

ETICA DE LAS VIRTUDES Y MEDICINA (I)*

Silvia L. Brussino

UCSF- UNL

1.- Introducción

El interés suscitado en los últimos años por un tema tan tradicional como el de las virtudes responde en gran medida a la necesidad de compensar la pérdida de eticidad concreta que caracteriza al universalismo moral. Si bien la discusión sobre el tema dentro de la filosofía anglosajona se viene desarrollando desde hace años y reconoce como pioneros a M. Anscombe (*Modern Moral Philosophy*, en *Philosophy* 33, 1958), I. Murdoch (*The Sovereignty of Good*, 1970), E. Pincoffs (*Quandary Ethics* en *Mind* 80, 1971) y Ph. Foot (*Virtues and Vices*, 1978) entre otros, ⁽¹⁾ ha sido el polémico libro de Alasdair MacIntyre (*After Virtue*, 1984) el que produjo una verdadera renovación en el debate por cuanto plantea la crítica más radicalizada al proyecto ético de la Ilustración, trascendiendo de este modo el ámbito de los estudios históricos y teóricos en los que se venía desarrollando la discusión hasta el momento para convertirse en uno de los temas centrales del debate ético contemporáneo, del que no han podido sustraerse filósofos y teólogos de las más diversas extracciones.

* Este trabajo reproduce, con algunas adaptaciones, parte de la tesis de Magister en Bioética de la autora: «Principio de realidad y principio de universalización. El aporte de la ética de las virtudes al método de la ética clínica» (Universidad de Chile - OPS/OMS; Programa de Magister en Bioética, dir. Diego Gracia).

⁽¹⁾ Una completa reseña de autores y bibliografía sobre el tema se encuentra en G. Abbá: «Virtù e Dovero: valutazione di un recente dibattito», *Salesianum* 49, 1987, pp. 421-484.

El término «éticas de la virtud» es empleado para designar desarrollos que difieren entre sí, pero tienen en común la crítica más o menos radicalizada a la ética moderna, retomando como alternativa la teoría aristotélica de la virtud. «Ética moderna» no tiene en este contexto un sentido histórico sino más bien doctrinal pues significa un esquema de pensamiento subyacente a gran parte de la reflexión ética producto de la modernidad y designa cualquier teoría ética, de inspiración kantiana o utilitarista, que entiende el problema ético como problema de la determinación de la *acción justa o correcta y sus reglas*, y de la justificación del deber o la obligación de *cumplir acciones justas y de seguir reglas* ⁽²⁾.

Nos interesa esta caracterización porque es el esquema que subyace a las éticas basadas en principios que han tenido la mayor influencia en el desarrollo de la bioética y frente a las cuales, otros enfoques provenientes de la hermenéutica, la fenomenología y la psicología moral, al igual que la renovación de la casuística propuesta por Jonsen y Toulmin como método alternativo,⁽³⁾ vienen reclamando la atención de los estudiosos de la temática. Estos enfoques contextuales no presentan un grado de sistematización teórica que los torne alternativa de una ética basada en principios de justicia y reglas de actuación correcta, pues al estar contruidos exclusivamente sobre la experiencia moral, o sobre rasgos psicológicos y sentimientos de los agentes, o en los valores del grupo de pertenencia en los que las personas adquieren su identidad, son proclives al subjetivismo y relativismo morales. Sin embargo, al enfatizar justamente lo que las éticas basadas en principios dejan en sombras, es decir, las personas y sus circuns-

⁽²⁾ G. Abbá: *Felicitá, vita buona e virtú*, I.A.S., Roma, 1989, p. 77.

⁽³⁾ A. Jonsen y S. Toulmin: *The abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-Londres, 1988.

tancias, son aportes valiosos y susceptibles de ulteriores desarrollos en la línea de una filosofía integral de la medicina. Por otra parte, el volver la atención hacia el carácter de los agentes y los matices de las situaciones de decisión, que es el aspecto común de estos enfoques con una ética de las virtudes, resulta especialmente prometedor en el campo de la práctica médica debido a las analogías que presenta con la toma de decisiones clínicas, centradas en la evaluación de un paciente en particular.

Este trabajo se propone establecer la actualidad de una ética de las virtudes en relación a la medicina, tomando como base la versión propuesta por Edmund Pellegrino y David Thomasma, inscrita en una perspectiva teleológica de la ética en el sentido de la tradición aristotélica ⁽⁴⁾.

Los autores reconocen la imposibilidad de una teoría ética actual únicamente basada en virtudes, lo que supone una visión compartida del bien y de los fines de la vida humana que no es dable en las sociedades modernas, por lo que las éticas basadas en principios -ya sean de inspiración kantiana, utilitarista, o bien de principios *prima facie* como el intuicionismo de W. D. Ross- ⁽⁵⁾ han ganado gran repercusión, sobre todo esta última, que es la base

⁽⁴⁾ E. Pellegrino y D. Thomasma: *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York-Oxford, 1993. El interés de este libro está focalizado en las virtudes naturales, más específicamente, las que se siguen de la práctica de los fines de la medicina desde el punto de vista de una argumentación filosófica, por lo que los autores se abstienen explícitamente de todo recurso a la autoridad religiosa, habiendo dedicado otro volumen al estudio de las virtudes teologales en la práctica médica (*The Christian Virtues in Medical Practice*, Georgetown University Press, Washington, D.C., 1996).

⁽⁵⁾ Ross consideró que hay ciertos principios generales de conducta comparables con los axiomas matemáticos, a los que llamó obligaciones *prima facie*, que todos los hombres de conciencia moral desarrollada intuyen, tales como cumplir las promesas, la fidelidad (no mentir), la reparación, la gratitud, la justicia, la beneficencia, el auto-mejoramiento y la no-maleficencia. Cf. W. D. Ross: *The Right and the Good* (Oxford, 1930). Trad. española: *Lo bueno y lo correcto*, Sígueme, Salamanca, 1994.

del método de los principios bioéticos propuesto por Beauchamp y Childress ⁽⁶⁾.

La tesis que Pellegrino y Thomasma desarrollan en su libro *The Virtues in Medical Practice* (1993) es que una ética de las virtudes no es por sí sola una fundamentación suficiente para la ética médica, cuya actual complejidad exige el recurso a principios provenientes de la vertiente universalista de la moral, pero tampoco es prescindible desde el momento en que es el carácter del médico -y del paciente- lo que está en el centro de la decisión y de la acción moral. Es el agente quien *interpreta* los principios, *selecciona* los que ha de aplicar o ignorar, los *prioriza* y les *otorga definición* conforme a su historia y al contenido de sus situaciones de vida. Se trata de *esclarecer la relación entre las virtudes y los principios*, habida cuenta de que una teoría ética que asume la existencia de tal relación entre los principios y reglas de acción correctas y los rasgos de carácter de los agentes debe contener como mínimo un entramado conceptual que ligue coherentemente deberes, principios y virtudes ⁽⁷⁾.

El planteo apunta a recuperar sobre bases actuales la antigua relación existente entre medicina y filosofía -sobre la cual se construyó gran parte de la medicina hipocrática y de la ética anti-

⁽⁶⁾ Cf. T. Beauchamp y J. Childress: *Principles of Biomedical Ethics*, 4th. Ed., Oxford University Press, New York/Oxford, 1994.

⁽⁷⁾ Los autores aluden a la ausencia de una adecuada conceptualización al respecto en la literatura bioética, especialmente en el libro de Beauchamp y Childress (*Principles...*, cit., pp. 462 y ss.) en la que se establece la necesidad de la relación pero no se la define satisfactoriamente, empezando por una definición de virtud, habida cuenta de la polisemia del concepto, que remite a sistemas éticos contrapuestos (kantiano, utilitarista, clásico). Una excepción la constituye el libro de J. F. Drane: *Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics*, MO: Sheed and Ward, Kansas City, 1988.

gua-⁽⁸⁾ y forma parte de un proyecto más ambicioso: la elaboración de una filosofía de la medicina, que incluya tanto una ética como una ontología, una epistemología y una axiología, cuyo eje sea el ser humano, objeto común a la medicina y a la ética, por lo que tal filosofía de la medicina debería tener sus raíces en algún acuerdo sobre la concepción de ser humano y de los fines de la existencia humana, tanto individual como colectiva, ya que sin una antropología filosófica -piensan los autores- el generalizado discurso sobre «valores humanos», sus definiciones o su jerarquización carecen de sustrato axiológico ⁽⁹⁾.

Ahora bien, tanto el proyecto de filosofía de la medicina como la propuesta ética de Pellegrino y Thomasma, suponen lo siguiente: 1) Que existe una naturaleza humana, la cual, aunque es susceptible de desarrollo físico y social, trasciende suficientemente tiempo y lugar como para que puedan hacerse afirmaciones sobre ella. Es la ética, en su desarrollo de siglos, la que ha modelado esas afirmaciones. 2) Que la medicina misma, como actividad que se define por sus fines, encarna algunas de esas afirmaciones sobre la naturaleza humana, por lo que se establece una relación intrínseca entre la medicina y la moral de un modo que no está presente en otras actividades humanas: la medicina *es* una empresa moral.

Esto explica que sea la obra de MacIntyre, *After Virtue* (1984), la que proporciona el bagaje conceptual adecuado a la com-

⁽⁸⁾ Cf. W. Jaeger: *Paideia: Los ideales de la cultura griega*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957; P. Lain Entralgo: *La medicina hipocrática*, Revista de Occidente, Madrid, 1970 y «Técnica, ética y amistad médica» en J. Gafo Ed.: *Fundamentación de la bioética y manipulación genética*, publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1988, pp. 107-118.

⁽⁹⁾ E. Pellegrino y D. Thomasma: *The virtues...* cit., p. xiii; 183 y ss. Los autores han sentado las bases de este proyecto de una filosofía de la medicina en su libro *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the healing Professions*, Oxford University Press, N. York-Oxford, 1981.

prensión de la ética médica de estos autores, al permitirles identificar la medicina con el concepto de «práctica» explicitado por MacIntyre en el que encuentran las virtudes su *telos* intrínseco.

2.- El enfoque de Alasdair MacIntyre sobre las virtudes.

MacIntyre construye su teoría de la virtud sobre la base de una concepción narrativa llevada al ámbito de la vida humana, para lo cual elabora una trama compleja en la que se distinguen tres fases: Una primera que se refiere a las *prácticas* como actividades compartidas que presuponen el ejercicio de virtudes; una segunda, que engarza las prácticas en el *orden narrativo de una vida* por el cual «la unidad de la vida humana es la unidad de un relato de búsqueda» de la vida buena para el hombre; ⁽¹⁰⁾ y una tercera, que refiere a la necesidad de adscribirse a una *tradición moral* dentro de la cual, y sólo dentro de ella, una persona puede conocer en qué consiste el bien que cualifica toda su vida bajo la forma de la búsqueda apuntada más arriba, lo que supone entonces que una tradición es abierta a ulteriores desarrollos. «Cada fase implica la anterior, pero no viceversa. Cada fase anterior se modifica y reinterpreta a la luz de la posterior, pero proporciona también un ingrediente esencial de ésta» ⁽¹¹⁾.

La teoría de la virtud de MacIntyre es el núcleo de su proyecto de recuperación de la tradición aristotélica como alternativa a lo que califica como el fracaso moral de la modernidad, por el que «el lenguaje y la práctica moral contemporáneos sólo pueden entenderse como una serie de fragmentos sobrevivientes de un pasado más antiguo y los problemas insolubles que ello ha creado

⁽¹⁰⁾ A. MacIntyre: *Tras la virtud*, Crítica, Barcelona, 1987, p. 270.

⁽¹¹⁾ *Ibid.*, p. 233.

a los teóricos morales contemporáneos seguirán siendo insolubles hasta que esto se entienda bien»⁽¹²⁾.

Para este autor, el proyecto de la modernidad fracasa cuando la base que fundamenta la modernidad se concibe como una secularización -que equivale a desontologización- de la metafísica tradicional, lo que cabe interpretar como pérdida de un *telos*, tanto para la naturaleza como para la razón humana. El único referente de orientación aceptable pasa a ser un universalismo formal por definición y carente de contexto en el que «las reglas llegan a ser el concepto primordial de la vida moral» y «las cualidades de carácter se aprecian sólo porque nos llevarán a seguir el conjunto de reglas correcto»⁽¹³⁾. Las cuestiones sobre «la vida buena para el hombre» o «los fines de la vida humana» no son moralmente universalizables sino remitidas a la libre y autónoma elección de las conciencias individuales. En ello consiste para MacIntyre el carácter liberal del proyecto ilustrado por el cual la ética debe fundamentar sólo aquellas reglas de justicia y tolerancia que garanticen las distintas concepciones de «vida buena» dando lugar a un amoralismo encubierto bajo la denominación de *pluralismo moral*⁽¹⁴⁾.

Frente a ello, MacIntyre considera que la tradición aristotélica representa la única alternativa posible al fracaso moral de la modernidad, dado que «el aristotelismo es *filosóficamente* el más potente de los modos premodernos de pensamiento moral»⁽¹⁵⁾.

Debe destacarse que MacIntyre entiende por «tradición aristotélica» la que se desarrolla desde Sócrates hasta Santo Tomás

⁽¹²⁾ *Ibid.*, p. 143.

⁽¹³⁾ *Ibid.*, p. 153.

⁽¹⁴⁾ Cf. J.C. Elvira: «Práctica de la virtud e ideal ilustrado» en *Crisis de valores. Modernidad y Tradición*, Edit Euro, Barcelona, 1997, p. 26.

⁽¹⁵⁾ A. MacIntyre: *Tras la virtud*, cit., p. 152.

de Aquino, configurada en torno a aportaciones de Aristóteles respecto de sus antecesores, enriquecida por sus sucesores y abierta a posibles progresos futuros ⁽¹⁶⁾. La razón de su elección es que esta tradición es la que ha mantenido viva, bien que en diferentes versiones, la tradición moral de las virtudes, esto es, la orientación teleológica de la vida humana, cuya pérdida es justamente lo que condujo a la modernidad al fracaso moral.

Esta breve ubicación en la obra de MacIntyre ⁽¹⁷⁾ nos resulta necesaria no sólo para comprender las relaciones que estableceremos a continuación entre las prácticas y sus virtudes inherentes en relación a la vida buena y su necesario contexto comunitario, sino para identificar la estructura de pensamiento subyacente a la propuesta de Pellegrino y Thomasma de una ética de las virtudes, inserta en esta tradición que hemos indicado, como soporte que impregna y otorga sentido a la práctica de la profesión médica.

«Por ‘práctica’ entenderemos cualquier forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, establecida socialmente, mediante la cual se realizan los bienes inherentes a la misma mientras se intenta lograr los modelos de excelencia que son apropiados a esa forma de actividad y la definen parcialmente, con el resultado de que la capacidad humana de lograr la excelencia y los conceptos humanos de los fines y bienes que conlleva se extienden sistemáticamente. (...) En el mundo antiguo y en el medieval, la creación y mantenimiento de las comunidades humanas,

⁽¹⁶⁾ J.C. Elvira, «Práctica...» *cit.*, pp. 25-26.

⁽¹⁷⁾ El proyecto ético de este autor se continúa en sus obras: *Whose Justice? Which Rationality?*, Duckworth, London, 1988 y *Three Rival Versions of Moral Enquiry*, Duckworth, London, 1990 (versión castellana de R. Rovira, *Tres Versiones Rivales de la Ética*, Rialp, Madrid, 1992) además de otros artículos, contribuciones y entrevistas que reflejan los aspectos más polémicos de la propuesta y su impacto en el debate ético-político contemporáneo, v.g., el que mantienen comunitaristas y neocontractualistas.

familias, ciudades, naciones, se considera como práctica en el sentido que he definido. Por tanto, el conjunto de las prácticas es amplio: las artes, las ciencias, los juegos, la política (en el sentido aristotélico, el crear y mantener una vida familiar) todo eso queda abarcado en este concepto» ⁽¹⁸⁾.

Un primer rasgo característico de las prácticas es su carácter cooperativo, por el cual no se trata de ejercitar simplemente una destreza o habilidad que se pueda realizar sin un grado de interacción, sino que exige siempre una forma de participación que me obliga a supeditarme a los demás participantes ⁽¹⁹⁾. En tanto que actividades compartidas, las prácticas requieren como sostén alguna forma de asociación comunitaria, con lo cual se excluye de raíz la posibilidad de alcanzar los bienes que les son inherentes de manera autosuficiente.

Pero hay aún más: las comunidades construyen su identidad y dan sentido a su vida desde la comprensión común de ciertos bienes que son «internos» a las prácticas, lo que significa primero, que tales bienes únicamente se concretan «mediante ejemplos» en la práctica misma; y segundo, que sólo se pueden identificar y reconocer como bienes participando en la práctica en cuestión, por lo cual «los que carecen de la experiencia pertinente no pueden

⁽¹⁸⁾ A. MacIntyre: *Op. Cit.*, p. 233-234.

⁽¹⁹⁾ En este sentido, también Ricoeur señala la importancia del concepto de «regla constitutiva» de una práctica, concepto tomado de la teoría de los juegos -en la que no tiene connotación moral- y extendido luego a la teoría de los actos de discurso y a la teoría de la acción. La regla constitutiva tiene la función de estatuir una significación para los gestos particulares, como por ejemplo, mover un peón en el tablero de ajedrez, «cuenta como» una jugada en el tablero de ajedrez. La regla es constitutiva porque no es sobreañadida al juego, como podría serlo un reglamento de ajedrez; pero además de decidir sobre la significación de un gesto, la regla constitutiva tiene la virtud de subrayar el carácter de *interacción* que se vincula a la mayoría de las prácticas, las cuales descansan en acciones en las cuales un agente tiene en cuenta *por principio* la acción de otro. (P. Ricoeur, *Si mismo como otro*, Siglo XXI, Madrid, 1996, pp. 155-156).

juzgar acerca de esos bienes internos»⁽²⁰⁾. De ello se sigue otro rasgo que caracteriza las prácticas: su carácter de instituida desde antes de mi participación en ella, con sus modelos de excelencia y sus reglas constitutivas, por lo cual exige del iniciado la actitud obediente del aprendiz. «Toda práctica conlleva, además de bienes, modelos de excelencia y obediencia a reglas. Entrar en una práctica es aceptar la autoridad de esos modelos y la cortedad de mi propia actuación, juzgada bajo esos criterios»⁽²¹⁾.

Esta idea, reiterada por MacIntyre a lo largo de su obra, abre a nuestro modo de ver una vía peligrosa, que nos parece importante dejar indicada, pues en ella se juega en gran medida cómo entendemos el lugar de una ética de las virtudes en la ética clínica. Como hemos dicho, el autor coloca su investigación sobre la ética en una línea directamente contrapuesta a la moderna, a la que ha atribuido un «amoralismo» que se deriva del atomismo social, el individualismo en las prácticas en las que sólo se persigue el interés propio, lo que incluye desde luego el ejercicio de las profesiones, y sobre todo, lo que ha caracterizado como la actitud autosuficiente tan propia del liberal como del superhombre nietzscheano, que creen poder extraer de sí los criterios de actuación.

Frente a ello, la propuesta de MacIntyre acentúa el *rol de la autoridad* respecto de los bienes inherentes a una práctica, que tiene como contrapartida la *obediencia* y la *humildad* de quien no sabe nada, o no sabe aún lo suficiente como para juzgar sobre esos bienes, de los que podrá ir sabiendo en la medida que participe de ellos, pues no debe perderse de vista que no se trata sólo de habilidades sino de virtudes morales: la estructura de las prácticas per-

⁽²⁰⁾ A. MacIntyre: *Op. Cit.*, p. 235.

⁽²¹⁾ *Ibid.*, p. 235.

mite ver que al mismo tiempo que se adquiere un entrenamiento o una habilidad en la ejecución del fin perseguido, y en este sentido, la búsqueda de la excelencia en cuanto al desarrollo de las capacidades para ejecutar ese fin conforme a los «patrones de excelencia» establecidos dentro de esa práctica; al mismo tiempo decíamos, se van configurando los rasgos del carácter del ejecutante en relación al contenido ético entrañado en el ejercicio de la práctica en cuestión, ya que cuando compartimos los modelos y propósitos típicos de las prácticas, definimos nuestra mutua relación, nos damos cuenta o no, con referencia a modelos de veracidad y confianza y, por tanto, los definimos también con referencia a modelos de justicia y de valor»⁽²²⁾.

El análisis de MacIntyre contiene ideas interesantes con respecto a la relación de *enseñanza-aprendizaje*, no sólo de habilidades sino de virtudes, clave de una auténtica educación, para la cual se requiere esa actitud de confianza en el educador, en que lo que está transmitiendo es bueno realmente en la medida en que responde a los «patrones de excelencia» de la práctica en cuestión. El hecho de que MacIntyre introduzca su distinción entre bienes internos y externos con el único ejemplo de un niño de siete años al que se desea enseñar a jugar al ajedrez, sugiere que él mismo está pensando en una etapa de la vida en la que el rol del educador, en cierta forma identificado con el rol paterno, se relaciona directamente con esta acentuación de la autoridad presente en su análisis⁽²³⁾.

Prescindiendo de las objeciones que puedan hacerse a estas ideas desde una teoría filosófica de la educación, el énfasis en la autoridad se torna claramente cuestionable en otro tipo de

⁽²²⁾ *Ibid.*, p. 270.

⁽²³⁾ *Ibid.*, p. 234.

relación, que ya no es de enseñanza-aprendizaje, sino la del médico y el paciente, que constituye el centro mismo de la práctica médica. La asimetría de la relación no es, como en el caso del niño, derivada de un no saber propio de una etapa de la vida en que la que encauzar la voluntad es la tarea fundamental, sino que, en el caso del paciente adulto, la asimetría se deriva -aunque no exclusivamente, como veremos más adelante- de un no saber que concierne *sólo* a las habilidades «técnicas» por las que el paciente acude al médico en busca de ayuda. Esto significa que ni la asimetría ni la autoridad pueden extenderse sin más a la competencia moral que supone en principio una persona adulta. Si no se establece esta distinción que concierne a la noción misma de autoridad (que admite un sentido técnico y un sentido moral) y no se compensa este recurso a la autoridad con algún otro recurso moral más cercano a la *reciprocidad*, que tiende a establecer, en lo posible, una relación «entre iguales», la vía peligrosa que señalamos más arriba es un inadmisibles paternalismo instaurado en la relación.

No es menor el riesgo que implica para la interpretación de la ética médica, la afirmación de que no se puede juzgar una práctica desde fuera de ella misma. Nuevamente se necesita la distinción entre autoridad técnica y autoridad moral -distinción que, como veremos, no implica separación, lo que sería un grave error en nuestro enfoque de la bioética- para no estar afirmando un corporativismo también inadmisibles a nuestro modo de ver. No puede dejar de observarse aquí que la tradición moral en la que MacIntyre encuadra su teoría de las virtudes es justamente la que encarna el paternalismo médico frente al cual la bioética se presenta como una auténtica transformación, en el sentido señalado por Diego Gracia, como *Aufhebung*, en la acepción hegeliana del término, por la cual esa tradición -la hipocrática- de la ética médica incor-

pora desde dentro, «absorbe» la novedad introducida por la modernidad, que no es sino la autonomía de la conciencia moral ⁽²⁴⁾.

3. La medicina como comunidad moral: el planteo de Pellegrino y Thomasma.

Justamente en el punto indicado en el párrafo anterior es donde nos parece que Pellegrino y Thomasma, se separan de MacIntyre. Aunque comparten básicamente la idea de la potencia filosófica contenida en esta tradición moral de las virtudes, cuyo planteamiento les permite tomar distancia tanto de la versión deontológica como emotivista de la moral, su enfoque de la relación clínica, lejos de centrarse en la autoridad, incorpora la autonomía moral del paciente como un rasgo esencial de la relación, a la que las virtudes emergentes de la práctica médica en tanto que *comunidad moral* dan una base sustantiva, de modo que el cumplimiento de normas en relación al respeto por el paciente no resulta de trámite meramente formal, ni contractual, sino que es la plasmación en actitudes y disposiciones habituales, de los fines mismos de la medicina.

Por otra parte, su comprensión de la medicina como comunidad moral les llevará a acentuar las obligaciones *colectivas* de los profesionales de la medicina, frente a una concepción de la misma como corporación gremial aglutinada en torno a la defensa de sus propios intereses. La posición de una ética de las virtudes se define hoy para estos autores frente a la alternativa que debe afrontar la ética médica como ética profesional. Ella «debe reconciliar dos órdenes opuestos: uno basado en la primacía de su compromi-

⁽²⁴⁾ Cf. D. Gracia: *Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica*, Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1990, p. 9.

so (*covenant*) con los pacientes y otro basado en el *ethos* del interés propio»⁽²⁵⁾.

Sobre la misma base del diagnóstico de MacIntyre referente a la disolución de la ética basada en virtudes posterior a la Ilustración, los autores consideran que el gran dilema de la ética médica actual no surge sólo del progreso tecnocientífico, sino fundamentalmente de los cambios de roles de la profesión en respuesta a las expectativas tanto públicas como privadas puestas en sus posibilidades actuales, en las que se advierte la confrontación de dos *ethos*. El primero, enraizado tanto en la historia de la práctica médica desde el Juramento Hipocrático, como en la tradición moral de las virtudes, mutuamente entrelazadas; el segundo, perfilado desde las teorías éticas individualistas centradas en la autosatisfacción de los deseos del agente, sin referencia al bien común, o entendiéndolo como sucedáneo del bien propio⁽²⁶⁾. Frente a ello, consideran que la misma profesión médica está en peligro y que su futuro depende de la respuesta que se dé al dilema planteado, es decir, cómo deben incorporarse los nuevos requerimientos y las nuevas condiciones del ejercicio de la profesión en la tradición moral de la medicina. Tal respuesta sólo es viable desde la recupe-

⁽²⁵⁾ E. Pellegrino y D. Thomasma: *The virtues... cit.*, p. 31.

⁽²⁶⁾ Los autores refieren algunos ejemplos paradigmáticos de enfoques contrarios a la ética de las virtudes entre los cuales se cuenta la postura escéptica representada respectivamente por Calicles y Glaucón en los diálogos platónicos *Gorgias* y *República* respecto de la teoría socrática de las virtudes en relación al bien común, además de los enfoques modernos centrados en el autointerés (Maquiavelo, Hobbes, Adam Smith, Ayn Rand, Mandeville) y desde luego el de Nietzsche, como el más exacerbado. En la bioética contemporánea, consideran prototípica de este modo de «anti-virtud» la propuesta de H. T. Engelhardt Jr. y M. Rie de una «nueva ética médica» que debe reemplazar la beneficencia por el interés propio para adaptarse a las exigencias del libre mercado («Morality for the Medical-Industrial Complex: A Code of Ethics for the Mass Marketing of Health Care»), *New England Journal of Medicine*, 319 -(16) october 20, 1988: 1086-1089). Cf. E. Pellegrino y D. Thomasma: *The virtues...*, cit., pp. 9-11.

ración de la esencia de la medicina como empresa ética con la consiguiente reasignación de obligaciones que competen al colectivo profesional.

«La idea de una comunidad moral es construída dentro de la profesión médica, pero ello contiene recuerdos latentes o ha sido expresado en forma distorsionada. Deseamos argumentar que la medicina es en esencia una comunidad moral y siempre lo será; que quienes la practican son *de facto* miembros de una comunidad moral, unidos por el conocimiento y los preceptos éticos; y que, en consecuencia, los médicos tienen colectivamente, tanto como individualmente, obligaciones morales de proteger el bienestar de las personas enfermas en un mundo en el que se incrementa la consideración de la medicina como una mercancía, una bagatela política, una oportunidad de inversión o un juego de poderes burócráticos»⁽²⁷⁾.

Este propósito de los autores se concretará retomando por una parte los antecedentes históricos de la profesión desde sus orígenes hipocráticos, en los que pueden reconocerse distintos «modelos» de comunidad moral que plasman, aunque de manera deficiente, los fines de la medicina y sus virtudes inherentes, como criterios de actuación en beneficio del paciente, que subsisten *fragmentariamente* en el colectivo profesional actual; y por otra parte, las bases filosóficas de esa comunidad moral, en las que centraremos nuestro análisis⁽²⁸⁾.

Pellegrino y Thomasma entienden que hay tres rasgos fundamentales de la medicina en cuanto actividad humana por los que cabe caracterizarla como una empresa moral, que *impone* res-

⁽²⁷⁾ E. Pellegrino y D. Thomasma: *The virtues... cit.*, p. 32.

⁽²⁸⁾ Para un estudio detallado de la emergencia del principio de beneficencia desde el interior de la tradición médica y su plasmación histórica en los distintos modelos de

ponsabilidades colectivas en tanto que emergen de la índole misma de la práctica. Estos rasgos son los siguientes:

1) **La naturaleza misma de la enfermedad:** Se entiende por ella un fenómeno humano universal, que hace de la medicina un tipo especial de actividad humana. La persona enferma está en un estado «único» (en el sentido de que ningún otro estado de la vida humana es equiparable a él) de dependencia, ansiedad y vulnerabilidad por el que es susceptible de ser explotada. Ella debe desnudar sus debilidades, comprometer su dignidad y revelar intimidades sobre su cuerpo y su mente. El trance de la enfermedad fuerza a la persona enferma a confiar en el médico y a entrar en una relación que hubiera podido preferir no entablar y dentro de la cual es relativamente impotente. Por otra parte, cuando el médico invita al paciente a confiar en él, lo que le está ofreciendo es poner el conocimiento profesional a su servicio. La enfermedad afecta a una persona por entero, por lo cual la existencia de una necesidad médica *genuina* constituye un requerimiento moral hacia quien está equipado para prestar ayuda: este requerimiento fragua un vínculo fiduciario entre quien necesita ayuda y aquel que *profesa* tal ayuda ⁽²⁹⁾.

2) **La no apropiabilidad del conocimiento médico:** Este conocimiento es adquirido a través de la educación médica, que los autores consideran un privilegio en el sentido de que es la sociedad la que confiere ciertas prerrogativas a la educación médica, que constituyen invasiones a la privacidad -tales como disecar y realizar autopsias en cuerpos humanos, participar en la cura de los

compromiso profesional (hipocrático, carismático y burocrático), ver D. Gracia: *Fundamentos de Bioética*, Eudema, Madrid, 1989, pp. 23-104. También J.A. Mainetti: *Eica médica. Introducción histórica*, Quirón, La Plata, 1989. (c/ Apéndice de Documentos de Deontología Médica, rec. por J. C. Tealdi).

⁽²⁹⁾ E. Pellegrino y D. Thomasma: *The Virtues... cit.*, p. 35-36.

enfermos o experimentar con sujetos humanos- que son actos ilegales en circunstancias ajenas a la educación médica. El estudiante tiene acceso libre a todo el mundo del conocimiento médico, gran parte del cual se ha conseguido en base a la observación y experimentación sobre innumerables generaciones de personas enfermas. Con su graduación, junto a la certificación que lo habilita para ejercer la profesión, el médico obtiene de la sociedad la promesa de un monopolio sobre el conocimiento médico usual. Todo ello, contando además con el subsidio financiero a la educación médica, es permitido con un solo propósito: asegurar que la sociedad cuente con una provisión ininterrumpida de personal médicamente capacitado.

Esta especificación del conocimiento médico como no apropiable, permite ver el rendimiento de la diferenciación entre bienes internos a la práctica y bienes externos a ella. Porque es un bien común de la sociedad, monopolizado por la medicina como un bien «interno» a la profesión -lo que configura una suerte de privilegio necesario, que debe compensarse con la correlativa obligación de ser utilizado *primariamente* en beneficio del paciente- no puede supeditarse a otros bienes «externos» a la medicina, tales como la ganancia, el prestigio o el poder personales⁽³⁰⁾. «Al aceptar el privilegio de una educación médica, quienes ingresan en la medicina pasan a formar parte de un convenio con la sociedad, que no puede ser disuelto unilateralmente. Desde el primer día, los estudiantes de medicina ingresan a una comunidad ligada por un convenio moral»⁽³¹⁾.

⁽³⁰⁾ Al establecer la distinción entre bienes internos y externos a la práctica, MacIntyre aclara que los bienes externos, como pueden ser la ganancia, el poder, etc. revisten también el carácter de bienes, sólo que quien entra en una práctica, no puede quererlos primariamente, so pena de no alcanzar a comprender la naturaleza de la práctica misma. (*Tras la Virtud... cit.*, p. 235 y ss.).

⁽³¹⁾ E. Pellegrino y D. Thomasma: *The Virtues... cit.*, p. 36.

3) La naturaleza y circunstancias de un juramento profesional: Ese convenio es públicamente reconocido cuando el médico presta el juramento de graduación. El juramento -cualquiera sea el que se preste- es una «promesa pública», una profesión,⁽³²⁾ que significa que el flamante médico comprende la gravedad de su vocación, que promete ser competente y utilizar esa competencia en interés del enfermo. Por eso es el juramento, no el grado, lo que simboliza el ingreso en la profesión y contiene intrínsecamente una cierta renuncia al interés propio: esto es lo que hace de la medicina realmente una profesión⁽³³⁾.

El argumento de MacIntyre sobre los bienes internos y externos a una práctica subyace a la insistencia de los autores en la oposición entre profesar la medicina por su intrínseca finalidad: servir al mejor interés del paciente o hacerlo en función de otros fines (bienes) externos a ella, los que, al igual que para MacIntyre, remiten en definitiva al interés propio, impidiendo al agente (el médico no vocacionado en este caso) alcanzar los niveles de excelencia que rigen la práctica en cuestión. El dilema de la ética médica se plantea en la explícita oposición de dos modelos: uno que favorece el individualismo, el egoísmo y el acomodamiento a cuanta demanda provenga de la sociedad o del paciente individual. Es el modelo que renuncia a los fines de la medicina como estrategia de supervivencia ante los requerimientos del libre mercado y de las contendas políticas que utilizan para sus fines la atención de la salud. El otro modelo, el sustentado por los autores, reconoce que las peculiares características de la profesión médica son fuente de obligaciones en un sentido fuerte, que no alcanzan a los médicos

⁽³²⁾ Sobre el origen del término profesión puede verse el detallado estudio de M. Weber en: *La ética. Protestante y el espíritu del capitalismo*, SARPE, Madrid, 1984, , p. 85 y ss.

⁽³³⁾ E. Pellegrino y D. Thomasma: *The Virtues... cit.*, p. 36.

sólo individualmente, sino como *cuerpo profesional*, al que se imponen obligaciones positivas de actuar en defensa del mejor interés del paciente, no subordinado a intereses individuales, políticos o económicos. Desde aquí se perfila el rechazo de una ética de mínimos y la propuesta de una ética de excelencia -o de virtudes- como respuesta al dilema que enfrenta la ética médica, desacreditada en gran medida por servir a intereses ajenos a la profesión con el consecuente debilitamiento de la confianza que necesariamente debe depositar en ella la sociedad en su conjunto y el paciente en particular ⁽³⁴⁾.

De ahí que el lugar que ocupa una ética de las virtudes fundada en la restauración de los fines de la medicina, se concentre para estos autores en una renovación desde el interior mismo de la medicina como *comunidad moral*, lo que significa dotar a las instituciones en las que los profesionales de la salud ejercen todavía un gran poder (no sólo los hospitales sino también las asociaciones profesionales) de un soporte *auténtico*, cuya orientación no puede ser otra que la defensa activa del «bien médico», es decir, una verdadera militancia en favor del interés de las personas enfermas. Nuestros autores piensan que esto es posible sobre la base de reconocerse como «un grupo de personas dedicadas a algo que está por encima de su propio interés, como un grupo que reconoce su responsabilidad de sostener la eticidad de sus miembros, repu-

⁽³⁴⁾ La forma dilemática en que los autores presentan la condición de la profesión médica actual refleja, como es lógico, dada la experiencia de su país, la situación norteamericana de exacerbamiento en cuanto a la injerencia dentro de la práctica profesional de instancias externas a la medicina (vg. jurídica, política, económica y también en los últimos años, bioética -representada por expertos en cuestiones morales). Esto hace que los autores hablen de una «mentalidad de sitio» que afecta a la profesión, cuyos miembros se comportan como si fueran habitantes de una ciudad sitiada por «fuerzas hostiles». (*Ibidem*, p. 39 y ss.) Si bien el estado de la cuestión no es extrapolable sin más a otras sociedades, este diagnóstico sobre el ethos profesional nos permite identificar muchos de los rasgos característicos de la crisis de la ética médica en nuestro país.

diando o rechazando a aquellos que no son fieles a las obligaciones éticas que unen a la comunidad, y de abogar por la causa del enfermo, aún cuando la sociedad y la política militen en su contra»⁽³⁵⁾.

Ahora bien, para encontrar el contenido de estas obligaciones impuestas a los profesionales de la salud en cuanto miembros de una *comunidad moral* -obligaciones que los autores concentran en un imperativo fundamental: poner en segundo plano el propio interés (*effacement of self-interest*)- no podemos recurrir a los códigos,⁽³⁶⁾ ni a la relación entre principios y reglas, sino que debemos fijar la atención en algo más fundamental, que caracteriza y distingue a la actividad médica como actividad esencialmente *moral*: la naturaleza de la relación clínica, es decir, la relación entre alguien que está enfermo y alguien que «profesa» que puede ayudarlo. La moralidad interna de la medicina surge entonces de la relación clínica, que es básicamente una relación *inter homines*, pero con unas características que no se encuentran en otro tipo de relación humana: la desigualdad de la relación y su naturaleza fiduciaria, la índole moral de las decisiones médicas, la naturaleza del conocimiento médico por la cual no puede convertirse en un valor intercambiable sino que ha de estar al servicio de las necesidades de las personas enfermas y finalmente, lo que por mucho que se transforme la relación clínica, seguirá siendo esencial a la misma, el debido acompañamiento moral del médico al paciente durante todo el periplo de su enfermedad⁽³⁷⁾.

Continuará en el N° 8.

⁽³⁵⁾ E. Pellegrino y D. Thomasma: *The Virtues... cit.*, p. 39.

⁽³⁶⁾ Los códigos profesionales son insuficientes por cuanto expresan creencias morales, pero no se autojustifican. (*Ibidem*, p. 42).

⁽³⁷⁾ *Ibidem*, p. 42 y ss.