determinar, caso a caso, lo que es bueno, valioso, lo que se debe hacer,…" (Taylor, 1996, p. 43).

Ricoeur da un nombre "a este sí-mismo reflexivo, el de *ipseidad*, equivalente francés de los términos ingleses *self* y *selfhood*" (Ricoeur, 2006, p.121). Añade que ya los griegos conocieron el empleo del pronombre reflexivo *hauto/heauto*, pero lo hicieron en el lenguaje ordinario, sin llegar a darle un alcance técnico en el pensamiento, ya que no pensaron en la instancia del agente de las acciones humanas, excepto en lo concerniente a sus virtudes y su prudencia.

La identidad personal (selfhood) y el bien, o, dicho de otra manera, la individualidad y la moralidad son temas que van inextricablemente entretejidos.

Para Ricoeur (2006, p. 145), este reconocimiento interior de sí mismo como ipseidad alcanza su mejor expresión en dos horizontes orientados por la coordenada del tiempo: la memoria y la promesa. La memoria mira hacia el tiempo pasado, y constituye lo que Ricoeur llama *mismidad*. Mientras que la promesa lo hace hacia el futuro y conforma la citada *ipseidad*.

Tanto la memoria como la promesa tienen que ver con nuevos elementos constitutivos de la identidad de sí-mismo, el *olvido* en la memoria, y la *traición* o no cumplimiento en la promesa.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

La identidad personal o ipseidad en una interior *soledad* compartida (Álvarez Turienzo, 1983).

Queremos añadir un rasgo constituyente a la autorreflexión. En la introspección personal vamos a la identidad antropológica y ética que se nos revela a veces un tanto oscura, y esto ocurre en la soledad interior o intimidad personal. La soledad de la que el saber objetivo y la tecnología digital nos distraen, pero que la referencia a Descartes o Locke nos ponen de relieve en la tradición occidental en la que vivimos.

Álvarez Turienzo (1983) titula uno de los capítulos de su libro *El hombre y su soledad (Una Introducción a la Ética)*, de un modo significativo para el recorrido que estamos realizando: *II. Lo que el hombre hace con la soledad. 7. Desde la "vita solitaria" a la ética*. (pp. 263-295).

> La cuestión es saber cómo se autocomprende el hombre dentro de ese contexto, en qué instancia se le hace radicar, cómo, recibiendo identidad de ella, su existir es por fuerza extraño y solitario, y qué pueda hacerse con la soledad, si es que algo puede hacerse (…) y pueda decirse que el hombre tiene de todas formas un hogar, una patria humana. (Álvarez, 1983, p.266)

Según Álvarez Turienzo, en la tarea de qué-hacer con la soledad, desde antiguo se entendió "el filosofar como *meditatio mortis*, (que) en este contexto es, en realidad, *meditatio vitae.*" (Álvarez, 1983, pp. 268-269).

La identidad personal está inextricablemente unida a la ética. Identidad que va sedimentando en cada uno precisamente a partir de sus acciones.

El autor propone pensar con la ayuda del legado recibido en esta tradición occidental, pero valorándolo críticamente, cada cual con su propio riesgo y con sus limitaciones, con la inseguridad y la soledad inherentes. Cita a Ortega y Gasset, en *¿Qué es filosofía?,* donde habla del esfuerzo de cada uno por sí mismo "para adquirir de nuevo seguridad y cimiento" (citado en Álvarez, 1983, p. 270).

Seguramente es en la soledad donde, paradójicamente, se advierte la mayor proximidad compartida con otras personas y, en nuestro caso, con los pacientes. Una soledad con unos caracteres identitarios éticos y humanitarios, como hemos insistido. Leemos en Heidegger (2000, p. 8), en una carta escrita en 1946, al final de la tragedia de la Segunda Gran Guerra: "eso es el *humanismo*: *meditar* y cuidarse de que el hombre sea humano en lugar de no humano, *inhumano*, esto es, ajeno a su esencia."

Meditar en Heidegger tiene una proyección ontológica que rebasa la autorreflexión de la que hablamos, pero para los propósitos de esta investigación nos interesa situarnos bajo el

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

epígrafe de la *Carta sobre el humanismo,* subrayando este *humanismo* como acceso a la posición central que entendemos tienen las humanidades en la raíz de los actos médicos.

Siendo así, podemos pensar que además de la formación científica y tecnológica en Medicina, "al humanismo históricamente entendido siempre le corresponde un *studium humanitatis.*" (Heidegger, 2000, p.8).

El carácter ético de la identidad personal como ipseidad en soledad de una interioridad abierta a otros: la *responsabilidad moral*.

El libro de Hans Jonas (*El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para para la civilización tecnológica*) termina con un último y breve capítulo, titulado "*III. De la Crítica de la Utopía a la Ética de la Responsabilidad*" (Jonas, 1995, pp. 354 – 359).

La crítica de las utopías, desarrollada por el autor páginas antes de las citadas, es en Jonas la crítica de una utopía tecnológica. Una crítica de lo que entiende como sobrevaloración de la técnica y de sus alcances llevados a su extremo, que Jonas lee y escucha sobre todo en pensadores marxistas.

Al leer esta crítica, el lector se puede preguntar si no se pueden trasladar casi literalmente algunos análisis que Jonas hace en el marxismo de finales del siglo pasado, a la situación actual, por ejemplo, la que diseñan algunas expectativas de la Inteligencia Artificial y sus aplicaciones en tantos ámbitos de la vida humana, incluyendo las actividades sanitarias.

Hoy en día, paralelamente al desarrollo tecnológico y digital, oímos hablar de las posibilidades de prolongación de la duración de la vida humana, hasta acercarse a veces a fantasías que rozan la utopía de la inmortalidad. No ya solo enunciadas por los pacientes con su sufrimiento y el miedo a la muerte, en quienes criticábamos ese afán de inmortalidad y la ceguera frente a la finitud, sino elaboradas en los deseos inconscientes de personas en estado de salud y por los propios médicos.

> Tanto la memoria como la promesa tienen que ver con nuevos elementos constitutivos de la identidad de sí-mismo, el olvido en la memoria, y la traición o no cumplimiento en la promesa.

Las fantasías inconscientes de inmortalidad, en contraste con la distracción y los engaños de la felicidad, adquieren hoy nuevos ropajes con el desarrollo de la tecnología.

Decía Freud ("*Sobre la muerte y la guerra*". 1976, p. 290. El trabajo original de Freud es de 1915, en plena Primera Guerra Mundial) que "la muerte propia no se puede concebir, tan pronto intentamos hacerlo (…) sobrevivimos como observadores. En el fondo, nadie cree

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

en su propia muerte, (…) en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad." Y quien se crea inmortal en su inconsciente puede reclamar una salud y una vida eterna. De tal manera que, si nos dejamos llevar por los impulsos inconscientes sin una crítica racional, las fantasías irracionales de eternidad parecen más creíbles.

Piensa Jonas que la tecnología, con sus novedades y sus aportaciones hasta ese momento desconocidas y casi sin limitaciones, contiene ya en sí misma una dinámica de realización de una utopía, con las aspiraciones más profundas de las personas. Tan profundas como las que puede recoger el mito de un Prometeo inmortal, que sufre como los humanos y tiene impedimentos frente a los dioses del Olimpo que le castigan, pero sin llegar a morir nunca. Es un sufrimiento externo. Tal es el grado de la admiración que puede provocar la tecnología, y en particular las distintas aplicaciones y el desarrollo que va alcanzando la Inteligencia Artificial. Y tal es a veces el arraigo del sufrimiento físico y de la angustia en la existencia humana (Kierkegaard, 2007), que necesita de utopías salvadoras.

> Las fantasías inconscientes de inmortalidad, en contraste con la distracción y los engaños de la felicidad, adquieren hoy nuevos ropajes con el desarrollo de la tecnología.

Pero el empeño último de Jonas, según nos dice, no es solo refutar ideas influyentes en su momento por su falta de realidad y excesiva tendencia a la utopía fantástica, sino además, y sobre todo, fundamentar una alternativa a esas utopías tecnológicas, una alternativa más realista y viable a su juicio, y por encima de todo, más próxima a las personas, más humana y respetuosa con el medio de vida humano. No se trata de desacreditar y poner freno a la tecnología, todo lo contrario. Es admirable su desarrollo, pero sin que haga olvidar o traicionar, en palabras de Ricoeur, la memoria y la promesa como rasgos antropológicos y éticos de las personas.

Se trata de "la *ética de la responsabilidad* que hoy, tras varios siglos de euforia posbaconiana, prometeica (en la que también el marxismo tiene su origen), ha de poner freno al desbocado impulso hacia adelante" (Jonas, 1995, p. 354).

Jonas rechaza el pesimismo de las predicciones que, formuladas con insistencia como inevitables, al final acaban realizándose. Es admisible el *temor* ante algunas o muchas de esas previsiones que se asocian a la tecnología, sin pesimismo. Este temor tiene una vertiente positiva, tan positiva como la *esperanza* a la que también acompaña un margen de inseguridad, y por lo tanto de temor. "Evitar el miedo donde corresponde tenerlo, sería angustia" (Jonas,1995, p. 358).

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

El binomio temor-esperanza está en la raíz de toda responsabilidad como *preocupación responsable*. "Responsabilidad es el *cuidado*, reconocido como *deber* por otro ser, cuidado que, desde la amenaza de su vulnerabilidad, se convierte en *preocupación*. (Jonas, 1995, p. 357)

Hemos querido situar esta preocupación responsable de Jonas en el espacio interior de la identidad personal, como uno de sus rasgos morales y antropológicos centrales, sobre todo en la reflexión del médico sobre sí mismo y en la reflexión personal sobre el paciente y su entorno, dentro del esquema propuesto por Ricoeur sobre la naturaleza bioética de los actos médicos, con el que hemos comenzado este escrito. De tal reflexión personal se desprende un *esfuerzo*, "el esfuerzo consciente – no la utopía inconsciente – (que) se convierte en un temor no egoísta, en el que junto al mal se hace visible el bien que de él debe ser salvado". (Jonas, 1995, p 358).

> La ética de la responsabilidad que hoy, tras varios siglos de euforia posbaconiana, prometeica (en la que también el marxismo tiene su origen), ha de poner freno al desbocado impulso hacia adelante.

Obviamente, la preocupación responsable rebasa el ámbito interno individual, la intimidad personal reflexiva, y se proyecta hacia los demás, y más allá del paciente concreto hacia el entorno tanto social como natural.

Frente al imperio de la técnica, parece conveniente mantener un espacio de intimidad personal responsable, con apertura interpersonal y social e incluso ecológica, un espacio de reflexión sobre sí mismo.

Conclusiones sobre algunos caracteres de los actos médicos desde un análisis bioético.

Junto a la presencia de la Inteligencia Artificial, cuyo desarrollo está renovando amplias esferas de la actividad médica, introduciendo cambios en nuestra mentalidad con un alcance difícil de pronosticar todavía, pensamos que en el acto médico sigue habiendo referencias antropológico-filosóficas y éticas esenciales y radicales, en tanto que actos en los que se encuentran personas sufrientes y personas cuidadoras del sufrimiento.

Reflexionando sobre esta idea, hemos comenzado con Ricoeur. Decíamos al comienzo que, junto con el aprendizaje científico y técnico imprescindibles en un primer nivel del análisis de los actos médicos, y junto al no menos necesario conocimiento deontológico

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

insertado en un segundo nivel del análisis de estos mismos actos, Ricoeur añade un nuevo tipo de saberes médicos que llamamos humanistas.

El conjunto de saberes que pueden situarse en un tercer nivel de análisis, conforma un nivel menos desarrollado y citado que los dos niveles anteriores, pero sin embargo completamente necesario a nuestro juicio. Ricoeur propone acceder a él en un primer momento mediante la autorreflexión, pero sin la exclusión del diálogo interpersonal. En él el médico, situado ante el paciente y ante la sociedad en un acto médico, o haciendo después memoria del mismo, reflexiona sobre sus propias acciones.

Decía Pascal: "he comprendido que toda la desdicha de los hombres se debe a una sola cosa, la de no saber permanecer en reposo en una habitación". (Pascal, 1986, 52, Pensamiento nº 205). La soledad es un importante ingrediente de la autorreflexión que propone Ricoeur.

Pero hemos dicho que la habitación del acto médico no está vacía, ocupada tan solo por el médico autorreflexivo. El acto médico transcurre entre al menos dos personas, la persona con un sufrimiento y el médico. Y un tercer agente más, la sociedad presente en la misma habitación de los actos médicos.

Una de las habitaciones de la Tate Gallery de Londres puede servirnos como ejemplo del acto médico. En ella se encuentra una obra de arte, un cuadro de pintura, muy conocido entre los médicos: *El Doctor* de Luke Fildes (1891). Muestra la escena del médico pensativo sentado junto a la niña enferma tendida en un colchón, como cama improvisada sobre dos sillas, con la figura del preocupado padre presente al fondo de la habitación. La pobreza de la habitación en la que se sitúa la escena, la actitud comprometida y pensativa del médico, con el presagio de una enfermedad grave en la niña, la actitud expectante, preocupada, sufriente y callada de su padre, son elementos que conmueven al espectador.

> Frente al imperio de la técnica, parece conveniente mantener un espacio de intimidad personal responsable, con apertura interpersonal y social e incluso ecológica, un espacio de reflexión sobre sí mismo.

Algunos comentarios sobre esa pintura, que está ampliamente glosada en la literatura (Moore, 2008), indican que el pintor se basó en su propia experiencia, en la muerte de uno de sus hijos y en su impotencia ante lo ocurrido. Al parecer, el pintor y su esposa quedaron agradecidos con el cuidado que el Dr. Gustav Murray dedicó a su hijo.

La pintura de Fildes nos sirve de imagen visual de un horizonte en el que situar el lugar y los personajes del análisis bioético del acto médico como encuentro personal que hemos

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

iniciado en Ricoeur. Siguiendo después con Taylor, Álvarez Turienzo y Jonas, hemos resaltado algunos caracteres éticos que se apoyan en una antropología filosófica, como puede ser la de Zubiri (1986). E incluso, con una inspiración en Kierkegaard (2007), la pintura de Fildes puede conducirnos desde la estética y la ética del arte pictórico a la mística. Como dice San Juan de la Cruz, en su *Cántico espiritual*, Estrofa XV:

"La noche sosegada / en par de los levantes de la aurora / la música callada / la *soledad sonora* / la cena que recrea y enamora."

El silencio de la soledad interna es en realidad un silencio sonoro, con el eco de otras voces en ella presentes. Es un ámbito de soledad compartida que tiene una dimensión central de moralidad, que podemos interpretar como responsabilidad o preocupación responsable.

En resumen, hemos comenzado con Ricoeur. Para él, la reflexión sobre sí mismo o introspección, la autorreflexión, conduce a un reconocimiento de sí y a la ipseidad en última instancia. Con Ricoeur (2008) hemos pensado sobre todo en el caso del médico, en el que esa reflexión sobre sí mismo se interioriza en un ámbito de soledad consigo mismo, que, sin embargo, y a la vez que la vivencia de soledad, nos proporciona en nuestra identidad como ipseidad una apertura humana hacia la realidad personal de otros. Porque el silencio de la soledad interna es en realidad un silencio sonoro, con el eco de otras voces en ella presentes. Es un ámbito de soledad compartida que tiene una dimensión central de moralidad, que podemos interpretar como responsabilidad o preocupación responsable, si seguimos a Hans Jonas.

La responsabilidad del médico hacia el paciente le compromete a una acción profesional, técnica, científica y humanitaria, limitada por sus posibilidades concretas, pero a la vez con la aspiración de ser óptima en ese caso concreto y en todos los que se le asemejen (Gracia, 2017).

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Bibliografía

Álvarez Turienzo, S. (1983). *El hombre y su soledad (Una introducción a la ética).* Salamanca: Sígueme.

Fowler, T. B. (2025). *Artificial Intelligence (Foundations, Limitations, Benefits and Dangers).* Washington DC: XZF Technical Publications.

Freud, S. (1976). De guerra y muerte. Temas de actualidad (1915). II. Nuestra actitud hacia la muerte. En Freud, S. Obras Completas. Vol. 14 (1914-1916) (pp. 274-303). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gracia, D. (2015). Valores de la profesión médica. Educ Med., 16(3), 171-172.

Gracia, D. (2017). En busca de la excelencia. EIDON, 48, 1-2.

Heidegger, M. (2000). Carta sobre el humanismo. Madrid: Alianza Editorial.

Hernando, A. (2012). La fantasía de la individualidad (Sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno). Buenos Aires: Katz Editores.

Jonas, H. (1993). El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder.

Kierkegaard, S. (2007). El concepto de la angustia. Madrid: Alianza Editorial.

Laín Entralgo, P. Antropología Médica para clínicos. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. https://www.cervantesvirtual.com/nd/arki/59851/bmcfv0f1

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1983). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Labor.

Moore, J. (2008). What Sir Luke Fildes's 1887 painting The Doctor can teach us about the practice of medicine today. Br J Gen Pract., 58, 210-213.

Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). The Virtues in Medical Practice. New York: Oxford University Press.

Pascal, B. (1986). Pensamientos. Barcelona: Planeta.

Pose, C. (2022). La antropología de Xavier Zubiri: una perspectiva actual. Madrid: Sindéresis.

Pose, C. (2023). Los valores espirituales y su enseñanza en un mundo posverdadero. Apeiron. Estudios de filosofía, 18, 285-303.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ricoeur, P. (2008). Los tres niveles del juicio médico. En Ricoeur, P. Lo Justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada (pp. 183-195). Madrid: Editorial Trotta.

San Juan de la Cruz. Cántico Espiritual. Estrofa XV. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. www.cervantesvirtual.com

Seoane, J. A. (2008). La relación clínica en el siglo XXI: Cuestiones médicas, éticas y jurídicas. Derecho y Salud, 16(1), 1-27.

Taylor, C. (1996). Fuentes del Yo (La construcción de la identidad moderna). Madrid: Ediciones Paidós.

Wulff, H. R., Pedersen, S. A., & Rosenberg, R. (2002). Introducción a la filosofía de la medicina. Madrid: Triacastela.

Zubiri, X. (1980). Inteligencia sentiente. Madrid: Alianza Editorial / Sociedad de Estudios y Publicaciones.

Zubiri, X. (1986). Sobre el hombre. Madrid: Alianza Editorial / Sociedad de Estudios y Publicaciones.

Zubiri, X. (2001). Sobre la realidad. Madrid: Alianza Editorial / Fundación Xavier Zubiri.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD