

CUADERNOS de BIOÉTICA

E- Books Temas Actuales de Bioética



*El legado moral de
Edmund D. Pellegrino*

PRÓLOGO EDITORES E-LIBRO

En este libro electrónico hemos reunido los artículos publicados en estos últimos años en Cuadernos de Bioética sobre la obra de Edmund Pellegrino. Nuestra revista abarca cuestiones que tienen relación con la bioética, tanto las de carácter más filosófico, como son las de fundamentación de la bioética, como las de la práctica asistencial, sea bioética clínica o más en concreto ética médica. Esto responde a la propia naturaleza de la asociación profesional de la cual depende la revista. La Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) quiso desde su fundación que de forma inclusiva, que no yuxtapuesta, en ella confluyeran la bioética moderna con las éticas de las profesiones sanitarias, especialmente por su largo desarrollo histórico, la ética médica. De esta forma, la compilación realizada tiene una justificación más que sobrada. Edmund D. Pellegrino es reconocido como uno de los máximos exponentes de la ética médica de nuestros tiempos. Su fallecimiento hace unos pocos años y la escasa bibliografía de este autor en lengua castellana nos ha impulsado a poner de forma unificada todo lo publicado en nuestra revista sobre su pensamiento de tal manera que esté más accesible tanto a los interesados en su obra como en general de la bioética.

**Los editores del E-libro: Manuel de Santiago,
Modesto Ferrer Colomer, Luis Miguel Pastor.**

¿Qué son los E-BOOKS Temas Actuales de Bioética de Cuadernos de Bioética?

Son compilaciones de artículos publicados en los últimos años en la Revista Cuadernos de Bioética sobre cuestiones que tienen relevancia en el debate actual bioético. La finalidad de los mismos es hacer accesible recursos bibliográficos unificados que sirvan tanto a investigadores como a expertos, consultores o miembros de comités, en sus diversas tareas profesionales bioéticas.



DOI: 10.30444/CB.46

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0) para todo
el E-Book.

Copyright Cuadernos de Bioética

CUADERNOS DE BIOÉTICA
E- Books Temas Actuales de Bioética
SUMARIO

Prólogo	1
 EL LEGADO MORAL DE EDMUND D. PELLEGRINO	
Presentación tema de estudio	6
 Edmund D. Pellegrino	
— Semblanza de un maestro	8
<i>Manuel de Santiago</i>	
— La conciencia del médico, cláusulas de conciencia y creencia religiosa: Una perspectiva católica	15
<i>Edmund D. Pellegrino</i>	
 El legado de Edmund D. Pellegrino	
— Una aproximación al pensamiento de Edmund D. Pellegrino (I)	31
<i>Manuel de Santiago</i>	
— Una aproximación al pensamiento de Edmund D. Pellegrino (II)	47
<i>Manuel de Santiago</i>	
— Identidad de la medicina en el pensamiento de Edmund D. Pellegrino	61
<i>Manuel de Santiago</i>	
 Las virtudes médicas	
— Las virtudes en bioética clínica.....	84
<i>Manuel de Santiago</i>	
— Fidelidad a la confianza.....	101
<i>José Manuel Álvarez Avello</i>	
— Benevolencia y compasión.....	106
<i>Rafael del Río Villegas</i>	
— Prudencia, virtud indispensable	111
<i>José Manuel Moreno Villares</i>	
— La justicia en Edmund D. Pellegrino	117
<i>Joaquín Ojeda</i>	
— Fortaleza y templanza	123
<i>Borja Montero Sánchez del Corral</i>	
— Integridad	128
<i>Rafael Ángel Gómez Rodríguez</i>	

— Self-effacement o desprendimiento altruista	134
<i>Manuel de Santiago</i>	
— Las virtudes cristianas en la práctica médica	142
<i>Manuel de Santiago</i>	
 Entrevista a Edmund D. Pellegrino en Diario Médico	
— Diario Médico, 3 de octubre de 2005.....	155

CUADERNOS DE BIOÉTICA

E- Books Current Issues Bioethics

SUMMARY

Prologue	1
 THE MORAL LEGACY OF EDMUND D. PELLEGRINO	
Presentation subject of study	6
 Edmund D. Pellegrino	
— Portrait of a teacher	8
<i>Manuel de Santiago</i>	
— The physician's conscience, conscience clauses, and religious belief: A catholic perspective	15
<i>Edmund D. Pellegrino</i>	
 The legacy of Edmund D. Pellegrino	
— An approach to the thinking of Edmund D. Pellegrino (I)	31
<i>Manuel de Santiago</i>	
— An approach to the thinking of Edmund D. Pellegrino (II)	47
<i>Manuel de Santiago</i>	
— The identity of medicine in the thought of Edmund D. Pellegrino	61
<i>Manuel de Santiago</i>	
 Medical virtues	
— The virtues in clinical bioethics	84
<i>Manuel de Santiago</i>	
— Fidelity to trust	101
<i>José Manuel Álvarez Avello</i>	
— Benevolence and compassion.....	106
<i>Rafael del Río Villegas</i>	
— Phronesis: medicine's indispensable virtue	111
<i>José Manuel Moreno Villares</i>	
— Edmund D. Pellegrino justice	117
<i>Joaquín Ojeda</i>	
— Fortitude and temperance.....	123
<i>Borja Montero Sánchez del Corral</i>	
— Integrity	128
<i>Rafael Ángel Gómez Rodríguez</i>	

— Self-effacement	134
<i>Manuel de Santiago</i>	
— The christian virtues medical practice	142
<i>Manuel de Santiago</i>	
 Interview with E. D. Pellegrino in Diario Médico	
— Diario Médico, 3 de octubre de 2005	155

PRESENTACIÓN

Cuando el profesor Luis Miguel Pastor me sugirió la idea de coordinar un E-Book sobre Pellegrino para la revista Cuadernos de Bioética, me desveló una ilusión oculta que, en algún momento, había aflorado a mi mente: la necesidad de una serie de estudios que proyectaran al maestro de Georgetown y lo esencial de su obra al mundo de lengua castellana. Edmund D. Pellegrino fue un brillante reformador de la ética médica, un médico admirable que, pese a su grandeza, persiste poco conocido entre nosotros. Días después acepté el encargo. Hoy, ilusionado, salta al lector de lengua española una síntesis del pensamiento del gran bioeticista clínico norteamericano y su modelo de ética médica. Con la ayuda de un notable grupo de colaboradores, las ideas matrices de su legado moral aparecen recogidas en este esfuerzo de concreción que representa este tema de estudio, realizado al calor de nuestra común admiración y cercanía a las inquietudes del maestro. Aunque superable sin ninguna duda, nos ilusiona que su lectura impulse a otros profesionales de la Medicina a un estudio más profundo de la obra del maestro y a la difusión de sus ideas. A caballo entre dos momentos históricos de la Medicina, Pellegrino percibió la crisis y ocaso de un modelo hipocrático del ejercicio médico, superado por las transformaciones de la sociedad y por la irrupción de la bioética —al menos en su país—; y por la incapacidad del pensamiento médico occidental de conservar lo esencial de su tradición moral de siglos; ahora en transformación y vapuleada desde las más diversas instancias, para bien y mal, de la sociedad. Así, de manera paulatina, su vocación por la educación médica de los primeros años, se fue deslizando hacia la ética médica, una pasión dominante que absorbió hasta el final sus principales energías. Su larga vida y experiencia y una mente brillante activa hasta su muerte permitieron, en suma, la importante producción intelectual que hoy conocemos: el inmenso esfuerzo de investigación sistemática sobre la identidad de la Medicina, y desde ella la configuración de una renovada ética médica.

Más, aunque la erudición y profundidad de su discurso, su reflexión sobre las fuentes de la moral médica y su diálogo con el pensamiento moderno, son relevantes, a muchos nos sorprende todavía más su valentía y libertad en la denuncia de las desviaciones de la Medicina de su país, la frescura de su crítica al mercantilismo y al servilismo de muchos profesionales a lo “políticamente correcto” y otros fanatismos de la cultura imperante, relativismo incluido. No menos de admirable —para los creyentes— es su testimonio de fidelidad a la Iglesia, al aristotelismo-tomista más renovador, sin concesiones a los utilitarismos ramplones tan actuales, a una neutralidad moral imposible. Su libro “Las virtudes cristianas en la práctica médica” abre un panorama de santificación del trabajo que, nadie hasta ahora, había aflorado a los médicos creyentes con tal convicción y secularidad.

En un momento de pérdida de valores, de pugna entre un autonomismo exaltado y los fines y bienes esenciales de la Medicina, la búsqueda de Pellegrino por la “esencia” de la Medicina —por su identidad más genuina— puede parecer ingenua, especulativa, un poco la voz del que clama en el desierto. Pero sería poco inteligente pensar que sus ideas no dejarán poso o se perderán, porque las modas se suceden y caen y los tiempos cambian y otros hombres barren lo inservible y recuperan lo valioso. El esfuerzo de Pellegrino y su esperanza en el médico de conciencia, como restaurador de la verdadera ética médica, no se perderá. Por eso parece de justicia, a quienes amamos la Medicina, volcarnos ahora sobre su obra y difundir su legado.

Quiero dar las gracias en nombre de los autores al Editor Jefe de Cuadernos por su ofrecimiento y su benevolencia a mis queridos colaboradores que, tan ilusionados, han contribuido al conjunto del tema y en particular a José Manuel Álvarez Avello, cuya ayuda y cercanía han sido decisivas. Mi agradecimiento a Mrs. Emily Seiderman, editora-Jefe de *Fordham Urban Law Journal*,

de la Universidad de Fordham, de la Compañía de Jesús, en New York, que tan amable y rápidamente autorizó la traducción del artículo de Pellegrino. También a María Rosa Cárdenas de Rubio, que tan cariñosamente echó un vistazo a la traducción del artículo de Pellegrino y nos aconsejó eficientemente sobre algunos cambios. Y por anticipado a la benevolencia de los lectores.

Manuel de Santiago



SEMBLANZA DE UN MAESTRO

PORTRAIT OF A TEACHER

MANUEL DE SANTIAGO

Comisión Deontológica, Colegio de Médicos de Madrid

Master en Bioética y Bioderecho, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

C/ Peña Santa 55, 28034 Madrid

manueldesantiago@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

primeros años,
vida profesional,
Georgetown
University, pellegrino
en España, muerte

Recibido: 2/01/2014

Aceptado: 15/02/2014

Se describe a grandes rasgos los datos biográficos de Edmund D. Pellegrino, su origen modesto y las dificultades para acceder a los estudios de Medicina, un breve recorrido por su vida profesional como médico internista, profesor de Medicina y escritor, sus numerosas nominaciones y cargos de la más alta responsabilidad de importantes instituciones sanitarias, escuelas de Medicina y Universidades de Estados Unidos. Se hace a alusión a su extraordinario *curriculum*, a sus innumerables homenajes, nombramientos y premios y se destaca su extraordinaria contribución a la bioética clínica. Sus últimas décadas en la Universidad de Georgetown y su contribución a la reforma de la ética médica fueron de una creatividad extraordinaria, que le llevó a alcanzar un prestigio legendario.

ABSTRACT:

Keywords:

first years,
professional life,
Universidad de
Georgetown,
pellegrino in Spain,
death

Some biographical data are given about the life of Edmund D. Pellegrino, his modest origins, his effort to get to study Medicine and an overview to his professional life as internist physician, Medicine professor and writer, besides his multiple nominations and high-responsibility appointments in healthcare institutions, medical schools and universities throughout the United States. There are several mentions of his impressive resume and of the numerous tributes he received, as well as appointments and distinctions, and finally, it is also stressed his extraordinary contribution to clinical bioethics. His last decades at Georgetown University and his creative contribution to reform medical ethics led him to achieve a legendary prestige.

1. Los primeros años

El 13 de junio del pasado año, próximo a cumplir 93 años, fallecía Edmund D Pellegrino en su casa de Bethesda, a las afueras de Washington donde residía. Precedido de la muerte de Clementine, su esposa, un año antes, a su muerte le sobreviven cinco hijos, Virginia, Andrea, Alice y Leah y su hijo Michael, dos nietos y un biznieto. Su hijo Stephen había muerto en 1980 y su hijo Thomas en 2011. La Universidad Georgetown que hizo pública la noticia de su muerte no hizo referencia a la causa del deceso. Con su muerte, no es exagerado afirmar que desaparecía uno de los fundadores de la moderna bioética y sobre todo el más importante estudioso de la ética médica de todos los tiempos. No albergo dudas de que el tiempo y la propia Medicina harán justicia a su figura, a su extraordinaria contribución al análisis de la moral médica genuina.

De Pellegrino se ha escrito que fue un “conservador”. Un conservador dialogante que gustaba de debatir las cuestiones claves de la ética médica con los mejores de su tiempo y un humanista que disfrutaba del diálogo con sus opositores liberales de mente abierta. Pero sobre todo fue hijo de una tradición moral de hombres luchadores que, ante todo, valoraban la honestidad, el coraje y la autenticidad como claves de sus vidas: impulsados a realizarse movidos por *algo* grande, por la búsqueda de un ideal, por algo muy por encima del propio interés, del propio *auto-interés* en expresión de Pellegrino. Como evidenció luego su propia existencia, Pellegrino se ganó el respeto y la consideración de muchos, incluido de aquellos de cuyo pensamiento se experimentó distante. A no dudar, su vida y su obra han dejado una huella profunda y delineado un surco orientador, un camino de retorno a la verdadera identidad de la Medicina. Un repaso a la extensa obra de Pellegrino es su mejor testimonio, el mejor calibrador de este médico insigne, humanista preclaro y gran filósofo de la Medicina.

La biografía de Pellegrino se inicia en la primera mitad del siglo XX. Nacido en 1920 en Newark, Nueva Jersey, hijo de una modesta familia italiana afincada en Brooklyn fue, como otros americanos de herencia italiana y condición católica, objeto de la contradicción. Realizó sus primeros estudios en el *Xabier High Scholl*, colegio de los jesuitas en Chelsea (Manhattan) en la promoción de 1937, donde obtuvo las máximas calificaciones. Mas, pese a su extraordinario curriculum, estuvo a punto de no poder estudiar Medicina, pues ninguna de las facultades a las que se dirigió le quiso admitir. Por fin, su padre, mayorista de comestibles, consiguió que alguien le presentase al decano de Medicina de la Universidad de New York, quien tras ver su curriculum abrió las puertas al futuro médico.

Robert Baker ha contado cómo fuera inicialmente excluido de las distintas facultades de Medicina en base a su origen italiano y católico; y de la propuesta que firmemente rechazó cuando se le sugirió modificar su apellido y retirar de él las vocales que resultaban ofensivas al *purismo* protestante de aquellos años. Su negativa a ceder a tales prejuicios y el abrazo de su origen y con-

vicciones fue, ya entonces, muestra precoz de su carácter y piedra angular donde se fue labrando, con los años, la firmeza de sus principios. Como a su muerte afirmara De-Gioia, Presidente de la Georgetown, de *Ed* —así era para sus amigos— nunca deberemos olvidar su ejemplo: su “notable capacidad para la pasión y la ternura, para la reflexión profunda y la acción decisiva, el intelecto y el corazón”.

El recorrido por su vida profesional es estimulante y parece imposible de imitar: su curriculum, difícilmente superable, aunque revisado en 2010 e incompleto, es asequible en Internet¹: numerosas nominaciones y cargos de alta responsabilidad clínica y de gestión en centros y universidades del máximo rango de Estados Unidos; unos 600 artículos y publicaciones en educación médica —una de sus grandes pasiones— en bioética y sobre todo en ética médica, en revistas profesionales de gran difusión; una veintena de libros; innumerables conferencias y homenajes académicos; doctor *honoris causa* en medio centenar de universidades e instituciones del mayor prestigio, receptor de otro medio centenar de honores, distinciones, medallas y premios, entre los que destacan el *Beecher for Life Award* del Hastings Center, el *Richard and Hinda Rosenthal Memorial Award* del American Association for Cancer Research, el *Benjamin Rush Award* de la AMA (1992) y el premio *Abraham Flexner* de la Asociación Americana de Colegios de Médicos. Pellegrino fue miembro activo de numerosas asociaciones y sociedades profesionales, del *board* de numerosas revistas de Medicina y Ética médica; y fue fundador y editor de la mas importante revista de pensamiento médico, el *Journal of Medicine and Philosophy*. Asimismo, fue miembro activo de diversos Comités nacionales e internacionales de bioética, entre ellos el *UNESCO Committee on Bioethics* (2004) y la *Pontifical Academy for Life* (1994) y obviamente miembro de honor de diferentes sociedades internacionales. El lector interesado puede acceder a la web y ampliar esta referencia meramente orientadora.

Pero su pensamiento y su obra difícilmente pueden

1 Internet: kennedyinstitute.georgetown.edu/files/Pellegrino_Full_Bibliography.pdf y kennedyinstitute.georgetown.edu/files/Pellegrino_CV.pdf (comentado 9.4.2014)

entenderse de forma ajena a las características de su país. Tampoco sin concebir el influjo de las personalidades de las dos instituciones católicas donde finalizaría su trayectoria profesional: la Universidad Católica de Washington y la *Georgetown University*. Aunque la voluntad de Pellegrino se orientó a diversas esferas académicas, el interés primordial en esta monografía se centra en destacar la última gran ambición del maestro, fruto de su amor a la profesión: idea de la Medicina como “empresa moral” y la necesidad de reconstruir la ética médica desde su origen, desde una perspectiva de convicciones morales intra-médicas y universales, huyendo de las desviaciones de cada tiempo. Desde esta perspectiva, su visión de la Medicina tiene como testigo remoto la vida y el pensamiento de algunos eminentes médicos del siglo XIX y sobre todo de principios del XX, y como inmediato el cambio en la Medicina que vivió y el proceder de los médicos norteamericanos de su tiempo. Una cuestión que, hoy día, no distancia ya ciertamente al lector europeo, al profesional de la Sanidad que vivencia y reconoce en su propio ejercicio frecuentemente los vicios, debilidades y contradicciones de la profesión *qua* profesión, a los que antes hiciera mención Pellegrino, tal es el recorrido y la tendencia que experimenta hoy la Medicina en el mundo occidental.

Como médico clínico Pellegrino alcanzó las más altas cotas. De él se dice que nunca dejó de ser médico y que atendió a enfermos hasta muy avanzada edad. Un perfil el suyo de profesional en ejercicio, de profesor de Medicina y de bioeticista de fuertes rasgos propios, que dotó de credibilidad y prestigio a su imagen pública, en un tiempo histórico revuelto y de profundos cambios en la profesión. Un hecho que, por otra parte, le mantuvo siempre cercano a la realidad, al contrario de otros bioeticistas, tal vez grandes eruditos o buenos filósofos, pero quizá ajenos a la vivencia personal del sufrimiento humano por la enfermedad, la vulnerabilidad de la existencia y la complejidad de servir a los enfermos y a sus intereses y a la vez mantener la firme decisión de no traicionar a la propia conciencia, especialmente en los médicos de convicciones fuertes.

Esta breve semblanza del gran maestro, que inicia

el esbozo de su obra escrita, de su vida y desarrollo profesional, del católico comprometido con su fe y su tiempo, de la vida en fin de un hombre que experimentó una existencia larga y una mente tan pródiga y creativa, apenas alcanza ciertamente a introducir al lector en la realidad de Edmund Pellegrino: en sus humanas ambiciones y en sus logros, en sus momentos de felicidad y plenitud y en sus tiempos de contradicción y dificultad. Aspira solo —y modestamente— a proyectar su figura y una síntesis de su pensamiento a los médicos y estudiosos de la bioética de lengua castellana, muchos de los cuales quizá ignoran su existencia. Y tal vez mejor, como secreta aspiración, a estimular a muchos profesionales de la Medicina que, quizá desencantados por su práctica, buscan una respuesta o una guía firme a la pregunta sobre qué es ser médico: para invitarles a introducirse en las inquietudes de Pellegrino, en su afán por reconstruir la ética médica y por hallarle un *nicho* propio, universal, reconocido por la sociedad, en el conjunto de las éticas de nuestro tiempo. En su esfuerzo por dotar de luz propia a la Medicina, a su identidad milenaria —incluso a contracorriente—: a “la más científica de las humanidades y a la más humana de las ciencias” —como solía decir.

2. La vida profesional

Pellegrino recibió el grado de *bachelor* en química en la Universidad de San Juan en New York y la licenciatura de Medicina en la Universidad de New York, donde primero hizo su internado y residencia (1949-50) —concretamente en el Bellevue Hospital y en el Goldwater Memorial Hospital— y después brevemente ejerció como *Assistant in Medicine*. Con posterioridad y hasta 1950 fue designado Médico Supervisor en Tb. en el *Homer Folks Tuberculosis Hospital*, pequeño hospital en la zona de Oneonta en el Estado de New York, enfermedad que conocía por propia experiencia, pues la había contraído durante su periodo de residencia: una experiencia fundamental —diría años después— en su desarrollo ulterior como médico y como filósofo. De este tiempo de iniciación clínica procede su interés por la fisiología y la medicina renal, sobre la que investigó

en su etapa de *Research Fellow* en el *Medical Center* de la Universidad de New York.

Tras un breve periodo de dos años en el cuerpo médico militar, Pellegrino se vinculó al Centro Médico Hunterdon en New Jersey (1953), como director médico de la institución y también del departamento de Medicina. Pero será en 1959 cuando se producirá su primer gran cambio profesional al trasladarse al sur de los Estados Unidos, a la Universidad de Kentucky, como profesor y director del Departamento de Medicina en el *College of Medicine* de la Universidad en la ciudad de Lexington, en la que permaneció hasta 1966. Donde se cuenta que empezó ya a enseñar ética médica a sus alumnos.

En esta fecha y con 46 años retornó a New York al ser nombrado profesor y director del Departamento de Medicina, decano de la Facultad y director del *Health Sciences Center* en la Universidad del Estado de New York en Stony Brook. Una institución de renombre que integraba investigación y educación, la fuerte vocación de Pellegrino por aquellos años. Tras la experiencia neoyorkina, el ya prestigioso internista y director de instituciones sanitarias, aceptó el ofrecimiento para un cargo similar en la Universidad de Tennessee, en Memphis, ahora también como profesor de humanidades médicas. La experiencia de la vuelta al sur de Estados Unidos finalizaría a los dos años al ser reclamado por la prestigiosa Universidad de Yale (1975) para el cargo de presidente y director del *Board of directors* del *Medical Center* de la Universidad, en New Haven.

Hasta ese momento, los sucesivos cargos y responsabilidades no restringieron al maestro en su producción escrita, cuya presencia en el mundo de la educación médica se iba haciendo muy relevante. Al autor de esta semblanza ya *le sonaban* por aquellos esos años, los nombres de Pellegrino e Ingelfinger, entre otros, pues su jefe y maestro Julio Ortiz Vázquez, catedrático de Medicina Interna de la incipiente Facultad de Medicina de la Autónoma de Madrid, en las sesiones clínicas diarias del Departamento con frecuencia hacía alusión admirativamente a sus escritos, *referatando* textos del profesor americano de las prestigiosas revistas de Medicina Interna norteamericanas de aquellos años.

Al borde de los sesenta años, en plena madurez profesional y con una creciente decantación desde la educación médica al ámbito de la moral médica, cada vez más fascinado por la filosofía de la Medicina y atento a los trascendentales cambios que la bioética estaba volcando sobre la profesión, Pellegrino recibió la invitación a presidir *The Catholic University of America* en Washington D.C. (1978). Una experiencia diferente en una institución diferente donde, a los compromisos de su alto cargo como gestor institucional y profesor de Medicina clínica y comunitaria, se sumarían los de profesor de Filosofía y Biología: El gran educador de la Medicina se reencontró así con los grandes filósofos griegos y con la filosofía anglosajona de su tiempo. A no dudar, el reencuentro académico con Tomás de Aquino y Aristóteles definirá para siempre su posicionamiento en filosofía moral, que años después formalizaría en su proyecto de reconstrucción del viejo edificio, por entonces ya cuarteado, de la ética hipocrática, dando paso a una visión moderna y atractiva de la moral médica que integraba tradición y modernidad.

El paso por la universidad católica ofreció a Pellegrino la posibilidad de encontrarse con el Papa Juan Pablo II en 1979, pues como presidente estuvo presente en la visita que éste llevó a cabo a la institución y la oportunidad así de atender al pontífice como anfitrión, principalmente en su encuentro con los profesores de la Universidad. En 1992, con ocasión de un viaje personal a Washington, tuvo la amabilidad de recibirme en su despacho de Georgetown University²; y durante una hora y con la ayuda del profesor DellOro —que facilitó nuestra conversación— la oportunidad de expresarle mi admiración por su obra y apreciar su disposición cordial, su mirada cortés y grata y sus ojos vivos —interesados— mientras seguía mis explicaciones sobre la bioética española, de la cual me interrogaba. Salí recompensado. Y confirmé su admiración por el Papa Juan Pablo II: cuyo amplio retrato enfrentaba directamente a su mesa de trabajo en su despacho del Instituto.

2 Ya en 1996 había tenido la ocasión de ser presentado a Pellegrino, con ocasión de su presencia en el Instituto de Bioética la Fundación de Ciencias de la Salud, presidido por Diego Gracia, pero no había tenido la oportunidad de alguna más cercana relación.

3. En Georgetown University

En 1982 Pellegrino fue nombrado John Carrol Professor de Medicina y Ética médica en *Georgetown Medical Center* y por fin, en 1983, director del *Kennedy Institute of Ethics*. Pellegrino se sumaba al staff de una universidad de la Compañía de Jesús —la más prestigiosa de ellas— donde prácticamente se había gestado la bioética, obviamente que junto al *Hastings Center* de Daniel Callahan en New York. Entre filósofos y teólogos de diferentes planteamientos, fascinados por aquel nuevo campo de reflexión que era la bioética, emergía un eminente clínico, un laico erudito “de clara y fiel impronta católica”, portador de una visión secular de la ética médica anclada en la experiencia del acto médico y en posesión de una larga experiencia sobre la enfermedad, el enfermo y el sufrimiento humanos. Un pensador de la Medicina que ya se había pronunciado antes, con una investigación iniciática en el discurrir de su reflexión ulterior: *A Philosophical Basis of Medical Practice* (1981).

No se puede por hoy especular sobre sus acuerdos o desacuerdos con algunas de aquellas personalidades de la Georgetown —los teólogos Albert Jonsen, James Childress, Richard McCormick, Warren T. Reich o el filósofo Beauchamps— o ante el disenso de algunos otros clérigos vinculados al Instituto, frente a la doctrina de la *Humanae Vitae* —que quizá demanda hoy de alguna objetiva información— pero pienso que Pellegrino mostró siempre una respetuosa actitud de diálogo con unos y otros y cuando no evitó toda polémica. No se sumó a la interpretación autonomista radical mas difundida del principialismo —que hacia furor en su país—; y crecientemente buscó una fórmula integradora y renovadora entre aquella nueva ética que difundía impetuosa y la ética médica genuina. Nació así la que denominó *bioética clínica*, cuya primera reacción escrita fue *For the Patients Good* (1988), un libro que, como indicaba el subtítulo de la obra, significaba la restauración de la beneficencia, del principio del bien del enfermo en la ética de los cuidados de salud y que, visto hoy desde la perspectiva de los años, implicaba su definitivo deslizamiento hacia la reconstrucción de la moralidad médica.

En *Georgetown University* y en el seno de una universidad de los jesuitas abierta y liberal, permanecería Pellegrino hasta el final de sus días. Allí consolidó su más importante obra, desarrolló sus planteamientos sobre la filosofía de la Medicina, sobre la moralidad médica, el *healing* y el *helping*, sobre la recuperación de las virtudes en la práctica de la Medicina y todo un amplísimo abanico de cuestiones de gran importancia en el diálogo con la Medicina de su tiempo. Una labor de reflexión y escritura, en su mayor parte elaborada en las primeras horas de la mañana —según se ha escrito— tecleando sobre una antigua Olivetti *typewriter*, rodeado de libros, pues poseía una biblioteca personal con seis mil volúmenes.

La trayectoria de Pellegrino en Georgetown fue siendo con los años cada vez más sólida y consolidada. En 1989, a sus cargos activos sumó el de director del *Center for the Advanced Study of Ethics* y en 1993 el de Director del *Medical Center* y del *Center for Clinical Bioethics* de la Universidad. Las excelentes condiciones físicas y mentales del maestro, su poderosa actividad intelectual y su activa presencia académica en los mas prestigiosos foros, le acarrearón un gran prestigio nacional e internacional, que le hicieron insustituible.

Por otra parte, sus acendradas convicciones, su fidelidad a la Iglesia y una secularidad comprometida, le hicieron acreedor a miembro de la Pontificia Academia para la Vida (1994), convirtiéndose en uno de los cuatro norteamericanos de entre los 40 miembros de la institución, en la que ha permanecido hasta su muerte. Un compromiso que ya en 1998 le había sido reconocido con la Medalla *Laetare* de la Universidad de Notre Dame, en Indiana, considerado uno de los honores más altos de la nación para los católicos. Finalmente, ya en el marco de la política bioética, Pellegrino fue designado miembro del *UNESCOs International Bioethics Committee* (2004) y llamado a presidir con 85 años la prestigiosa *Presidents' Council on Bioethics* (2005) la más importante institución asesora en la materia del gobierno de Estados Unidos, que transitaba en uno de sus periodos más fecundos.

4. Pellegrino en España

No tengo información acerca de la presencia de Pellegrino en España más allá de su breve presencia en Madrid en 1996, convocado por el Instituto de Bioética, de la Fundación de Ciencias de la Salud, con ocasión del Simposio sobre “Limitación de Prestaciones Sanitarias” organizado por su director el profesor Diego Gracia y en la brillante etapa de Carlos Galdón como Presidente del Laboratorio Glaxo Wellcome. Edmund D. Pellegrino, Daniel Callahan, Albert Jonsen, Mark Siegler y Henk Ten Have habían sido nombrados miembros del Comité Asesor del Instituto, del que también formábamos parte, además de algunos miembros de la institución, Manuel de los Reyes y quien esto suscribe. Del Simposium ha quedado buen testimonio en la excelente monografía del mismo nombre en la colección “Debates de la Fundación de Ciencias de la Salud”.³ Su intervención al inicio del Simposium fue para mí reveladora, por primera vez, ante mis ojos, un conocido fundador de la bioética desplegaba una verdadera lección de ética médica genuina, un acercamiento crítico al *Managed care* y su negativo influjo sobre distintos aspectos de la profesión médica en Estados Unidos. Siempre agradeceré a Gracia este primer contacto, siquiera epidérmico, con este brillante conjunto de creadores de la bioética que trajo a Madrid, que me introdujo en la complejidad y comprensión del fenómeno de la bioética y su radical diferencia con la ética que nace en el interior de la conciencia de cada uno de los médicos.

El segundo viaje de Pellegrino a España se produce a la Universidad de Navarra, en Pamplona en 2002, invitado por su amigo el profesor Herranz para inaugurar el Master de Bioética de la Universidad, organizado por el profesor López Guzmán, donde impartió la conferencia inaugural sobre “*The virtues in Medical Practice*”, como ya sabemos la esencia de su contribución a la renovación de la ética en Medicina. En el par de días que permaneció en la Universidad, Pellegrino dejó una impronta gratísima en quienes le trataron por su cordialidad y sencillez. Años después —ya con 90 años— invitado a

sumarse al homenaje a Gonzalo Herranz organizado por la OMC, remitió un breve texto lleno de afecto, donde aludía al honor que para él significaba participar en el homenaje al Profesor Herranz⁴, en el que elogiaba su obra escrita y recordaba sus conversaciones con el homenajeado, tanto en Estados Unidos como en la Academia Pontificia para la Vida —en la que coincidieron— y del que afirmó que representaba “el ideal del verdadero médico, del verdadero católico”.

Por otra parte, con independencia de su presencia en España, Pellegrino ha sido objeto de diversos estudios analíticos, aunque entre nosotros solo la introducción a su obra de Francesc Torralba “Filosofía de la Medicina. En torno a la obra de Edmund D. Pellegrino” (2001) nos ha acercado a las inquietudes del gran profesor de Georgetown... Y de toda su producción solo su libro “Las virtudes cristianas en la práctica médica” fue traducido al castellano, en este caso por la Universidad Pontificia de Comillas (2008). Un hecho que testimonia la confusión en España y quizá en otros lugares entre la bioética y la ética médica, que fácilmente se entremezclan, entre la reflexión moral plural y abierta sobre la investigación biomédica y los cambios en la Medicina, desde fuera —como un observador— que representa la bioética y que parece la concepción dominante y la ética médica genuina, en tanto que exponente de la Medicina como “empresa moral” en la concepción de Pellegrino: La visión del acto médico desde la conciencia y los valores del propio médico, en el respeto a la autonomía moral del paciente del profesional. Pienso que, tal vez desencantado e inquieto ante la metamorfosis de la Medicina que apreciaba —la crisis de identidad de la profesión y la debilidad y escasa vibración de sus intuiciones frente la decadencia ética que percibía— volcó su ánimo a la necesidad prioritaria de pensar, escribir y hablar más de ética médica. De lo que más le interesaba como profesor, como médico y como clínico.

Sabido es que rehuía el calificativo de bioeticista, no por no entender su razón de ser y su presencia viva en la sociedad, cuando por la confusión moral que ésta

3 “Limitación de prestaciones sanitarias”, Fundación de Ciencias de la Salud, Ediciones Doce Calles, S.L., 1996.

4 “Desde el corazón de la Medicina”. Homenaje a Gonzalo Herranz. Organización Médica Colegial (OMC) (2013).

había hecho aflorar en la profesión médica, semiarrinconada la ética hipocrática y ausente un pensamiento alternativo, a la altura de los tiempos y de aceptación universal. Su esfuerzo por reconstruir la ética de la Medicina y dotarla de un armazón filosófico y académico, como salvaguarda de su identidad de siglos, ha sido admirable y es su legado, aunque no haya tenido hasta el momento la difusión y el eco que debiera; por otra parte un debate en torno a la sociedad que escapa a los límites de esta semblanza. No deja de producir perplejidad, desde la admiración a Pellegrino, la simplicidad con que una parte de la profesión acogió el principialismo como el bálsamo de Fierabras, trocando la grandeza del acto médico genuino —el bien de enfermo— por la autonomía, el auto-interés, la utilidad o el mero contrato de resultados o, como en otros países, por la sumisión a los intereses políticos de cada momento y cada cultura. El retorno a las virtudes del médico y a la excelencia moral del acto médico, visto y percibido desde el interior de la profesión —desde la cabecera de la cama o el quirófano— como factor determinante en la toma de decisiones es, por eso, el verdadero legado de Pellegrino.

5. Reconocimientos y muerte

Meses antes de morir, en marzo de 2013, con la presencia del anciano profesor y por iniciativa de la Universidad, tuvo lugar en Washington un homenaje a Pellegrino mediante la celebración de un Simposium denominado “Edmund Pellegrino y la ética de los Cuidados de Salud”, al que asistieron no menos de dos centenares de colegas del maestro, prestigiosos profesores —en su mayoría amigos— y alumnos de la Universidad. El Sim-

posium había sido organizado por G. Kevin Donovan —nuevo director del *Center for Clinical Bioethics*— para homenajear a su fundador de dos décadas antes y siempre alma de la institución. Tuvo como conferenciante distinguido y como moderador a Daniel P. Sulmasy, antiguo discípulo de Pellegrino y ahora Profesor de Medicina y Ética en Chicago, que la tarde anterior había impartido la *John Collins Harvey Lecture* en el seno del programa. Durante la recepción de después del Simposium, Federoff, Vicepresidente ejecutivo para Ciencias de la Salud de la Universidad y decano de la Facultad de Medicina, sorprendió a los presentes al anunciar el cambio de nombre del Centro y mostrar un retrato a óleo de Pellegrino, pintado por James Crowley, que se colgaría en la nueva *Edmund D. Pellegrino Center for Clinical Bioethics*.

El acto, sin duda entrañable, fue el remate admirativo de una Universidad que reconocía la contribución excepcional de uno de sus mas preclaros profesores y también el afecto que había sabido despertar entre sus docentes y discípulos. Tres meses después, el 13 de junio de 2013 Pellegrino fallecía y la Universidad hacía pública la noticia. Y por fin, tras los oficios del funeral, al día siguiente, en la iglesia de la Pequeña Flor de Bethesda —donde asistía a misa diariamente— enterrado en el cementerio de San Gabriel en Potomac (Maryland).

Referencias

- Limitación de prestaciones sanitarias, Fundación de Ciencias de la Salud, Ediciones Doce Calles, SL., 1996.
- Desde el corazón de la Medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz. Organización Médica Colegial (OMC) (2013).



LA CONCIENCIA DEL MÉDICO, CLÁUSULAS DE CONCIENCIA Y CREENCIA RELIGIOSA: UNA PERSPECTIVA CATÓLICA

This article was originally published in the *Fordham Urban Law Journal* as Edmund D. Pellegrino, *The Physician's Conscience, Conscience Clauses, and Religious Belief: A Catholic Perspective*, 30 FORDHAM URB. L.J. 221 (2002).

With permission of the publishing house

Traducción: M. Santiago

EDMUND D. PELLEGRINO*

RESUMEN:

Palabras clave:

religión, católico,
ética, bioética,
medicina, ciencia.

Recibido: 27/04/2013

Aceptado: 29/08/2013

Este ensayo explora cómo los médicos pueden manejar los conflictos de conciencia a que se enfrentan los profesionales sanitarios católicos, respecto a las cuestiones de la "vida humana", especialmente a través de las cláusulas de conciencia. En cinco apartados, el autor examina en primer lugar por qué la objeción de conciencia es tan importante en nuestros días; en segundo lugar, la base moral de la libertad en el ejercicio de la conciencia; en tercer lugar, los componentes de la conciencia del médico; en cuarto, los conflictos de conciencia específicos de los médicos e instituciones católicas; y en quinto lugar, los modelos que compiten en la resolución de los conflictos.

ABSTRACT:

Keywords:

religion, Catholic,
ethics, bioethics,
medicine, science.

This Essay explores how physicians may handle conflicts or conscience facing Roman Catholic Health practitioners regarding "human life" issues, especially through conscience clauses. In five parts, the author examines "first, why conscientious objection is so important in our day; second, the moral grounding for freedom in the exercise of conscience; third, the components of the physician's conscience; fourth, specific conflicts of conscience for Catholic physicians and institutions; and fifth, competing models of conflict resolution".

* Profesor Emérito de Medicina y Ética Médica del "Centro de Bioética Clínica" en el Centro Médico de la Universidad de Georgetown. El autor fue Profesor John Carroll de Medicina y Ética Médica, y antiguo director del "Instituto Kennedy de Ética", del "Centro para Estudios Avanzados de Ética" de la Universidad de Georgetown y del "Centro de Bioética Clínica".

1. Introducción

Las personas de conciencia se esfuerzan por preservar su integridad moral. Esto requiere que su comportamiento externo sea congruente con los dictados internos de la conciencia, acerca de lo que ellos consideran moralmente recto y se sienten obligados a hacer. En nuestro mundo moralmente diverso, las personas de conciencia pueden entrar en conflicto consigo mismas, con otros y con los valores morales de la sociedad. Excepto para el sociópata amoral, los conflictos de conciencia son una característica corriente de la vida moral. Incluso para los más relativistas, la resolución de estos conflictos es un constante desafío.

Por lo tanto, cualquier sociedad que pretenda servir al bien de sus miembros está obligada a proteger el libre ejercicio de la conciencia y la objeción de conciencia. Sin embargo, esto implica un serio dilema para cualquier Estado pluralista, democrático, liberal o constitucional. Por un lado, una sociedad así está comprometida a la tolerancia de la diversidad de credos, a la libertad de elección individual y a la "neutralidad" respecto a las creencias religiosas. Por otro lado, la optimización de la libertad de conciencia para algunos individuos, puede a menudo limitar los derechos legales, los derechos sociales y las creencias morales de los demás.

Este dilema es más acuciante para los profesionales sanitarios en posesión de profundas creencias religiosas, algunas de las cuales no se pueden comprometer sin dejar mala conciencia. ¿Pueden las cláusulas de conciencia proteger a los profesionales de la salud católicos y de otras religiones en su reivindicación moral por la libertad en el ejercicio de sus conciencias? ¿En qué medida pueden estas normas legales asegurar los derechos de conciencia en el marco de una sociedad liberal, democrática y secularizada; comprometida al relativismo moral, a la libertad de elección personal y a un implícito contrato social con sus profesionales? ¿Hay algún punto en el cual los creyentes religiosos estén moralmente obligados, no sólo a abstenerse de participar, sino a disentir en el espacio público, utilizando los métodos de una sociedad democrática para cambiar las políticas públicas? Este ensayo se ocupa de algunas de estas cuestiones en

el caso de los médicos católicos, cuyas creencias religiosas están llegando a ser progresivamente contra-culturales en las denominadas cuestiones de la "vida humana"¹.

Los médicos católicos sirven como casos paradigmáticos para todos aquellos cuyas creencias religiosas les obligan a negarse a participar en ciertos actos, los cuales además de legales incluso pueden serles requeridos en base a sus roles sociales². Aunque este ensayo se centra en los médicos que están en el foco, las mismas cuestiones confrontan a las enfermeras, a los trabajadores sociales, a los trabajadores de la salud cercanos y a todos los que desarrollan alguna función en nuestro sistema de cuidados de salud. Del mismo modo, aunque los problemas del final de la vida se utilizarán para ilustrar los conflictos de conciencia individuales, similares conflictos surgen en otros ámbitos de la asistencia sanitaria moderna, como la anticoncepción, el aborto, diversos tipos de reproducción asistida, la esterilización, la investigación con células madre y la clonación. Este ensayo discutirá sólo la dimensión ética de los conflictos, en tanto que otros en esta Conferencia con amplia experiencia legal abordarán los aspectos jurídicos de las cláusulas de conciencia.

Una buena legislación debe basarse sobre bienes éticos; en otras palabras, los derechos y reclamaciones que protege deben tener peso moral y justificación. Sin embargo, en la resolución de los conflictos de conciencia en las sociedades secularizadas, la complejidad de los asuntos legales refleja la complejidad de las cuestiones éticas³. A menudo son extremadamente difíciles de analizar. Esto es importante porque una vez que las cuestiones éticas están contempladas en la ley, el debate puede quedar reducido a detalles de procedimiento e instrumentación que no pueden dar respuesta a las fuentes morales subyacentes de la controversia.

Por esta razón, mucho más debate es necesario an-

1 U.S. CATHOLIC CONFERENCE, CONGREGATION FOR THE DOCTRINE OF THE FAITH, INSTRUCTION ON RESPECT FOR HUMAN LIFE IN ITS ORIGIN AND ON THE DIGNITY OF PROCREATION, DONUM VITAE (1987) [hereinafter DONUM VITAE]; John Paul II, *Evangelium Vitae*, *Encyclical Letter*, 24 ORIGINS 690, 691-700 (1995) [hereinafter *Evangelium Vitae*].

2 DONUM VITAE, *supra* note 1, at 14-20, 35-39.

3 Mark R. Wicclair, *Conscientious Objection in Medicine*, 14 BIOETHICS 205, 210 (2000).

tes de que las cláusulas de conciencia y de exención puedan ser aplicadas de forma éticamente defendible. La existencia de una protección legal no asegura el ejercicio de la libertad de conciencia. Este trabajo tiene por objeto examinar algunos de los *desiderata* éticos que hay detrás de las cláusulas de conciencia en el caso de los conflictos de conciencia de los médicos católicos. Y lo aborda en cinco puntos: en primer lugar, ¿por qué la objeción de conciencia es tan importante en nuestros días?; en segundo lugar, la base moral de la libertad en el ejercicio de la conciencia; en tercer lugar, los componentes de la conciencia del médico; cuarto, los conflictos específicos para los médicos e instituciones católicas; y en quinto, lugar los modelos que compiten en la resolución de los conflictos.

2. Por qué la objeción de conciencia es un problema

Las convicciones acerca de una buena y de una mala conducta, como profesional y como persona, conforman la conciencia del médico. Los médicos de conciencia siempre han tenido que proteger cada ámbito de la misma de las exigencias de los tiranos, de la ley, de las costumbres y de algunos colegas profesionales. Cada época ha tenido sus propios desafíos a la conciencia del médico. En nuestro tiempo, los profundos cambios en la relación médico-paciente y en la construcción social de los fines de la medicina, así como la secularización de la sociedad estadounidense, han conspirado frente a la reivindicación del médico a la libertad de conciencia.

El más poderoso en nuestros días es, tal vez, el cambio en el *locus* de la toma de decisiones desde el médico al paciente o a su representante. Comenzando en 1914⁴ y extendiéndose tanto al caso de Karen Ann Quinlan⁵ y los casos relacionados en la década de 1970⁶, como a

la tendencia subsiguiente a fiscalizar el tratamiento, el derecho a rehusar un tratamiento ha sido rápidamente “metamorfoseado” a un derecho a reclamar y dictar los detalles del propio cuidado. Para algunos, los fines y objetivos de la medicina ya no son definidos únicamente por los médicos, sino por acuerdos sociales o por las demandas de los pacientes o sus familias⁷. Desde esta perspectiva, los médicos ejercen en virtud de un contrato social que otorga a la profesión los privilegios de la libertad para su práctica, a cambio de la prestación de aquellos servicios que la sociedad requiere o exige. En suma, lo que constituye la práctica de la Medicina es determinado socialmente. En Oregón, por ejemplo, el suicidio asistido es definido como parte normal de la práctica de los médicos, mientras que está prohibido en otros Estados⁸.

Estas tendencias vienen agravada por la desprofesionalización de la medicina, la cual percibe los cuidados de salud al modo de una mercancía, y su distribución como materia propia de una empresa corporativa, de comercialización y ganancias⁹. En suma, una medicina gestionada (“managed care”) ahora supervisada y con control sobre las decisiones de los médicos¹⁰. La política corporativa circunscribe los juicios de conciencia de los médicos acerca del bienestar de los pacientes. Nuevas organizaciones profesionales están intentando recuperar la idea del compromiso profesional, quizás ya no posible, teniendo en cuenta el hecho de que la mayoría de los médicos son ahora empleados de estas entidades corporativas¹¹.

4 See *Schloendorf v. Soc'y of N.Y. Hosp.*, 105 N.E. 92, 93-94 (N.Y. 1914) (stating that a patient has the right to refuse treatment when doctors operate on a patient that explicitly stated that they did not want the operation).

5 See *In re Quinlan*, 355 A.2d 647, 671 (N.J. 1976) (installing gather as guardian of comatose daughter “with full power to make decisions with regard to the identity of her treating physicians.”)

6 See, e.g., *Rizzo v. United States*, 432 F. Supp. 356, 360 (E.D.N.Y. 1977) (granting patient a preliminary injunction prevent-

ing the Food and Drug Administration from prohibiting the importation of a drug not approved for his personal use).

7 Edmund D. Pellegrino, *The Goals of Medicine: How Are They To Be Defined?*, in *THE GOALS OF MEDICINE* 55, 58-60 (Daniel Callahan & Mark J. Hanson eds., 1999) [hereinafter Pellegrino, *The Goals of Medicine*].

8 Compare OR. REV. STAT. § 127.630, 127.635, 127.640 (1996), with ARK. CODE ANN § 5-10-106 (2001); CAL PENAL CODE § 401 (1999).

9 Edmund D. Pellegrino, *The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic*, 24 J MED & PHIL. 243, 244-51 (1999) [hereinafter Pellegrino, *Commodification*].

10 *Id.* at 253.

11 *Medical Professionalism in the New Milenium: A Physician Charter Project of the ABIN Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine*, 136 ANNALS INTERNAL MED. 243, 244-46 (2002) available at <http://www.annals.org/issues/v136n3/toc.html> (last visited Oct. 21, 2002).

En una sociedad así, cuestiones profundamente religiosas como la moralidad del aborto, de la eutanasia, de la clonación, de la investigación con células madre, acaban siendo determinadas mediante argumentos de utilidad, el consenso o la libertad de elección. En la filosofía secularista no existe otro mundo más allá de la utopía inmediata de un paraíso artificial en la tierra. Esta visión determina las decisiones de la sociedad secular acerca de lo que es permisible y lo que no lo es.

Todo esto está ocurriendo en contra de la experiencia histórica reciente de los gobiernos totalitarios del pasado y del presente, que subvierten los usos de los conocimientos médicos para fines económicos y políticos. No necesitamos recordar de nuevo el modo cómo la Unión Soviética distorsionó el juramento hipocrático para ponerlo al servicio de los fines del comunismo¹², la aquiescencia de los médicos nazis en el uso del conocimiento al servicio del genocidio¹³ o la participación de los médicos como instrumentos para la tortura o el terrorismo por parte de tantos dictadorzuelos y señores de la guerra¹⁴. Las leyes y las convenciones sociales de las sociedades enfermas justifican todas estas violaciones de la ética de la Medicina.

El contexto social de hoy plantea serios conflictos de conciencia a todos los médicos, pero especialmente al médico religioso. Las enseñanzas de la Iglesia católica sobre la moral médica y las cuestiones sobre la vida se remontan a medio milenio¹⁵. Sus tomas de posición actuales sobre muchas cuestiones cruciales son distintivamente y sin pedir excusas éticamente contra-culturales¹⁶. Muchos médicos judíos, protestantes y musulmanes, comparten algunas de las mismas creencias y una expe-

riencia semejante de desafío a su integridad moral. Es evidente para los médicos orientados religiosamente, la cuestión que uno puede plantearse: ¿es posible mantener la integridad moral y seguir ejerciendo la profesión en un mundo secularizado? Los laicistas plantean la misma cuestión, pero con diferentes expectativas acerca de lo que puede ser una respuesta moralmente defendible.

Fue contra el trasfondo de estos cambios en el marco de la medicina estadounidense, y en su práctica, como hicieron su aparición las cláusulas de conciencia. En 1973, cuando el Tribunal Supremo de Estados Unidos eliminó la prohibición del aborto, un procedimiento médico fue legalizado que, en aquel entonces y aún ahora, es moralmente repugnante para muchos médicos y ciudadanos¹⁷. En reconocimiento a estas objeciones el Congreso de los Estados Unidos aprobó una legislación que exime a los médicos y a otros de su participación¹⁸. La mayoría de los estados¹⁹ y otros países también promulgaron exenciones a la legislación, lo cual permitió²⁰ a aquellos que objetaban al aborto y a otros procedimientos abstenerse de participar.

Varias décadas más tarde, algunos Estados reconocieron los derechos legales de los pacientes para otorgar instrucciones previas a través de un testamento vital o de un poder duradero al representante legal para cuestiones de salud²¹. Los estatutos resultantes fueron diseñados para garantizar el derecho de los pacientes a dirigir la forma y el alcance de los cuidados en el final de la vida, cuando se hubiere perdido la capacidad de adoptar las propias decisiones, tanto para aceptar como para rechazar un tratamiento.

Los norteamericanos con el *Disabilities Act* reafirmaron este derecho y los hospitales fueron requeridos a preguntar en la admisión de los pacientes si habían

12 Edmund D. Pellegrino, *Guarding the Integrity of Medical Ethics: Some Lessons from Soviets Russia*, 273 J. AM. MED. ASS'N 1622, 1622-23 (1995) [hereinafter Pellegrino, *Guarding the Integrity*]

13 HENRY FRIEDLANDER, THE ORIGINS OF NAZI GENOCIDE: FROM EUTHANASIA TO THE FINAL SOLUTION 216-45 (1995).

14 See generally MAXWELL G. BLOCHE, URUGUAY'S MILITARY PHYSICIANS: COGS IN A SYSTEM OF STATE TERROR (1987).

15 DAVID F. KELLY, THE EMERGENCE OF ROMAN CATHOLIC ETHICS IN NORTH AMERICA 25 (1979).

16 DONUM VITAE, *supra* note 1, at 12-13, 16-20, 23-25, 32-38; *Evangelium Vitae*, *supra* note 1, at 691-700, 709-16; Pope Paul VI, Encyclical Letter of Pope Paul VI *Humanae Vitae: To Our Dearest Sons and Brothers Health and Apostolic Blessing*, in HUMANAE VITAE AND THE BISHOPS: THE ENCYCLICAL AND THE STATEMENTS OF THE NATIONAL HIERARCHIES 33, 37-44 (John Horgan ed., 1972).

17 See generally *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113, 152-53 (1973) (holding that abortion is a fundamental right guaranteed by the due process clause of the Fourteenth Amendment).

18 42 U.S.C. 300a-7(b) (1999).

19 *Wicclair*, *supra* note 3, at 207 (citing L.D. Wardle, *Protecting the Rights of Health Care Providers*, 14 J. LEGAL MED. 177, 177-230 (1993)).

20 M.L. DiPietro, *Evoluzione Storica dell'istituto, dell'obiezione di coscienza*, 6 ITALIA MEDICINA E MORALE 1093, 1093-1151 (2001).

21 E.g., ARK. COD. ANN. § 5-10-106 (d) (Michie 1987); LA. REV. STAT. ANN. § 40:2233 (West 2001); OKLA. STAT. ANN. tit. 6, § 3101.4 (West 1997).

dispuesto algún testamento vital o instrucciones previas con anterioridad²². De haberlo hecho, el hospital fue obligado a respetar estas instrucciones²³. De igual manera, en el caso del aborto, el Congreso reconoció que algunos médicos tendrían objeciones morales a su participación, por lo que quedaban exentos de ello siempre que procedieran a transferir la asistencia requerida a otro médico. En ambos casos, aborto e instrucciones previas, el derecho moral a la libertad de conciencia recibió un estatuto legal bajo el término de “cláusulas de conciencia”.²⁴

3. Fundamento moral de la objeción de conciencia y cláusulas de conciencia

Sin embargo, la objeción de conciencia es un derecho moral²⁵. El primer axioma de la vida moral es hacer el bien y evitar el mal. Esto sigue siendo cierto cualquiera sea la teoría del bien o el mal que se tenga, según que uno reconozca la existencia de absolutos morales o sea un relativista —que lo niega— un deontologista o un utilitarista, un comunitarista o un construccionista social. Cada sistema moral se compromete a determinar lo que es correcto y lo incorrecto, bueno o malo, y desea que sus seguidores actúen de modo que lo uno pueda hacerse y lo otro evitarse. Esto sigue siendo cierto cualquiera sea el término alternativo que los moralistas puedan utilizar para lo “bueno” y lo “malo”, e incluso si estos niegan su existencia. Los “valores” es el término que los sustituye ahora. Los valores son etiquetados de “buenos” o “malos”, de moralmente “correcto” o “incorrecto”. Los valores están reemplazando términos tales como principios, deberes y virtudes, igualando lo normativo con lo subjetivo.

Todos los humanos, incluyendo a los eticistas, poseen una convicción interior acerca de lo que es correcto o

incorrecto, y se sienten impulsados a actuar de acuerdo con esos juicios. Esta convicción interior es el resultado de un acto de la razón práctica aplicado al estatuto moral de una acción realizada con anterioridad ó de una acción aún no llevada a cabo²⁶. En la tradición católica la conciencia es denominada “la ley de nuestro intelecto”, puesto que es un juicio de la razón deducido de la ley moral natural²⁷. En la tradición católica y en otras tradiciones morales también, los juicios de la conciencia son moralmente vinculantes, es decir, deben ser seguidos o el agente moral habrá actuado de forma inmoral y es responsable de lo hecho²⁸. El acto de conciencia del agente puede estar en un error respecto de los hechos, puede razonar equivocadamente, y puede malinterpretar o aplicar mal el precepto moral que está utilizando²⁹. Sin embargo, cuando está convencido de que ha captado lo recto, lo que hay que hacer, la conciencia empuja a la persona a actuar por un determinado camino. Hacer caso omiso de esta “voz interior” es inducir a la culpa, el remordimiento y la vergüenza. Sólo el sociópata amoral escapa a la “presión” de la conciencia.³⁰

Errores de la conciencia ocurren cuando la persona identifica erróneamente lo bueno³¹. La persona que obedece a una conciencia errónea puede ser o no ser culpable, dependiendo de si su ignorancia del bien fue deliberada o culpable. Los católicos están obligados a seguir los dictámenes de su conciencia³², pero también son responsables de la formación de una buena conciencia³³. Esto implica una educación formal y una re-

26 THOMAS AQUINAS, *On Conscience. Disputed Questions on Truth* 17, in THOMAS AQUINAS SELECTED WRITINGS 217, 221-23 (Ralph McInery ed. & trans., 1998) [hereinafter AQUINAS, *On Conscience*].

27 *Id.* at 224-26; THOMAS AQUINAS, I THE SUMMA THEOLOGICA OF ST. THOMAS AQUINAS question 79, at art. 13 (Fathers of the English Dominican Province trans., 1920) available at <http://www.newadvent.org/summa> (last visited Sept. 29, 2002) [hereinafter AQUINAS, SUMMA THEOLOGICA].

28 AQUINAS, *On Conscience*, *supra* note 26, at 228-33 (stating “[t]hat conscience binds means that when one does not follow it he incurs sin.”)

29 *Id.* at 226-28. Aquinas claims that conscience is a science that never errs, but rather, any errors occur from the application of this science to “some special act.” *Id.* at 226.

30 Wuerl, *supra* note 25, at 127-28.

31 AQUINAS, *On Conscience*, *supra* note 26, at 226-27.

32 See *id.* at 234-36 (claiming that not following an erroneous conscience would constitute a sin, but that actively pursuing this erroneous conscience is also a sin).

33 Rev. Benedict Ashley, *Elements of a Catholic Conscience*, in

22 42 USC §1395 CC (f); 28 C.F.R. § 35.130 (e) (2) (2001; see also *Cruzan v. Mo. Dep’t of Health*, 497 U.S. 261, 269-70 (1990) (inferring the necessity of inquiry into a patient’s desire to refuse treatment as the natural corollary of the duty to obtain consent).

23 42 USC §1395cc (f); (1) (D); see generally *Cruzan*, 497 U.S. at 269-70 (discussing the right of a competent adult to leave express instructions declining consent to life sustaining medical treatment).

24 42 U.S.C. § 238n.

25 Rev. Donald W. Wuerl, *The Bishop, Conscience and Moral Teaching*, in CATHOLIC CONSCIENCE FOUNDATION AND FORMATION 123, 127-28 (Russell E. Smith ed., 1991).

flexión sobre los contenidos de la enseñanza oficial de la Iglesia^{34 35}. Los “católicos” de nombre que firmemente piensan que la fidelidad a los dictados de la conciencia ordena oponerse a las enseñanzas de la Iglesia sobre las cuestiones de la “vida humana” y de la sexualidad, son los mejores ejemplos de una “conciencia mal formada”. Sus “conciencias” “les obligan” a oponerse a la doctrina del Magisterio que, para los católicos, es la fuente de orientación autorizada para la formación de la conciencia³⁶.

Actuar contra el dictado de la conciencia es actuar contra la ley natural —aquella porción de la ley divina accesible a la razón humana. Pero, para los católicos, la conciencia también “dice ser de inserción divina, de la manera por la cual todo el conocimiento de la verdad que está en nosotros se dice emana de Dios, por quien el conocimiento de los primeros principios ha sido insertado en nuestra naturaleza”³⁷.

Por lo tanto, para el católico, pasar por alto, reprimir o actuar contra la conciencia por la razón que sea, es una violación de la ética tanto filosófica como teológica, un error en la acción moral y un pecado contra Dios³⁸. De manera análoga, similar gravedad podría corresponder a la violación de la conciencia en todos los sistemas morales, religiosos o laicos. Aunque la idea de una “naturaleza humana” está hoy en desuso, la conclusión es ineludible: que existe en todos incluso en el más obtuso moralmente una conciencia operativa, un sentido de obligación moral a seguir sus dictados y una percepción de inquietud ética al no hacerlo.

En cada sistema de creencias, la fidelidad a la conciencia está estrechamente identificada con la preservación de la integridad moral personal. Llegar a la conclusión de que algo debe hacerse o evitarse, y actuar en consecuencia, es mostrar el tipo de persona que uno es y quiere ser. Este acto proporciona evidencia de que el individuo es el tipo de persona que dice ser. No actuar de

acuerdo con esta conclusión es incurrir en una acusación justificada de hipocresía. A menudo actuar en contra de la conciencia es violar la identidad personal de manera tan directa como para dar lugar a graves secuelas emocionales y psicosociales.

Por lo tanto, las cláusulas de conciencia están firmemente arraigadas en lo que es ser persona humana, moralmente, intelectualmente y psicológicamente. Cada individuo, en virtud de su condición de ser humano, posee un derecho moral para el libre ejercicio de la conciencia. La cuestión práctica desde el derecho positivo, en la elaboración de las cláusulas de conciencia, viene a ser el cómo proteger esta reclamación en las sociedades moralmente pluralistas. ¿Cuánto puede asegurar la cláusula de conciencia el derecho individual a la conciencia y al mismo tiempo reconocer cuán ampliamente puede variar el contenido de la conciencia entre dos o más individuos, en sus roles personales, sociales y profesionales? ¿La conciencia de quién ha de prevalecer en el mundo de las relaciones individuales y de las políticas públicas?

Esta es una cuestión que enfrenta a todos los individuos en cada ámbito de la vida. Es de importancia creciente en la carrera de Medicina respecto a las creencias personales y prácticas profesionales del médico y su ejercicio³⁹. Para los católicos es algo tan crucial que el Papa Juan Pablo II ha pedido a los médicos ser objetos de conciencia respecto a la legislación pro-aborto y pro-eutanasia.

4. La conciencia del médico

En el curso de su trabajo como sanadores, los médicos deben formar su conciencia en dos dimensiones inseparables de la vida, la profesional y la personal. La conciencia profesional se ocupa de dos facetas concretas

CATHOLIC CONSCIENCE FOUNDATION AND FORMATION, *supra* note 25, at 39, 48-52.

34 *Id.* at 50-52.

35 Frances Kissling, *The Place for Individual Conscience*, 27 J. MED. ETHICS ii24, ii25-27 (2001).

36 Ashley, *supra* note 33, at 50-52.

37 AQUINAS, *On Conscience*, *supra* note 26, at 225.

38 *Id.* at 228-33; see also Wuertl, *supra* note 25, at 127-28.

39 Thomas Faunce, *Peri-Gravid Genetic Screening: The Spectre of Eugenics and Medical Conscientious Non-Compliance*, 6 J.L. & MED. 147, 152-55, 161-66 (1999); Thomas May, *Rights of Conscience in Healthcare*, 27 SOC. THEORY & PRAC. 111, 111-21 (2001); Richard S. Myers, *On laws: On the Need for a Federal Conscience Clause*, 1 Nat'l Cath. Bioethics Q. 23, 23-25 (2001); Carl A. Osborne, *How Can We Practice Veterinary Medicine Conscientiously?*, 215 J. AM. VETERINARY MED. ASS'N 1238, 1238-39 (1999); Jing-Bao Nie, *Chinese' Conscientious Acceptance of the Birth Control Policy*, 13 MED. HUMAN. REV. 82, 82-85 (1999) (reviewing CECILIA NATHANSEN MILWERTZ, *Accepting POPULATION CONTROL: URBAN CHINESE WOMEN AND THE ONE-CHILD FAMILY POLICY* (1997)).

de la labor diaria del médico. En primer lugar, la corrección moral de su conducta como médico, con referencia a los deberes morales de la relación médico-paciente. En segundo lugar, la obligación moral de practicar una “buena” medicina contemporánea, por ejemplo, una medicina que sea científicamente competente y a la vez humana. La conciencia personal a su vez atiende a las propias creencias morales del médico, ya sean de naturaleza espiritual, filosófica, cultural y étnica. Tanto la conciencia profesional como la personal deben ser protegidas.

A. La conciencia en la relación médico-paciente

Un conjunto de obligaciones se refiere a cuestiones tales como el constructo que uno asume de la relación médico-paciente: ¿es ésta un contrato, un pacto, una transacción comercial, una relación de servicio o una vocación? ¿Cuánto de respecto por la autonomía del paciente es obligatorio? ¿Los “valores” de los pacientes tienen prioridad sobre las creencias del médico? ¿Qué es una asignación justa en un caso concreto? ¿Cómo es de absoluta la obligación de preservar las confidencias? ¿Es un bien primario del paciente o lo es de la sociedad? ¿La relación médico-paciente es simplemente lo negociable entre ambos?⁴⁰

En el pasado, uno podría haber supuesto que existía un consenso más o menos general entre los médicos sobre estos temas, aunque no siempre eran individuales los errores en su aplicación. La ética hipocrática fue la *lingua franca* de los médicos a través de la historia y las distintas culturas⁴¹. Hoy, el consenso sobre los preceptos de la ética hipocrática se ha visto seriamente dañado. Los médicos individualmente y sus organizaciones profesionales han adoptado diferentes posiciones sobre el

estatus moral de su relación con los pacientes⁴². Uno no puede dejar de asumir por más tiempo la necesidad de una formación común de la conciencia profesional o una concepción compartida del comportamiento médico ético. En nuestros días los médicos pueden actuar de acuerdo con sus conciencias con drásticas diferencias e incluso contradictorios presupuestos acerca de lo que es moralmente lícito en sus relaciones con los pacientes.

B. La conciencia en la práctica de una Medicina competente

Un elemento menor, pero significativo en la conciencia del médico, es su percepción de lo que constituye una “buena” medicina. Esta es una sutil combinación de moral profesional y de moral personal. Su foco se pone en la Medicina como una *tekné*, un arte basado en habilidades y en el conocimiento de cómo sanar bien⁴³. Aunque hay escépticos que argumentan que no podemos definir lo que es una “buena” medicina, es un hecho que todos distinguimos entre doctores en cuyos juicios y habilidades confiamos y aquellos en los que no. También están las diferencias inevitables entre médicos en cuanto a morbilidad, mortalidad y precisión diagnóstica. Los médicos también pueden diferir, como una cuestión de conciencia, en sus opiniones sobre el valor de los nuevos y los antiguos procedimientos, los consultores que dan y los que no dan confianza, la fiabilidad de los datos clínicos, el uso de una medicina alternativa o complementaria, y sobre el papel de algunos miembros del equipo de salud. Esto puede ser una cuestión de conciencia para el profesional que quiere ser un “buen” médico, un buen cirujano, un buen sanador o un buen consejero, el mejor para servir a los intereses del paciente.

Más adelante podemos considerar si esta disección heurística entre la ética personal y la profesional es sostenible en la realidad o a la luz de las cláusulas de con-

40 John Paul II, *Doctors Protest Conscience Discrimination*, *The Holy Father's Address to the International Congress of Catholic Obstetricians and Gynecologists*, 48 DOLENTIUM HOMINUM 65, 65-66 (2001) [hereinafter John Paul II, *Doctors Protest*]; John Paul II, *The Medical Doctor Should Respond as a Conscientious Objector to Legislation in Favor of the Crimes of Abortion and Euthanasia*, 15 DOLENTIUM HOMINUM 133, 133-35 (2000) [hereinafter John Paul II, *The Medical Doctor*].

41 See generally Edmund D. Pellegrino, *Bioethics at Century's Turn: Can Normative Ethics Be Retrieved?*, 25 J. MED. & PHIL. 655, 655 (2000) (Discussing the growth of bioethics from traditional medical ethics) [hereinafter Pellegrino, *Bioethics at Century's Turn*].

42 See, e.g., Mich. v. Kevorkian, 639 N.W.2d 291,311-12 (Mich. Ct. App. 2001) (demonstrating the spectrum of physicians' interpretations of the Hippocratic Oath's medical ethics according to their conscience).

43 *Tekné* is an ancient greek term that characterizes actions and professions as an art or craft rather than just a normal action. OXFORD CONCISE ENGLISH DICTIONARY 1471 (10th ed. 1999) (origin of the word techno).

ciencia⁴⁴. En primer lugar abramos el turno a algunos ejemplos sobre la forma en que estos tres ámbitos de la conciencia de los médicos pueden entrar en conflicto en su relación con los pacientes y con las demandas de nuestras secularizadas sociedades democráticas.

C. La conciencia en las creencias morales personales

Además de su propia percepción de la ética profesional, cada médico aporta a su relación con el paciente un sistema personal de creencias morales. Basa el médico estas creencias bien en una filiación religiosa, bien en una preferencia personal o en una reflexión moral. Aquí nos enfrentamos a cuestiones tan cruciales como la licitud del aborto, la eutanasia, el suicidio asistido, la fertilización in vitro y la investigación con células madre —verdadera caja de Pandora de las cuestiones sobre la “vida humana”, que emergen desde un control sin precedentes de cada fase de la vida humana.

Estas cuestiones nos centran acerca de cuánto valoramos la vida humana en sí misma, sus fines, su calidad, su destino y su utilidad. Los conflictos de creencias en este campo son más profundos y sentidos en la conciencia de cada uno que otros problemas del comportamiento personal con los pacientes. Para las personas religiosas de todas las creencias, estas cuestiones afectan directamente sobre sus personales destinos espirituales y son, por tanto, menos propensas a un compromiso.

En los últimos cincuenta años, la secularización ha llegado a dominar gran parte de la ética médica, a pesar de que la mayoría de los estadounidenses poseen creencias religiosas⁴⁵. La secularización es una respuesta a la pluralidad de morales y creencias religiosas en nuestra políglota sociedad, en la cual existe un amplio desacuerdo respecto de lo que una buena conciencia debe dictar. Dado que ningún sistema moral o conjunto de creencias religiosas es aceptado por todos, las razones argüidas por la sociedad es que ninguna debe ser dominante. Todas deben tener la libertad de expresarse como ellas

mismos, y cada una debe respetar a la otra. Así funciona el credo del liberalismo político. Desde esta perspectiva, las decisiones que deben tomarse en cuanto a materias de política pública —en áreas tales como el aborto, la eutanasia y la investigación con células madre— han ser adoptadas democráticamente, universalmente e igualmente vinculantes. Las cláusulas de exención o de conciencia presuntamente se conciben para proteger la libertad del los disidente. Sin entrar a diseccionar sus méritos o deméritos, esta política democrática y liberal ha funcionado de cara a evitar enfrentamientos civiles. Sin embargo, la reciente erosión de una serie de creencias compartidas, la cada vez más variada demografía de nuestra nación, ha magnificado la complejidad y profundidad de nuestras diferencias sobre lo que es moralmente correcto e incorrecto. El secularizado recurso a la neutralidad moral o de valores ha generado genuinos conflictos de conciencia.

Las leyes de exención religiosa y las cláusulas de conciencia han aparecido pues como un dispositivo para proteger la conciencia de los médicos. Su insuficiencia, sin embargo, se está convirtiendo en manifiesta. En la actualidad, los legisladores han redactado algunas de esas cláusulas de forma tan estricta, que inhabilitan a la mayoría de las instituciones religiosas para la exención, especialmente si están involucradas en la prestación de asistencia sanitaria y servicios sociales, con independencia de las convicciones religiosas de aquellos a quienes ayudan.⁴⁶ Desde esta base, las instituciones católicas simplemente no son lo suficientemente religiosas a menos que ayuden a los enfermos y necesitados por fines netamente religiosos. Si quieren ser clasificadas como “religiosas” las instituciones católicas deben atender sólo a los católicos⁴⁷. Por otro lado, si ellas lo hacen, quedan descalificadas también, puesto que entonces serían discriminadoras contra —y

⁴⁴ See *infra* Part VII.

⁴⁵ See Frank Shakespeare, *A View from Administration and Government*, in CATHOLIC CONSCIENCE FOUNDATION AND FORMATION, *supra* note 25, at 259-64 (discussing the evolution of our society into a secular state).

⁴⁶ Myers, *supra* note 39, at 23-26; Msgr. Dennis Schnurr, *Mandating Employer Coverage of Contraceptives: Protecting Conscientious Objection*, 30 ORIGINS 161, 163-64 (2000).

⁴⁷ Cath. Charities of Sacramento, Inc. v. Super. Ct., 109 Cal. Rptr. 2d 176, 183 (Cal. Ct. App. 2001) *petition for review granted*, 31 Cal. Rptr. 2d 258 (Cal. 2001); *Religious Refusals and Reproductive Rights*, REPROD. RTS. UPDATE, 2002, at 8, available at http://www.aclu.org/issues/reproduct/refusal_report.pdf (last visited Sept. 24, 2002).

adquirir preferencia sobre— las personas vulnerables, los enfermos y los pobres.

Más aún, la moral laicista que, supuestamente tolera las diferencias, lo hace solamente dentro del estrecho rango de los llamados “valores”, los cuales estarían supuestamente libres de toda sombra moral o religiosa. Pero la moralidad secular es en sí una ortodoxia. Sus “valores” se basan en los procedimientos democráticos, en la preferencia personal como base para la elección moral, en el compromiso con la economía de libre mercado, la mercantilización de los cuidados de salud y una renuncia a la creencia religiosa⁴⁸. Desviarse de esta noción de “neutralidad” moral en la política pública es tachada de “antidemocrática”, de llena de prejuicios y de intolerablemente sectaria.

Este no es el lugar para desafiar estos dictados de la laicidad negativa como una ortodoxia dominante, sino para explicar con más detalle sus implicaciones sobre la libertad de conciencia de los médicos católicos. Una vez más, el médico católico es el foco, pero los mismos conflictos son aplicables a cualquier otro sistema religioso o moral habilitado por un claro e inequívoco conjunto de preceptos que dan contenido a la conciencia de sus seguidores. Los conflictos se pueden dividir en tres grupos: el primero, entre pacientes y médicos⁴⁹; el segundo, entre los médicos y la sociedad⁵⁰; el tercero, entre las instituciones católicas y la sociedad⁵¹.

5. Conflictos de conciencia para los médicos católicos

A. Los conflictos entre Médicos y Pacientes

Los médicos y los pacientes pueden diferir considerablemente respecto de lo que sus conciencias les dicen acerca de la licitud del suicidio asistido, la eutanasia, la dignidad y el valor de la vida humana, de la importancia relativa de la calidad de vida, de la edad o de la economía como criterios para mantener o retirar las medidas de soporte vital, la sedación terminal o si la muerte de

todo el cerebro y la muerte cerebral parcial son ambas equivalentes a muerte del paciente. Lo mismo respecto a la clonación, la investigación con células madre y el trasplante de tejidos fetales.

Algunos podrían argumentar que el principio de autonomía del paciente debe prevalecer en este tipo de conflictos, y que el médico, con independencia de sus propias creencias, debe tener en cuenta la convención social laica legalmente admitida⁵². Desde este punto de vista, la medicina está obligada por un contrato social a proporcionar a los pacientes o la sociedad los servicios que ellos consideran que valen la pena. Esta obligación lo sería a cambio de que la sociedad le permita establecer sus propios estándares de formación y de práctica. Además, afirman que se trata de un fallo del principio de beneficencia no llevar a cabo lo que el paciente estima que son sus mejores intereses. Aún más, otros podrían reducir el argumento a uno de justicia conmutativa, y sostener que el paciente tiene derecho a la misma atención que está disponible para otros pacientes, cuyos médicos no sufren de los escrúpulos del médico católico contra el aborto, la eutanasia y otros temas de la vida humana.

En la actualidad los médicos católicos pueden retirarse de la atención de los pacientes en estas circunstancias. Sin embargo, uno se pregunta cuánto tiempo sobrevivirá esta exención, ya que el final de la vida y las decisiones reproductivas se han transformado tanto en prerrogativas individuales que la norma ética ya no es determinante de lo moralmente correcto, sino más bien de lo que puede ser negociado para resolver los conflictos⁵³. Uno puede vislumbrar el día en que los pacientes puedan obtener derechos legales para exigir una amplia gama de “servicios” de muerte a todos los médicos con licencia, al igual que hoy día muchos se sienten con derecho a una gama completa de “servicios” reproductivos.

Ya escuchamos a expertos en ética que sugieren que los médicos deben disgregar sus creencias morales per-

48 Pellegrino, *Bioethics at Century's Turn*, *supra* note 41, at 655, 663-64.

49 See *infra* Part IV.A.

50 See *infra* Part IV.B.

51 See *infra* Part IV.C.

52 Cf. May, *supra* note 39, at 111-12 (suggesting that there are certain situations in which a health care professional could acknowledge her moral concerns with particular treatment choices).

53 Pellegrino, *Bioethics at Century's Turn*, *supra* note 41, at 656-57.

sonales de su vida profesional, si desean ejercer en una sociedad secularizada y mantener sus licencias como médicos⁵⁴ en pleno funcionamiento. Si los “cuidados de salud” universales llegan a ser institucionalizados y los “cuidados de muerte”, como también los del nacimiento y los reproductivos, llegan a ser derechos legales ¿podrían los médicos católicos recibir licencias sólo para prácticas limitadas?

Lógicamente, esta misma interrogante podría ser planteada, por ejemplo, respecto de la terapia con células madre. El uso de células madre derivadas de la destrucción de embriones humanos es moralmente ofensiva para los médicos católicos. Si se actualizan las potencialidades terapéuticas de la investigación con células madre, la ingeniería genética y la clonación ¿la cláusula de conciencia podría proteger a los médicos católicos en los hospitales civiles o en las organizaciones de “medicina gestionada”? ¿No serían obligados por la ley a proporcionar una gama completa de servicios a pesar de su objeción moral? ¿En una HMO podrían los beneficios comerciales de los servicios a pacientes motivar una demanda ganadora sobre una cláusula de conciencia? ¿Pueden los médicos religiosos ser contratados con carácter preferente?

B. Conflictos con las costumbres sociales

Se ha sugerido seriamente que los médicos católicos no deben convertirse en especialistas en salud materno-infantil, puesto que no pueden, en buena conciencia, proporcionar la gama completa de “servicios” reproductivos del embarazo y neonatales, tales como el aborto selectivo por defectos genéticos o el aborto tardío⁵⁵. El siguiente paso lógico de este tipo de propuestas sería negar la certificación de la especialidad de Medicina maternal a los médicos católicos y a los que se opongan a proveer tales servicios aunque fueren legales. En el

caso de cualquier persona que desee ser médico ¿se la permitirá reducir la gama de sus servicios a sus pacientes sobre la base de unas reservas morales y religiosas? La educación médica es un proceso socialmente sancionado en el cual los estudiantes aprenden mediante actuaciones tuteladas⁵⁶. Algunos podrían argumentar que el contrato social del médico les obliga a dar todo lo que han aprendido, de acuerdo con lo que la sociedad precisa, porque la sociedad garantiza antes los privilegios de la educación médica.

No se trata de imaginarios escenarios. Los católicos y otros aspirantes religiosamente comprometidos, solicitantes de una plaza en una escuela médica han sido sondeados acerca de sus opiniones respecto al aborto, la eutanasia, las medidas de soporte vital, sobre diversas técnicas de reproducción asistida e investigación con células madre⁵⁷. Evidencia de que las respuestas coherentes con la enseñanza católica han militado en contra de la admisión es difícil de descubrir, por razones obvias. Por lo tanto, no sabemos cómo las facultades de Medicina sopesan las respuestas “católicas” en contra de un candidato. El hecho de que las preguntas se formulen en primer lugar es ya suficiente causa de preocupación, dado el predominio del punto de vista secular en los círculos académicos de hoy día.

Con base en la experiencia personal de los comités de admisión, no es más que una mera sospecha el que los católicos “conservadores”, los judíos ortodoxos y los cristianos fundamentalistas, puedan ser vistos con malos ojos. Mucho depende de la lotería de los entrevistadores, con el que uno se encuentre por casualidad. Aquellos que sostienen ciertas creencias religiosas —se argumenta— no pueden proporcionar todos los servicios que los pacientes tienen derecho a esperar. Ya veremos si alguna vez llegamos al punto de que los creyentes religiosos que insisten en seguir a sus conciencias sean excluidos de ciertas especialidades o de la medicina misma. Por tanto, una fuente de algo más que una imaginaria preocupación.

⁵⁴ See Jeffrey Blustein & Alan R. Fleishman, *The Pro-Life Maternal-Fetal Medicine Physician: A Problem of Integrity*, HASTINGS CENTER REP., Jan-Feb. 1995, at 22-26 (discussing the dilemma faced by physicians who must perform abortions and maintain their own integrity); Franklin G. Miller & Howard Brody, *Professional Integrity and Physician-Assisted Death*, HASTINGS CENTER REP., May-June 1995, at 8-17 (analyzing the relationship between professional integrity and physician-assisted suicide).

⁵⁵ See Blustein & Fleishman, *supra* note 54, at 25.

⁵⁶ Edmund D. Pellegrino, *Philosophy and Ethics of Medical Education*, in 2 THE ENCYCLOPEDIA OF BIOETHICS, 860, 863-69 (Warren T. Reich ed., 2d ed. 1978).

⁵⁷ *Id.*

C. Conflictos entre las Instituciones Católicas y la Sociedad

La ética de las organizaciones es la más reciente adición a la amplia gama de cuestiones éticas que han sido subsumidas bajo el término "bioética"⁵⁸. Aunque puede incluir a la ética empresarial abarca mucho más, y ya incluye aspectos muy variados del comportamiento institucional, como las relaciones con los empleados, la publicidad, el compromiso con la comunidad, la calidad de la atención a los pobres y a los no asegurados y las fusiones con otras instituciones.

La ética de la organización es un examen sistemático de la moralidad de las acciones colectivas de las instituciones humanas dedicadas a ciertos propósitos específicos de la sociedad⁵⁹. El "código" ético o el compromiso de una determinada institución es ahora explicitado por regla general en su declaración de objetivos. Es en cierto sentido la "conciencia" de la institución⁶⁰. Todos los que trabajan en esa institución son de alguna manera responsables de la adhesión a los objetivos de la organización, lo cual es de hecho una promesa de la institución a comportarse de una forma particular. Las instituciones católicas de América han tenido durante mucho tiempo directivas éticas específicas que las definían como hospitales católicos⁶¹. Asimismo, se comprometen a proporcionar tratamientos de caridad e incluso a una atención preferencial por los enfermos y los pobres⁶². Los hospitales católicos pueden ser considerados con toda propiedad en posesión de una "conciencia" institucional definida, única, lo cual, dado el contenido de la tradición moral católica, puede y de hecho lo hace entrar en colisión con la sociedad secular y sus "valores"⁶³.

El contenido ético de la conciencia institucional de determinados hospitales es bien conocido respecto a la esterilización, el aborto, la eutanasia, el suicidio asisti-

do, la contracepción, y un entendimiento, a través de fusiones, con otras instituciones que sí admiten estas prácticas. La fidelidad a estas prohibiciones no es negociable⁶⁴. Es lo mismo que se aplica a todos los que ejercen en estos hospitales, con independencia de sus creencias personales. Los hospitales católicos, al igual que los médicos católicos, no tienen la opción de ser "neutrales" o de separar las normas éticas profesionales de los preceptos religiosos⁶⁵.

Cada vez hay más evidencia de que la financiación pública de las instituciones católicas de asistencia sanitaria pueden estar en peligro, si no ofrecen la "gama completa" de los servicios reproductivos. Por ejemplo, el ayuntamiento del distrito de Colombia City aprobó recientemente un proyecto de ley que ordenaba que todos los empresarios de la ciudad a incluir los anticonceptivos en sus planes de cobertura de las prescripciones⁶⁶. La decisión de incluir una cláusula de conciencia para eximir a las instituciones católicas fue rechazada de forma vitriólica por un miembro del ayuntamiento⁶⁷. Afortunadamente, el alcalde, que era católico, impuso al proyecto un veto del bolsillo⁶⁸.

Este tipo de desafíos a la conciencia institucional es seguro que retornará de una forma u otra. Algunos de los que se oponen a la enseñanza moral católica admiten vehementemente y con franqueza querer eliminar el sistema de salud católico y cuando menos negar su acceso a los fondos públicos⁶⁹. La alternativa más moderada es la de interpretar las cláusulas de exención de manera tan estrecha que las instituciones católicas acaban no pudiendo ser clasificadas como "religiosas", ya que asisten a todos, independientemente de las creencias, y porque ofrecen mucho más que servicios religiosos⁷⁰.

El desafío a la conciencia institucional promete crecer en intensidad tanto como nuevos y moralmente cuestionables procedimientos terapéuticos emerjan de los laboratorios y de los centros de investigación. Hay

58 Susan Dorr Goold, *Trust and the Ethics of Health Care Institutions*, HASTINGS CENTER REP., Nov-Dec. 2001, at 26, 27-28.

59 *Id.* at 32.

60 *Id.* at 28.

61 U.S. CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, ETHICAL DIRECTIVES FOR CATHOLIC HEALTH CARE INSTITUTIONS 9-11, 13-16, 18-22, 25-28, 30-33, 36-37 (4th ed. 2001), available at <http://www.nccbuscc.org/bishops/directives.htm> (last visited Oct. 2, 2002).

62 *Id.* at 8-11.

63 *Id.* at 12-16, 23-33.

64 *Id.* at 8-16, 23-37.

65 *Id.*

66 Schnurr, *supra* note 46, at 161-63.

67 Myers, *supra* note 39, at 23-26; Schnurr, *supra* note 46, at 164.

68 Schnurr, *supra* note 46, at 161-63.

69 Myers, *supra* note 39, at 23-26.

70 *Id.*

cierta probabilidad de que tras la investigación con células madre embrionarias, con el tiempo se permita la clonación humana con fines terapéuticos o la manipulación genética de especies cruzadas⁷¹. Si estas medidas se hacen clínicamente efectivas, la demanda pública de su disponibilidad aumentará la presión para exigir la conformidad de todos los hospitales, con independencia de su afiliación religiosa.

Incluso si se permite la protección de las cláusulas de exención a los hospitales católicos, aún permanece una sutil amenaza a la conciencia, fruto de la cooperación de los hospitales católicos con algunas instituciones civiles a través de las fusiones. Estas fusiones pueden estar determinadas por la necesidad de la supervivencia económica, pero ésta no se puede comprar a costa de la cooperación material directa con instituciones que violan las directivas éticas aprobadas para las instituciones sanitarias católicas. Existe preocupación de que las fusiones ya existentes puedan acabar involucrando estrechamente a los hospitales católicos con actividades moralmente objetables⁷². ¿Pueden estas ofertas fáusticas sobrevivir a un cuidadoso examen moral?

La tradición moral católica establece un conjunto de condiciones, cuidadosamente matizado, bajo las cuales la cooperación con esos individuos o las instituciones que no comparten las creencias morales católicas puede ser lícita⁷³. Una considerable controversia ha saltado ya acerca de si la interpretación de estas condiciones en algunas de estas fusiones ha sido demasiado laxa. Es incluso el caso de cuando la parte no católica promete acatar las directrices éticas de los obispos católicos⁷⁴. La mezcla de fondos, los enredos administrativos y otras mescolanzas típicas de las complejas relaciones institucionales de hoy en día, plantean serias cuestiones de cooperación ilícita respecto de la aparentemente “segura” exención a través de las fusiones⁷⁵. La exención y las cláusulas de conciencia en estas fusiones o en la relación con las

políticas públicas, pueden no ser suficientes para asegurar la viabilidad financiera de los sistemas de cuidados de salud católicos. Mucho dependerá de lo bien que las instituciones sanitarias católicas puedan mantener su integridad moral y su conciencia institucional. Las instituciones sanitarias católicas constituyen un sector de servicios muy importante para los estadounidenses. Si estas instituciones no sobreviven financieramente, la pérdida para el público será grande. Pero si sobreviven al coste de la pérdida de su conciencia institucional católica, algo aún más fundamental se habrá perdido, no solo para los católicos sino para ese sector de la opinión pública estadounidense que, por su propia integridad moral, no puede aceptar los dictados de un orden laicista⁷⁶.

6. Modelos contradictorios en la resolución de los conflictos

¿Cómo, en una sociedad moralmente pluralista, el derecho moral a la libertad de conciencia debido a cada persona como ser humano puede ser sostenido? Más específicamente, ¿cómo el médico y la institución católicos pueden mantener la libertad de conciencia en un mundo secularizado cuya cultura es arreligiosa si no anti-religiosa? ¿qué papel podrían desempeñar las cláusulas de conciencia? Se han sugerido diversas formas de salir del dilema, pero ninguna del todo satisfactoria. Algunas de ellas serían: la disociación de la vida profesional y la vida moral, el abandono del ejercicio de la medicina como profesión, o el mantenimiento de la integridad moral asociada a una disidencia meditada, prudente.

Todo ello estaría en consonancia con la ortodoxia laicista de permitir a los médicos y hospitales católicos el ejercicio de la libertad de conciencia, a cambio de limitar su ejercicio público. Los médicos católicos podrían tener derecho a no participar en la medicina como profesión, siempre y cuando llevaran a cabo cuanto permitiera la ley (por ejemplo, la eutanasia en Oregon, el aborto en todo el país, la esterilización, etc.) Lo único que se les exigiría es prestar los servicios que han sido establecidos

71 *Id.*

72 U.S. CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *supra* note 61, at 34-37.

73 See generally ORVILLE N. GRIESE, CATHOLIC IDENTITY IN HEALTH CARE: PRINCIPLES AND PRACTICE 373-416 (1987)

74 U.S. CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *supra* note 61, at 34-37.

75 *Id.*

76 See *id.* at 34-36 (discussing how Catholic Healthcare institutions are forging partnerships and ventures with many other healthcare providers).

por convención social, como práctica médica legal. Para este punto de vista, todos los médicos católicos u otros cuyas creencias morales están en desacuerdo con la sociedad laicista, simplemente tienen que asumir una postura “liberada de valores”. Solo de esta forma, la autonomía del paciente quedaría preservada y el médico no “impondría” sus creencias⁷⁷. Es la versión “fuerte” de la neutralidad axiológica, como prueba de fuego para obtener la licencia o certificación para la práctica médica.

En una versión más “débil” los médicos católicos podrían acceder al derecho a participar en la medicina como profesión, siempre que estuvieran de acuerdo en todo lo que la ley permita o se define como parte de la práctica médica por el resto de la profesión. Los católicos, por ejemplo, podrían objetar a la eutanasia en Oregon, a la esterilización, el aborto, las tecnologías de la reproducción y la investigación con células madre, y personalmente negarse a participar en ellas; pero en la práctica tendrían que ser axiológicamente “neutrales”, si entraban a formar parte de las especialidades que exigen la realización de prácticas a los que ellos mantuvieran objeciones morales.

Cuando menos habrían de comprometerse a ayudar en todos los sentidos al paciente, a fin de que lograra su propósito, ocupándose de su derivación a un médico que pudiera realizar adecuadamente lo que el paciente deseara. En una versión fuerte de este modelo de acomodación, los médicos católicos estarían obligados a hacer una opción clara, ya fuera cumplimentar las condiciones del contrato social y, por tanto, de proporcionar lo que fuere legal o socialmente aceptable, ya fuera abandonar cualquier especialidad que les requiera servicios para los que ellos hubieren obtenido la exención moral.

En la formulación fuerte de este modelo, sería lógico excluir de la práctica médica y eventualmente de los estudios de medicina a todos los que no entendieran su papel social en conformidad con todos los servicios considerados necesarios por la sociedad y requeridos de los médicos. Huelga decir que tales posicionamientos,

incluso en su forma más leve, serían moralmente inaceptables y por varias razones.

Se asume que el médico católico y otras personas en posesión de creencias morales firmes, pueden separar sus vidas profesionales y sus vidas personales, cuando esto implicase la cooperación con lo que es moralmente objetable. Pero para un médico con un compromiso religioso profundo, la adopción de una postura “liberada de valores” sobre ciertos temas es simplemente impensable⁷⁸. Algunas cuestiones están tan claramente prohibidas como intrínsecamente malas son, que no cabe posibilidad alguna de compromiso sin hacer peligrar la integridad moral y el bienestar espiritual de uno mismo.

Para los católicos, los judíos ortodoxos y los musulmanes, las enseñanzas del Evangelio, de la Torah o del Corán tienen prioridad en sus vidas y de hecho inspiran su vocación como sanadores. Para estas grandes religiones sanar a los enfermos es, en última instancia, un acto religioso, y Dios es su razón última⁷⁹. Practicar una medicina que contraviniera las enseñanzas religiosas sería subvertir la conciencia a las exigencias de la sociedad laicista y a “sus valores”, actuar hipócritamente y una inadmisibles violación de la integridad moral.

Para los católicos esto puede también aplicarse a las exigencias laicistas de que aquellos que deben abstenerse de ciertas prácticas están obligados a remitirlas a los médicos que pueden proporcionar el tratamiento rechazado o un procedimiento que también pueda ser inadmisibles. Cooperar en un acto que es mirado moralmente como intrínsecamente malo, tal como concertar u organizar un aborto o un suicidio asistido, es ser un cómplice moral⁸⁰. Respetuosamente, cortésmente, pero de modo irrevocable, el médico religioso debe informar al paciente de su objeción, aunque prometiéndole sus cuidados hasta que su traslado o su derivación pueda ser organizada por el propio paciente, la familia o los servicios sociales.

Obviamente, el paciente no puede ser abandonado ni moral ni legalmente, y hay que cuidarle hasta que

77 Blustein & Fleishman, *supra* note 54, at 22-26; Miller & Brody, *supra* note 54, at 8-17; Edmund D. Pellegrino, *Commentary: Value Neutrality, Moral Integrity, and the Physician*, 28 J.L. MED & ETHICS 78, 78-80 (2000) [hereinafter Pellegrino, *Commentary*]

78 Pellegrino, *Commentary, supra* note 77, at 78-80.

79 38 Ecclesiasticus (*Sirach*) (Jerusalem Bible).

80 GRIESE, *supra* note 73, at 386-90.

la transferencia se haya efectuado. La doctrina de la cooperación no prohíbe la transferencia de información, de los resultados o del historial clínico a otro médico u hospital⁸¹. De hecho, esto es necesario en interés de la atención al paciente. Lo que es ilícito es la cooperación activa en la búsqueda de un médico al que le brindamos un servicio moralmente censurable.

La demanda de una sociedad secularizada de que los médicos practiquen la “neutralidad de valores” es imposible de lograr. En primer lugar, es un cisma psicológico que viola la integridad de la persona como una unidad de cuerpo, alma y psique. Equivale a la entronización del laicismo a nivel de ortodoxia social, y por tanto a violar uno de los principios más importantes del laicismo en sí mismo, aquello de que ninguna ideología puede adquirir preferencia sobre cualquier otra⁸². También viola un precepto del orden social, democrático y secular al discriminar a un segmento significativo de la población, y de los médicos que comparten ciertas creencias religiosas.

La dificultad de un compromiso significativo entre la ortodoxia secular y la creencia religiosa se ilustra en estos intentos pragmáticos de hallar una manera de respetar la integridad moral y el derecho a la objeción de conciencia. Por ejemplo, Wicclair permitiría la objeción de conciencia siempre que ésta correspondiera “a un uno o más valores centrales de la Medicina”⁸³. Querría utilizar la congruencia con estos valores nucleares como prueba moral para una demanda aceptable de objeción de conciencia⁸⁴.

Wicclair ofrece una guía para la asignación de un peso moral determinado dentro de las normas médicas reconocidas. Por ejemplo, concede más peso moral a prevenir la muerte que a proteger la confidencialidad⁸⁵. Deduce su ejemplo desde la integridad de la profesión más que desde la integridad del médico como persona

moral⁸⁶. En uno de sus ejemplos, establece claramente que más peso moral debe darse al requerimiento de un médico a preservar su integridad moral como médico, que a su “integridad moral como un judío ortodoxo que sucede que es médico”⁸⁷.

En sus directrices, Wicclair subordina la creencia religiosa a la creencia profesional médica acerca de lo que está bien y lo que está mal⁸⁸. El resultado es necesitar el tipo de dicotomía en los valores y las creencias que es incompatible con la integridad moral de una persona verdaderamente religiosa. El resultado exige la dicotomía de las creencias y del tipo de valores, lo cual es incompatible con la integridad moral de una persona verdaderamente religiosa. Los valores morales de las personas religiosas trascienden los “valores” de la profesión, especialmente ahora cuando estos valores han cambiado tan drásticamente. Si pudo haber acuerdo en el pasado entre las creencias de sustrato médico y de sustrato religioso, tal congruencia ha sido hoy seriamente erosionada.

Además, el consenso sobre los valores morales de la medicina se está limitando progresivamente a la competencia profesional con abstención de todo daño y a la protección de la confidencialidad. La reciente serie de compromisos avanzados por el Consejo Americano de Medicina Interna, la Sociedad Americana de Medicina Interna y la Federación Europea, intenta recuperar la idea de profesionalidad⁸⁹. Sin embargo, omite las prohibiciones contra el aborto y la eutanasia, los dos preceptos más significativos para la mayoría de los médicos religiosos y especialmente para los católicos. La “integridad moral” de la profesión es juzgada, por tanto, moralmente insuficiente para justificar de forma taxativa la conciencia de los médicos.

La autoridad moral de los códigos profesionales no deriva de su aceptación por la profesión o por convención social⁹⁰. La ética de la Medicina se basa más bien en

81 *Id.*

82 See also May, *supra* note 39, at 111 (discussing the conflict that arises when a physician's values and conscience conflict with a patient's values and autonomy rights, and noting that society increasingly and unfairly pressures physicians to disregard their personal consciences in their professional roles).

83 Wicclair, *supra* note 3, at 207.

84 *Id.*

85 *Id.* at 223.

86 *Id.* at 224.

87 *Id.* at 225.

88 *Id.*

89 *Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter*, 136 ANNALS INTERNAL MED. 243, 243-44 (2002).

90 Edmund D. Pellegrino, *Professional Codes*, in METHODS IN MEDICAL ETHICS 70, 74-76 (Jeremy Sugarman & Daniel Sulmasy eds., 2001).

algo más fundamental, a saber, la obligación ética propia que nace de lo que significa estar enfermo, de lo que significa ser sanado, y de ofrecerse uno a sí mismo como un sanador⁹¹.

El respeto a las reclamaciones de la conciencia de los médicos, sin embargo, no significa que el médico esté facultado para anular una reclamación moral válida del paciente a la autodeterminación. Tanto el médico como el paciente, en cuanto seres humanos, tienen derecho al respeto de su autonomía personal. Ninguno de los dos tiene la facultad de anular al otro. La protección de la libertad de conciencia se debe pues a ambos.

Por lo tanto, los pacientes tienen un derecho moral indiscutible al consentimiento informado y en todo caso a rehusar el consentimiento⁹². Wicclair y May dedican considerable tiempo a defender el derecho moral del paciente a rechazar un tratamiento, a prolongar su vida, a solicitar cuidados paliativos o a la "libertad reproductiva" Este no es el tema aquí. La objeción de conciencia implica el derecho del médico a no intervenir o participar en lo que considera moralmente malo, incluso aunque el paciente se lo pida. No presume el derecho a imponer su voluntad o su concepción del bien sobre el paciente.

Por lo tanto, May tiene razón al afirmar que "los derechos de conciencia en los cuidados de salud deben ejercerse en el marco de los derechos del paciente al consentimiento informado"⁹³. Esto no implica, en absoluto, todo lo que debemos y tenemos que reconocer acerca de los límites de los derechos de conciencia de los médicos⁹⁴. May añade que los pacientes no tienen derecho a pedir cualquier cosa que toman como beneficiosa para ellos⁹⁵. Claramente el derecho moral y legal de los pacientes a la autodeterminación tiene límites, incluso en la visión de May⁹⁶.

Ambos, May y Wicclair, pero específicamente May, gastan mucho tiempo en ejemplos sobre conflictos en la elección de los tratamientos, y un tanto pierden el punto de vista de las objeciones religiosas, que no es si un creyente religioso puede imponer sus creencias al paciente, sino más bien si hay un derecho moral a rehusar a ser cómplice de un acto que su religión enseña como inicuo⁹⁷.

El único proceder éticamente viable para el médico religioso es mantener fidelidad a su integridad moral y a los dictados de su conciencia durante su práctica en un mundo secularizado. Los médicos y las instituciones católicas sostienen la misma reclamación moral al ejercicio de la conciencia que los demás seres humanos, incluso cuando el fruto de esa conciencia es el rechazo e incluso la resistencia a acomodarse a las creencias laicistas o a las cambiantes creencias de sus colegas de profesión. Esta afirmación moral supone el derecho y la obligación de utilizar los métodos a su alcance en una sociedad democrática, para reclamar frente a las prácticas moralmente objetables, mediante la persuasión, una acción política adecuada y el debate público, especialmente en las situaciones más notorias.

Para que una posición tal sea sostenible, los médicos católicos deben dar a conocer públicamente su postura, como en el caso de las Directivas para las instituciones católicas de Cuidados de Salud. Individualmente deben preparar folletos donde se bosqueje lo que ellos pueden o no pueden en buena conciencia llevar a cabo⁹⁸. Los pacientes deben saber de antemano antes de una crisis que lo que ellos desean y creen que es moralmente aceptable puede no serlo para los médicos que están contratando.

Tal conocimiento previo no será posible en situaciones de emergencia o en zonas remotas donde la elección de los médicos esté restringida. Pero incluso en estas circunstancias, el médico católico no puede violar su conciencia para proporcionar un procedimiento o un tratamiento moralmente censurable. Los médicos deben conocer su propio sistema de creencias lo suficiente-

91 *Id.* at 78-79.

92 Wicclair, *supra* note 3, at 208.

93 May, *supra* note 39, at 127.

94 Edmund D. Pellegrino, *Bioethics as an Interdisciplinary Enterprise: Where Does Ethics Fit in the Mosaic of Disciplines?*, in *PHILOSOPHY OF MEDICINE AND BIOETHICS: A TWENTY YEAR RETROSPECTIVE & CRITICAL APPRAISAL* 1-23 (Ronald A. Carson & Chester R. Burns eds., 1997).

95 May, *supra* note 39, at 127.

96 *Id.*

97 *Id.*; Wicclair, *supra* note 3, at 205-11.

98 See *supra* notes 61-65 and accompanying text.

mente bien como para reconocer dónde es posible un compromiso sin pérdida de la integridad y dónde no lo es. Entre paréntesis, el médico católico tiene la grave obligación de conocer el contenido de su propia fe, de que no impone privaciones al paciente cuando los cursos alternativos son moralmente permisibles. Por desgracia, esto no es siempre el caso.

El médico discrepante siempre debe tratar a su paciente con respeto, evitar las condenas moralizantes y explicar las razones de sus objeciones morales. También ha de ser consciente de que cada cuestión de conciencia no es de igual gravedad. Elegir cuándo adoptar una postura moralmente discrepante es crucial, si el ejercicio de la conciencia de uno ha de ser validado y respetado.

Las mismas prescripciones y proscripciones son aplicables a la conciencia institucional de las instituciones sanitarias católicas. No pueden renunciar a las enseñanzas morales católicas fundamentales, incluso si la resistencia pudiera conducir a su desaparición. La extinción total de una institución sanitaria católica no es probable; sin embargo, la retirada de los fondos públicos probablemente restringiría el número de personas de la comunidad, católicos o no católicos, a los que se pudiera asistir por las instituciones fieles a sus compromisos religiosos. Pues, aunque moralmente ilícito, los hospitales católicos pueden además “cooperar” más estrechamente con las costumbres laicistas.

Las cláusulas de conciencia para los médicos probablemente tienen un valor limitado, a pesar de lo cual deben buscarse siempre que sea posible. Dadas las costumbres sociales, las probabilidades de que la objeción de conciencia les sea denegada o de forma progresiva se les aplique más o menos restringida, es como quedar auto-derrotados. Al menos ellas proporcionan unos límites legales que, en una sociedad democrática, pueden proteger a los médicos e instituciones disonantes de las formas más groseras de ostracismo.

Las instituciones católicas probablemente encontrarán mayores dificultades en la obtención de cláusulas

de exención, especialmente si aceptan fondos públicos o pretenden atender a las necesidades de la comunidad. La sobrevivencia podría requerir un sistema católico de atención sanitaria a nivel nacional. Las fusiones con entidades no católicas, excepto con aquellas que comparten el punto de vista católico sobre los temas de la vida humana, generan un creciente número de interrogantes acerca de la cooperación. Dado el tamaño, la extensión geográfica y los recursos de un sistema de salud católico, fiel a las enseñanzas del Magisterio, no es un imposible. Mucho se perdería si las disonancias con la sociedad civil requirieran la disolución o “gueto-conversión” de la asistencia sanitaria católica.

Todas las fuerzas sociales y políticas de nuestro tiempo convergen hoy en una actualización del Estado laico. Como la tecnología médica dota siempre a los humanos con mayor poder sobre la reproducción, la dotación genética y la muerte de nuestra especie, las crisis de conciencia seguramente aumentarán entre aquellos que poseen creencias religiosas acerca de la vida humana, su creación y su final. En las sociedades democráticas hay un compromiso a la protección del derecho a la tenencia y ejercicio de una conciencia individual e institucional.

Las cláusulas de conciencia son la paja que lleva el viento diciéndonos a todos que la política pública y la conciencia individual, sobre algunos de los asuntos más importantes de la vida humana, pueden estar en proceso de colisión. El cómo los médicos a nivel individual y las instituciones pueden preservar su integridad moral en tales circunstancias socio-políticas es un tema de gran trascendencia para ambos, creyentes y laicistas.

Las cláusulas de conciencia pueden al menos ayudar a establecer un derecho a disentir. Sin embargo, las condiciones bajo las cuales puedan ser aplicadas y su efectividad es en gran medida de lo que se trata. Va a ser una prueba de fuego tanto para la democracia como para las creencias religiosas ver cómo estos conflictos se resuelven en un futuro.



UNA APROXIMACIÓN AL PENSAMIENTO DE EDMUND D. PELLEGRINO (I)

AN APPROACH TO THE THINKING OF EDMUND D. PELLEGRINO (I)

MANUEL DE SANTIAGO

Comisión Deontológica, Colegio de Médicos de Madrid

Master de Bioética y Bioderecho, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

C/ Peña Santa 55, 28034 Madrid

manueldesantiago@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

educación médica,
ética médica,
humanidades
médicas, filosofía de
la medicina.

Recibido: 7/01/2014

Aceptado: 17/02/2014

En este ensayo se intenta un acercamiento al pensamiento moral de Pellegrino. En esta primera parte se abordan las fuentes originarias del autor sobre la identidad de la Medicina, en tanto que raíces de su investigación sobre la Medicina y la condición de médico, antecedentes de su propuesta de reforma de la ética médica. Cuatro ámbitos de su pensamiento son sintetizados: 1) el ideal de la educación médica; 2) la Medicina como empresa moral; 3) las humanidades médicas en la formación y vida profesional de los médicos; y 4) la filosofía de la Medicina como fuente y raíz de la ética médica.

ABSTRACT:

Keywords:

medical education,
medical ethics,
medical humanities,
philosophy of
medicine.

This essay contains an approach to the moral thinking of Pellegrino. This first part addresses the elementary sources of Medicine identity, as seen by the author, which was the starting point for his research on the role of both physicians and Medicine, and led him to his proposal to reform medical ethics. His thinking is developed in four different scopes: 1) the ideal of medical education; 2) Medicine as a moral enterprise; 3) the medical humanities in the formation and professional life of physicians; 4) the philosophy of Medicine as source and origin of medical ethics.

1. Introducción

El objetivo de este trabajo es una aproximación a la obra escrita de Edmund D Pellegrino. No es un objetivo modesto si se repara que este eminente bioeticista escribió unos cuarenta artículos científicos de Medici-

na, mas de una veintena de libros de bioética y ética médica y unos seiscientos artículos sobre cuestiones de "educación médica" y "ética médica", publicados en un amplio rango de revistas de Medicina y Bioética en su mayoría de los Estados Unidos. Pero sí es modesto

en cuanto a sus objetivos, respecto al intento de sintetizar su pensamiento en torno a la moralidad médica. No vea pues el lector en este ensayo más que una introducción a su obra y a los aspectos más relevantes y originales de su pensamiento, sobre todo en el marco de la ética médica.

A efectos de ordenar este ensayo, se ha optado por seguir la secuencia de su producción escrita a lo largo de sus últimas décadas, pues pensamos que es la forma que mejor refleja y jerarquiza las diversas etapas de su pensamiento, la hoja de ruta de un médico, de un profesor universitario que jamás abandonó la práctica clínica, pero que paulatinamente volcó sus inquietudes espirituales y gran parte de su tiempo sobre la moralidad de la Medicina. No incluimos el análisis de su producción científica como médico internista por escapar al objetivo de este trabajo. Abordaremos pues: I) la “educación médica”, es decir, la vocación secular por esos años de un grupo de profesores del mundo occidental, volcados a la reforma de la enseñanza de la Medicina, que llevará al autor a la convicción del carácter moral de la Medicina; II) las bases del proyecto de una “nueva ética médica”, en respuesta a las desviaciones de la reforma principialista en su país; III) el afloramiento de “la matriz religiosa de la ética médica” y de su significado en la vida de los médicos cristianos; y IV) algunos “tópicos morales” característicos de su visión crítica de la Medicina norteamericana, pero extrapolables a otros modos sociales de la práctica médica. Los cuatro ámbitos permiten una aproximación a los fundamentos del legado moral de Pellegrino, que es sin duda el desembarco de la ética de virtudes en la Medicina moderna.

2. El ideal de la educación médica

2.1. Introducción

Entre los años sesenta y setenta se producirá en Estados Unidos —y en otras naciones del mundo occidental— una profunda transformación de la enseñanza de la Medicina, del curriculum de la carrera y la formación práctica de los futuros médicos, que es lo que en su conjunto vino a denominarse “educación médica”. Todo ello en el seno de profundos cambios en la estructura

orgánica de los cuidados de salud. Una verdadera revolución en el modo de enseñar, aprender y practicar la Medicina. En España todo ello vino acompañado de un extraordinario despliegue de nuevos hospitales y nuevas universidades, a las que se dotó de una cierta mayor autonomía; el cambio más importante que ha experimentado en España la asistencia sanitaria. La creciente socialización de la asistencia médica en España por esos años inyectó al sistema un flujo extraordinario de pacientes que impulsó decisivamente la reforma asistencial entonces en curso. Ilustres catedráticos avistaron la importancia de estos nuevos hospitales y del cambio académico que seguiría, y se integraron en el nuevo sistema. Es el caso de los grandes profesores Agustín Pedro y Pons, José María Segovia de Arana, José Antonio Usandizaga y de mi maestro Julio Ortíz Vázquez, entre otros.

La experiencia de la educación médica de Estados Unidos acabó siendo, a su vez, el eje vertebrador de la transformación del sistema educativo. Entre otros ilustres médicos norteamericanos que, por esos años, transformaron el ejercicio profesional de la Medicina destacó el internista Edmund D. Pellegrino. En efecto, la reforma de la educación médica fue durante muchos años la gran pasión de Pellegrino y son innumerables los artículos que sobre la materia publicó entre los años sesenta y setenta; fruto del cambio que se producía a su alrededor y de las crecientes responsabilidades que, a su labor clínica y académica, iba sumando como director de un departamento de Medicina y gran gestor universitario. Esta vocación educadora, reflejada por escrito, fue transversal a lo largo de su vida y nunca le abandonaría; si bien se fue transformando y adquiriendo, como vemos más adelante, una dimensión más específicamente moral. Supera ampliamente el centenar los artículos que publicó sobre la cuestión, unos orientados al mundo de la Medicina y los médicos otros al mundo de la Enfermería, una profesión que Pellegrino siempre integró en su dimensión clínica y educadora, como dedicación eminente a los cuidados de salud.

Si se echa una mirada a la bibliografía del maestro, se percibe cómo a las cuestiones puramente técnicas de la educación médica se fueron sumando paulatinamente

temas de manifiesto significado ético. A las numerosas cuestiones educativas y de la reforma profesional en un ámbito geográfico —ideales y objetivos de la formación médica, papel de la comunidad hospitalaria, reforma de los servicios, papel de la comunidad local, de la enfermera y del farmacéutico de hospital, mejora de los cuidados, la comunicación del paciente y del profesional sanitario, el paciente hospitalario como foco de una asistencia integral, los formularios, la información sobre medicamentos, la Medicina de familia, la función de los generalistas, los procesos de regionalización de los cuidados, la función de culturización de las escuelas de Medicina, la planificación de los *curricula*, la organización de las urgencias, la formación continuada, el uso óptimo de los recursos, la estructura y los riesgos de la experimentación clínica, la crisis de la educación médica, los costes asistenciales, la investigación, y así un gran número de ítems que no podemos abarcar— se añadieron, fruto de la inquietud del maestro, numerosas cuestiones en el marco de la moralidad médica —de ética de la Medicina— y claro significado precursor de lo que, pocos años después, representará el núcleo duro de su pensamiento, la elaboración de una nueva ética de la Medicina.

Dentro del amplio concepto de la educación médica de Pellegrino, integramos aquí tres ámbitos de su investigación que estimamos esenciales. El orden de los tres es también importante. El primero, en el frontispicio de su tercera etapa intelectual, es la idea de la Medicina como “comunidad moral”, en cuyo seno emerge, a través de la idea de profesión, la fuente natural de su propia eticidad, a la que Pellegrino denominó “moralidad interna”. En segundo lugar, las humanidades médicas, un espacio académico de reflexión y formación de los profesionales de la salud, que reclamó como parte de la educación médica durante toda su vida. Algunos de sus análisis son memorables^{1,2}, si bien ocupan un plano de excelencia individual no fácilmente universalizable. Por

fin, en tercer lugar, la filosofía de la Medicina. La necesaria presencia del “discurso filosófico” como intérprete y sustrato integrador de la identidad de la Medicina, y punto de partida de todo proyecto de reforma de la ética médica.

2.2. La Medicina como empresa moral

A finales de los setenta Pellegrino mantuvo por escrito y en algunos foros el carácter moral de la actividad médica, la Medicina como empresa moral^{3,4}. En efecto, aunque por entonces las fuentes que pulsaba de lo que podemos denominar su pensamiento eran diversas, es por esos años cuando el autor descubre o se topa con la revelación, el *filum* originario deformado del que pendían las desviaciones de la Medicina norteamericana que le inquietaban: en la comunidad médica y en sus estructuras colegiales se desdibujaba la idea de la Medicina como empresa moral, como “comunidad moral”, decir, el significado originario de la idea de “profesión” en su formulación clásica.

En este trabajo, aleatoriamente se ha optado por situar este tema clásico de Pellegrino, como trasfondo y primer referente de su preocupación por la educación médica pues, por representar la recuperación del significado de la idea clásica de profesión, el maestro había hallado por fin el quicio, la ruta intelectual, que le habría de conducir al diseño de una nueva ética médica. Tal vez no fue consciente entonces de que escribía, o sembraba, un principio de doctrina para la Medicina universal.

“Medicine is at heart in moral enterprise”⁵. Así comienza el ensayo que leyó en el Simposio sobre Educación Médica en la Academia de Medicina de New York en 1977, cuando ocupaba el cargo de presidente del *New Yale-Haven Medical Center* a la vez que profesor de Medicina en la citada universidad. Tenía 57 años. Incorpora aquí el autor aspectos éticos a los que más tarde integrará en el cuerpo doctrinal de su pensamiento. En

1 Pellegrino, E.D.: “The Most Humane of Sciences, the Most Scientific of the Humanities”, en *Humanism and the Physician*, 16-17 Knoxville: University of Tennessee Press, 1979.

2 Pellegrino, E.D.: “The Humanities in Medical Education. Entering the post-Evangelical Era”. *Theoretical Medicine* 5 (1984):253-266. Reidel Publishing Company.

3 Pellegrino, E.D. y Thomasma, D.C.: “Medicine as a Moral Community”, cap. 3, en *The virtues in Medical Practice* (1993), Oxford University Press. Inc. New York.

4 Pellegrino, E.D.: “Ethics and the Moral Center of the Medical Enterprise”, *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 54, nº 7 (1978).

5 Ibid.

un abordaje ulterior⁶, Pellegrino penetraría más específicamente en esta perspectiva. A su manera de ver —y de ello han transcurrido treinta años— los dilemas éticos de la profesión no procedían de los avances científicos de la Medicina sino de la ética profesional, una cuestión que apuntaba directamente a la razón de ser del médico. Entonces como ahora los médicos se veían abocados a conciliar dos órdenes de presión contradictorios: decantarse por la primacía de los intereses del paciente u optar por los suyos propios, principalmente económicos: el dilema altruismo/autointerés. Son muy diversos los ámbitos de la Medicina en los que esta disyuntiva estuvo presente en sus escritos. Frente a ello el autor echó mano de una nueva virtud, que llamó *self-effacement*, el desprendimiento altruista de los propios intereses (ver en esta monografía).

Frente a algunos bioeticistas que, por esos años, apuntaron la necesidad de reformar el Código deontológico y de ajustarse a la ética del mercado —que implicaba convertir en vicios la mayor parte de las virtudes tradicionales de la Medicina— Pellegrino fijaría en la opción por los enfermos el punto de partida, el corolario, de la idea de Medicina como comunidad moral. Pero su intuición le hacía ver la gran dificultad a la que abocaba la Medicina de su país, como luego comprobaría durante toda su vida.

En *Medicine as a Moral Community*⁷ el autor hizo frente a las distintas argumentaciones mirando a la idea de la Medicina como comunidad moral y profesión histórica; y desde su concepción filosófica y sus implicaciones prácticas. Sometió a una benévola crítica las sucesivas identidades históricas de la Medicina —el modelo del juramento hipocrático, la versión cristiana de su aplicación, en cuyo seno había nacido la idea de “vocación”; el modelo anglo-sajón, neo-hipocrático, como comunidad de caballeros, de Thomas Percival y colegas de los siglos XVIII y XIX; y los restos del mismo en gran parte del siglo XX— ninguno ausente de reservas y fallos para Pellegrino, si se las juzgaba a la luz de las transformaciones que experimentaba la Medicina y la sociedad de su tiempo.

Diversos factores habían debilitado la idea dieciochesca de la Medicina como “comunidad” cuya vigencia daba por desaparecida. La división del cuerpo de conocimientos y la especialización de los médicos, que habría individualizado la toma de decisiones habría sido fundamental; y desde ella una creciente pérdida de atención a las obligaciones morales colectivas de los profesionales; también divididos por el pluralismo y por el fracaso de la ética deontológica, incapaz de frenar el avance social de algunas prohibiciones históricas radicales de los médicos, como la eutanasia y el aborto. También la legitimación del afán de lucro, la transformación de muchos médicos en empresarios, en científicos y/o ejecutivos de corporaciones vinculadas a los cuidados de salud. La idea de un rol profesional propio, de comunidad, se habría debilitando y la identificación de la Medicina con una moral común habría desaparecido. “Difícilmente podemos decir hoy lo que constituye la ética médica de la Medicina actual”⁸ —afirmó el profesor de Georgetown.

En su país, frente a las diferentes intrusiones hostiles que experimentaba la profesión, leyes del gobierno, seguros médicos, consumidores, etc., una reacción defensiva de los profesionales estaría detrás de su negativa a atender a los grupos de población más débiles y excluidos, al modo de una mentalidad vengativa y de retorno a los intereses de gremio. Este deterioro de la Medicina como comunidad moral habría tenido grave impacto sobre la profesión y la sociedad. Nadie de la profesión se había alzado, representado los intereses de los enfermos, frente a las leyes y prácticas que atentaban contra la ética profesional o ponían en peligro la atención de los pacientes. Pellegrino dibuja en los 90 una imagen de la Medicina en crisis institucional severa: es imposible el acuerdo sobre el contenido de una ética médica, los médicos que moralmente se resisten son abandonados a su suerte y tampoco obtienen el soporte de sus instituciones. Solo los más arriesgados elevan sus voces con riesgo para sus ingresos y su status. El gran poder moral que reside en la comunidad médica se había quedado sin estrenar.

6 Pellegrino, E.D.: “Medicine as a Moral Community”, op.cit.

7 Ibid.

8 Ibid.

A partir de entonces el profesor de ética médica buscó transmitir y consolidar la idea de comunidad moral, fijando unos criterios filosóficos. Tres argumentos consideró esenciales. El primero la “naturaleza” de la enfermedad, una realidad universal que hace de la Medicina una profesión especial, que se auto-impone un conjunto de responsabilidades morales individuales y colectivas. La relación médico-paciente configura una situación objetiva de dependencia del enfermo, que se ve obligado a aflorar sus puntos débiles, sus intimidades, su vulnerabilidad y con ello la posibilidad de ser instrumentado, de ser sujeto explotable. La enfermedad le obliga a confiar en el médico aunque no quiera. Para un profesional de la Medicina sensible, esta fragilidad biológica y psíquica del enfermo —su confianza— genera un vínculo fuerte entre el que pide ayuda y el que profesa una voluntad de darla, cristaliza una verdadera obligación moral, un deber. El segundo criterio es que el médico no es el propietario del conocimiento médico que la sociedad le ha permitido adquirir. Mediante su acreditación y su licencia, título y colegiación, le ha provisto del conocimiento y del monopolio del ejercicio de la profesión; y de ahí que se asegure un suministro calculado de médicos para atenderse a sí misma, a los propios ciudadanos. La sociedad le reconoce la legitimidad de hacer determinadas “invasiones” de la privacidad de los enfermos (disección, autopsias, exploración clínica, cuidado de los enfermos, interrogatorio, experimentación, etc.) que de no ser así serían ilegales. Por fin, el tercer criterio apunta la idea de que el conocimiento científico que ha adquirido no está orientado a su exclusivo beneficio personal (lucro, poder, prestigio) sino que implica un pacto moral con la sociedad —su protección frente a la enfermedad— no como un contrato o un negocio sino como obligación moral, según el cual el interés principal del médico ha de ser la búsqueda del bien del enfermo incluso contra sus propios intereses. Esto significa que el médico no puede ser médico y a la vez empresario, ni guardián del bien del enfermo y a la vez servir a los intereses del mercado, del Estado, de una determinada ideología, etc. El acto de la graduación, la jura del código deontológico es como una promesa pública de que cumplirá las obligaciones de la profesión de médico, de su promesa de

servir y ser competente en la curación de los enfermos.

Esta tercera exigencia o criterio es el gran peligro de los médicos y secundariamente de los enfermos y de la sociedad. Porque —como dice Pellegrino— los médicos no son santos ni héroes. Dentro de los médicos ¿qué es ser una buena persona? —se pregunta. Pues individualmente los médicos no pueden resolver los problemas asociados a una cultura del dinero en tiempos moralmente caóticos... Pero se responde que, incluso en esta sociedad, en nuestra cultura, es mucho lo que individualmente y colectivamente una comunidad de médicos bien formada puede hacer. Además, al ver “controlada” a su profesión, el médico no es más libre que un bombero, un policía o un militar.

En suma, una cierta promesa de “desprendimiento” de los intereses propios ante los intereses del paciente está presente en el concepto de “profesión” médica y en el espíritu de los códigos. En este “desprendimiento” real de la posición de ventaja que un sanador puede detentar ante un paciente vulnerable, radica la esencia de la idea de “profesión” que debiera enorgullecer a los profesionales de la salud, a veces difícil o abnegada, pero esencia de lo que es ser médico. El reconocimiento y la aceptación de que la Medicina es una “profesión” por un colectivo de médicos, dispuestos a defender su identidad, transformaría al colectivo en una comunidad moral.

En el ámbito geográfico y cultural al que se dirigía Pellegrino (pero asumible en países de Medicina socializada o mixta) el médico y la profesión se enfrentaban a una doble y divergente concepción de la Medicina. Una vinculada al individualismo, a la defensa fáctica de los propios intereses —al “auto-interés” como le denomina Pellegrino— y por tanto a la acomodación a lo que el paciente o la sociedad demande, sin reservas. Y otra, en la que el médico reconoce que tiene obligaciones éticas que trascienden el auto-interés, y que le obligan a resistir a las presiones de las fuerzas sociales, políticas y económicas, cuando estas juegan contra el bien de los enfermos.

En este memorable texto el autor introduce una reflexión directa sobre la realidad moral de médico. ¿Qué

diferencia moral implica ser médico? ¿Qué significa ser un médico virtuoso? ¿Por qué la sociedad espera del médico, en algunas culturas, un modo de ser que le distingue de otros profesionales, que atienden su práctica con un determinante interés propio? ¿Esta creencia social en qué se sostiene? El ciudadano, el paciente, la sociedad, el Estado no pueden entender que los médicos, mediadores de su salud y su intimidad, no respondan a esta entrega y confianza —que pone su salud y sus vidas en sus manos— con una correspondencia moral a la misma altura de la exigencia que demandan. Se asume que la profesión médica implica unas determinadas virtudes que la hacen interlocutora de sus necesidades e inquietudes. Pero esto, en una sociedad secularizada y pluralista, no deja de ser inquietante, a menos que se ignore o se pretenda ignorar que el ejercicio de la profesión, más que en otras, implica un modo deontológico y específico de ejercerla, una tradición moral, unas obligaciones en conciencia. Para Pellegrino, en medio de la confusión que este conflicto de libertades morales suscita, el modo como los médicos respondemos a esta tensión externa, desde la sociedad, determina la calidad moral de la empresa médica de un país.

Una ojeada a las tensiones americanas de la profesión —en grado distinto pero de similar analogía con nuestro país— hace hablar a Pellegrino del cruce de intereses que basculan en el encuentro clínico: los políticos presionan a los médicos a la contención de gasto frente a los enfermos, los pacientes reclaman cada vez más autonomía y en muchos casos ven al profesional como el instrumento de sus deseos, muchos bioeticistas se empeñan en transformar el modelo fiduciario —de confianza— de la relación médico-paciente en mero contrato interpersonal, los gerentes de las instituciones sanitarias pretenden conformarlos al modo de empresarios de sus propios intereses e instrumentos del lucro de sus empresas, la industria tecnológica inventa y renueva sus productos a través de un aplastante marketing y, en fin, los incentivos fiscales o los desincentivos para cambiar la conducta de los profesionales están cada día más presentes.

Frente a estas realidades la profesión médica, ya dividida por sus intereses, por el pluralismo de la sociedad

y sin las amarras morales de una comunidad unida y firme socialmente, y el médico, desalentado y confuso, se adaptan sin capacidad respuesta. ¿Es posible en estas condiciones culparles de estar deprimidos, asediados o de mostrar comportamientos hostiles e incluso vengativos? El cambio de “profesión” a “comercio” de la Medicina, la pérdida de una identidad de siglos se había puesto en marcha, al menos en USA. Algunos dicen que hay poco que hacer, que al final la Medicina se convertirá en un negocio, en un comercio, que ningún deber nos ata a los enfermos salvo la obligación de nuestra competencia..., que la supervivencia es lo que está en juego.

Esta visión crítica de la Medicina de su país y de su integridad relanza sin embargo al moralista, que se interroga sobre las expectativas de algún cambio sociológico posible de la profesión. Puesto que los códigos son insuficientes, aunque responden a creencias éticas de la mayoría de los médicos, dado que no contienen una argumentación del por qué las normas éticas están irreversiblemente asociadas al acto de curar ¿deben desaparecer? Por la misma razón ¿es posible ser un médico ético hoy? A la primera interrogante Pellegrino responde que la imposibilidad de prescindir de las exigencias morales característica de la idea de “profesión” médica está dentro de la propia relación de sanación y que solo desde ella misma es posible establecer un balance entre auto-interés y altruismo. El imperativo moral de la profesión no hay que buscarlo lejos de la Medicina, en la tradición, la cultura, la ley. Está indefectiblemente unido a la acción de sanación. Por eso la moralidad de la Medicina es una “moralidad interna”.

Cumplimentando los argumentos de esta moralidad interna es posible siempre ser un médico ético. Son cinco: 1) El primero es la “vulnerabilidad” de la persona enferma y la desigualdad que introduce en la relación médico-paciente. La búsqueda de ayuda y alivio y la esperanza de curarse le fuerzan a consultar al médico. Es la parte débil. Frente a esta vulnerabilidad, el peso de la obligación y la responsabilidad recae sobre el que ayuda, el se ve obligado a proteger esa debilidad. Es la parte fuerte. Esto es muy diferente a la ética de los negocios, donde la vulnerabilidad de uno es una oportu-

nidad abierta para explotar al competidor. 2) La relación médico-paciente se convierte en fiduciaria, en un acto de fe humana. La confianza del enfermo es imposible de erradicar en condiciones normales. Además, los buenos médicos cooperan a esa confianza cuando el paciente capta su disposición y la finura de sus comportamientos, su empatía. Y como profesión se hace realidad la idea matriz de buscar los intereses del enfermo incluso por encima de los propios. 3) Está luego la naturaleza de las decisiones médicas. Ésta ha de ser técnicamente irreprochable, pero al mismo tiempo buena moralmente, de modo que se salve la legítima autodeterminación del enfermo. Por supuesto que estas decisiones no pueden estar contra las convicciones morales de los médicos. La naturaleza moral de la decisión ocupa así por igual un papel determinante para ambos, teniendo claro siempre que el fin del enfermo es su curación. 4) Ciertas características del conocimiento médico en la persona del profesional generan también obligaciones morales. Como ya vimos, el privilegio de la formación médica por la sociedad a los médicos establece una responsabilidad colectiva de asegurar la salud de los ciudadanos, cuyo control administrativo se reserva y le permite incluso suspender o sancionar a un médico. La sociedad confía a los médicos el cuidado de la salud de sus ciudadanos pero no la legitimidad de ser sus explotadores. El conocimiento médico no puede transformarse en una mercancía de comprar y vender; y obviamente los médicos no son los “dueños” del mismo, sino al revés “administradores” de esa salud en riesgo para el bien la comunidad. 5) Una quinta y poderosa razón deriva del interés esencial por el bien del enfermo. La decisión final de cualquier tratamiento es moralmente decisión del médico y no atribuible a una regulación legal o política sin su consentimiento. El médico o la médica son inevitablemente la salvaguarda vital de los bienes que, para la salud, se deben aplicar a los pacientes. El médico es “cómplice moral” para el bien o el mal de lo que se lleve a cabo para el enfermo. El médico no puede ser un doble agente —afirma Pellegrino— de la política económica del hospital, de los gestores de la comunidad, de la política fiscal del país o de las decisiones judiciales: sin la colaboración de los médicos no habría sido posible el extermi-

nio nazi. Irreversiblemente la naturaleza e identidad de la Medicina se opone frontalmente al ideal hobbesiano del interés propio como determinante nuclear de la conducta humana.

A la segunda pregunta ¿qué diferencia implica ser un médico virtuoso? Pellegrino responde con una argumentación donde rechaza muchos de los planteamientos de la cultura en la que él integraba el mundo norteamericano. Ni Maquiavelo ni Hobbes ni Mandeville ofrecen una solución ética a la realidad de la Medicina. Los médicos pueden y deben comportarse de forma moral aunque ello represente una dificultad sensible para muchos, pero de cumplir los cinco argumentos de la moralidad a que hemos aludido ya lo están siendo. Solo queda adquirir una conciencia de clase moral —se diría— de representar, incluso contra la sociedad, el ideal de una comunidad moral: aquella que reduce sus intereses de grupo, de gremio, a favor unos intereses superiores, en este caso de los enfermos, que es lo que les proporciona su identidad definitiva.

En el cómo de todo ello, se impone antes hacer diversos reconocimientos colectivos a la corporación médica. El primero es que ni el más virtuoso de los médicos puede cumplir sus obligaciones morales de modo aislado, sino que necesita del apoyo de una comunidad moral que le proporcione pleno apoyo. Pellegrino no duda de que este apoyo —siquiera parcialmente— se ha producido a través de las diferentes asociaciones médicas, y aflora algunas afirmaciones públicas encomiables. Son muestras de esta responsabilidad colectiva pero, por desgracia, para la estructura dominante de la Medicina de su país —la comercialización y la dependencia de los médicos a los deseos del paciente y a los intereses del mercado— tales declaraciones y medidas distan de cumplir los objetivos.

Para fortalecer el gran poder moral que fluye de la Medicina hay que adoptar más medidas. La primera no responsabilizar de toda la culpa y de lo que califica como el “lamentable estado de la atención médica” en su país, a razones externas a la propia Medicina, a las políticas públicas, a la venalidad de las aseguradoras, a la ética del mercado y su publicidad infiltradas en la Medicina,

con su papeleo sin sentido y sus administradores, etc. También hay que rechazar las denuncias santurronas de muchos que en realidad defienden intereses egoístas. La imagen de integridad moral de la Medicina solo vendrá detrás de una verdadera superioridad moral, actuando no sobre fuerzas externas a la profesión sino sobre lo que ocurre dentro. Algunos médicos han defraudado a sus pacientes en los sistemas de protección del *Medicare* o del *Medicaid* u otras terceras partes pagadoras, bien por no estar cuando hay que estar, por cobrar sin conciencia, proteger indebidamente a sus colegas en su frivolidad o, peor aún, en su incompetencia. En tanto la mayoría de los médicos han cumplido bien. Una gran parte de la antipatía que se percibe en la sociedad no es el resultado de una “conspiración” contra los médicos, sino contra estos médicos y sus comportamientos. De no cristalizar una idea fuerte y compartida de comunidad moral la diferencia entre virtudes y vicios de nuestros colegas se irá perdiendo, afirmaba. Estas prácticas impresentables y otras peores se dan y por eso, aunque imprescindibles, las virtudes no bastan. El resto de los profesionales debe movilizarse y repudiar lo que implique un daño a los enfermos. Los médicos deben demostrar y hacer público que su primera preocupación es la curación y el bienestar de sus pacientes, sin privilegios ni prerrogativas. Esta posición ante la sociedad implicará una enorme potencia moral para la profesión.

Pero todo puede resultar vacuo si la voluntad de constituirse en una comunidad moral no va acompañada por acciones. Para las desviaciones de la práctica americana, Pellegrino sostiene que la profesión y sus instituciones tienen la obligación de reflexionar sobre sí mismos. Profundizar en el origen de las desviaciones y convencer a la opinión pública y a los legisladores de que el libre mercado, la desbocada comercialización y *monetarización* de la Medicina subsiguientes, son perjudiciales para los enfermos y resistirse a ellas con argumentos convincentes. Incumplir esto es violar el pacto con los enfermos.

Desde otra perspectiva, la profesión debe resistir a la presión por la contención del gasto, el racionamiento de la asistencia sanitaria en base al beneficio empresarial en el marco de la medicina gestionada. Antes de quitar

dinero al tratamiento del que lo precisa es necesario racionalizar el desperdicio de recursos y procedimientos duplicados, la sobrecarga administrativa, las operaciones y la dispensación de fármacos tal vez innecesarios, los gastos en publicidad y burocracia. Lo mismo decir de los estímulos para la adopción de un programa de tarifas, de la inversión en nuevos centros de salud y otras compensaciones, a la docilidad de los profesionales, que son inaceptables desde la perspectiva ética.

Lo que en verdad reclama el autor es la necesidad de estar atentos a la prioridad de los intereses del enfermo, que es la principal obligación del médico. Antes que ceder por ahí, la corporación médica, en posesión de ideas claras sobre su condición de empresa moral, ha de plantear reservas a las medidas estatales o las compañías de seguros, respecto de cuantas decisiones ignoren la ética profesional de los médicos, la que representa su identidad y la que percibe la sociedad. El ordenamiento administrativo del cómo eso se hace esto o aquello no es de su incumbencia, pero siempre que la calidad de la asistencia a los pacientes se mantenga.

Pellegrino pide a los médicos que, además de asumir lo que pueda haber de renuncia a su propios intereses, lo den a conocer a la sociedad norteamericana. Mantenerse, en fin, firmes en la idea de que la Medicina no es igual que un negocio, y que esto impone claras obligaciones morales. Para una mayor concienciación es necesario refrescar la ética médica, acudir a la idea de las virtudes médicas y obviamente ejercitarlas. Y contestar: sí, es posible ser médico y médico que respeta y cumple sus obligaciones morales. La importancia de las instituciones representativas es grande a este respecto; pero no hay que pensar que una nueva ética médica pueda retrotraer las desviaciones que se difunden en la práctica, si el recurso a las virtudes médicas y el cambio en la mentalidad del principal agente, del médico, no se produce, cualquiera sea, en fin, el modelo de relación médico-paciente en el que se él sienta a gusto.

2.3. *Las humanidades médicas*

Bajo este epígrafe Pellegrino mantuvo dos abordajes paralelos pero independientes. En *The Humanities in*

*Medical Education*⁹ el maestro establece las bases para un retorno de las humanidades en la formación de los médicos. Es decir, atiende a las “humanidades” como disciplinas y/o culturas necesarias para la condición de médicos. En *Humanistic Basis of professional Ethics*¹⁰ el autor contempla la cuestión y la necesidad del “humanismo” en la práctica de la Medicina. Una perspectiva diferente aunque, en cierto modo inseparables. Las sintetizamos por separado.

2.3.1. Las humanidades en la formación de los médicos

Desde tiempos pretéritos las denominadas artes liberales han constituido pertrechos indispensables de las personas educadas y durante siglos la propedéutica indispensable para la educación de los médicos. Sobre los años 60 y principios de los 70, un buen número de facultades de Medicina en Estados Unidos habían incluido en sus programas lecciones sobre valores humanos, humanidades médicas y enseñanza de la ética. La creciente presencia de dilemas morales dependiente de los avances de la Medicina y la necesidad de mantener la condición humanista de la profesión, frente a las tecnologías, parecía haber calado en sus responsables. En expresión de Pellegrino una expansión “evangélica” parecía estar instaurándose. A ello debió contribuir un momento económico brillante con ayudas y flujos financieros adecuados. Agotados los fondos un periodo post-evangélico —abundando en su terminología— había sucedido a esta esperanza de formación humanista desde las propias facultades y escuelas de Medicina. En este primer artículo el autor se interroga sobre el por qué de enseñar humanidades a los estudiantes de Medicina. A este respecto Pellegrino deshace un equívoco frecuente. Considerar las denominadas “artes liberales” y las humanidades como una misma cosa. Por artes liberales entiende la formación de hábitos mentales y no disciplinas académicas. Artes liberales implica a la manera clásica la formación de hombres con pensamiento

propio y maduro, libres de la tiranía del pensamiento y las opiniones del momento, capaces de organizar su propia libertad y de adoptar posiciones de criterio y fundamento elaborados, de leer, pensar, escribir y hablar con sentido propio; de establecer juicios morales, reconocer lo bello y aspirar a la excelencia. En suma, la formación de hábitos de conducta que permiten llevar una vida verdaderamente humana: una formación del carácter que permite distinguir la verdad de lo falso y la realidad de lo coyuntural y utilitario, que caracteriza al disfrute de las masas.

En cuanto a disciplinas o saberes que se aprenden en los libros, las humanidades son el vehículo que dota de cultura y contribuye al pensamiento a las artes liberales, a la cristalización de una personalidad brillante. Para el médico, tanto la ciencia como las artes liberales son materialmente necesarias. El pensar del médico no es solo la activación de una lógica científica, crucial para el diagnóstico sin duda, para el pronóstico y la terapéutica; pero insuficiente para el encuentro clínico, para el análisis de un dilema ético, para establecer una verdadera comunicación o hacer un juicio moral. Las habilidades cognitivas adquiridas desde las artes liberales transforman los algoritmos del diagnóstico y hacen al médico eficiente, cercano, inteligible y humano. Las clásicas disciplinas humanísticas del *Studia Humanitatum* siguen manteniendo su vigencia, conocimientos de literatura, de gramática y lingüística, de historia y filosofía son importantes, liberan la imaginación y dotan de sabiduría para detectar el cortejo de influencias que empañan a la verdadera ciencia. Las humanidades abren la mente del hombre a un ámbito de interrogaciones de significado eterno: ¿Por qué estamos aquí? ¿Cuál mi papel como médico ante mis enfermos? La Medicina es un lugar propio para las humanidades, para el conocimiento de las artes liberales, para la práctica de un conocimiento de las relaciones humanas que completa la dimensión científica del arte de curar. Sin estas habilidades de la mente es difícil comprender los daños de la enfermedad en el alma del enfermo, en sus valores y esperanzas.

Pellegrino describe en este artículo una dimensión que piensa *coja* en la preparación humana de los profe-

9 Pellegrino, E.D.: “The humanities in Medical Education. Entering the post-Evangelical Era”, *Theoretical Medicine* 5 (1984): 253-266. D. Reidel Publishing Company.

10 Pellegrino, E.D.: “Humanistic Basis of Professional Ethics”, en *Humanism and the Physician*, 117-119, Knoxville: University of Tennessee Press, 1979.

sionales. Extiende así el plano cultural que percibe como aspiración a los jóvenes aspirantes a una profesión que estima la más humana de las ciencias, la lectura de los Elliot, de Chejov, Camus y otros. La filosofía, por fin, imprescindible para comprender la ética, disciplina puente para la comprensión del ejercicio de la Medicina como empresa moral y la historia, especialmente la historia de la Medicina, la lectura y el aprecio de los grandes humanistas e insignes médicos, de los Percival, Osler, Cabot, Cushing, Peabody y tantos otros, cuyos ejemplos empujaron hacia arriba contra el indudable derrotismo de un tiempo histórico menos eficaz de la acción médica.

Pellegrino sostuvo que las Facultades de Medicina, incluso con sus *curricula* apretados y sin horarios libres, deben atender a estas importantes dimensiones de la formación humana, por momento más indispensables. Las horas dedicadas a la búsqueda de criterios humanísticos enriquecen el espíritu y restauran la aridez y a veces la dureza del trabajo en los hospitales, en unas especialidades más que en otras. Las artes liberales hacen al médico más fuerte, más libre para distinguir los valores verdaderos de la convivencia democrática de nuestras sociedades y repeler las tiranías de las diferentes demagogias que la nutren. Muchos estudiantes acusan la falta de reflexión crítica de los modelos de aprendizaje de la profesión y la saturación de datos que reciben. Es evidente que las facultades no pueden sustituir una formación propia de otros ámbitos culturales o académicos. No están para formar filósofos, bioéticos o historiadores, pero deben hacer visible la necesidad de estas humanidades, de este modo de ser que nos caracteriza como profesión y garantiza nuestra identidad. Es su obligación crear una sensibilidad de aprecio por las humanidades y en cada caso, según las disciplinas, hacer asequibles al alumno clases, seminarios o lecciones magistrales, que estimulen su interés y sus disposiciones. El autor de esta glosa en torno a Pellegrino se siente deudor de estas inquietudes del maestro y piensa que el declive de los aspectos humanísticos que hoy se percibe en el marco de la Medicina pública —no obviamente generalizable— asienta sobre una insuficiente o nula preparación humanística que se traduce por la débil re-

sistencia a las instrumentaciones de tipo político que se experimentan, la pobreza de las alternativas desde la clase médica, la desunión y el individualismo que difunde entre las diferentes especialidades, la pérdida de fe en sus instituciones representativas y la desilusión, en fin, que muchos parecen experimentar.

2.3.2. *El humanismo y la ética profesional*

Pellegrino sostuvo que hoy está en juego la imagen del médico. Que es necesaria una refundación de la misma. Esta estaría implícita en la percepción que, en cada país, la sociedad tiene de los médicos. Mas en general la sociedad, cualquiera sociedad, demanda de médicos humanistas y cercanos. Conviene por eso concretar una definición del humanismo, un término polisémico instrumentado por las ideologías, por las más antagónicas políticas, y siempre utilizado como un reto, como un reclamo o un ideal. No raramente suele ser lo que “le falta al otro”.

El bioeticista adopta el término en el sentido amplio que la gente tiende a aplicar a los profesionales de la Medicina. Desde él, el humanismo abarca un espíritu de sincera preocupación por la centralidad de los valores humanos en todos los aspectos de la actividad profesional. Valores como el respeto a la libertad, a la dignidad y las creencias del enfermo por parte de los médicos; y una relación médico-paciente no humillante, empática y sensible a las inquietudes y cuitas que recibe, parece ser la más común interpretación del término en el mundo de los cuidados de salud.

En *Humanistic Basis of Professional Ethics*¹¹ fija en la experiencia de la enfermedad y en el cuidado de los enfermos la guía argumental que configura el humanismo médico. Durante siglos la imagen de los médicos en la sociedad vino representada por un modelo hipocrático ideal: persona noble, miembro de una comunidad selecta, que se auto-regulaba en sus acciones y gozaba de una amplia autonomía de decisión ante el enfermo. Cristianizado el modelo en la Edad Media, reformado luego en el espíritu caballeroso de Thomas

11 Ibid.

Percival y modernizado con el advenimiento de los códigos —primero en América y luego en las naciones del mundo occidental— el modelo neo-hipocrático vino a alcanzar una estatura casi bíblica —escribe Pellegrino. Una imagen de virtud acompañó a los médicos durante siglos. Pero un drástico cambio se ha producido. La imagen del médico como científico quizá ha crecido, pero como humanista se ha desdibujado, se ha encogido. Sus privilegios, su autoridad y su superioridad como profesión han cambiado drásticamente. La sociedad se ha hecho pluralista, democrática y grandes diferencias de opinión pueden dividir hoy a médicos y enfermos. Su poder deviene ahora de sus técnicas, de sus pruebas y sus procedimientos. En todas partes se lucha por reducir “el viejo poder y la autoridad de Esculapio” —afirma el bioeticista. Nuevos factores se han añadido, el control legislativo, el control judicial, los costes de la atención médica, la participación de los consumidores, la declaración de derechos del paciente, las garantías del consentimiento, la presión para la contención del gasto y un largo etcétera. La acción del médico en USA se percibe escudriñada. La auto-regulación moral de la profesión ha quedado erosionada. Además, los cambios en la relación médico-paciente introducidos por el pluralismo llevan inherente a una despersonalización y burocratización del encuentro clínico. Muchas decisiones de los médicos se transfieren a las estructuras institucionales, la identidad del médico responsable se desdibuja entre los miembros del equipo, la uniformidad de los procedimientos y las normas han hecho reducir las iniciativas de los mismos agentes del acto médico. En la Medicina que le inspira —la de su país— la adherencia de los médicos a la cultura del dinero —propio de la sociedad— y la defensa de sus intereses mediante el recurso a las respuestas sindicales, han dañado gravemente esta imagen de la Medicina como profesión y como servicio por encima de sus propios intereses.

Para Pellegrino, la ética médica tradicional está dañada y no se percibe capacidad alguna de rehabilitación. Es necesario buscar una base humanista nueva para la ética profesional, que se adapte más a la sociedad de nuestros días y que se haga menos dependiente de las

interpretaciones de la profesión nacidas de la sociedad e incluso desde el seno de la profesión. Para el moralista, las nuevas obligaciones solo pueden partir del hecho de enfermedad, de la persona concreta que experimenta el impacto vulnerante de la enfermedad en su persona. La esencia de una nueva ética humanista ha de nacer de la vulnerabilidad severa del enfermo, de la desigualdad y el daño limitante que la enfermedad imprime en su existencia, y de la desigualdad que crea entre paciente y médico. A ella nos hemos referido con anterioridad. La profesión de médico se ve invadida ahora por la obligación moral de restaurar la humanidad fracturada del enfermo. Esta obligación moral trasciende todos los antiguos privilegios y por supuesto el ámbito de los derechos.

Las limitaciones básicas que la enfermedad impone es la ruptura de la condición de humanidad integral que experimenta el individuo sano. Esta ruptura es ordenada en cuatro déficits o realidades: 1) la pérdida de la “libertad de acción”. El cuerpo es el agente que individualiza y personaliza las actividades, el vehículo de la “vida buena”. El dolor, la incapacidad, el malestar, comprometen y limitan la actividad global de la persona, el cuerpo no responde; 2) la segunda deficiencia es la incapacidad que invade al enfermo de restaurar su salud y de tomar decisiones informadas; el paciente ve reducida su libertad para tomar decisiones plenas —de acuerdo con su sistema de valores— incluso para juzgar del consentimiento; depende por decir así de los demás, de captar con plenitud la información que recibe, pese a su deseo de intervenir en la toma de decisiones; 3) esta libertad de no depender de los demás, de auto-determinarse, a que aspira el moderno orden social de las democracias y de responder en igualdad de posición y de derechos, está seriamente comprometida por la enfermedad. La dependencia de los profesionales, de las instituciones, de los administradores, de todo el aparato técnico de los hospitales, es una realidad para la persona enferma. Se encuentra a merced de la integridad, competencia y motivación de otras personas, que en su mayoría les son desconocidos. El riesgo de la despersonalización es una realidad. Su posición es altamente vulnerable; 4)

Finalmente, Pellegrino hace mención a las amenazas a su misma imagen. Los riesgos que soporta, el peligro de muerte, el dolor, la discapacidad y sus limitaciones, etc. constituyen una severa amenaza a la continuidad del proyecto de vida construido por el “yo”, la armonía entre sus capacidades y limitaciones se ve descompensada y la confianza en su gestión debilitada. En los casos graves todo puede abrirse a una nueva imagen de sí mismo, a un futuro incierto.

Las bases morales de una nueva ética han sido establecidas. El hecho de la limitación y la discapacidad que alcanza a toda persona verdaderamente enferma es el quicio infranqueable, infrangible, que transforma la acción del médico en una obligación moral. Estas obligaciones no están tan visiblemente claras en la conciencia de otras profesiones. En ésta de la Medicina sí. Son la sustancia de la ética profesional. Es el punto de partida, la base humanista y racional, de una nueva ética médica. Si el profesional no atiende conscientemente a las citadas cuatro deficiencias, que deterioran la expresión de humanidad del enfermo, su “profesionalidad” es inauténtica —afirma Pellegrino. Asistir a esas deficiencias no es una satisfacción interior del profesional, es un imperativo.

Así, a cada decisión técnica puede corresponder una obligación moral. Es el caso visible de la necesidad de una adecuada información a los pacientes, para mover a su propia decisión según su sistema de valores. Sin este dato previo bien resuelto ningún consentimiento es verdaderamente válido. Esta obligación —sobra decirlo— descansa en la situación y circunstancias del paciente, de los padres en el caso de los niños, de los tutores en el supuesto de los incompetentes, de la familia o los amigos en el inconsciente, siempre procurando hacer coincidir las decisiones con las que en su momento, de poder, hubiera tomado el mismo enfermo. Un amplio muestrario de decisiones críticas puede acompañar la gestión profesional de algunos médicos y una sutil tentación de suplantar a los responsables directos del enfermo puede, en ocasiones, suscitarse en ellos. Pero en salvando su propio sistema de valores, a los que se debe siempre, el médico ha de ser fiel a la confianza del enfermo o sus

tutores y a los valores que aquel hubiere mantenido en situación consciente.

Con todo, es obvio que las humanidades médicas mantienen una cierta indeterminación y carecen de conciencia crítica si no se encuentran sostenidas por una filosofía de la Medicina que las inserte, de algún modo, en el ámbito de la moralidad médica. El maestro percibe así un hecho cierto —vigente en la formación de los alumnos en ética médica— aquel de que pasar del modelo de las humanidades médicas a una verdadera y fundamentada moral médica exige del engranaje de la filosofía. Como se ha afirmado por sus discípulos¹², de no existir la reflexión crítica de la filosofía la articulación de las humanidades con la moralidad interna de la Medicina será difícil. Así pues, el conocimiento filosófico de la Medicina, siquiera básico, no solo no representa una más de las humanidades, sino que es el elemento cardinal de las humanidades. La reflexión filosófica sobre la identidad de la Medicina ocupó un gran espacio en el pensamiento de Edmund Pellegrino, en su búsqueda por dotar a la Medicina de unas claves ontológicas a partir de las cuales fundamentar el discurso ético renovado que percibía necesario. A ello hacemos mención más adelante.

Pero no dejó entonces, ni aún ahora, de soportar objeciones y críticas a sus planteamientos. Para sus colegas europeos, la Medicina había cambiado mucho y rápidamente, y el enfoque de su filosofía centrado en el médico y paciente parecía demasiado individualista, pues un tercer interlocutor estaba ya presente, inexorablemente, en el acto médico de muchos profesionales: las leyes sanitarias, el control institucional de la forma del encuentro clínico —según el marco público o privado— la contención del gasto, las limitaciones terapéuticas, la legalización de algunas actividades anti-deontológicas, etcétera. Una dimensión social de la Medicina poco prevista según algunos en los análisis de Pellegrino. Contra sus tesis se argumentó que situar en primer lugar los intereses del paciente restringía la ética al marco de la

12 Engelhardt H.T. y Jotterand, F. (edit.): An Introduction. Edmund D. Pellegrino's Project, en *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, University of Notre Dame Press (2008), Notre Dame, Indiana.

relación médico-paciente y no tenía en cuenta la presencia decisiva de terceros. Por ejemplo, el administrador del hospital. Si este quiebra por respetar siempre los derechos del enfermo y sus peticiones: ¿qué podría decirse de este administrador? En USA tal vez cerrara el hospital. En un sistema privado de cuidados de salud la búsqueda del beneficio es el motor decisivo de la empresa.

Además, algunas de las preocupaciones del maestro, según el patrón cultural norteamericano, no resultaban ser tan irritantes en otros países; cuestiones como la autonomía individual, el control de la tecnología biomédica, el acceso a la atención médica, la carga de responsabilidad legal de los profesionales, etc., no constituían un foco de preocupación especial. El mismo concepto de persona también hubo de soportar la acusación de individualista y sin definidos roles sociales. Pellegrino replicaría que las personas no pueden ser definidas solo en función de sus roles sociales. Mientras la enfermedad o la salud son conceptos tanto individuales como sociales, las personas son principalmente individuos, por lo que, incluso las políticas sociales, han de respetarlo así, como es. Volveremos sobre esta cuestión más adelante.

2.4. Filosofía de la Medicina

El abordaje de la filosofía de la Medicina¹³ fue objeto una abierta reflexión de Pellegrino y Thomasma a finales de los setenta, tras una amplísima revisión de los diferentes estudios a lo largo de la historia, sobre el sentido y la identidad de la Medicina. Thomasma¹⁴ ha mantenido que la visión de una sociedad cada vez más fracturada y dependiente de las tecnologías fue la motivación principal de Pellegrino, al plantearse en los principios las carencias de la Medicina norteamericana. No se nos oculta, sin embargo, que la reflexión de los autores vino precedida también por la admiración hacia los grandes clínicos y pensadores de la Medicina de su historia inmediata y especialmente de la vida y obra de Thomas Percival, Cabot, Willian Osler, Harvey Cushing, Piebody y otros insignes médicos del siglo XIX y principios del XX. Y que la idea del “humanismo médico” hizo

germinar sin duda la búsqueda formal de una filosofía de la Medicina, de un punto de partida para la reflexión sobre una reforma de la ética médica, aunque en este trabajo, a efectos prácticos, se la relegue a un tercer tiempo.

Sin embargo, aunque la historia del pensamiento médico a lo largo de siglos pudiera servir de precedente de cualquier reflexión ulterior sobre la filosofía de la Medicina, no cabe en esta síntesis una transposición de los diferentes planteamientos que pudieran haber fundado la idea de los autores acerca de una filosofía de la Medicina, y habremos de obviarlos. Nos limitamos pues a un esbozo en torno a la revisión de Pellegrino y Thomasma en *The Virtues in Medical Practice* ()¹⁵ explicitando finalmente su particular pensamiento, una investigación clave para comprender el desarrollo de sus ideas sobre la ética médica.

Para los autores, la reflexión sobre el hecho médico se remonta al origen de la Medicina y de la Filosofía, pero solo en las últimas décadas habría sido objeto de una verdadera investigación académica, a la búsqueda de una mejor identificación de “lo médico”. La primera pregunta a la que se enfrenta el investigador es a si existe o no un campo de investigación al que se pueda llamar “filosofía de la Medicina” y de serlo en qué consistiría. Otra pregunta introductoria es para qué puede servir una reflexión sobre la filosofía de la Medicina. Ambos interrogantes y sus respuestas condicionan, sin embargo, el debate actual de la Medicina como profesión. En suma: ¿posee la Medicina como profesión una esencia, una naturaleza propia, genuina, o es una mera construcción social perfectamente modificable en el tiempo? Para los autores, la reflexión interdisciplinar sobre esta decisiva cuestión ha comenzado ya con la bioética, pero también en el seno de la Medicina. Para algunos pensadores no existiría cuerpo doctrinal que pudiera constituir una filosofía de la Medicina (es el caso de Caplan) en tanto que para otros, además de existir, incluye numerosísimos campos de la Medicina abiertos a esta interpretación filosófica (Engelhardt y Erde, p.e.). Ninguna de estas dos perspectivas es, sin embargo, la

13 Pellegrino E.D. y Thomasma D.C.: Filosofía de la Medicina

14 Thomasma D.C:

15 Pellegrino, E.D. y Thomasma, D.C.:

propia de Pellegrino, que sí cree firmemente en la realidad de una naturaleza propia y genuina de la Medicina.

Se impone pues una investigación sobre la cuestión, pues aunque el tema ha sido objeto de una investigación por médicos y filósofos a lo largo de la historia, estas aportaciones han sido siempre insatisfactorias. Abierto el melón de la búsqueda intelectual sobre la Medicina, de no abordar la cuestión desde dentro de la misma, dada la gran cantidad de modelos éticos existentes, la identidad de la Medicina se irá diluyendo hasta su transformación o desaparición —afirma Pellegrino. Conocido su aprecio por la figura de Arthur Caplan,¹⁶ Pellegrino dedicó tiempo y espacio a argumentar contra su interpretación, para el cual la filosofía de la Medicina además de no ser bioética —que es, decía, una disciplina normativa— solo representaba una reflexión metafísica o epistemológica. Tampoco era, a su manera de ver, una reflexión integrable en las humanidades médicas, y afirmaba no percibir un debate abierto sobre la cuestión en el seno de la profesión. Una afirmación ésta última que al autor de este trabajo no le sorprende, dada la escasa preocupación de amplísimos sectores de la profesión por el debate sobre la esencia de la Medicina y sus negativas consecuencias, esto es, la paulatina aceptación de la idea de la Medicina como “construcción social”; y detrás la crisis de identidad, el *adelgazamiento* de los deberes morales —del peso real de su deontología— en su ejercicio, una práctica crecientemente normatizada por los parlamentos en respuesta a necesidades y pretensiones de la sociedad, algunas en claro desapego —cuando no olvido— de las obligaciones morales de los médicos. Las desviaciones de la ética médica en Estados Unidos, de las que da buena cuenta Pellegrino, son un elocuente testimonio del fracaso de eludir las cuestiones esenciales de la profesión, cuando son incómodas para la cultura de su tiempo.

Por otra parte, Pellegrino rechazó la visión expansiva de la filosofía de la Medicina de otros investigadores, pues muchas de las materias que estos incluían no son

específicamente clínicas y encajaban mejor en disciplinas como la “filosofía de la ciencia” o la “filosofía de la biología”. La filosofía de la Medicina debe limitarse a los presupuestos del acto médico, a los conceptos específicos de lo que los autores llaman “Medicina *qua* Medicina”. Pellegrino mantuvo que la filosofía de la Medicina no puede integrarse en la filosofía de la ciencia ni en otros modelos filosóficos, cada uno de los cuales responde a una intencionalidad que no es médica. Una filosofía de la Medicina verdadera solo puede atender al marco fundacional y ahora académico de la identidad de la Medicina de todos los tiempos y por tanto también del actual. Un marco supra-histórico, nacido de ella misma, aunque en todo tiempo sometido a las tensiones culturales de la época.

De este modo Pellegrino echó mano de toda una brillante erudición en torno a una hermenéutica de la Medicina a lo largo de los siglos, y rechazó el flujo de interpretaciones filosóficas de todo tipo, desde la que se había pretendido hacerla inteligible. A su manera de ver una ética médica para nuestro tiempo exige de una investigación profunda en el seno de una filosofía de la Medicina. Pero esto básicamente significa dos cosas: a) entender la ética médica como una praxis orientada a la excelencia, y b) incardinar esta ética práctica en una determinada filosofía moral. Para esta segunda opción, era imprescindible entender primero cuál es su identidad y cuál el significado real de sus grandes conceptos, históricos y vigentes, universales (dolor, sufrimiento, enfermedad, sanación, curación, cuidado, etc.) y después —solo después— establecer una genuina filosofía de la Medicina, es decir, una filosofía del acto médico y de la Medicina como “profesión”, donde todos los médicos se reconocieran.

A tal efecto, una reflexión crítica sobre la Medicina exige primero el lenguaje de la filosofía y segundo la convicción de que el método de la filosofía trasciende el método de la Medicina (en parte el método de la ciencia: observación clínica, juicios clínicos, etc.). Lo que se busca es en verdad la clave oculta de toda la reflexión moral: se trata de descifrar la identidad profunda de la Medicina y de ser capaces de distinguir

¹⁶ Bioeticista norteamericano de gran prestigio, que fuera director de la División de Bioética de la Universidad de New York y Director Asociado del Hasting Center, autor de numerosos libros y artículos de Bioética y ética médica.

entre lo que atiende al núcleo de su esencia (de su "fin") y el método de las disciplinas auxiliares (microbiología, genética, bioquímica, radiología, etc.). Pellegrino abstrae su pensamiento sobre el acto clave de la Medicina, la acción de curar, y en su seno descubre y establece lo que entiende como el núcleo o "esencia" de la Medicina, que es el "encuentro clínico", la interrelación de dos personas, una el enfermo que pide ayuda (*help*) para su salud amenazada y otra el médico con abierta disposición a sanarle (*healer*). El encuentro clínico en las etapas iniciales del acto médico, en el seno de una relación médico-paciente, se convierte en el *prius* de la obligación moral en el ejercicio de la Medicina clínica. Y por extensión de todas las formas de Medicina.

De ello se desprenden varias cosas. Por un lado, que el objetivo de las ciencias auxiliares es el conocimiento de las funciones biológicas corporales, cuyo lugar filosófico es la filosofía de la ciencia, aunque en Medicina esté orientado al fin curativo de la misma (*curing*). Pero nos equivocaríamos si fundáramos sobre ellas la filosofía de la Medicina. La Medicina *qua* Medicina no está configurada por los objetivos y fines de las ciencias auxiliares, dependientes de la filosofía de la ciencia, sino que utiliza sus datos para el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes. Pero aún mas, aunque esto atiende básicamente al fin de la curación, la Medicina *qua* Medicina está configurada para asistir a más que a la técnica misma de la curación (*curing*), cuanto al verdadero y más integral fin de la Medicina que es la sanación (*healing*), un concepto que incluye la curación y la prevención de enfermedades, y también a la ayuda/socorro del enfermo en sus necesidades a ellas vinculadas (*helping*).

En el horizonte de esta reflexión crítica aparecen conceptos viejos aquí diferenciados y definidos por Pellegrino: *curing*=curación técnica; *healing*=sanación=atención clínica integral del paciente; *helping*=práctica de la ayuda y socorro a las carencias del enfermo; *care, caring*=cuidados integrales a la persona enferma, etc. En suma, la Medicina revela desde sí una filosofía sobre el bien del enfermo y por extensión, solo por extensión, de la sociedad.

De estos conceptos fundantes, núcleo o esencia de la Medicina y punto de partida para una filosofía de la Medicina, derivarán las reflexiones oportunas sobre los agentes del acto médico (paciente y médico) y la naturaleza de esta relación inter-personal orientada al bienestar corporal y psicológico del paciente, así como todos los determinantes del acto médico en sí mismo, las causas, las probabilidades, las consecuencias lógicas, los fenómenos consustanciales a la relación médico-paciente, su taxonomía. Es decir, el análisis y reflexión de todos los ángulos del encuentro clínico y nada más.

Se comprende así mejor que la Medicina no nace cuando el médico se hace con los datos de las disciplinas auxiliares, ni es la suma aritmética de los datos e informes que éstas proporcionan, y tampoco de las habilidades adquiridas por los médicos en cada una de las especialidades. El verdadero y real origen de la Medicina es el "encuentro" entre dos personas, enfermo y médico, y la relación de petición y de ayuda que cristaliza en él, el lazo interpersonal que se establece y la esperanza común que cristaliza orientada a la sanación. De este núcleo originario el estudioso de la filosofía de la Medicina puede derivar los propios límites conceptuales de lo que la filosofía de la Medicina es y puede abarcar, contra la visión negativa de su realidad o contra la visión expansiva de la misma. Y derivar, profundizando, su realidad ontológica y las obligaciones morales que de él penden, es decir, la ética médica. Los datos analíticos, las pruebas de imagen, la identificación bacteriana o la detección gammagráfica de un daño no pueden sustituir a la plenitud de sentido que se da en la relación de *healing*, ante el riesgo a la salud o la vida de un enfermo. De lo que no existe duda es del papel capital de las disciplinas auxiliares en la práctica clínica y obviamente de su plena pertenencia a la Medicina.

La razón, afirma Pellegrino, es experiencial. Desde esta perspectiva, la propia reducción fenomenológica de cualquier clínico sobre el acto médico genuino, permite identificar en la sanación una cercanía singular al enfermo, una intimidad no sustituible, un discernimiento de la realidad de cuanto la enfermedad introduce en la vida del enfermo: tal vez de su futuro, el

de su familia, su trabajo, su sostenimiento. Se entiende claramente que el médico busca por excelencia el “bien” del enfermo en esos momentos de fragilidad. Por eso, en el núcleo de su identidad, la Medicina como profesión jamás puede dejar de estar concernida por la salud individual de los enfermos y por extensión de toda la sociedad.

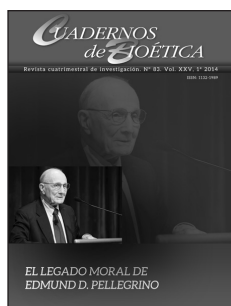
Finalmente, el maestro adelanta otras dos ideas matrices que derivan del núcleo esencial de la Medicina, es decir, del encuentro clínico. La primera es la idea de que el proceso de la sanación es una experiencia de dolor y sufrimiento para ambos agentes del encuentro: uno porque lo vivencia en mayor o menor medida, el otro porque lo ve, lo percibe y lo atiende. Tal es así que no se puede ignorar la impresionante repercusión que la enfermedad ha tenido y tiene en la literatura, la filosofía y la teología, y que ha propiciado el reconocimiento de la Medicina como una disciplina humanística. La segunda, quizá más importante, porque de la experiencia de la sanación deriva un compromiso en conciencia del médico hacia el enfermo, un deber moral que le obliga a evitarle todo daño, a curarle si es posible y ayudarle siempre. El conocimiento de la profesión le permite distinguir lo que es “recto” y lo que es “bueno” para el paciente. Lo que “puede” hacerse y lo que “debe” hacerse. En suma, la ética médica posee ontológicamente un origen interno, una moralidad interna e intrínseca, que deriva de la naturaleza del acto médico. Y es por ello que la Medicina, además de un

conocimiento científico y de una práctica de sanación, es una empresa moral.¹⁷

Referencias

- Engelhardt H.T. y Jotterand, F. (edit.): An Introduction. Edmund D. Pellegrino's Project, en *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, University of Notre Dame Press (2008), Notre Dame, Indiana.
- Pellegrino, E.D.: “The Most Humane of Sciences, the Most Scientific of the Humanities”, en *Humanism and the Physician*, 16-17 Knoxville: University of Tennessee Press, 1979.
- Pellegrino, E.D.: “The Humanities in Medical Education. Entering the post-Evangelical Era”. *Theoretical Medicine* 5 (1984):253-266. Reidel Publishing Company.
- Pellegrino, E.D. y Thomasma, D.C.: “Medicine as a Moral Community”, cap. 3, en *The virtues in Medical Practice* (1993), Oxford University Press. Inc. New York.
- Pellegrino, E.D.: “Ethics and the Moral Center of the Medical Enterprise”, *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 54, nº 7 (1978).
- Pellegrino, E.D.: “The humanities in Medical Education. Entering the post-Evangelical Era”, *Theoretical Medicine* 5 (1984): 253-266. D. Reidel Publishing Company.
- Pellegrino, E.D.: “Humanistic Basis of Professional Ethics”, en *Humanism and the Physician*, 117-119, Knoxville: University of Tennessee Press, 1979.

17 E.D. Pellegrino: *Medicine as a Moral Community*. op.cit.



UNA APROXIMACIÓN AL PENSAMIENTO DE EDMUND D. PELLEGRINO (II)

AN APPROACH TO THE THINKING OF EDMUND D. PELLEGRINO (II)

MANUEL DE SANTIAGO

Comisión Deontológica, Colegio de Médicos de Madrid

Master de Bioética y Bioderecho, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

C/ Peña Santa 55, 28034 Madrid

manueldesantiago@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

beneficencia, bien,
ayuda, sanación,
esencialismo,
constructivismo
social, ética médica.

Recibido: 14/01/2014

Aceptado: 28/02/2014

En esta segunda aproximación al pensamiento y doctrina de Edmund D. Pellegrino, se abordan las bases y propuesta de reforma de la ética médica del autor, a partir de la restauración de la beneficencia en los Cuidados de Salud. Se sintetiza la profundización del bioeticista acerca del concepto de "bien" del paciente y sus cuatro componentes. También se analizan los clásicos conceptos de Pellegrino sobre "sanación" y sobre "ayuda", que caracterizan a la estructura filosófica de la nueva ética. Finalmente, se introduce el debate del propio autor en torno a la identidad de la Medicina, sobre los conceptos de esencialismo y constructivismo social de la misma, cuestión capital para el autor sobre el futuro de la Medicina.

ABSTRACT:

Keywords:

beneficence, good,
help, healing,
essentialism, social
constructivism,
medical ethics.

This second approach to the doctrine and thinking of Edmund D. Pellegrino presents the basics of the author's proposal to reform medical ethics, based on the rehabilitation of beneficence principle in health care. It describes the research and interest of our bioethicist towards the concept of 'good' of the patient and his four components. Pellegrino's classic concepts of 'healing' and 'help' are also analyzed, as distinctive aspects of the new ethics structure. Ultimately, the debate about the identity of Medicine is also introduced, along with the concepts of essentialism and its social constructivism, a capital issue for the author for the future of Medicine.

1. Introducción

Habilitado con las claves aludidas en el anterior artículo (la medicina empresa moral, las humanidades médicas y la filosofía de la Medicina) la comprensión

del pensamiento de Pellegrino queda facilitada. En esta segunda aproximación, el objetivo es una síntesis de la reforma de la ética médica del autor y el posible diálogo con los principios de la ética biomédica. Dividimos este

segundo ensayo en dos partes: 1) La restauración de la beneficencia en los cuidados de salud; y 2) *helping* y *healing*, la estructura filosófica de la nueva ética. Es decir, las dos primeras patas del trípode doctrinal de Pellegrino, abiertas a toda la comunidad médica, cualesquiera sean sus convicciones. En un ensayo aparte, la monografía incluye la tercera pata del trípode, esencial en el legado moral del autor, las virtudes cristianas en la práctica médica.

2. La restauración de la beneficencia en los cuidados de salud

2.1. *El bien del enfermo*

La primera y fundamental aportación de Pellegrino al estudio de la ética en Medicina fue la reivindicación del “bien” del enfermo como eje nuclear de la ética médica. Desde la perspectiva de los principios de la bioética mejor decir la “restauración” del principio de beneficencia a su papel estelar. Se enfrentó así a la desviación prevalente de los principios en su país por esas décadas, es decir, al seguimiento de la autonomía del paciente como eje nuclear de la ética en Medicina. El texto clave fue *For the Patient's Good (The Restoration of Beneficence in Health Care)*¹ (1988) escrito en colaboración con David Thomasma. Ciñéndonos al concepto de bien del enfermo, los autores reconocen estar ante el principio más antiguo y universal de la ética médica. Como gráficamente afirman “es el último tribunal de apelación de la moralidad de los actos médicos”². En efecto, si es cierto que ocasionalmente pudiere quedar en suspenso ante el “bien común”, la dificultad mayor a que atiende hoy día es la diferente interpretación del concepto de “bien” en filosofía moral. Para los autores, en el encuentro clínico ambos paciente y médico son agentes morales, y como tal igualmente obligados a respetar su propia concepción del bien. Por tanto, tomar decisiones moralmente argumentadas y defendibles, en presencia de diferencias de fondo sobre lo que el bien es, implica un reto y una urgente exigencia de atender

al procedimiento y resolución de los frecuentes dilemas de la Medicina clínica.

Pellegrino se propone dos abordajes aclaratorios del “bien”: uno, establecer las diferencias entre el concepto clásico —aristotélico— de “bien” y la interpretación moderna; y dos, profundizar en el concepto de bien del enfermo, reiteradamente utilizado en Medicina. El concepto de bien clásico fue estudiado por Veatch³ en relación a la visión moderna del concepto. Según esto, los modernos interpretan el bien en términos de “derechos”, de manera que el bien para con uno mismo es el derecho a definir el propio bien, una auto-determinación pura y simple, solo limitada por el derecho de los demás a hacer lo mismo. Los derechos preceden a los deberes y la moralidad de las elecciones solo entra en función cuando la persecución de nuestros propios deseos e intereses entran en conflicto con los fines e intereses de los demás. Esto implica que no podemos saber lo que es el bien para un paciente sin conocer antes sus deseos. La opinión del paciente es el “bien”, simplemente porque él lo decide. Buscar el bien de un paciente implica desde esta visión moderna preguntarle y hacer o llevar a cabo lo que él pide. Se podría decir que es un bien subjetivo. Coincide con una concepción libertaria del bien, y por su individualismo con el modelo contractualista del acto médico. Una concepción básicamente anti-paternalista que permite a un enfermo rechazar ante el médico lo que a todas luces puede representar para él un bien —lo mejor— entendido desde la ciencia o la sabiduría de su médico.

En la visión clásica de la Edad Media, el bien lo define la cosa a que se aspira, el fin que se busca en la acción libre del agente. Es pues un bien objetivo e intrínseco definido por el objeto de la acción. El bien es intrínsecamente bueno porque su realización humaniza al agente que lo lleva a cabo, ennoblece su naturaleza humana, lo que hoy diríamos su dignidad humana. En el caso de las decisiones médicas, el bien del enfermo puede conocerlo el médico antes de proceder a una decisión o de una propuesta de decisión, y como tal acción buena

1 Pellegrino, E.D. y Thomasma, D.C.: *For the patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press (1988).

2 Pellegrino, E.D. y Thomasma, D.C.: *op.cit.* 1, p. 73.

3 Veatch, H. “Telos and teleology in Aristotelian Ethics” en *Studies of Aristotle*, D.O'Meara, ed., 1981, 279-296 (Catholic University of America Press, Washington, DC).

es un “deber” para él proponerla. Es una opción que se debe asumir por su propia bondad, al margen de lo que piense el enfermo. Es decir, el deber moral precede al derecho. Para esta concepción, los derechos existen obviamente, pero deben sancionar la ausencia de trabas para llevar a cabo el bien que es nuestro “deber” moral. Los pacientes, deduce Veatch de esta concepción, no deberían tener derecho a elegir lo que objetivamente es para ellos un mal.

La interpretación aristotélica, analizada con parámetros conductuales de nuestro tiempo, se podría decir que tiende a generar conflictos alrededor de la opinión del otro, de la visión del bien que nace en la mente del paciente. No podemos abundar aquí en el pensamiento aristotélico⁴, lo que parece cierto es que la concepción del bien tenía para el estagirita tres formas al menos de ser entendida. Por tanto, aunque ambas concepciones parezcan a primera vista antagónicas, a juicio de Pellegrino no es imposible encontrar analogías o finalidades ocultas, que identifican alguna de estas tres formas con la moderna concepción del bien en cuanto que deseo individual. Así, el “bien particular” de las personas de Aristóteles se asemeja a la idea moderna del bien propio entendido por la persona receptora, en nuestro caso los deseos del paciente en ese momento de su vida. De modo semejante y reconociendo la distancia histórica y la concepción actual de la cultura, también otras interpretaciones del bien aristotélico pueden hallar sentido en nuestro tiempo. Retornando al discurso del maestro, el bien médico, el bien sanador a aplicar al paciente, es indudablemente el fin y el objetivo genérico de los médicos. Para Aristóteles, la salud del cuerpo era un bien subsidiario, una condición necesaria para perseguir el bien de la *vida buena*, de la *eudaimonia*, de la felicidad o gratificación de una “vida lograda” en el sentir de Spaeman⁵. La conservación de la salud del cuerpo no puede invalidar o sustituir otros fines humanos superiores, y obviamente el fin o bien último de los humanos, o el “fin supremo” en el caso de los cristianos. La concep-

ción aristotélica del bien ocupó un espacio preferente en la interpretación propia del “bien médico” y de la Medicina durante siglos aunque, como mas adelante veremos, tampoco la interpretación moderna del bien, en lo material, estuvo del todo ausente en la formulación de la doctrina del estagirita.

Es un clásico de la posición moral de Pellegrino la profundización en el concepto de “bien del enfermo” que, en lo material, representa el principio de beneficencia. El deseo de dialogar con las conquistas de la modernidad sin traicionar la base tradicional de los juicios morales, llevó al maestro a la identificación de cuatros bienes, que amplifican la idea genérica actual de “bien del enfermo” como obligación legal; y a buscar una argumentación sólida, a nuestro juicio, acerca del modo de deshacer los entuertos que pudieren darse desde visiones contrapuestas entre los profesionales sanitarios y los pacientes.

La idea fundante de Pellegrino es que el “bien del enfermo” como su nombre indica es un tipo de bien que pertenece al paciente (obviamente, también el médico posee su concepción del bien), determinado básicamente por sus convicciones y su circunstancia existencial; y siempre derivado de la condición de enfermo que demanda ayuda para afrontar los riesgos y daños de su enfermedad. La búsqueda de la salud permite al enfermo el retorno a la consecución de sus objetivos personales, con el mínimo de daño o discapacidad. El “acto de profesión” del médico se convierte así en instrumento para la consecución del bien al que el paciente aspira. A menos que la incapacidad del enfermo lo impida el médico debe perseguir el bien que el paciente anhela. El modo ideal de cómo el bien interpretado por éste, en acomodo de su autonomía, y el bien de éste interpretado por el médico armonizan, fue denominado por Pellegrino “beneficencia en fideicomiso” (“*beneficence-in-trust*”⁶). De otro modo dicho: la búsqueda del bien del enfermo en el seno de una relación de confianza médico-paciente, de fe en el médico como profesional, del que se espera que se aplicará a los mejores intereses de su enfermo. Cuando esta obligación moral de actuar en favor del

4 Wilkes, K.V.: “The Good Man and the Good for Man in Aristotle’s Ethics”, en A.O. Rorty, ed., *Essays on Aristotle’s Ethics* (Berkeley: University of California Press, 1980) p.p. 341-358.

5 Spaeman, R. *Felicidad y benevolencia*, Ediciones Rialp, S.A., Madrid 1991.

6 Pellegrino, E.D. and Thomasma, D.C.: *op.cit.* 1, 51-58.

bien del enfermo se ve restringida por la ley sanitaria o por otras restricciones sociales, la obligación del profesional será buscar el modo de superar las dificultades. Solo si lo demandado por el paciente es inaceptable para su propia concepción del bien —y arremete contra sus convicciones más profundas— es cuando el médico queda eximido de su compromiso de ayuda al paciente como profesional, y cuando debe abandonar el caso. De no darse esta circunstancia, el médico, al aceptar el caso, debe promover los cuatro componentes del bien del paciente que diseña Pellegrino⁷.

Los cuatro componentes del bien del enfermo son: 1) el “bien último”, lo que constituye la norma suprema del paciente respecto a su elección del modo de vida que desea y las creencias y valores que suscribe, al que pretende seguir adherido; 2) el bien “biomédico”, lo que mejor puede lograr mediante una intervención médica adecuada a su enfermedad; 3) en ese momento de su vida y de sus circunstancias, lo que el paciente entiende como la mejor opción terapéutica, la que le permitiría proseguir en su plan y estilo de vida, esto es, su “bien particular”; y 4) el “bien del enfermo como ser humano”, como persona capaz de decisiones razonadas. Vistos así los cuatro componentes, se ha añadir que, en sucesivos análisis respecto de estos cuatro bienes parciales, a lo largo de los años, Pellegrino, sin modificar su fondo, hizo sutiles modificaciones o, mejor decir, perfiló su doctrina de los bienes, ya de terminología ya de concreción, que no podemos ahora confrontar.

En suma, a los efectos prácticos, se deduce que los conflictos a que pudiera abocar un médico son de índole clara: por una parte la distinción del “bien” en las decisiones clínicas, entendido por el paciente (y en su incapacidad por la familia u otros participantes) y por otra, la naturaleza propia del “bien” solicitado. Cuando éste es moralmente rechazado por el profesional, la necesidad de buscar una fórmula de acuerdo se impone. Un proceder satisfactorio para todos.

No cabe en esta aproximación entrar en el detalle sobre los cuatro componentes del bien del enfermo, por otra parte esencial para la comprensión de Pellegrino;

pero sí que cualquier forma de ser comprendidos y aplicados ha de tener en cuenta la realidad del mundo de la Medicina en tiempos de post-modernidad y contar con la firme determinación de los médicos de mantenerse fieles a sus deberes y obligaciones en conciencia, afinados en la identidad consuetudinaria de la Medicina. Esto no es posible ya desde una concepción de uniformidad moral de los seres humanos, esto es, ignorando la diversidad de valores, convicciones y creencias, visible en nuestros días, en una sociedad plural, individualista, reclamadora de derechos y auto-indulgente con sus debilidades. Se impone —como ya se dijo— la búsqueda de un modo propio de atender a los pacientes de las más diversas condiciones, la necesidad en suma de un “procedimiento” que alcance a conciliar los conflictos que, entre médico y paciente, pudieran generarse. El vertiginoso dinamismo de la ciencia médica y la difusión de tantas tecnologías de manifiesto sentido utilitario —en el abordaje de las limitaciones corporales— abre hoy otro campo de disenso entre los profesionales de fuertes convicciones y los pacientes mas determinados por sus deseos y exigencias. También el propio devenir del ejercicio médico, que desde una factual independencia ha pasado a ser un asalariado, diligente y dócil, privado o público —que asume el papel de “guardián del gasto”⁸— abre una brecha nueva que erosiona la clásica visión del bien médico, individual y de conciencia, al que nos hemos referido. Y que, en muchos otros lugares, como en USA, desplaza al mismo bien social —afirma el bioeticista.

Pellegrino realizó una auténtica reforma de la ética de los principios. O quizá mejor decir que creó una nueva ética para la Medicina. Su posición fue anti-paternalista y de aceptación del éxito de la formulación procedimental nacida en Belmont, en su versión clínica, difícil de ignorar y con un poder de difusión innegable⁹. Sin embargo, el fracaso de su aplicación a nivel de la conciencia de los médicos a la que tiende a disolver en la versión americana le pareció una prueba irrefutable.

⁸ Ibid., 1, 172.

⁹ Pellegrino, E.D. “La metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos treinta años”. En *Bioética para clínicos*, Azucena Couceiro (ed.), Editorial Triacastela, Madrid, 1999, 73-87.

⁷ Pellegrino E.D. and Thomasma, D.C., *ibid.*, 1, 76.

El trasfondo legalista o pre-legalista de los cuatro principios fácticamente ignora la conciencia, siendo así porque el motor originario de Belmont —como reconociera Albert Jonsen¹⁰— no fue otro que la búsqueda de una formulación ética capaz de revestirse de criterio normativo de la justicia ordinaria, ante el fenómeno de las demandas médicas. Frente a ello, frente a la dimensión ilustrada y formal de los principios y su insustancial recurso a Ross¹¹ para deshacer el conflicto entre principios Pellegrino propuso la recuperación del concepto clásico de “profesión” y desde él los deberes subsiguientes; y ante todo una nueva jerarquía de los principios de la que, sobre el papel, estos carecían: la restauración nítida de la beneficencia, del bien del enfermo, como primer principio moral del acto médico.

Con todo, aunque *For the patient's Good* constituye el núcleo originario de una ética filosófica, pensada para todos los médicos —y con esa dimensión horizontal fue redactado— no se puede ignorar el trasunto no aflorado que determinó a los autores: a saber, el abandono del recurso a la conciencia de los médicos en el acto médico y su sustitución por la autonomía radical de los pacientes. Recurso a los “deberes” en conciencia de los médicos que, desde los más lejanos tiempos, había acompañado al ejercicio de la Medicina; y nunca rechazado por la Iglesia, pese al intento medieval de redactar un modelo cristiano de la ética hipocrática¹². La beneficencia pasa a ser con Pellegrino la primera obligación moral de todo profesional —con lo que ello implica—; y la autonomía moral del médico, para sostenerla, adquiere el mismo rango y fuerza que la autonomía del paciente. Pellegrino mantuvo la legitimidad moral, además de legal, del paciente en la gestión del cuerpo enfermo, y a ello ha de responder el médico con casi absoluta preferencia. Pero tal sujeción se rompe si las demandas del enfermo son contrarias

y/o antagónicas de los valores y convicciones del médico, cuya autonomía moral de decisión en la relación médico-paciente posee la misma fuerza moral y legal que la socialmente reconocida del paciente.

Para hacer posible este pre-pacto del encuentro clínico, Pellegrino demandará del médico una estrategia de recuperación de la confianza perdida del enfermo, como motor de toda buena relación médico-paciente en especial, siempre con la mirada en el profesional de su país. Recuperada la relación de confianza, el ánimo del pacto en la negociación de las posibles discrepancias discurriría en un entorno nuevo, interpersonal y comunicativo, donde es posible alcanzar la *beneficence-in-trust*, la búsqueda del mejor bien del enfermo según la jerarquía de los cuatro componentes del bien que hemos aludido, en una relación franca de mutuo reconocimiento, incluso de “amistad” médica —como subrayara Laín Entralgo. La relación de confianza puede implicar la incorporación de la familia y de sus allegados, a la que el bioeticista incardinó desde un principio en la toma de decisiones compartidas, tras comprobar la validez moral de esta en respeto a las opiniones del propio enfermo¹³. Se sobreentiende así que la relación de confianza permite al médico conocer pronto los valores del enfermo y sus preocupaciones, sus angustias y sus miedos, a los que debe serle fiel. Tal confianza no excluye el cumplimiento normativo regularizado de la profesión, en cada país y en cada cultura, y la firma de los consentimientos necesarios y de las referencias oportunas en la historia clínica.

2.2. Los cuatro componentes del bien del enfermo

El fideicomiso de Pellegrino y Thomasma implica pues el respeto a los cuatro componentes del “bien de enfermo”, y en su seno a una jerarquía determinante, dura en ocasiones incluso para el mismo médico. El orden jerárquico de los cuatro componentes es: 1) el cumplimiento fiel del llamado “último recurso” en expresión horizontal, que incluye a todos los pacientes; es decir, el llamado “bien supremo” en la dimensión espiritual y vertical, en el diálogo del enfermo religioso con su Dios, en el respeto a sus creencias. Para la persona

10 De Santiago, Manuel: en Prólogo de J.F. Poisson: *Bioética. ¿El hombre contra el hombre?*, Editorial Rialp, S.A., Madrid, 2009, p. 9-43.

11 Ross, W.: *The Right and the Good*. Indianapolis: Hackett: 1988 (1ª ed. Oxford 1930).

12 Herránz, G.: “La deontología médica desde la tradición hipocrática al Cristianismo”. Comunicación presentada a I Congreso de médicos católicos, *“Ars médica y fe cristiana”*, Universidad CEU-San Pablo, Madrid 11-12 junio 2010.

13 Ibid. 1, 162-171.

religiosa, el mayor bien es respetar la ley del Creador, el *summum bonum* de la teología. Para los indiferentes, el bien último o último recurso es lo que, a su juicio, mayor utilidad le puede proporcionar respecto al cuidado de su vida, lo denomine de una forma u otra. Cualquier forma de paternalismo es ofensiva —llega a afirmar Pellegrino— salvo cuando en su ausencia se renuncia de modo objetivo a los intereses de ese enfermo (niños, personas no competentes, discapacitados, etc.) y es entonces perceptible la reluctancia moral del profesional. Cuando un testigo de Jehová, por citar algún ejemplo, renuncia voluntariamente a sus convicciones y acepta la decisión del médico, que le insiste en la urgencia de una transfusión —ante el grave riesgo para su vida— el médico no tiene la obligación de recordarle su *traición* moral, su falta de correspondencia a la norma de su religión, cuanto cumplir sin más la voluntad del enfermo.

En ámbitos de compromiso religioso más afín a médicos y pacientes los conflictos pueden ser menores. Sin embargo, en caso de demandas moralmente aceptables para el médico pero gravemente inadecuadas para la vida del enfermo, Pellegrino acepta el recurso de transferir la decisión final del caso desde el médico responsable al Comité de Ética del hospital, sobre todo ante cuestiones legales a las que el médico ha de atenerse sí o sí, en un intento de consenso entre el paciente y la exigencia normativa juzgada desde el Comité. Y todo antes que derivar el asunto a la justicia ordinaria. Las preferencias del paciente en términos de legitimidad administrativa sobre las decisiones o los tratamientos (exigencia de determinados tratamientos, altas médicas no aceptadas, costes inapropiados, etc.) responden mejor a tribunales o áreas de negociación abiertas al enjuiciamiento de las discrepancias del enfermo, su familia o sus representantes; a discrepancias serias que el profesional puede comprender e incluso estimar, pero cuya resolución está fuera de sus manos.

2) El llamado “bien del paciente”, segundo en orden de prioridad, es el bien del paciente como persona humana, es decir, la libertad de tomar sus propias decisiones. No solo se debe respetar su libertad, sino que es obligación moral del médico instruirle para que, en la

medida de su capacidad, sea capaz de comprender lo que le ocurre y de adoptar una decisión libre de toda coacción. En cuestiones de compleja decisión moral, en el caso de incompetencia del enfermo, es la figura de la madre sustituta la que para Pellegrino mejor puede defender los intereses del paciente. De no darse esta posibilidad, el médico puede aceptar la mediación del Comité de Ética del hospital y aún así, de estar profundamente en contra de su decisión, llevar el asunto a los tribunales de justicia, en nuestro país denunciar el caso al juez. Diversos casos de retirada del soporte vital a pacientes en Estado Vegetativo Persistente durante largo tiempo, han adquirido relevancia mediática mundial en estos años.

3) El tercer nivel en esta jerarquía del bien del enfermo es la percepción por éste de lo que, en ese momento de su vida y de sus circunstancias, más le conviene. Es lo que el autor denomina el “bien particular”. En efecto, aceptado por los agentes del acto médico los pasos 1 y 2, el paciente afronta con frecuencia decisiones médicas vinculadas a la idea de calidad de vida. Es el caso de un paciente con hipertensión severa al que se pauta un régimen sin sal, pérdida de peso, actividad física y un triple abordaje medicamentoso, que incluiría una alta garantía de su control pero también el riesgo de impotencia. La elección entre eficacia y calidad de vida irá cargo del paciente. Más serio aún: una mujer joven es operada de cáncer de mama con riesgo de recidiva local, a la que se le propone salir de quirófano con una prótesis mamaria, que tal vez pudiera retrasar el diagnóstico de una recidiva. La paciente duda pero se decide, despreciando el riesgo. ¿Debe obedecerla el cirujano si no la convence de la prudencia de esperar un tiempo? Tal se ve, el bien particular ha de ser decidido por la mujer, aconsejada por el médico, que buscará la solución más acertada para los deseos de la enferma y para la más segura curación de la paciente. En el supuesto extremo de no estar dispuesto a complacerla por razones éticas —a seguir las decisiones de la enferma— el médico debería obedecer a su conciencia y muy respetuosamente abandonar la relación de tratamiento. 4) Finalmente, aparece en escena el importante “bien médico”, la opinión científica

trasladada al enfermo a través de la experiencia y la sabiduría del profesional. Es el criterio objetivo, técnico y científico, de la Medicina, pero la opción 4 en la jerarquía moral de Pellegrino. En ausencia de conflicto en los tres pasos precedentes, es el bien que parece responder a los mejores intereses para la curación, prevención o alivio del enfermo. Es, por otra parte, la primera información del médico al paciente, una vez consciente de la validez de su propuesta desde la perspectiva de la ciencia médica, y de sus valores deontológicos y personales. Tras la información y adecuación a las condiciones del paciente y su familia, de no aflorar una reserva en los dos primeros pasos de la jerarquía del bien, el dialogo lo afrontan el paso 3 y el paso 4. En modelo Pellegrino de una relación de confianza, de “beneficencia en confianza”, pudiendo el paciente rechazar la opción 4 —el bien médico planteado por el profesional— y optar por el bien particular de otra estrategia curativa, lo importante es que la relación de confianza ha promovido en el enfermo a una disposición valorativa y ponderada de lo que su médico le dice, y que aunque la decisión final no coincida con el médico, la opción tomada representa lo mejor. Obviamente —no hay que recordarlo mas—: solo si ninguna reserva moral del médico está presente. Sea una negociación, un pacto o un acuerdo entre amigos, la relación médico-paciente cumple así los requisitos básicos de un acto médico moralmente sostenido.

3. Helping and healing: la estructura filosófica de una nueva ética

Ante la necesidad de sintetizar la estructura de la ética propuesta por Pellegrino y referida en diferentes textos, se ha de volver a recordar que el bioeticista nunca mantuvo que hubiese que renunciar a los cuatro principios de la bioética, como algunos otros habían propuesto. Pero sí mantuvo que era necesario redefinirlos y adaptarlos a la realidad de la relación médico-paciente. En su país, el predominio del principio de autonomía había erosionado gravemente a la verdadera ética médica.

Su primera propuesta fue, como hemos visto, *For the patient's good*¹⁴. Con la restauración del principio de

beneficencia y el bien del enfermo en el primer plano de la moral médica, el maestro iniciaba el complejo retorno a la casa paterna, a la identidad profunda de la Medicina. Más el retorno no podía consistir en una vuelta sin más a la ética hipocrática —a los cuarteles invierno—; y son bien conocidos los argumentos y las críticas que a ella dedicó, aún reconociendo lo que de *esqueleto* de la moral médica había tenido siempre. El punto de partida de la nueva ética fue la pregunta por los fines de la Medicina. Afirmo el bioeticista que “médicos, filósofos y burócratas de la sanidad se preguntan: ¿qué es ser médico? ¿qué tiene de especial la ética médica? ¿son primeramente curadores, sanadores de enfermos, o por el contrario son servidores, funcionarios reconocidos —autorizados— al servicio de los pacientes o de la sociedad y sus demandas; hombres de negocio, burócratas, empresarios, científicos, todos relacionados con la Medicina, pero meros instrumentos de determinados propósitos políticos o sociales? Para el autor, el debate y la confusión sobre la naturaleza de la Medicina servía de modelo de la culminación de la erosión de la noción aristotélica de “fin”, de su relación con el “bien” y entre éste y la idea de ética en sí misma. Si como dicen algunos —comentaba— los fines de la Medicina han de ser redefinidos, toda vez que ésta es una construcción social sin una especial entidad en sí misma, la urgencia por recuperar sus fines ciertos pende de una filosofía de la Medicina que nazca del mismo “encuentro clínico”, que se construya a partir de la relación interpersonal médico-paciente. Desde esta perspectiva, el “bien” en ética es el fin de la actividad humana, el bien es a lo que tiende la naturaleza humana, es decir, su *telos*. Nosotros —afirma— “no imputamos fines a las palabras y a las actividades”, ellas no son el “bien” porque nosotros deseamos que lo sean: sino que nosotros deseamos que lo sean porque ellas son el “bien”, lo bueno. Aristóteles utiliza la Medicina como ejemplo de una *tekné* cuyo fin es la salud. El fin de la actividad curativa de la Medicina es la salud del enfermo. Por tanto, la Medicina (y al igual otras actividades) está estructurada por su verdadera naturaleza que la inclina a fines específicos, y cuando estos fines son alcanzados constituyen el “bien” de esta actividad médica. Y cuando son alcanzados con

14 Ibid. 1.

perfección, con excelencia, estas actividades llegan a ser actividades virtuosas. Fines y bien en la vida humana están íntimamente relacionados. Tomas de Aquino sigue la estela de Aristóteles y como él entiende el bien como el fin o *telos* de la vida humana.

Desde hace siglos y por distintas doctrinas filosóficas, que no es posible contemplar, la ética *teleológica* ha venido siendo erosionada y en especial desde el siglo XVIII y hasta nuestros días.¹⁵ Pellegrino, para deleite del lector, sintetiza el proceso de la erosión aludiendo al nominalismo, a Kant, Hume y Moore, como artífices de este intento de demolición y hasta la post-modernidad en nuestros días: Hoy se dice que no es posible hallar un fundamento estable para la ética, y que ni a través de la razón es posible allegar a la verdad moral, que sería inalcanzable... Para Pellegrino, además, la teoría ética anglo-sajona ha acabado por enviar al limbo del olvido el fundamento de la ética, ha huido de investigar el “bien”. Solo “los derechos”, el “consenso social” sobre los valores pueden *sustituir* a la idea de ética. En suma, la moralidad —como otros la llaman— no sería algo en sí mismo, sino una creación de nuestras propias elecciones y/o de las mayorías en una sociedad abierta y liberal. La ética vendría a ser en suma una mera “construcción moral”.

Estas consideraciones pueden ser trasladadas a la idea de Medicina. Adoptadas con radicalidad, la Medicina pasa de ser una profesión en sí misma —definida por su *telos* hacia la salud, fin y bien, abierta a la excelencia moral a través de la virtud— a ser una “construcción” de la sociedad, en y al servicio de la sociedad. Para esta concepción, no existiría por tanto una moral médica genuina, sino meras normas del ejercicio médico, acordadas por consenso de los grupos intervinientes y de alguna forma vigiladas por la sociedad. Las demandas de la sociedad, las preferencias individuales y los sentimientos predominantes de cada momento histórico, confluirían en una especie de “moralidad común” a la que, por su rol social, estaría vinculada la Medicina.

El pensamiento de Pellegrino rechaza esta perspecti-

va ética anglo-sajona sobre el significado de la Medicina. En *Medicine today. Its identity, its Role and the Role of Physicians* (2002)¹⁶ pasa revista a las doctrinas sobre el significado de la Medicina de diversos profesionales eminentes que, como él, confrontan el constructivismo (León Kass, Donald Seldin, Mark Siegler y otros) pasando ampliamente de lo “políticamente correcto” para aquellos tiempos y de los pensadores de salón que, sobre la materia, sin experiencia real de la práctica de la Medicina, habían teorizado sobre ella. Para diversos bioeticistas clínicos la verdad sobre lo que la Medicina es remite indefectiblemente a sus fines. Y esta fue también la ruta intelectual de Pellegrino.

Aunque siempre integrada en el conocimiento y las dimensiones culturales de cada ámbito y país —intentando responder a las necesidades médicas de cada tiempo— la Medicina giró siempre independiente sobre sus propios fines, los que se marcaba en el escenario generalizador de la vieja ética hipocrática. Será el siglo XX, los totalitarismos y el poderoso influjo de los cambios políticos y sociales —socialización y capitalismo— el que imponga nuevas y encorsetadas reglas al ejercicio organizado de Medicina. A juicio del autor de esta revisión, son los poderes representativos de la sociedad, poder político y poder económico, a los que fácticamente interesa dominar a la Medicina en su complejidad y su poder; y es a su abrigo cómo ha nacido y se ha desplegado la teoría de la “construcción social” de la Medicina.

Pellegrino asume la dificultad del aristotelismo como fuente normativa para la nueva ética, primero porque la ética de base, el modelo hipocrático, jamás fue dependiente de una religión, un modelo filosófico u una estructura política concreta¹⁷ y después por la necesidad de superar el rechazo de la metafísica por la filosofía anglo-sajona. En el artículo aludido¹⁸ dedica una larga reflexión sobre los argumentos que conoce y que rechaza, por representar la base doctrinal de unas formas morales desviadas del ejercicio de la Medicina en

15 MacIntyre, A.: *Tras la virtud*, Editorial Crítica S.A., grupo Grijalbo, Barcelona (1987).

16 Pellegrino, E.D.: “Medicine today. Its Identity, Its Role and The Role of Physicians”, *Itinerarium* 10 (2002): 57-79. Instituto Teológico “S. Tommaso”.

17 Pellegrino, E.D.: “Metamorfosis de la Medicina...”, op.cit. 7.

18 Pellegrino, E.D.: op.cit. 14.

nuestro tiempo. La dificultad de integrar el concepto de “esencia” representa la interrogante filosófica clave a la que ha de responder quien se pregunte por la identidad de la Medicina, por su naturaleza. Para muchos las clásicas definiciones realistas o reales son imaginarias o imposibles. Aceptan el rechazo de Wittgenstein¹⁹, para quien cualquier congruencia entre el mundo real y el lenguaje que usamos es imposible. Como el filósofo escribió “la esencia es expresada como gramática”. La gramática dice que “lo bueno” del objeto de cualquier cosa... es. Desde esta perspectiva, la definición de Aristóteles del objeto por su esencia y la mayoría de las de Sócrates de lo que es...serían ilusorias. Si la esencia no es captable y mucho menos definible, la definición metafísica de la esencia de la Medicina no sería posible. Si no podemos definir los fines de la Medicina —deducen sus seguidores— solo cabe definir nosotros los usos que adjudicamos a la actividad de la Medicina a lo largo de los siglos, sacar a la luz esos usos históricos y adjudicarles un sentido, y desde ellos definir la Medicina.

Para Pellegrino, un acercamiento desde la fenomenología sí nos permite asumir la definición aristotélica del fin de la Medicina como orientación teleológica a la consecución de la salud. En nuestro tiempo León Kass lo define como el “buen funcionamiento del cuerpo humano”²⁰. En ambos casos se trata de definiciones amplias que pueden abarcar la Medicina clínica, las ciencias básicas relacionadas con la Medicina y la Medicina preventiva y social. Sin embargo, Pellegrino mantiene que para fijar el objetivo como “bien” de la Medicina y sus fines, tales definiciones necesitan de ser especificadas. Ello nos conduce al meollo de su pensamiento.

El núcleo de la actividad de la Medicina se sitúa en la Medicina clínica. Como ya se ha aludido en otras ocasiones, para el maestro, en el centro de ese núcleo se sitúa el “encuentro clínico”: y en su seno la interacción personal entre alguien que se siente enfermo y pide ayuda y alguien que profesa ser un *healer*, un sanador, un profe-

sional del *healing*, que se presta a la ayuda. La salud es el fin último de la sanación, pero la experiencia médica reconoce que, a menudo, el completo restablecimiento del cuerpo o de la mente no es alcanzable. Por esto que el fin más inmediato y próximo a la mera restauración de la fisiología y psicología alteradas, ya supone una recta decisión de ayuda al enfermo: es lo que el paciente busca en la visita al médico. El horizonte del fin sanador, del *healing*, implica al menos dos momentos integrados; la curación, el *curing*, que es el tratamiento específico del cuerpo enfermo, medicamentoso o quirúrgico —el que se nos enseña en las facultades—; y el *caring*, el cuidado, un concepto amplio en el bioeticista clínico que, cuando menos, implica dos atenciones, la idea de confort para aliviar las molestias o el dolor que arrastra la postración y la incapacidad del enfermo, y el consuelo, el *help*, la asistencia al sufrimiento moral del paciente de forma individualizada, *helping with coping*. El cuidar (*care*) es para el autor tan curativo como el curar (*cure*). Por eso la acción sanadora (*healing*) se produce incluso cuando ya no hay curación o el enfermo está moribundo. Curar puede ser, en esos momentos, una pretensión fútil, pero cuidar nunca es una acción fútil. Los cuidados paliativos son siempre curativos y sanadores, aunque ciertamente ajustados al “bien posible”. El fin óptimo de la sanación es el bien de la persona en su integridad (por tanto físico, emocional y espiritual). Los médicos debemos estar alertados sobre esta triple faceta del bien de la persona, porque con frecuencia no somos expertos en la asistencia a estas tres dimensiones del bien integral de salud.

El discurso de Pellegrino deriva ahora a las cuatro dimensiones del bien del enfermo al que se ha aludido anteriormente (bien espiritual, bien como ser humano, percepción del bien por el enfermo y bien médico). En suma, la Medicina se define por sus fines. El fin de la Medicina es la sanación, un término que amplifica el concepto aristotélico de salud. La orientación de la actividad médica a la sanación, su *telos*, es el bien de la Medicina; y la concreción real en el tiempo de esta verdadera esencia o naturaleza —lo que mejor hace visible a la Medicina— es el encuentro médico-paciente, que Pellegrino prefiere denominar “encuentro clínico”.

19 Wittgenstein, L.: *Philosophical Investigations*, 3ª ed., de G.F.M. Anscombe, trans., MacMillan, New York, 1968, p.16 (citado por Pellegrino).

20 Kass, L: *Regarding the end of Medicine and the pursuit of the Health*, en *The Public Interest* 40 (1975), summer, pp. 11-42 (citado por Pellegrino, op.cit. 14).

En *Medicine to day* ...el autor reflexiona ampliamente en torno a los diversos modelos de Medicina actuales: a) la Medicina como “cuerpo de conocimientos”, es decir, el modelo biomédico de Seldon y la variante mejorada de Engel; b) la Medicina definida en términos de fines, donde aborda el pensamiento de León Kass; c) la Medicina en términos del “encuentro clínico”, que incluye el diseño de Mark Siegler y el suyo propio —al que gusta de llamar la “aproximación esencialista” y al que vamos a referirnos a continuación.

3.1. La aproximación esencialista

Lo primero que el autor nos dice es que la aproximación esencialista está afincada en la naturaleza de la Medicina y que para hacerse con ella hay que situarla en el mundo real, y concebirla desde alguna forma de comprensión extra-mental, como algo que la define pero que está *separado* de todas aquellas características objetivables que posee, es decir, de sus accidentes, de los materiales que no son cruciales para establecer lo que la cosa es. Por lo tanto, esta “esencia” de la Medicina es totalmente independiente de algo concebido y construido por el hombre o la sociedad.

No es imposible entrar en las objeciones filosóficas que se hicieron al planteamiento esencialista del maestro. Su importancia es decisiva, pues de no darse una naturaleza de la Medicina tampoco sería posible establecer una verdadera dimensión de excelencia, es decir, no existiría una ética médica propia. Si por el contrario la Medicina es concebida como una construcción social, definida por las distintas perspectivas individuales de los burócratas y pensadores —y por tanto no hay fines intrínsecos sino meros fines instrumentales— la ética acaba siendo definida por la sociedad como un mero acuerdo; pero, además, no como un acuerdo moral sino como un mero “consenso” circunstancial, modificable e intercambiable en el tiempo. El papel de controlador del gasto sanitario, de *gate-keeper* de “guardián del gasto” como lo denomina Pellegrino²¹, pasa a ser un fin de la Medicina de tanto valor como el cuidado (*caring*) o la curación (*curing*) del paciente. Pero igualmente pueden

también adquirir condición de fines legítimos la asistencia a las ejecuciones ordenadas por el Estado, el control de la tortura a los terroristas o la asistencia a la eutanasia voluntaria, concluye Pellegrino.

La posición esencialista pone límites a muchos de los objetivos de la Medicina sancionados hoy por la justicia ordinaria y las leyes democráticas. En el fondo, es el único obstáculo que, en verdad, se opone a la instrumentación del médico a lo que la sociedad le imponga. Finalmente, Pellegrino argumenta contra del intento de hacer derivar de la esencia lo que ella como tal esencia deja fuera. Lo que nunca ha sido parte de su esencia. La determinación de la esencia por lo tanto no puede ser arbitraria. Lo esencial solo es derivable de la Medicina en sí misma. En nuestro caso del “fenómeno” de la Medicina por sí misma, de las realidades concretas de la relación médico-paciente, del significado de sanación y de cuanto hemos analizado con anterioridad. Puesto que el bioeticista no puede entrar en el debate filosófico, epistemológico y metafísico de las objeciones, entiende que el lector lo puede comprender mejor derivando su discurso a la comparación y contrastación de las consecuencias de aceptar el esencialismo o de aceptar el constructivismo social.

3.2. Constructivismo social o esencialismo, los fines sobre los objetivos

Para algunos burócratas y otros tantos pensadores sin ánimo de confrontar con el curso de la historia, es decir, con lo “políticamente correcto” en cada pueblo y cultura, la Medicina ha pasado de ser una actividad profesional independiente de los médicos articulada por una ética propia que representaría su excelencia a constituir una necesidad social. Sea por la vía de su socialización, lo sea por la vía de su comercialización, el último poder decisorio real ha de salir del seno de la profesión médica. Esta afirmación, que sin duda tiene su debilidad argumentativa, no suele verse expresada con rotundidad. Pero encuentra en el rechazo a la concepción metafísica de una “esencia” o naturaleza de la Medicina un buen argumento para la afirmación de sus objetivos e intereses. La escasa probabilidad de acuerdo sobre la

²¹ Ibid. 1, 172-189..

palabra “esencia” no puede elevarse a fin universalizable de la Medicina. No serviría para configurarla como origen de su “definición” ni como fuente de “normas éticas”. Por tanto, en su ausencia, la realidad de la Medicina, su naturaleza y su conocimiento, solo puede ser un “constructo” social. Una interpretación que se habría de dejar en manos de cada comunidad y sus valores en cada momento histórico. En nuestro momento —como en el aludido por Pellegrino— las construcciones sociales (definidas por las instituciones involucradas (los estados, las industrias y empresas sanitarias, los colegios, las distintas ramas de la Medicina, etc.) tienen en común su énfasis sobre la subjetividad, la intersubjetividad, el proceso, el diálogo, el consenso, etc., como fuentes originantes de las realidades sociales, del concepto de moralidad, de bien social o de Medicina. Súmese a esto que tal constructivismo utilizado para la Medicina carece además de un sentido filosófico formal, ni siquiera apela a la denominada ética del discurso, habermasiana, es decir, no se formula como un acuerdo moral y formal entre los intervinientes, cuanto como un “consenso” de básica dimensión política, y sujeto a las alternativas ideológicas que la caracterizan. Los objetivos de la Medicina en un tiempo pueden ser cambiados en otros en base a la crisis económica o a formulaciones del mercado, ideológicas o convencionales. El médico que ayer podía prescribir con entera libertad los medicamentos más eficaces al enfermo canceroso más necesitado, en otros momentos ya alguien o algo se lo impide. Fácticamente, el margen de decisión personal del médico ha quedado limitado. El mecanismo aplicado en cada caso por el ente decisorio y el constructo social que lo define varía extraordinariamente: desde el argumento más asequible y racional hasta el más oculto y mas utilitario.

La utilización que podemos hacer los humanos de la Medicina, tanto como ciencia o como instrumento político, abunda en “distorsiones” respecto del verdadero fin en la visión de Pellegrino, el cual cita muchos ejemplos a los que los médicos se han sometido, entre otras, la cooperación a la tortura de los prisioneros políticos como “servicio” a la patria, la cooperación al genocidio de los médicos nazis, la “limpieza” de la sociedad de los

inútiles y discapacados durante el siglo XX, la presencia en las ejecuciones de los galenos en las penas de muerte, en la re-educación de los prisioneros políticos, el faso diagnóstico de enfermo mental y su ingreso de clínicas psiquiátricas de los opositores al régimen soviético, etc. etc. Pero, en nuestros días, igualmente se podría aludir a las disfunciones del *managed care* por él denunciadas enérgicamente²². Todas ellas actividades realizadas por médicos y refrendadas por la historia, que no respondían a los fines intrínsecos de la Medicina.

En suma, las construcciones sociales que ignoran la esencia de la Medicina abren la puerta —afirma el maestro— a muchas perversiones, y constituyen una amenaza a la integridad de la Medicina como práctica clínica. Solo los fines internos a la Medicina son brújula por la que estos nuevos objetivos y propósitos sociales pueden llegar a ser juzgados. Los fines de la Medicina son la única agarradera de la ética médica. No podemos perder de vista también afirma el gran poder de la técnica en nuestros días, en una sociedad enferma, desordenada y vulnerable a usos y aplicaciones patológicas, si se pierden de vista los verdaderos fines de la Medicina.

3.3. Una construcción esencialista: los fines por encima de los objetivos

Al final de su artículo, Pellegrino sintetiza su pensamiento sobre lo que es la Medicina. Del cumplimiento de sus fines intrínsecos derivará su ética: Ésta es el ejercicio de la excelencia en el cumplimiento de los fines específicos. Para el médico con amor a su profesión el principal medio que le habilita al cumplimiento de sus fines es la virtud personal. La ética médica de todos los tiempos, nunca académicamente formulada, fue siempre una ética de virtudes. De ellas, siguiendo a MacIntyre²³, el maestro destaca el cumplimiento de las “virtudes médicas”, de las virtudes naturales imprescindibles para, en tiempos de relativismo moral, cumplir con excelencia los fines intrínsecos de la Medicina. Esto sería

22 Pellegrino, Edmund D.: “El médico como gestor de recursos: La asistencia sanitaria desde la ética y la economía” en *Limitación de prestaciones sanitarias*, colección Debates de la Fundación de Ciencias de la Salud, Ediciones Doce calles, S.L., Aranjuez-Madrid (1977).

23 MacIntyre, A.: op.cit. 15.

una obligación universal para todos los médicos, núcleo esencial de su legado moral. En el caso de los médicos de convicciones religiosas y especialmente de convicciones cristianas, el ejercicio virtuoso de los fines de la Medicina se convierte en una “vocación”. Así pues, un paso más, un paso de mayor adhesión y exigencia moral.

Desde el pensamiento filosófico al que se adhiere el bioeticista esta dimensión de servicio al hombre, que es la Medicina, es inseparable de la convicción de que es una actividad distinta a otras formas de trabajo humano, de una actividad marcada por fuertes deberes en conciencia, que no han nacido por voluntad de los propios médicos y menos como un constructo social. Que nace, en suma, de una esencia de la Medicina en sí misma, de una naturaleza específica que emerge en la relación médico-paciente, entre dos personas y dos conciencias. A las que vinculó el hecho de la enfermedad: ésta —se puede decir— es el *núcleo* del núcleo de la Medicina, ante el cual que se alza, emerge, el fin esencial de la misma, la salud en el sentir clásico, la sanación (*healing*) en el sentir de Pellegrino.

El modelo esencialista es la aportación más cercana a los médicos que buscan en su práctica la realización de sus vidas, la gratificación interior de su trabajo y su contribución al bien de la sociedad. Pellegrino alertó en numerosos textos y conferencias sobre este modo de entender la profesión de médicos y de otras directamente implicadas, principalmente la Enfermería. Sobre la contradicción que de seguro experimentarían frente a demandas de todo tipo desde el poder político, el poder económico y la sociedad. Sugirió la conveniencia de conocer las objeciones formales, las reservas del pensamiento anglosajón —de la objeción de Wittgenstein— y la dificultad de sostener la metafísica y de definir la Medicina al modo como lo hace el pensamiento realista; alertó sobre el peligro de disolución de la moral médica por el constructivismo social, de su carácter instrumental; del riesgo de la contención del gasto a costa del bien del enfermo; del papel de instrumento utilitario de las debilidades humanas, de los grandes errores de nuestro tiempo, del suicidio asistido y el aborto. Solo una concepción esencialista pone límites a la Medicina utilitaria

al establecer sus fines específicos, donde no caben estas dos dramáticas actividades, legitimadas y asumidas como el progreso o la libertad humana por una parte de la sociedad. Solo una esencia de la Medicina permite excluir lo que la construcción social incluye como Medicina y solo una esencia puede incluir, a contra corriente, lo que la construcción social puede omitir. Además, solo el esencialismo es capaz de poner límites y diferenciar la futilidad de lo que no lo es. En la esencia de la Medicina, en sus fines, no solo la curación (el *curing* de Pellegrino) es el fin de la misma, también lo son el cuidado (*caring*), la prevención y la paliación, igualmente fines curativos de la Medicina, que exigen dedicación y recursos, aún cuando muchos de los recursos consumidos carezcan de un significado productivo.

Pellegrino apuesta por captar la esencia de la Medicina, reduciendo el concepto de esencia clásico al ámbito de la fenomenología, de la captación de los fenómenos y de su reducción, de lo que se es capaz de desentrañar del seno del encuentro clínico, de sus tres protagonistas, la enfermedad, el enfermo y el médico. De este trípode de la experiencia clínica se deduce su universalidad y su existencia más allá del tiempo, del lugar, la historia o la cultura. Solo los fines descubiertos y auto-limitados al encuentro clínico son los verdaderos “bienes” de la Medicina, a los que se habrían de sujetar los profesionales que verdaderamente aman la Medicina. Las fuentes normativas en conciencia de la profesión de médico. En realidad, son los mismos fines de Hipócrates en la antigua Grecia, de Maimónides en la Edad Media, de Sydenham en el siglo XVIII, de los Osler y colegas del XIX y así de muchos otros del siglo XX. Para el autor de este ensayo no otro fue el ideal de Gregorio Marañón, Carlos Jiménez Díaz, Eduardo Ortiz de Landázuri y de Julio Ortiz Vázquez y de muchos grandes médicos españoles del siglo XX. Todos convencidos de que la Medicina era una actividad humana especial, un empeño distinto, una vocación que exigía de una entrega total. Con más de esto que de arte, técnica o habilidad, que mucho y también.

No es justo y sobre todo es desacertado despreciar las fuentes clásicas de la Medicina, el origen intrínseco de

sus fines y el carácter propio del ejercicio médico como algo diferente, que individualiza el arte de la Medicina como sanación. Pues desde la más pretérita antigüedad, además de la curación o de su intento, el cuidado y el consuelo (la ayuda, el auxilio, el socorro) —el *helping* de Pellegrino— eran fines intrínsecos de la Medicina. En su práctica, los fines de la Medicina a cumplir por los médicos han de orientarse a la excelencia, ser técnicamente buenos y moralmente rectos, buscando siempre el bien de la persona enferma. Los médicos que así actúan cumplen los fines esenciales a que alude el maestro de Georgetown y que engloba con los términos de *healing*, *curing*, *caring* y *helping*, las grandes matrices de la ética médica. Unos fines realizables en los diversos modelos de Medicina, siempre que en su seno se respete la radical prevalencia de los fines auto-limitados de la Medicina sobre otros diversos objetivos. Para el cumplimiento de estos fines el conocimiento técnico de la Medicina (conocimiento formal y habilidades) no es suficiente. Es obligatorio pero no suficiente. Es necesario que, además, se aplique dentro de la visión del enfermo sobre su salud y su bienestar. Que es, desde todos los tiempos, la experiencia universal de la enfermedad —o, si queremos, del dolor y el sufrimiento humanos— a la mirada del médico. En cada paciente y desde un pensamiento independizado y solo atento a los fines de la profesión, cada encuentro clínico es además de un acto técnico un acto moral.

El principio arquitectónico del *healing* demanda un cumplimiento integral. En consecuencia y en respuesta a la extrema vulnerabilidad del enfermo, el médico, además de oficio y conocimiento, ofrece ayuda, socorro, protección y alivio frente a la enfermedad. Pone su oficio (habilidad, destreza, dominio, arte) al servicio del enfermo, situándose en la compresión o la compasión respecto de sus intereses. Por tanto, son los fines quienes determinan las obligaciones morales de los médicos y no las normas administrativas —cuantas veces puenteadas!— y por tanto el conjunto de deberes y principios que ordenan lo que llamamos ética médica. Para Pellegrino, con la vista en su país, son estos fines en conciencia y no las normas codificadas —incluidos los códigos,

estructurados para no sembrar disfunciones con las regulaciones legales— la verdadera justificación moral de los actos médicos.

Muchas conclusiones derivan de esta concepción esencialista. Del tronco común del *healing* deriva que, al modo de la Medicina clínica, la Medicina preventiva, la Enfermería, la Salud Pública, la Medicina social y la Medicina comunitaria, deben descubrir sus fines, cada una los que llevan dentro. El *healing* configura así todo lo que hoy entendemos como Cuidados de Salud.

Por otra parte, esta línea de razonamiento no implica que, ante las disfunciones de los fines de la Medicina, los médicos vayan a ser los mejores árbitros para juzgar las decisiones. Los médicos están ligados moralmente a los fines internos de la Medicina pero no son ajenos a una posible confusión en la definición de estos fines. Para el maestro, tal vez del interior de la profesión alguna instancia representativa, ajena o inmune a influencias represivas, pueda dar criterio decisivo, si la profesión en su conjunto reconoce la verdad del *healing*. Lo que si estamos obligados a determinar es cuándo y cómo utilizamos el conocimiento médico y nuestras habilidades con arreglo al *healing*, para no pasar por alto o sancionar fines que no son intrínsecos a la esencia de la Medicina. Piénsese, por ejemplo, en las limitaciones de la justicia para dictaminar graves errores de los médicos contra el criterio de diversas y reconocidas comisiones de profesionales expertos en la materia debatida. Podemos no ser la última palabra, podemos no tener soberanía plena en la determinaciones de los fines de la Medicina —afirma Pellegrino—: pero entonces tampoco la tienen los políticos, los economistas, los burócratas de la Sanidad y menos los ciudadanos comunes. Por lo tanto, la convicción del profesional ha de ser que ningún mecanismo social, autorización real, legislativa o decreto profesional puede ser ajeno al test de congruencia con los fines internos de la Medicina, al bien especial, limitado y concreto, que determina el *healing*, el clásico bien de la salud de la historia de la Medicina.

Siempre que la Medicina ha sido utilizada para objetivos o propósitos ajenos a sus fines internos o se

ha pretendido por cualquier causa obstaculizarlos, la Medicina ha perdido su integridad como oficio y su estatuto moral como actividad humana. Tanto si quienes lo promueven son médicos, economistas o políticos. Esto implica la necesidad de que los profesionales de la Medicina estemos en posesión de razones cruciales para mantener y defender los fines de la Medicina internamente definidos. Puesto que sin tales fines no hay fuente de crítica alguna ni base para oponerse a los más malevolentes usos o utilizaciones del conocimiento médico, unas veces orientados a la utilidad de determinados individuos, otras a intereses de la sociedad o de los gobiernos. Tenemos la obligación de decir “no” y de saber cuándo es preciso decir “no”. Fue lo no hicieron los médicos soviéticos y los médicos nazis, en sus asambleas, ante la infamia que se les argumentó por aquella construcción social malevolente de la Medicina. Finaliza así Pellegrino: Los valores sociales, económicos, políticos y culturales son importantes, “pero no son soberanos”. Han de estar sometidos a críticas restricciones e incluso a su refutación cuando perjudican o debilitan los fines intrínsecos de la Medicina. Cuando cedemos y aceptamos una construcción social intolerable de la Medicina ponemos en riesgo el bien de los enfermos y la propia sociedad.

Referencias

- De Santiago, Manuel en Prólogo de J.F. Poisson: *Bioética. ¿El hombre contra el hombre?*, Editorial Rialp, S.A., Madrid, 2009, p. 9-43.
- Herránz, G. “La deontología médica desde la tradición hipocrática al Cristianismo”. Comunicación presentada a I Congreso de médicos católicos, “*Ars médica y fe cristiana*”, Universidad CEU-San Pablo, Madrid 11-12 junio 2010.
- Kass, L. *Regarding the end of Medicine and the pursuit of the Health*, en *The Public Interest* 40 (1975), summer, pp. 11-42 (citado por Pellegrino, op.cit. 14).
- MacIntyre, A. *Tras la virtud*, Editorial Crítica S.A., grupo Grijalbo, Barcelona (1987).
- Pellegrino, Edmund D. “El médico como gestor de recursos: La asistencia sanitaria desde la ética y la economía” en *Limitación de prestaciones sanitarias*, colección Debates de la Fundación de Ciencias de la Salud, Ediciones Doce calles, S.L., Aranjuez-Madrid (1977).
- Pellegrino, E.D. “La metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos treinta años”. En *Bioética para clínicos*, Azucena Couceiro (ed.), Editorial Triacastela, Madrid, 1999, 73-87.
- Pellegrino, E.D. “Medicine today. Its Identity, Its Role and The Role of Physicians”, *Itinerarium* 10 (2002): 57-79. Instituto Teológico “S. Tommaso”.
- Pellegrino, E.D. y Thomasma, D.C. *For the patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press (1988).
- Ross, W. *The Right and the Good*. Indianapolis: Hackett: 1988 (1ª ed. Oxford 1930).
- Spaeman, R. *Felicidad y benevolencia*, Ediciones Rialp, S.A., Madrid 1991.
- Veatch, H. “Telos and teleology in Aristotelian Ethics” en *Studies of Aristotle*, D.O'Meara, ed., 1981, 279-296 (Catholic University of America Press, Washington, DC).
- Wilkes, K.V. “The Good Man and the Good for Man in Aristotle's Ethics”, en A.O. Rorty, ed., *Essays on Aristotle's Ethics* (Berkeley: University of California Press, 1980) p.p. 341-358.
- Wittgenstein, L. *Philosophical Investigations*, 3ª ed., de G.F.M. Anscombe, trans., MacMillan, New York, 1968, p.16 (citado por Pellegrino).



IDENTIDAD DE LA MEDICINA EN EL PENSAMIENTO DE EDMUND D. PELLEGRINO

THE IDENTITY OF MEDICINE IN THE THOUGHT OF EDMUND D. PELLEGRINO

MANUEL DE SANTIAGO¹

C/ Peña Santa 55, 28034 Madrid
manueldesantiago@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

Acto médico,
bien del enfermo,
bioética clínica,
ética médica,
filosofía de la
Medicina, identidad
de la Medicina,
sanación, virtudes
médicas.

Recibido: 05/02/2016

Aceptado: 16/03/2016

El texto aborda el pensamiento de Pellegrino respecto de la filosofía de la Medicina, su preocupación por los cambios en la relación médico-paciente en Estados Unidos y su aportación al debate sobre la identidad de la Medicina. Con adhesión al aristotelismo-tomista, pero desde un acercamiento fenomenológico al acto médico, el maestro identifica el "fin" de la Medicina y también su límite en la "sanación" y en sus dos momentos, la curación y la ayuda, que incluye el cuidado. La Medicina –la esencia de la Medicina– aboca a la sanación porque es el "bien" al que tiende de suyo la relación entre paciente y médico, que se convierte así en su finalidad. La ética médica germina y nace en el seno de esta relación, en el *encuentro clínico* como experiencia universal de la enfermedad, el dolor y la limitación humanas. Así pues, la sanación es la esencia de la Medicina y a la vez su identidad genuina. Y la salud en sentido amplio la finalidad a la que aboca la Medicina. Una resolución conceptual que nace en la experiencia de la práctica médica y que se ha de diferenciar del involucramiento sociológico de la profesión en cada tiempo. Fuera de ella, los actos llevados a cabo no son estrictamente actos médicos. En la doctrina de Pellegrino, de la excelencia del acto técnico de la sanación y en su interior se revela la idea matriz y clásica del "bien del enfermo", como primer principio de la ética médica. El acto médico no es solo un acto técnico, es también una empresa moral, que el maestro vinculará a las llamadas "virtudes médicas". Pero este "bien" no puede ser entendido hoy en los viejos términos hipocráticos, y ha de abrirse a la dignidad de la persona enferma y a su autonomía moral, lo que exigirá de una actualización del concepto por parte del maestro, en base a cuatro clarificadoras aproximaciones que el artículo identifica y sintetiza.

ABSTRACT:

Keywords:

Medical act, the
good of the patient,
clinical bioethics,
medical ethics,

This essay addresses Pellegrino's thought on Philosophy of Medicine; it also provides an approach to his concerns on the changing relationship between patients and physicians which took place in the late twentieth century in the United States and, finally, to his contribution to the identity of Medicine debate. From an Aristotelian-Thomist way of thinking, and from a phenomenological approach to the medical act, he identifies the ending of Medicine and also its limits concerning to "healing", in his two moments, curing and helping, which includes caring. Medicine –the essence of Medicine– tends to healing, for this

¹ Presidente honorario de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI)

philosophy of
Medicine, identity of
medicine, healing,
medical virtues

relationship between patient and physician tends to a “good” which ultimately ends up being its finality. Medical ethics germinates within this relationship, the clinical encounter, as a universal experience of illness, pain and humane limitation. Therefore, healing is the essence of Medicine and truly its genuine identity. Besides healing any other act is not strictly medical.

From the doctrine of Pellegrino emerges that original and classic idea of “the good of the patient” as the main and ruling principle of medical ethics. Medical act is no longer just a technique –a technical act– but *also* a moral enterprise, which our teacher relates to the so called “medical virtues”. But this “good” may not be understood nowadays in the old Hippocratic terms and should also be related to the dignity of the patients and to his or her moral autonomy. And accordingly an updating of the concept of good is demanded by the teacher who, to this intent, stresses four main aspects which are summoned in the article

1. Introducción

En otro lugar y ante un auditorio de prestigiosos juristas volcados al bioderecho, he mantenido mi preocupación ante los derroteros que experimenta entre nosotros el ejercicio práctico de la Medicina clínica². En este trabajo se pretende la difusión de aquel propósito en el ámbito de la bioética de lengua española, mediante una perspectiva más “médica” de la experiencia acumulada, y la voluntad de difundir la visión de Pellegrino sobre la filosofía de la Medicina.

En efecto, la reflexión sobre el pensamiento de Edmund D. Pellegrino permite identificar aspectos decisivos de lo que, a todas luces, representa una crisis de identidad de la Medicina en el mundo occidental. Pocos médicos se han expresado sobre ello con tanta convicción y rotundidad como este insigne bioeticista. Por su larga trayectoria, el maestro vivió los sucesivos cambios en la mentalidad de los médicos norteamericanos a lo largo del siglo XX, denunció la parálisis de sus instituciones representativas frente a los cambios culturales en lo que tocante a Medicina; y clarividente, enfrentó la crisis identitaria que sumió a los médicos tras la aparición de la bioética con una personalísima investigación sobre el ser de la Medicina, recogido en una veintena de libros e innumerables conferencias y artículos en los medios profesionales. Frente a la claudicación de destacados estudiosos de la cuestión –posados sobre un relativismo revestido de tole-

rancia– Pellegrino fue insobornable en su defensa de lo esencial de la ética médica como constitutiva de la identidad de la Medicina, a la que consideraba una “empresa” moral. La búsqueda de una filosofía de la Medicina realista –médica cien por cien– le distanció de otros estudiosos más cercanos al consenso por encima de los valores de la Medicina, lo que no mermó su gran prestigio. Por desgracia, su figura y su obra permanecen desconocidas por una amplia mayoría de médicos, cuando paradójicamente representa el principal apoyo de la profesión frente al conjunto de entes que la instrumentalizan; y los reduccionismos de las éticas civiles que tan frecuentemente la ignoran ante las demandas de cualquier naturaleza de la sociedad, la política o el mercado.

La cuestión de la identidad fue debatida a finales del pasado siglo en Estados Unidos, donde se evidenció una sustancial discrepancia entre quienes postulaban una identidad propia y específica de la Medicina, anclada en su historia y su tradición moral, y quienes argumentaron contra la idea de una esencia de la Medicina y la concebían como mera construcción de la sociedad³. En la medida en que los paulatinos cambios en la práctica de la Medicina se suceden hoy en el mundo occidental, la im-

² Una síntesis de este trabajo constituyó la conferencia inaugural del Seminario Internacional de “BIOÉTICA Y NUEVOS DERECHOS”, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, 11-13 de marzo, 2015 (Editorial Comares, Granada 2016, en prensa)

³ El pensamiento de Pellegrino cristalizó en el medio norteamericano y aunque a favor de una atención médica a toda la población, carecía de la experiencia vivida sobre la dimensión socializadora de la Medicina en Europa. Al considerar su filosofía de la Medicina como sanación, entendió la dimensión social que ésta posee como superpuesta, no su ser específico, lo que fue origen de diferentes críticas. El lector interesado puede encontrar una respetuosa discrepancia en Kevin Wm. Wildes, S.J.: “The crisis of Medicine: Philosophy and Social Construction of Medicine”, *Kennedy Institute of Ethics Journal* (2001) 11, 71-86. Visto en perspectiva, el modelo de *healing* al que se aludirá más adelante, conserva su aplicabilidad tanto a la medicina privada como a la pública.

portancia de este debate se hace crucial pues, al contrario que en otras profesiones, implica una verdadera reconsideración de sus límites, y no tanto técnicos cuanto morales. Desde una perspectiva a más largo plazo se podría decir, sin demasiado riesgo, que está en juego la ética médica genuina y la libertad de conciencia de los médicos.

Nuestro momento histórico es de transición y difícil aventurar la dirección en que se moverán los acontecimientos. Por una parte, la auto-comprensión de la naturaleza de la Medicina no parece constituir una preocupación sensible de los líderes de la Medicina occidental, más atentos a los problemas caseros de la profesión –empleos, salarios, fiscalidad, seguros, contención del gasto, asignación de recursos, denuncias, etc.–; y por otra, los entes gestores de la Medicina gestionada regulan ya fácticamente los ámbitos de trabajo de la profesión y por la generosa libertad que les proporciona el sistema democrático. El debate de la identidad de la Medicina, pese a su importancia, queda así situado en un limbo formal e intelectual, académico y distante del inmediato día a día, que a pocos parece verdaderamente interesar.

No fue este el sentir de Pellegrino, que entró al debate desde un primer momento y acaudilló la salvaguarda de la Medicina a la manera clásica, como profesión técnica del máximo rango y como empresa moral. Su defensa de la Medicina clínica como “profesión” con un núcleo de identidad genuina e inmodificable, sujeto a una moralidad interna –que había de estar por encima de eventuales cambios culturales y políticos– le valió la crítica de los sectores no afines, en parte con algún fundamento, en parte sesgada por diferentes intereses ajenos al bien del enfermo, según él lo concebía. Para el autor de este trabajo y para un sector radicalmente afín al maestro, su mérito se sitúa entre la capacidad de presagiar la crisis de la Medicina como “empresa moral” y su empeño a contracorriente por actualizar la ética médica sin cesiones, sin hipotecas ideológicas, comerciales o políticas; sin plegarse a los intereses que circundan a la Medicina en nuestro tiempo.

Detrás de todo ello se percibe, sin lugar a dudas, la preocupación y alarma de un médico católico de convicciones profundas –culto y dialogante– que percibía la debilidad de la respuesta moral de la profesión y su

renuncia o dejación frente a los cambios sociales, incluida la pérdida de muchos de sus valores genuinos. En una breve conferencia⁴ en el Congreso internacional de Fundadores de la Bioética (2010) ya con 90 años, pero en plena lucidez mental, Pellegrino expuso con valentía su denuncia de la desprofesionalización y gradual disolución de la ética profesional en la Medicina de su país. Y fiel a su discurso de décadas atrás, recalcó la idea de la complicidad moral de los médicos en la crisis si, como comunidad moral, se mantenían indiferentes ante la injusticia, la inequidad y el sufrimiento causados por el sistema sanitario de su país, por las instituciones del negocio de la salud y por la prevalencia de los intereses individuales de los médicos sobre el bien de los enfermos.

El texto de la ponencia, además de revelar la desilusión ante el escenario que percibía –hoy un verdadero testamento de su legado–, plantea al profesional sanitario la necesidad de una profunda reflexión sobre la Medicina en cada país, y la conveniencia de implicarse en las instituciones profesionales y defender desde dentro el flanco débil de la Medicina: el ideal de “profesión” médica como “empresa moral” que defendiera el maestro. Y aunque la comprensión del pensamiento de Pellegrino pasa por reconocer que el grueso de sus reflexiones se basó sobre su experiencia de la Medicina norteamericana –en gran parte vinculada al *managed care*, a la Medicina gestionada por las compañías de seguro médico– es perfectamente posible aplicar sus razonamientos y propuestas a cualquier modelo de Medicina en cualquier tiempo y en cualquier lugar.

En este trabajo solo será posible pergeñar el *prius* de su doctrina, esto es, la necesidad de recuperar la idea esencial de Medicina y de médico, que se vincula y se designa como su “identidad”, y como punto de partida de una ética médica renovada. En una primera parte del texto se aborda los cambios en la Medicina norteamericana a finales del pasado siglo y la vocación del maestro por la moralidad médica; para sin transición, en una segunda parte, su búsqueda de la identidad de la Medicina a partir de una amplia investigación sobre la filosofía de la Medi-

4 Pellegrino Edmund D: “Medical ethics in an era of bioethics: Resetting the medical profession’s compass”, *Theor.Med. Bioeth* (2012) 33: 21-24. DOI 10.1017-012-9209-1

cina, donde desplegaría un ambicioso bosquejo histórico. De la reflexión sobre ambos estudios se desprendería, para el bioeticista, un sentido más completo del “bien del enfermo” como principio nuclear de la ética médica.

2. Contemplando los cambios

Así pues, aunque los derroteros del ejercicio profesional en el ámbito europeo discurren de modo diferente y las disfunciones axiológicas son distintas, y no se alcanza a intuir un cambio de rumbo a corto plazo, parece importante repensar algunas claves esenciales del acto médico clínico (alternativamente “acto clínico” o “acto médico”) que Pellegrino reveló como foco de la crisis, por representar el *locus* que la sociedad pretende manejar y aún dominar, ignorando que el acto médico además de ser un acto técnico –la Medicina es una *tekne*– es siempre, como él afirmara, una empresa moral⁵. Y que su identidad como profesión, además de no poder escapar a la competencia técnica, tampoco lo puede a la excelencia moral.

Competencia profesional y valores sustentan la calidad del acto médico, y en el fondo la satisfacción del médico y su gratificación como profesional. Reconocida la necesidad de la competencia en el nuevo siglo, el foco de la reflexión se habrá de posar ahora sobre los valores, sobre la ética médica, sobre la clave decisiva de la Medicina como empresa moral. En suma, incidir sobre la identidad de la Medicina, sobre *lo-que-es* y *no-es* un acto médico –sobre el alcance de sus fines y la forma de responder a la pregunta *qué es la Medicina* y *qué es ser médico*– como antesala para entender la Medicina como empresa moral, que fue el desafío que se impuso Pellegrino⁶. Y aunque la naturaleza limitada de este trabajo no permite profundizar en muchas de sus afirmaciones, el objetivo de acercar al profesional de la salud y obviamente al lector a sus inquietudes, al esfuerzo por defender los valores sustantivos de la Medicina, hoy sometidos al oleaje de los cambios y al pluralismo moral de los hombres y mujeres de nuestro tiempo.

Por otra parte, aunque este acercamiento a la práctica médica no se hace en clave de crítica a la Medicina de nuestro país –a su amplia socialización– ni al lugar del médico en las decisiones claves, técnicas y morales, de su ejercicio profesional –que a todas luces se revela distinto del norteamericano– es una realidad que el proceso de globalización que difunde hoy y el influjo de los modelos *liberales* de su ejercicio que experimentó el maestro, comienza a dejarse sentir en nuestro medio, por ahora desde diferentes fórmulas mercantiles en el espacio abierto del mercado sanitario. No sobra, pues, una mirada escrutadora a las transformaciones experimentadas por la Medicina norteamericana y la crisis de identidad que, a juicio de algunos bioeticistas, se manifiesta hoy en el ejercicio clínico ordinario de sus médicos.

Un punto de partida válido para esta reflexión, es contemplar la transformación que la sociedad de nuestro tiempo –el poder político y el mercado sanitario– viene llevando a cabo en la práctica de la Medicina en los últimos cincuenta años. Analizar cómo los modos de la actividad profesional son gradualmente impuestos a la práctica del arte médico, y regentados y normatizados desde fuera de la profesión. Y cómo, inevitablemente, la profesión y sus instituciones se advierten teledirigidas e incapaces de esquivar la realidad social y política que las determina. Pues aunque la Medicina lucha y mantiene su esencia como profesión frente a los poderosos flujos y turbulencias sociales, los médicos y sus entes representativos difícilmente alcanzan los objetivos que se proponen. A esta pérdida de influencia social, pese al inmenso poder que se acumula en el acto médico, contribuye la confusión y/o escasa reflexión crítica sobre una cuestión primaria y elemental, sobre los verdaderos “fines” –que no solo “objetivos” políticos– de la Medicina como “profesión”, una profesión señera cuyo colectivo humano se percibe con identidad propia e irrenunciable. En suma, detectando con sincera autocrítica los accidentes y la ganga que la deslustra, en cada ámbito y en cada país. Una cuestión capital aunque compleja –hoy seguramente controvertida– que fue la preocupación de Pellegrino en las postrimerías del pasado siglo, y antes, en tiempos concretos de la historia, la de otros insignes médicos

5 Pellegrino, Edmund D: “Ethics and the moral center of the medical enterprise”, en *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 7 (1978), 625-640.

6 Santiago, Manuel de: “Semblanza de un maestro”, *Cuadernos de Bioética*. 2014; 25(83); 17-23.

–verdaderos iconos de la ética médica– cuyo beneficioso influjo sobre la práctica de la Medicina fue extraordinario y de cuyos valores seguimos siendo tributarios.

3. El construccionismo social y la medicina gestionada

Recuperar una visión real de la profesión implica reconocer los profundos cambios experimentados en su entorno desde los años sesenta del pasado siglo. Por una parte y en la antesala del acto médico un impresionante desarrollo de la investigación biomédica y de la tecnología adyacente, al servicio de la Medicina, que ha sido decisiva en la eficacia de los diagnósticos y los tratamientos, y como tal determinante del alargamiento de la vida alcanzado. Y también sobre la estructura de la profesión médica, contribuyendo a la consolidación de las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas.

Por otra parte, el descubrimiento de la importante función social de la Medicina –respondiendo a cánones de justicia en el reparto universal de los bienes de la salud– y el corolario de su socialización y sus diversas formas; y la irrupción de un capitalismo sanitario bien atento a sus intereses; ocupando una presencia social determinante de la actividad sanitaria. Un entorno político y empresarial que, de modo fáctico, ha venido ocupando paulatinamente cuotas cada vez más amplias del espacio profesional clásico, individual y normativo. El dominio del mundo sanitario ha pasado a ser en unos casos un objetivo político⁷ y en otros un ámbito legal de mercantilización abierto al mercado⁸.

7 Imposible enumerar las contribuciones de Pellegrino a este respecto, ya de ámbitos profesionales ordinarios, clínicos o administrativos, ya extraordinarios como el propio de las guerras o de los sistemas políticos tiránicos, a los que dedicó una sensible atención. En un editorial de *Annals of Internal Medicine* en 1997 (127; 307-308) a propósito de los médicos nazis, Pellegrino escribió: “la integridad de la ética médica no es importante porque proteja las prerrogativas de los médicos, sino porque es un baluarte contra el uso de los conocimientos médicos con fines que no sean el bien de los enfermos”; y más adelante: “claramente, la protección de la ética médica es importante para toda la sociedad. Si la medicina se convierte, como hizo la medicina nazi, en sirvienta de la economía, de la política o cualquier otra fuerza distinta de la que promueve el bien del paciente, pierde su alma y se convierte en instrumento que justifica la opresión y la violación de los derechos humanos”.

8 Pellegrino, E.D., *op.cit.* 4.

La mercantilización de la Medicina por la compañías de seguro médico en Estados Unidos fue objeto de estudios relevantes de Pellegrino, en los que puso de manifiesto la dificultad de superar

Ambos hechos, bien asimilados por la sociedad, no descubren hoy al lector ninguna novedad ciertamente, pues responden a la organización social de las naciones avanzadas de la tierra; pero vistos desde un prisma diferente, manifiestamente moral o ético, no dejan de proyectar sombras de mucho calado sobre identidad de la Medicina en nuestro tiempo, y secundariamente sobre la clase sanitaria y el bienestar de sus actores. Dicho de otro modo, el *ethos* político y el *ethos* del negocio cercan hoy inexorablemente –para bien o para mal– la ética médica consuetudinaria.

En efecto, un incisivo “construccionismo social”⁹–como lo denomina Pellegrino– regula hoy en muchos países casi todo el espacio abierto al ejercicio profesional individual y genuino, y sus instituciones sanitarias copan el ámbito de trabajo del médico, privado y público; aunque es obvio que, en los países occidentales, sin eliminar el ejercicio privado no mediatizado, por esto que vamos denominando la “medicina gestionada”. De hecho, sus leyes, sus normas administrativas, sus agendas u ofertas de servicio, la obligación de atender demandas socialmente determinadas, la contención del gasto y una regulada prescripción, la realización de beneficios y un largo etcétera, conllevan implícitamente determinados modos de asumir la relación médico-paciente; donde el médico ha ido viendo restringida, en mayor o menor medida, su libertad de movimientos. Para Pellegrino, esta realidad que se imponía cultural y socialmente en su país modificaba, desde hacía décadas, el marco normativo y ético de la práctica médica, y había facilitado hábitos de trabajo y comportamientos equívocos que se

las diferentes perspectivas del acto médico en el marco de la *business ethics* y la ética médica. En un artículo al final de su vida, confirmados sus presagios, escribió: “En la práctica médica del mundo de hoy el “acto de profesión” de los médicos está siendo comprometido y amenazado desde muchas partes: obsesión por la cuenta de resultados, por la competitividad profesional, por las ganancias, los honores y el prestigio, etc. La des-profesionalización es un peligro constante en los modelos mercantilizados e industrializados que tanto se favorecen hoy. Hay un peligro constante de la idea integral de profesión en los individuos urgidos de ordinario al poder, el prestigio, la riqueza y el placer. El escepticismo moral prevalente hoy, el relativismo y el interés egoísta, pueden fácilmente trastornar la integridad de incluso el profesional más sensible al ámbito moral”.

9 Pellegrino, Edmund D: “Medicine Today: Its Identity, Its Role, and the Role of Physicians”, *Itinerarium* 10 (2002): 57-79. Instituto Teológico “S. Tommaso”.

adaptaban a las normas decretadas, pero con evidente riesgo para la integridad de la ética médica genuina¹⁰.

Sin disminuir la importancia del avance técnico experimentado por la Medicina y su beneficioso influjo en la sociedad, fue visible también para Pellegrino un claro coste social en la concepción de la Medicina como empresa moral¹¹. Y no solo en su país. Así, la pregunta sobre qué es la Medicina y qué es ser médico no ofrece ya una respuesta unívoca y menos una definición universal. Tampoco la idea clásica de “profesión” como vocación es hoy prevalente en amplios círculos de la misma ni entre unas naciones y otras. Todo parece indicar que el modelo humanista de Medicina de siglos atrás amenaza con ser desbordado y sustituido –si no lo es ya– por una dimensión radicalmente técnica de su práctica que, respondiendo a criterios de eficiencia y utilidad, subordina al profesional y su vieja dimensión del “bien del enfermo” a los nuevos objetivos del acto médico y su factura económica. El *managed care*, la medicina gestionada desde fuera de la Medicina –tanto la política como la mercantil– impone crecientemente sus modelos e intereses a valores genuinos de la profesión, y los armoniza a los intereses del Estado por un lado y a los del mercado sanitario por otro. Dos dicotomías subyacen sin causar especial ruido: El bien del enfermo y el bien social por un lado, y el bien del paciente y el bien del negocio por otro.

El bien del médico, como ciudadano y persona –material y espiritual– ya es menos decisivo, pues como se ha escrito “todo intento completo de divorciar la Medicina de otros ámbitos de la cultura sería inútil, incluso tonto...”¹². El punto crucial sería la convicción de los burocratas de los entes de la nueva Medicina, del carácter irreversible de la medicina como construcción social; y como tal inevitablemente influida por los valores de la cultura en donde esté situada. El médico y sus valores, el agente de una profesión que tutela la vida y la muerte

de las personas –hoy circundado por muy serios dilemas éticos– no parece contar demasiado en la mentalidad del politólogo, del sociólogo y de muchos filósofos y bioeticistas actuales.

Los nuevos médicos –nacidos en este horizonte– se acomodan insensiblemente a los cambios, que son lentos pero progresivos. Tampoco han de ser acusados de nada, todo lo contrario. Pocos son los que han tenido la oportunidad de ser instruidos y formados a estos efectos sobre la singularidad del acto médico, dado el fracaso de la educación universitaria sobre la naturaleza y concepción de la Medicina y sus valores, sobre el altísimo significado moral de su profesión, “la más humana de las ciencias, la más científica de las humanidades” –como decía Pellegrino¹³. Con independencia de la fuerza de sus valores personales, la dimensión científica y tecnológica de su práctica es determinante de su modo de actuar en la relación médico-paciente; y lo que pudiéramos denominar su responsabilidad en las cuestiones éticas de la Medicina, ampliamente abordada desde una ética científica y amoldada a los intereses del paciente o la sociedad. Dan por sentado el progreso continuado de la ciencia médica –al que preferentemente han de atender– y por descontado los recortes deontológicos de su praxis, que gradualmente se van sucediendo en las democracias liberales, distintos sin duda en la práctica de las diferentes especialidades médicas; y diversos también en cada una de las naciones.

Esto último –el coste ético de los nuevos modos de la Medicina– visto desde la respuesta de sus entes representativos, se traduce en una progresiva adaptación del marco normativo propio y en los equilibrios que la deontología genuina ha de hacer, para no transmutarse en corolario de las leyes e intereses de la Medicina gestionada, privada o pública. Un cierto ocaso de la vieja deontología –de los paradigmas neo-hipocráticos– es ya visible, cuando no percibida como incompatible con la interpretación actual de la Medicina; y así en muchas de las naciones del mundo occidental. Incluso el lenguaje

10 Pellegrino Edmund D: “Societal Duty and Moral Complicity: The Physician’s dilemma of Divided Loyalty”, *International Journal of Law and Psychiatry* (1993) 16: 371-391

11 Pellegrino, E.D., *op.cit.* 5.

12 Van der Steen, Wim J., and Thung, Paul: “*The Faces of Medicine: A Philosophical Study*” (1988) Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

13 Pellegrino, Edmund D: *Humanism and the Physician*, 16-17 Knoxville: University of Tennessee Press, 1979.

de la ética en Medicina en cierto punto acaba siendo lejano, cuasi incomprensible para muchos médicos. Ética médica y bioética son fácilmente confundidas por la ignorancia y el desconocimiento de su significado diferencial, pese a que tan directamente afecta a la identidad de la Medicina.

Por otra parte, un utilitarismo rampante que busca siempre el resultado y todo “lo que se puede hacer” sin especial sensibilidad a lo que “no se debe hacer” está presente –siempre disfrazado de “ciencia” médica–; lo que pacifica la conciencia de muchos, los cuales, por otra parte, ejercen la Medicina convencidos de la plena moralidad de sus acciones: solo una vaga idea del problema del aborto o la eutanasia parece concretar en ellos la idea integral de ética médica. Este verdadero *agujero negro* en la formación intelectual de los médicos, en la enseñanza de las humanidades y en el dominio de la estructura filosófica de la ética –y de la ética médica– explica la difusión que han tenido los principios de la bioética, pese a su simplicidad y limitaciones. Durante siglos una fuerte experiencia sobre las carencias de la Medicina ante la enfermedad y un reconocimiento benefactor de la figura del médico fueron visibles; en tanto hoy la sociedad se rinde al esplendor de los avances de la Medicina –y sobre todo de la cirugía y la investigación biomédica– pero el médico como persona y profesional ha perdido, al menos en algunos países, el halo de bonhomía y de benefactor de la sociedad de que disfrutaba, para pasar a ser un asalariado distinguido y respetable, necesario y nada más.

Además, el extraordinario bien social de la Medicina que difunde –del que hay que congratularse– no parece cohonestar siempre con el bien individual del profesional médico, crecientemente *funcionarizado* y en no pocos casos desilusionado de lo que, en el marco de trabajo establecido, a él le toca hacer. David contra Goliath, la ética médica clásica, individual de la conciencia del médico ante el paciente, experimenta hoy una clara tensión en ámbitos concretos de la Medicina nunca en otro tiempo experimentado, y en especial frente a determinadas tendencias del utilitarismo médico en el principio y final de la vida. Una tensión, un desaso-

siego, que es más o menos percibido por el profesional en función de sus convicciones morales personales.

Recuerda Pellegrino que el propio acto médico no se percibe ya, por muchos, como el “acto de profesión” por excelencia –como “servicio” a la manera clásica– donde el bien del enfermo prevalece sobre el bien del profesional. Nuevas interpretaciones del acto médico son hoy una realidad, ya sea al modo de un puro negocio sujeto al mercado y bajo administración de las compañías de seguros¹⁴ –como en USA; ya como contrato empresarial tendente a suscribir los intereses del cliente y su radical autonomía de decisión; ya, en fin, como ejecutoria funcional en la medicina socializada y regulada por leyes de raíz política. Obviamente que se dan posicionamientos mixtos y que en cada nación y ámbito cultural los modos de la Medicina registran estilos y tradiciones morales propias, unos más liberales, otros más conservadores.

Y obviamente también que los modelos prevalentes de la organización sanitaria, socializado y mercantil, no tendrían por qué ser *de suyo* antagónicos de la moral médica clásica; y que podrían cohonestarse con la identidad esencial de la Medicina. Pero este esfuerzo no parece haber sido atendido mucho por las partes, y quizá por la debilidad del colectivo sanitario¹⁵. Porque no son escasas las ocasiones, en fin, en las que el profesional ha de transigir y otras –que irán a más– donde se ve impelido a la figura legal de la objeción de conciencia, por otra parte a contracorriente y no siempre facilitada por la ley. Aunque gran número de profesionales sortean, como pueden, los actos que sus conciencias rechazan –dentro de determinados ámbitos de trabajo y de culturas de tolerancia– solo una cuota menor de los

14 Pellegrino, E.D., *op.cit.* 8. Véase también cita 29.

15 En la reforma sanitaria de Obama en EEUU, es sabido el conflicto creado por el gobierno frente a la amplia red hospitalaria e instituciones sanitarias de titularidad por las diferentes Iglesias del país, especialmente con las propias de la Iglesia católica, al serle exigida la práctica de ejecutorias clínicas antagónicas para sus convicciones morales (abortos, esterilizaciones, anticoncepción, etc.) como requisito para integrarse en las leyes dictadas por la política. Sobre estas cuestiones, el lector puede acceder a un texto clásico de Edmund D Pellegrino: “The physician’s Conscience, Conscience Clauses, and Religious Belief: A Catholic Perspective”, *Fordham Urban Law Journal* (2002)30: 221-244; y también a la versión castellana publicada en *Cuadernos de Bioética* (2014) 83:25-40, asequible en internet.

agentes –pacientes y médicos– disfruta hoy de una relación médico-enfermo verdaderamente independiente de toda mediatización.

En suma, aunque la identidad de la Medicina ha sido objeto de diversos estudios en las últimas décadas¹⁶, por diferentes pensadores, sigue siendo hoy una cuestión abierta y controvertida. Como mantuvo Pellegrino en su día, la realidad evidencia que la dimensión gestionada de la Medicina que prevalece, respondiendo en pura lógica a sus propios intereses, discute o niega identidad al arte de la Medicina; y con ello una diferente visión del acto médico va sutilmente transformando los fines e ideales que lo han configurado durante siglos, a la par que jubila como obsoletos valores fundantes de la profesión. Para el maestro, no son pocos, en fin, los que mantienen hoy que no existe ni habría existido nunca una ética médica genuina y permanente; pues siempre habría sido la sociedad, respondiendo a exigencias de salud y ordenación sanitaria, la que habría construido la moralidad médica.

Pellegrino dedicó una parte de su vida a refutar estos planteamientos, que estimaba preocupantes para el futuro de la profesión y también para la sociedad. Tres deficiencias del construccionismo le inquietaron siempre: 1) la tolerancia ante el *borramiento* del concepto de “servicio” clásico –antes aludido– especialmente cuando los intereses de las entidades sanitarias, los descarríos morales de la sociedad y el egoísmo de los médicos hacían su aparición; 2) cuando el llamado deber social (la contención del gasto, los intereses del Estado o la patria, por ejemplo) chocaba con la conciencia de los médicos y sus códigos y los intereses del paciente; y 3) ante un principio de autonomía moral del enfermo distorsionado y determinante frente a la conciencia del médico.

¹⁶ Además de *A Philosophical Basis of Medical Practice*, de Pellegrino (1981), que despierta el interés conceptual sobre el tema, en las décadas siguientes otros abordajes, parciales o totales, han sido publicados, cuya enumeración parece innecesaria. Una mención obligada es la traducción al castellano por la Fundació Víctor Grífols i Lucas (Barcelona 2005) de dos trabajos, uno el informe “*The Goals of Medicine: Setting New Priorities*”, Report del Hastings Center (New York, 1996) bajo la coordinación de Daniel Callahan: un acuerdo entre representantes de algunas naciones desde una perspectiva de ética discursiva, con objetivos diferentes a la investigación filosófica llevada a cabo por Pellegrino; y otro más cercano de Mark Siegler sobre ética clínica –de hace una década– asequible en internet.ca los hechos o circunstancias

Para el autor de este trabajo y sin interés por desmesurar la cuestión, es difícil no pensar que está en juego la identidad genuina de la profesión médica. Pero a la vez, siendo esto una apreciación fundamentada, también lo es que la historia de la Medicina del futuro no está escrita ni cualquier descamino es irreversible; y en consecuencia que su relato permanece abierto a la contemplación y sobre todo a la acción de los profesionales sanitarios. Desde esta perspectiva, el legado moral de Pellegrino puede representar el punto de partida de una *sacudida* interior de la Medicina y un bien para la sociedad. Un legado que merece ser repensado por las actuales generaciones.

4. El camino hacia una vocación

Para hacer visible la figura de Pellegrino y responder a la pregunta sobre la identidad de la Medicina según su pensamiento, en este trabajo se entremezclan los orígenes de la vocación por la ética de este eminente médico¹⁷ con la confusión y pluralidad en la interpretación o el significado del acto médico, que se produjo en la medicina norteamericana a partir de los sesenta del pasado siglo y que es ya observable en Europa. Desde su visión de clínico, el maestro recuperó y actualizó las bases que entendía originarias de la ética de la Medicina y de los médicos. Al proceso de cambio acelerado, de metamorfosis, que experimentaba la Medicina de su país –que diversificó los fines básicos del acto médico y *obscurió* la primacía del bien del enfermo como eje de la profesión– Pellegrino opuso todo un aparato conceptual en torno a una realista filosofía de la Medicina, nunca antes llevada a cabo; y actualizó la vieja idea de “servicio” al enfermo que una tradición inmemorial había consagrado; y sobre todo reivindicó la necesidad de la virtud de los profesionales y de las denominadas “virtudes médicas”. La mejor guía para optar por lo ético, ante un dilema, sería el discernimiento de lo que una persona buena y virtuosa decidiera. Determinados rasgos del carácter de tales personas, que les permiten ponderar y elegir con acierto el bien y lo recto se definen como “virtudes”, es decir, disposiciones o hábitos del carácter que les conducen a tomar decisiones correctas y buenas.

¹⁷ De Santiago, M, *op.cit.* 6.

En suma, Pellegrino fue un clínico que ejerció la Medicina hasta sus últimos días y a la vez un formidable pensador, un moralista, una figura mítica en la historia de la bioética, respetado por unos y por otros. De él se dijo que era un “conservador” abierto y dialogante, en posesión de criterios racionales y bien fundamentados, que gustaba de debatir civilizadamente con cualesquiera otros eruditos en las cuestiones abiertas de la ética médica. A su muerte, en 2013, con 93 años, diversas necrológicas en revistas de prestigio identificaron su perfil profesional y la importancia de su significado histórico. Especialmente un editorial de Joseph Fins –bioético prestigioso del Hastings Center– que le situaba en la cúspide de un triángulo, después de Hipócrates y Thomas Percival: “aunque nadie habría profundizado tanto como Ed –así le llamaban sus amigos– en la noción de ética médica”; y un segundo editorial, esta vez de su discípulo Daniel P. Sulmasy; ambos en el *Kennedy Institute of Ethics Journal*¹⁸. Siendo también muy cercano un tercer artículo titulado *The Good Doctor*¹⁹ –también de Sulmasy– donde éste presagiaba con su fallecimiento el fin de una era. Parecía desaparecer el último defensor radical, figura estelar e irrecuperable, de un modelo humanista de Medicina quizá inasumible por la cultura contemporánea²⁰. Sin duda, su rechazo a la mercantilización de la Medicina en su país y en otros su dependencia y/o manipulación por el Estado; y su modo de entender la moral médica, le valió rechazos específicos y la cínica acusación de defensor de un “profesionalismo nostálgico”. Pero también el seguimiento y la admiración de muchos profesionales. Pues –como glosara Sulmasy– su discurso era tan claro, sus argumentos tan rigurosos y su sentido común tan contundente²¹, que nada pudo restarle prestigio. En todo caso y para muchos el más comple-

to estudioso de la ética médica del siglo XX y principal adalid de las virtudes en la ética de la Medicina.

En efecto, integrado en la tradición hipocrática y admirador de los grandes pensadores médicos de los siglos XIX y XX –de los Gregory, Percival, Osler, Peabody o Harvey Cushing, entre otros– Pellegrino, presente en las cuestiones éticas incluso antes de los inicios de la bioética²², asistió a la ceremonia de la confusión que la irrupción de la filosofía política al interior de la Medicina –a través de la bioética– supuso para la profesión médica en el entorno de los años ochenta. En un brillante artículo ulterior, el maestro mantendría que, por esos años, el ejercicio de la Medicina en su país padeció la más severa tensión interna de su historia.²³ La ética médica había pasado de ser una moralidad interna de la profesión a una preocupación abierta de la sociedad; y por primera vez a objeto de una investigación filosófica, un ámbito vulnerable a las modas y a las múltiples opiniones de la filosofía: “Las consecuencias de todo esto para la estructura de la ética médica –escribió– son a la vez saludables y problemáticas, y presentan un desafío arduo de gran significación”²⁴.

De los fines de la Medicina como él los entendía, se desprende que Pellegrino se revolviera contra tantas cesiones morales de la Medicina de su país: A la aprobación del aborto y del suicidio asistido²⁵ habría que sumar buen número de cuestiones derivadas del utilitarismo cientifista, tal como la dimensión radicalizada de los métodos de reproducción asistida con destrucción de embriones humanos; el alquiler de úteros; el negocio y la compraventa de órganos para trasplantes, la cooperación a la tortura por razones de patriotismo o de Estado, y en general en todo el ámbito del *do not kill*, aborto, suicidio asistido, eutanasia, aceleración de la muerte para obtención de órganos para trasplantes, etc. De esto escribió: “Inten-

18 Fins, Joseph J: “In memoriam: Dr. Edmund Pellegrino’s Legacy: Secure in the Annals of Medicine”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2 (2014) 97-104; y Sulmasy, Daniel P: “Edmund Pellegrino’s Philosophy and Ethics of Medicine: An Overview”, *Kennedy Institute of Ethics Journal* (2014) 2:105-112.

19 Sulmasy, Daniel P: “The Good Doctor”, en *The New Atlantis*, 19 (2013) 51-55.

20 *op.cit.* 19. Así lo afirma el autor: “o, tal vez, la verdadera historia sea, simplemente, que hoy no hay otro Ed Pellegrino que pueda hacer tantas cosas y hacerlas todas bien”.

21 *ibid.*, 19.

22 La preocupación de Pellegrino por la moral médica está ya presente en “Ethical Considerations in the Practice of Medicine and Nursing”, publicado en *Proceeding of the First National Conference for Professional Nurses and Physicians* (1964): 39-48, Williamsburg, VA: American Medical Association.

23 Pellegrino, Edmund D: “The metamorphosis of Medical Ethics. A 30-Year Retrospective”, *JAMA*, 9 (1993) 1158-1162.

24 Pellegrino, E.D., *op.cit.* 23.

25 Pellegrino, Edmund D: “Physician Assisted Suicide and Euthanasia: Rebuttal of Rebuttal-The moral prohibition Remains”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 1 (2001) 93-100.

cionally ending of life of a patient is to "kill" the patient despite the euphemisms generated to call it something else. Killing can never become healing. It is by definition a denial of the first end of medicine –acting for the good of the patient". Y así, otras muchas ejecutorias, menos polémicas, ninguna de las cuales constituía para él un verdadero acto médico, y no pocas que cabían en el ámbito de los absolutos morales²⁶.

Ante esta vieja cuestión de los "absolutos", tan rechazada por el relativismo de nuestro tiempo y por gran parte de la bioética laicista, Pellegrino fue claro y terminante: el pragmatismo americano, el consecuencialismo en boga y los valores individuales habían lubricado el camino hacia un cuasi absoluto relativismo moral.²⁷ Como aún mantienen muchos, los absolutos morales siguen siendo anatema; y en especial para determinados grupos de bioeticistas a los que el maestro calificó con crudeza de elitistas, antidemocráticos, autoritarios e incapaces de adaptarse a los rápidos cambios sociales²⁸ Uno de cuyos rasgos identificadores sería la común antipatía al código hipocrático, reflejado hoy en los esfuerzos por su deconstrucción.

Además, la progresiva pérdida de la libertad de conciencia de los médicos y los cambios en la relación médico–paciente, derivados de una incisiva interferencia burocrática –con daño para la relación de confianza– eran para él perceptibles; como también el afán de lucro que emergió en muchos profesionales en respuesta a incentivos monetarios de dudosa reputación. El concepto de "profesión" clásico –ya aludido– al servicio preferencial de los pacientes, fue sometido a dura prueba por el negocio de las compañías de seguros y por la transformación del médico en *gate-keeper*, en guardián del gasto sanitario por la *business ethics* en el citado *managed care*²⁹; y todo, para mayor reserva, en medio

de un desarmado colectivo de profesionales, fascinado por los avances tecnológicos de la ciencia aplicada al acto médico.

Sensible a esta veloz transformación de la profesión y decepcionado ante la pobre respuesta de la Medicina oficial –por el fracaso de la ética deontológica– Pellegrino fue virando desde su nicho vocacional en la educación médica hacia el mundo de la bioética y sobre todo a la moralidad de la Medicina. Una decantación que, sin dejar de atender a enfermos, se transformó en la razón de ser de su vida. Alguna vez dijo –no sin ironía– que "el mundo occidental ha sido testigo de 2500 años de moral médica, pero solo 50 de ética médica..."³⁰. En sus últimas décadas rechazaba el apelativo de bioeticista y prefería que le interpretaran como un sencillo estudioso de la ética médica, como médico y filósofo a tiempo parcial.

Desde esta visión, Pellegrino se reafirmó en la tarea de reflexionar sobre la moralidad de la Medicina y desde el referente de sus 2500 años de historia³¹. Y enseguida percibió el gran déficit entre teoría y práctica en los médicos, y la pobreza de sus recursos filosóficos: "incluso el más prácticón de nosotros –escribió– tiene que apoyarse en definitiva en alguna estructura filosófica, salvo que se contente con abandonar sus decisiones morales a sus intuiciones o a sus preferencias viscerales"³². Había pues que someter a análisis toda la historia de la ética en Medicina, y responder a las preguntas claves: ¿qué es la Medicina? y ¿qué es ser médico? Y para ello, necesario comenzar por el principio y con la ayuda de la filosofía. Responder a sendas preguntas implicaba ir a la realidad de la profesión en el decurso de los siglos. Y ya, en la perspectiva de nuestro tiempo, encontrar su razón de ser.

26 Pellegrino, Edmund D: "Some Things Never Be Done: Moral Absolutes in Clinical Ethics" *Theoretical Medicine and Bioethics* (2005) 26: 469-486 (DOI: 10.1007/s11017-005-2201-2).

27 Ladd, John (ed.), "Ethical relativism" (Belmont CA: Wadsworth Publishing Co., (1973) pp 1-12 (citado por Pellegrino).

28 Pellegrino, E.D., *op. cit.* 26, p. 471.

29 Pellegrino, E.D., *op.cit.* 8.

La cuestión fue explorada por Pellegrino en "The physician as gatekeeper", cap.14 de *For the patient's Good*, Oxford University Press, 1988; Y antes en "Medical Morality and Medical Economics: The conflict of Canons", cap. 12 de *A philosophical basis of Medical*

Practice (1981). Con posterioridad lo sería en "The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic", en *Journal of Medicine and Philosophy*, 24 (1999): 243-266. Sobre la misma materia y en castellano su interesante conferencia "El médico como gestor de recursos: La asistencia sanitaria desde la ética y la economía", p. 22-42 en *Limitación de prestaciones sanitarias*, Colección Debates de la Fundación de Ciencias de la Salud, Ediciones Doce calles, S.L., Aranjuez, Madrid, 1997.

30 *ibid.*, 19.

31 Pellegrino, Edmund D: "Toward a Reconstruction of Medical Morality: The Primacy of the Act de Profession and the Fact of Illness", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1 (1979), 32-56

32 *ibid.*, 23.

5. Una filosofía para la medicina

“Central al espíritu de la Medicina y de la Filosofía está la imagen que tengamos del hombre, de lo que es y de lo que su existencia significa”, había escrito Pellegrino³³ en un editorial del *Journal of Medicine and Philosophy*, la revista que había fundado en 1976³⁴. Para el maestro, una imagen ésta –creatural y de profundas raíces cristianas– que asoció siempre a una interpretación laical de la actividad profesional, a la que percibía en permanente diálogo con la cultura de su tiempo. Pero esta imagen del hombre ya no era ampliamente compartida por la sociedad y tampoco por muchos médicos. Además, por la debilidad de la respuesta deontológica a los cambios sociales, Pellegrino hubo de mantener que la reconstrucción de la ética médica no podía dejarse en exclusiva en manos de los médicos, aunque tampoco de los filósofos o de los juristas quienes, al fin y al cabo, aplicarían su propio aparato conceptual a los dilemas que se debatían³⁵. Al debate –afirmó– hay que oponer argumentos, y éstos resultan inaprensibles sin unas fuentes filosóficas sólidas donde apoyarlos. En el debate de las ideas, la competencia profesional sin discurso argumentativo está hoy –decía– falta de crédito, y además no garantiza la rectitud moral. Solo desde una fuerte experiencia de *lo-que-la-Medicina-es* y un conocimiento sólido de la filosofía, sería posible acometer el reto de reconstruir la moralidad médica. Pero, además, sin enfatizar y encauzar la virtud del médico, tampoco lo primero sería posible; una convicción firme que tuvo desde un principio. Ya se intuía, en aquellos inicios, que su propuesta básica sería la de una moral de “virtudes médicas”³⁶.

33 Pellegrino, Edmund D: “Medicine, Philosophy, and the Image of Man: Editorial”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 2 (1976), 101-103.

34 Pellegrino, Edmund D: “Editorial”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 1 (1976), 1-2.

35 Pellegrino E.D., *op.cit.* 9.

36 Al especificar “virtudes médicas”, Pellegrino se identifica con planteamientos sobre la naturaleza de las virtudes del filósofo MacIntyre en *Tras la Virtud* (Editorial Crítica, Barcelona, 1987, pp. 226-251); y particularmente con la noción de bienes externos e internos. Estos últimos –los internos– los asocia el filósofo con determinadas “prácticas” o actividades, o habilidades; por lo que solo se identifican correctamente participando en ellas, ya sea la pintura, los juegos, las ciencias o las artes. Toda “práctica” conlleva –además de bienes– modelos de excelencia y obediencia a unas reglas. La concepción de MacIntyre de “práctica” (p. 233 y ss.) es básica para comprender la idea de virtud en Medicina de Pellegrino. MacIntyre la define como “cualquier forma coherente

Aunque Pellegrino no produjo una obra escrita por así decir organizada o sistemática, es evidente que hay una unidad real en su pensamiento que fue siendo madurada y vertida progresivamente en el extenso devenir de su obra y que es posible de acotar. En todo caso es, aún hoy, el principal estudioso de la ética médica que ha elaborado una filosofía de la Medicina sin traiciones al pasado y en el espíritu de su praxis de siglos. La determinación del maestro quedó reflejada en numerosas publicaciones y conferencias (escribió más de 600 artículos y 23 libros) aunque lo esencial de su pensamiento está recogido en sus cuatro libros básicos: *A philosophical Basis of Medical Practice*, que titulaba: “*Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions* (1981); en *For the patient's Good* (1988); en *The Virtues in Medical Practice* (1993); y quizá también en *Humanism and the Physician* (1979), el primero de ellos donde está ya esbozado su proyecto³⁷. Como humanista de la Medicina una obra extensa.

Es por ello complejo explicitar su esfuerzo investigador sobre la identidad de la Medicina en un artículo, sin correlacionar filosofía, experiencia clínica y ética; y es esto que nos lleva, en esta segunda parte del ensayo, a abundar sobre fragmentos de una conferencia del maestro titulada *¿What the Philosophy of Medicine is?*³⁸: un texto de madurez escrito en 1998, que lo sintetiza, tras 20 años de evolución de la bioética y cuando la doctrina de los cuatro principios iniciaba su decadencia. El lector interesado puede acceder también a *Medicine Today: Its Identity, Its Role, and the Role of*

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 les son apropiados a esa forma de actividad”. Pellegrino consideró a la Medicina como profesión una “práctica” en el sentir de MacIntyre. Mientras los bienes externos son posesión del individuo que los logra, los bienes internos, resultado de competir en excelencia, constituyen un bien para toda la comunidad. Cada “práctica” –pongamos ahora, la Medicina– implica una relación con otras personas que también participan en este tipo de actividades o acciones (p.e., distintos especialistas médicos y la enfermería). Las “virtudes médicas” son pues bienes internos que comparten quienes participan de estas prácticas médicas, y que se configuran como los propósitos y los modelos que informan tales prácticas, en una perspectiva de competencia profesional.

37 Un listado de sus escritos está disponible en internet.

38 Pellegrino, Edmund D: “What the Philosophy of Medicine is?”, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19 (1998): 315-336.

*Physicians*³⁹ de 2002, donde el profesor de Georgetown amplía su visión sobre la identidad de la Medicina. Un conocimiento más comprehensivo y profundo exigirá de la lectura de los libros antes citados.

Implicarse en la aventura de investigar la existencia de una filosofía de la profesión médica –de un modo propio de ser- y de ajustar su base filosófica a nuestro tiempo, suponía un notable esfuerzo, nada menos que indagar la interrelación entre Medicina y Filosofía a lo largo de los siglos. Y esto fue lo que hizo y que se sintetiza a continuación. Así, en el primero de los artículos citados –y como gustaba de hacer– Pellegrino repasa y ordena los diferentes intentos históricos de filosofar sobre la Medicina y los clasifica en cuatro modelos:

- a) El primer modelo, que denominó *Filosofía y Medicina*, representa a un conjunto de escritos donde, tanto la Medicina como la Filosofía, retienen su identidad y sus distintas metodologías, abriéndose a un diálogo difícil: fue el gran esfuerzo de los médicos hipocráticos por resaltar el método de la observación clínica en cada enfermo particular. Aquellos médicos, aunque estimados en las academias griegas (*Academia*, *Peripatetica* y *Stoa*) serían escasamente reconocidos por los grandes filósofos de la Antigüedad. No obstante, su cercanía a la medicina real mantendría la vigencia del famoso código hipocrático casi 2500 años, y hasta la mitad del siglo XX.

Más cercano en el tiempo habría sido el intento por algunos filósofos de abordar diferentes conceptos médicos y de reinterpretarlos desde el kantismo, el utilitarismo, la filosofía medieval u otras. Pero la realidad profunda de los conceptos médicos en cuanto “deberes” –concluyó– nunca fue alcanzada por estos filósofos y los médicos les ignoraron, cuando no les despacharon como pura palabrería.

- b) En segundo lugar situó a la llamada *Filosofía en la Medicina*, que sería la reflexión de algunos médicos en torno a diversos conceptos médicos, pero desde sus propias preferencias filosóficas. Desde

la lógica, la fenomenología, la hermenéutica o la filosofía existencialista. Se puede incluir en este modelo a Natanson y la filosofía de Heidegger en su percepción de la psiquiatría; a Foucault al identificar el denominado “ojo clínico” con el nacimiento de la clínica o al mismo Howard Brody y el método de Rawls, etc. Y también al *principalismo* de Beauchamps y Childress⁴⁰ y sus conocidos cuatro principios. Pero detrás de todos estos loables intentos nunca existió –afirmó el maestro– una concepción integral de *lo que la Medicina es*, es decir, de su esencia y, en último caso, de su identidad.

- c) Un tercer modelo fue el que denominó *Filosofía médica*: Un contexto confuso de trabajos llevado a cabo por médicos, que aplicaron a la Medicina diferentes estilos o modos de practicarla. El maestro incluye aquí a insignes médicos del pasado como Wiliam Osler⁴¹ el gran internista –una vida paralela a la suya–, Francis Peabody y Richard Cabot entre otros. Sus trabajos no son filosóficos, pero nacen de la experiencia y sabiduría que emerge desde una reflexión propia. Del mundo de la filosofía Pellegrino integraría en este modelo a MacIntyre, a Stephen Toulmin o al mismo Descartes.
- d) Finalmente, Pellegrino abordó lo que entendía como verdadera *Filosofía de la Medicina*. En suma, lo que la Medicina es. Nació así un modelo “esencialista” de corte neo-aristotélico, abordado desde la fenomenología del acto médico, que enfrentó al construccionismo social en boga. La salud como *telos* del acto institucionalizado de curar: dos personas vinculadas por la enfermedad, una que demanda ayuda para ser curada y otra dispuesta a darla. Y contra la reductiva concepción del construccionismo, el maestro opuso,

40 Beauchamp, T. L. y Childress, J F: “*Principios de ética biomédica*”, Masson, S.A., 1999

41 Una excelente traducción de los diferentes escritos y conferencias de William Osler fue publicada por la Fundación Lilly en 2007, siendo director el Dr. J.A. Gutiérrez Fuentes. Ver “Un estilo de vida y otros discursos”, por Skigeaki Hinohara y Hisae Niki (2001), Unión Editorial, S.A. 2007.

39 *ibid.* 9.

argumentó y defendió, la realidad de una “esencia” de la Medicina, de una esencia perdurable, universal e histórica, que habría trascendido a los cambios culturales y políticos en todo el mundo. Una esencia que tendría su *locus* filosófico en el interior de la relación médico-paciente, y que sería particularmente aprehensible en lo que él denominó el “encuentro clínico”, en la vivencia del acto médico clínico.

Además, en esta singular relación y su experiencia por los profesionales germinó y afloró –devino– la ética médica genuina. Una moralidad que, por otra parte, nunca había sido dependiente de una filosofía determinada, de alguna autoridad moral o de una ideología política. Y que, en sus rasgos iniciales, había sido definida ya en el *corpus hipocrático*; aunque no se podría decir –sin faltar a la verdad– que no hubiere adquirido perfiles distintos a lo largo de los siglos y desde determinadas influencias externas. Primero pitagóricas, prudenciales y ascéticas en el juramento hipocrático. Más tarde, con la *Stoa*, desde el cultivo del “deber” y las “virtudes”. Y por fin, con el cristianismo, desde todo lo anterior y el injerto de toda una nueva dimensión compasiva y religiosa. Y siempre una “moralidad interna” a la Medicina, es decir, nacida y formulada desde ella misma.

El primer código deontológico de la AMA, de 1847, fue mezcla de la ética hipocrática de Thomas Percival en Inglaterra y de Hooker en EEUU, con nociones estoicas del deber y la virtud congruentes con las enseñanzas cristianas y judías. Fue así cómo y a través de los siglos el principio nuclear de la ética médica –la noción del bien del enfermo– se había conservado intacta en el seno de un inmenso mosaico de influencias. Ni Locke, ni William James, ni el propio Karl Jaspers en nuestro tiempo –todos ellos médicos– se habían atrevido a cambiar una letra de este verdadero principio moral.

Frente a las diversas éticas en tercera persona y básicamente formales, propias de nuestro tiempo (el utilitarismo, la hermenéutica, el discurso, el deontologismo, la ética cientifista, la ética narrativa, etc.) –que no eran

aplicables al ser de la Medicina– Pellegrino comprendió la exigencia de *bucear* en este “encuentro clínico” –en el acto médico en sí mismo– para esclarecer la verdadera identidad de la Medicina y proporcionarle el anhelado armazón filosófico. Y para, desde él, desentrañar el punto de partida y origen de la ética médica. Una moralidad real –identidad y “modo de ser” de la Medicina y del médico– que había discurrido durante siglos sin cambios substanciales y que, a la altura de nuestro tiempo, exigía de una profunda reconstrucción e integración en alguna de las grandes corrientes filosóficas de la historia. Para él, admirador de Aristóteles y Tomás de Aquino, sin duda, la aristotélico-tomista.

Con este precedente, Pellegrino llegará a afirmar que la filosofía de la Medicina es solo y principalmente “una reflexión crítica sobre la identidad de la Medicina”. Y que, por tanto, esta reflexión solo podía incoarse desde la “materia” de la Medicina misma –desde su contenido, su método y sus conceptos representativos–: y siempre y en todo momento analizados desde la Medicina misma. Erigía así un invisible muro a la reflexión sobre la moral médica de quienes carecían de la experiencia vivida de la práctica clínica. Además, en tanto el objetivo de la filosofía de la Medicina era diferente del de la Medicina; y puesto que ésta fijaba sus intereses en la curación de los enfermos, el intento de una filosofía de la Medicina centrada en el “encuentro clínico” habría de abordar de forma inequívoca la materia, el método y los conceptos básicos de la Medicina clínica y convertirlos en “objeto” de estudio filosófico, y obviamente desde el método propio de la Filosofía. Desde esta perspectiva, ser médico no era suficiente credencial para elevar principios morales a la práctica de la Medicina en sus múltiples ámbitos y especialidades.

En lo que sigue, Pellegrino procedió a incorporar los datos de su observación sobre el acto médico y auparlos a la filosofía. Convencido que solo el aristotelismo-tomista podía dar razón concluyente de la naturaleza o filosofía de la Medicina, delineó una interpretación de la Medicina que se ajustaba a su larga experiencia personal y a la realidad de su devenir histórico hasta los setenta del pasado siglo.

6. Filosofía de la medicina como esencia del acto médico

Consideremos ahora la concepción de Medicina del maestro. Desde su formación aristotélica y tomista, Pellegrino distingue en la Medicina un *telos* perfectamente universalizable: la Medicina tiende y se entiende como una actividad orientada a recuperar la salud de los enfermos, y si esto no fuere posible a aliviar sus dolores y sus sufrimientos. Es su finalidad *per se*. La misma que cuando se orienta a prevenir la enfermedad y a paliar la extrema condición de los pacientes desahuciados –el ámbito de los Cuidados paliativos. Esta es la concepción básica de Medicina de Pellegrino y la que sin duda prevalece hoy en el imaginario colectivo de la sociedad. Y que es independiente de lo que se pueda argüir desde la perspectiva de su construcción social o desde cualquier ética en tercera persona. Es lo que captamos de una realidad extra-mental, de *lo-que-es* la Medicina –como el maestro gustaba de decir– y con independencia de los accidentes que la puedan caracterizar o *polucionar*, y que no son cruciales para su definición.

Por otra parte –se planteó–: dado el ocaso de la metafísica en el pensamiento anglo-americano reciente desde Wittgenstein y la filosofía analítica, si la definición del “objeto” por su esencia era rechazada como ilusoria, tampoco una rígida definición realista de la Medicina sería posible; y por tanto, tampoco los fines e ideales de la misma que pretendiéramos sacar a la luz, aflorar, serían aceptados⁴². Y añade Pellegrino: el constructivismo social no habla nunca de “fines” sino de “objetivos”, e incluso los considera términos intercambiables. En todo caso, los objetivos estarían siempre por encima de los fines. Pero mentar “fines” no es lo mismo que decir “objetivos”, y el maestro rechazaría esta interpretación. Los fines en el sentido clásico, en la perspectiva aristotélico-tomista, están ligados a la naturaleza de la Medicina, a su esencia, y por eso constituyen su identidad –escribió; ellos sirven para definir la Medicina: “los fines están siempre por encima de los objetivos”. Y en su ausencia –afirmaría– la actividad del profesional no puede ser calificada como Medicina.

⁴² *ibid.*, 9.

En esta tesis, Pellegrino recurre a la fenomenología. Desde su método será posible decantar, aunque reductivamente, la ultimidad de lo que es la Medicina. Desde una lectura fenomenológica (que ocupará el lugar de una esencia a la que no se puede mentar) se puede decir que los fines de la Medicina *germinan*, nacen y crecen y son aprehensibles de suyo en el seno del acto médico clínico, y como experiencia universal de la enfermedad, el dolor y la limitación humanas. Por tanto, objetado el abordaje metafísico de la esencia, sólo una profundización fenomenológica del acto médico⁴³ y de sus actores –el enfermo, la enfermedad y el médico– podía crear el *punto* necesario para su comprensión, y proporcionar las claves para una filosofía de la Medicina. El encuentro clínico siempre revelará –afirmaba de modo pedagógico– a un hombre o una mujer vulnerados por la enfermedad, que piden ayuda para recuperar su salud, y otro hombre o mujer –un médico– dispuesto a darla.

Este marco fenomenológico, es decir, esta respuesta médica universal reconocible tendente a la recuperación de la salud –intención y dación– fue siempre mucho más que “curación” como cuerpo de conocimientos, es decir, mucho más que los aspectos técnicos que aprendimos en las facultades de Medicina (el *curing*). El *telos* al que tiende la profesión médica es la recuperación o el alivio de la salud perdida, ciertamente, pero también y fundamentalmente a todo lo que el acto clínico conlleva en su realidad práctica..., es decir, un amplio concepto de “ayuda” (*helping*) al paciente. Por tanto, no constituye solo lo que entendemos por curación terapéutica, médica o quirúrgica, sino que implica también y poderosamente el “consuelo” y la “ayuda” a las necesidades

⁴³ La fenomenología de la relación médico-paciente (paciente, enfermedad y médico) *captura* –afirma Pellegrino– tres hechos distintivos e interrelacionados del acto médico. Son, por así decir, el modo de abocar a la esencia o identidad de la Medicina y el núcleo de la reflexión moral: 1) el hecho de la enfermedad (*the fact of illness*), que alude a la experiencia de la enfermedad como realidad humana universal; 2) el acto de profesión (*the act of profession*) por el cual se dota a ciertas personas de los conocimientos oportunos, bajo profesión pública de emplearlos en el servicio a los pacientes; y 3) el acto de medicina (*the central act of medicine*) que alude a la responsabilidad compartida entre enfermo y médico para recuperar la salud. Intención común que revela una relación en la confianza, y que convierte al médico en un profesional que, en caso necesario, dejará de lado sus intereses por el bien del paciente

específicas del enfermo (ambos, el *helping*): el *telos* a la salud implica, pues, “curación” más “ayuda”. Ambas intervenciones como tiempos de un mismo acto o proceso –coetáneos y hermanados– constituyen el *telos* integral al que tiende la Medicina y que Pellegrino designó con el término *healing*, es decir, “sanación”. El fin de la Medicina es la sanación y por tanto y como tal fin es también su identidad genuina.

El *helping*, la “ayuda” al paciente vulnerable o vulnerado es inseparable del *curing* e implicará la obligación moral del médico de atender a todas las fracturas (corporales, psíquicas, antropológicas y morales) que la enfermedad distorsiona en cada uno de sus pacientes individuales. La atención a las exigencias del cuerpo enfermo, del dolor y las heridas, control y seguimiento de los registros adecuados, aplicación de los medicamentos y remedios, alimentación, aseo y demás exigencias del cuerpo, y la atención psicológica a las persona –una tarea bien diferenciada hoy– constituye el “cuidado” (*caring*), parte esencial del amplio concepto de “ayuda”, hoy excepcional campo de trabajo y de humanidad de la Enfermería.

Recapitulando, la “sanación” (*healing*) es el fin de la Medicina –su finalidad– y por tanto su esencia, su “identidad” genuina: una realidad constituida por dos momentos, los actos específicos de la “curación” (*curing*) y los propios de la “ayuda” (*helping*), que incluye el cuidado (*caring*). La integración de los conceptos de *healing* y *helping* –adoptando los términos de Pellegrino– y el papel de las religiones en los cuidados de la salud, fue abordado por Pellegrino y Thomasma en su libro “*Helping and Healing*”,⁴⁴ un texto de gran interés que excede del marco de este trabajo, donde los autores establecen la relación del *helping* con el *caring*, los cuidados corporales.

De la idea de profesión al modo clásico a la de vocación del sanador, el texto nos introduce en los misterios del sufrimiento humano ante la enfermedad grave y el riesgo de muerte. El concepto amplio de *helping* de Pellegrino incluye –además del cuidado y el consuelo– el

abordaje de las cuatro rupturas psicológicas del hombre o mujer vulnerados por la enfermedad (finitud o percepción de nuestra muerte, vulnerabilidad del “yo” y entrega al poder de otros, fractura de nuestra personalidad y disrupción de la vida familiar y comunidad de vida) que todo médico debe atender. Y que descubre el decisivo papel del hombre médico y sus convicciones ante el paciente, enfrentado a la excelencia.

En efecto, la excelencia del acto de sanación y del principio del bien del enfermo –que abordamos a continuación– palidecen si el galeno pasa por alto el sufrimiento físico y moral del enfermo y su familia. Siempre en términos de enfermedad verdadera. Es este el quicio para la plenitud de la vocación, el momento de la superioridad del médico virtuoso, de principios fuertes, capacitado para afrontar con la palabra adecuada y su cercanía las inseguridades de su enfermo y las asperezas de la medicina actual: los conflictos de la asistencia, la especialización y la deshumanización, que tanto pueden alejar al paciente de la esperanza de recuperación y potenciar su angustia. Y para Pellegrino el momento de las “virtudes médicas”, pero sobre todo el momento de la humanidad del médico y de su sabiduría y virtudes personales, a las que tanto ayuda la fe vivida. *Helping and Healing* no es un libro ascético, es un libro científico que escenifica ante cualquier profesional la importancia del *helping* –de la ayuda y el consuelo– y el papel de la religión en el mundo de los cuidados de salud.

Este modo de pensar y de expresarse –para algunos, heterodoxo– fue definido por Wildes⁴⁵ como “fenomenología realista”. Desde ella, Pellegrino estaría asumiendo en realidad una metafísica realista y epistemológica; que partiría del hecho de que solo en y desde la experiencia de la práctica médica se descubre la esencia de la Medicina. El maestro estaría aquí, siguiendo aquella máxima de la metafísica escolástica del *agere sequitur esse*, de que el obrar sigue al ser, la acción sigue a la esencia. En otras palabras, si Vd. quiere saber *lo que algo es* vea lo que hace... Es obvio que, en su acercamiento y necesidad de la filosofía, Pellegrino desplegó una metodología de descripción y descubrimiento, fenomenológica: el estudio

44 Pellegrino, Edmund. D. y Thomasma, David C: *Helping and Healing*, Georgetown University Press, Washington, D.C. (1997).

45 Wildes, K.Wm., *op. cit.* 3.

de la filosofía de la Medicina debía comenzar por la captación de las realidades médicas –de los fenómenos y datos de la medicina clínica–; y donde la visión de Medicina para el maestro es, según Wildes, como un fenómeno del mundo real. Fenómeno o ser, lo cierto es que Pellegrino *sabe* –es consciente– de que solo este modo de afrontar la Medicina le ayuda a definir lo que la Medicina es de un modo ontológico y a la vez moral.

Por otra parte, este marco filosófico es crucial para entender una segunda convicción del maestro, la necesidad de incorporar las denominadas “virtudes médicas” a su práctica. La lectura fenomenológica de la sanación como finalidad de la Medicina y la fuerza normativa de la virtud, descubren y hacen aflorar significados del acto médico que, desde otra metodología, la metafísica los afirmarían como fines y bienes de la Medicina. La fuerza normativa de la teoría de la virtud ligada a esta nueva auto-comprensión del acto médico, se convierte así en la sombra o requisito de la actividad profesional del buen médico. Para el autor de este ensayo, poco habría que objetar en este análisis inicial de Wildes, que entendió bien la intención y el pensamiento de Pellegrino, aunque lo considerara incompleto; por otra parte de una sencillez reconocible, fruto de esa sabiduría práctica que el ejercicio continuado de la Medicina proporciona a los médicos más entregados.

Además, elevado al ámbito de la filosofía, este *telos* a la salud –que se desvela desde la fenomenología del acto médico– se convierte en un concepto objetivo y sin alternativas: significa siempre que el acto de medicina (“*the central act of medicine*”) como profesión se reduce a la persecución de la salud, a la curación o el alivio de los síntomas, a la prevención y a la paliación; pero nunca puede significar o implicar una voluntad de daño o muerte al paciente, ni aunque éste lo demande, la ley lo exija o de esa decisión deriven objetivos útiles para la sociedad y la nación. Toda perspectiva de *killing* –en expresión del maestro⁴⁶– queda excluida, por más que sea el teórico beneficio o el bien social que pudiera derivar. Ya sea *facilitar* la muerte de un paciente para disponer de órganos para trasplantes, ya sea participar

en el control de la vida en casos de tortura a terroristas por el bien de la patria o, en fin, contribuir intencional y directamente, por respeto a la autonomía, al suicidio asistido, la eutanasia o el aborto, como demanda individual de algunos pacientes. Aquí, pues, la clave moral originaria del modelo de sanación. Y como veremos más adelante también el punto de partida de la moralidad médica. Es por ello que la Medicina, además de constituir una profesión técnica, una “práctica” –una *tekne*–, es también una empresa moral⁴⁷.

En suma, si Pellegrino situó en la sanación y sus dos momentos –curación y ayuda– el fin de la Medicina y su identidad como profesión, la filosofía de la Medicina sería entonces, para él, la disciplina que tiene como objetivo delimitado analizar la sanación. Y puesto que en su seno aflora el principio del bien del enfermo –los deberes morales del médico– de ahí su convicción de que la filosofía de la Medicina era inseparable de la ética de la Medicina. Como dijo más de una vez: “hay que saber primero *lo que la Medicina es* antes de pensar, de modo razonable, cómo los profesionales de la salud deben actuar o hacer prescripciones normativas sobre el cuidado médico”⁴⁸.

Este modo de concebir la práctica médica–la doctrina de la sanación como identidad de la Medicina– explicita hoy un debate no resuelto entre bioeticistas clínicos y no clínicos –sean estos últimos, médicos o filósofos–, respecto de la interpretación del hecho diferencial de la Medicina como profesión: esto es, el acto de curar y su contexto: la angustia del paciente, la ansiedad de la familia, la preocupación inherente del médico y la inseguridad del tratamiento... De otro modo dicho: ¿puede un filósofo o un médico que no ha experimentado jamás la realidad de un acto clínico, distinguir bien lo que es el *cogollo* de la Medicina o, en términos más clásicos, aflorar el *ser* de la Medicina?

Así ocurrió en la inmediata cercanía de Pellegrino, en la visión sociológica y crítica de ambos Engelhardt⁴⁹

47 Pellegrino, E.D., *op. cit.* 5.

48 Sulmasy, Daniel P: “Edmund Pellegrino’s Philosophy and Ethics of Medicine: An Overview”, *Kennedy Institute of Ethics Journal* (2014) 2: 105-112.

49 Engelhardt, H. Tristram: *Los Fundamentos de la Bioética*, Ediciones Paidós Ibérica, S.A., 1995.

46 Pellegrino, E.D., *op. cit.* 25 y 26.

y Wildes. Y aunque no es objetivo de este trabajo, sirva aludirlo en la medida en que, desde una visión específicamente filosófica, el método de la fenomenología utilizado por el profesor de Georgetown podría interpretarse hoy incompleto o insuficiente por aquellos que nunca suscribirían la razón profunda –o “ultimísima” razón de ser– del acto médico, al que se quiso ceñir Pellegrino. Así, desde una visión externa a la práctica médica –en la era de la alta tecnología y del complejo sociológico, político e industrial, en derredor de la Medicina– Wildes⁵⁰ mantuvo que la fenomenología de la práctica médica como “encuentro clínico” o como salud pública era un insuficiente ámbito o *ventana* de la misma para captar y conceptualizar la concepción de Medicina. La visión de Pellegrino sería incompleta, se habría quedado corta, ya que ese “encuentro clínico” estaría hoy determinado también por entes sociales ajenos a la enfermedad, el médico y el paciente; pero presentes en la relación médico-paciente. No sería posible ignora que la Medicina y sus objetivos se constituye socialmente y por la presencia de fuerzas que moldean las elecciones terapéuticas y otras acciones; fuerzas que inevitablemente dilatarían el concepto y escaparían de los límites enmarcados en el concepto de sanación. Para estos filósofos, habría que asumir que la Medicina como práctica clínica implica también intereses políticos, leyes estatales, aseguradoras, administradores sanitarios, economistas de la gestión médica, burócratas, intereses de la investigación farmacológica, etc.

En definitiva, la Medicina sería mucho más que una ciencia aplicada. La fenomenología del acto médico no podría prescindir –según esta perspectiva– de la citada dimensión social, que sería de algún modo constitutiva de su realidad. Para el autor de este trabajo, aunque tampoco sería imposible cohonestar ambas visiones e integrarlas, esto habría de hacerse en planos diferentes; donde lo verdaderamente diferencial no sería el entorno social en el que se ejerce la Medicina, sino la naturaleza misma del acto médico, la realidad del acto clínico ajeno a toda suerte de mediatización. Y de dónde su esencia e identidad como profesión. La cuestión no es baladí

pues, como los hechos demuestran, ambas perspectivas abocan a usos, comportamientos y prácticas sanitarias diversas, muchas veces divergentes, antagónicas o moralmente inasumibles por el concepto *médico* genuino de Medicina de Pellegrino.

7. Sobre la ética médica y el bien del enfermo

Toca finalmente correlacionar la identidad de la Medicina como sanación y como fin con la ética médica. Tradicionalmente la ética aplicada ha procedido de forma deductiva y de modo silogístico en el marco de la lógica aristotélica. Es decir, siempre alguna norma, algún axioma, algún principio o alguna creencia se toma como premisa principal o “premisa mayor”, que se convertía en fundamento de una posible guía para la acción, orientada a la obtención del bien perseguido, esto es, conducía a las determinaciones normativas específicas del modelo de ética aplicada. La “premisa menor” no tiene carácter moral sino que explica los hechos o circunstancias de un caso particular. Por fin, es sabido que la “conclusión” afirma lo que la premisa mayor mantiene si esta decisión particular es justa y buena.

Desde este antiguo proceder, las éticas ya aludidas aunque siempre podrían aportar alguna utilidad metodológica al que las afronta –así pensaba Pellegrino– en modo alguno centraban la verdadera naturaleza moral del acto clínico y por tanto los deberes y las obligaciones morales de los médicos. En el pensamiento del maestro la ética médica se desprende primariamente del horizonte del *healing*, de la sanación, del ejercicio práctico de la curación y la ayuda. Para el profesor de Georgetown solo la sanación, que es el fin de la Medicina y su identidad genuina, puede ser el fundamento de la ética profesional de los médicos, es decir, la fuente de la moralidad médica. Al modo clásico, sería como su premisa mayor. Y avanzando más, solo la sanación el *leitmotiv* de un código profesional más satisfactorio para el médico, de cómo los médicos deben actuar *como* médicos⁵¹. Y

⁵⁰ *ibid.* 3.

⁵¹ Pellegrino Edmund D and Thomasma, David C.: “A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions”, Oxford University Press, Inc. 1981, p. 219.

en suma, el criterio antecedente desde el cual debe ser considerado y ponderado cualquier dilema moral de la Medicina.

Frente el relativismo de la post-modernidad y el gradual abandono de las éticas normativas, Pellegrino deduce de la relación médico-paciente como sanación unas primeras obligaciones morales, unas primeras normas, tanto por parte del médico como del paciente. Por parte del galeno, primero es sin duda la exigencia de la competencia profesional, pues sin ella toda dimensión moral queda en el vacío; después, la garantía de reconocer al enfermo como agente moral de su propia atención médica, siempre a través de una información veraz y su consentimiento al tratamiento; y de faltar este, del consentimiento por representación. Lo que implicaba el reconocimiento del carácter individualizado de cada acuerdo médico-enfermo. Por parte del enfermo: confianza en la competencia del profesional; respeto al médico y su conciencia como agente moral; decir la verdad sobre la enfermedad; prudencia en lo tocante a no pedir a la Medicina más de lo que ella pudiere dar; y la obligación parcial de participar en la investigación médica.

Ya puede entenderse por qué la sanación se configura desde un primer momento como parte constitutiva de la idea de ética médica, de una ética médica renovada. Se trata de un pacto tácito entre paciente y médico en el marco de una relación de confianza, donde ambos, paciente y médico, se reconocen mutuamente como agentes morales, ambos con una conciencia propia e irreducible. Además, en este conjunto de obligaciones morales, que se desprende del concepto de sanación, está fácticamente presente la cuestión primaria de los límites del acto médico, también decisiva. De algún modo podría decirse que este conjunto de obligaciones y deberes primarios, que normatizan la relación de sanación, son como la "cara" técnica del acto médico intachable según Pellegrino.

Pero en la profundidad de la relación médico-paciente, en el encuentro clínico, en la sanación, además de los límites de la Medicina y las obligaciones morales primarias, se incoa el denominado "bien" del enfermo. Es decir, aflora una relación metafísica entre "fin" y "bien"

que es importante tener clara, pues de ella pende lo que podríamos denominar la "cara" moral de la sanación, el bien del enfermo como principio nuclear de la moralidad médica. En efecto, para Pellegrino el denominado "bien del enfermo" es el primer principio de la ética médica⁵². Es la vulnerabilidad del paciente por la enfermedad y la dependencia que esto le crea ante el profesional –al punto poner la vida en sus manos– la que arrastra al clínico a ponerse en su lugar y por su virtud convertir su técnica en "servicio" al paciente. No es que nazca una obligación legal, que también; es que antes ha nacido una obligación moral de servicio a los intereses del enfermo. El bien del enfermo como "deber moral" del médico se genera en la persona del profesional, médico o enfermera, tras la experiencia reiterada de la dependencia del enfermo y su vulnerabilidad, como responsabilidad moral propia e inevitable. Una vulnerabilidad física y psíquica –humana– que mueve a la ayuda, y sostiene la vocación del profesional ante el sufrimiento y la expectativa de muerte. Así pues, la circularidad entre filosofía de la Medicina, su identidad como sanación y como profesión y la ética médica es completa. Un concepto y otro se complementan y se auto-alimentan. En suma, en el centro de todo la identidad de la Medicina como sanación y desprendiéndose de ella los deberes morales primarios del acto médico y el bien del enfermo como persona.

Con todo, es mejor sustanciar de modo filosófico cómo en Pellegrino la idea aristotélica de "fin" –a la que hemos aludido– correlaciona con la idea de "bien" y cómo ésta lo hace con la ética médica en sí misma⁵³. Siguiendo al estagirita, Pellegrino (persiguiendo siempre la idea de "esencia" de la Medicina) afirma: "nosotros no imputamos a las palabras ni a las actividades determinados fines. Estos fines no son el bien, "lo bueno", porque nosotros lo deseamos, sino que lo deseamos porque ellos son el bien, lo bueno⁵⁴. Así pues, fines y bienes en la tradición filosófica están íntimamente relacionados. Para Aristóteles el fin de la Medicina –como ejemplo de *tekne*– es la salud de los humanos, y este fin es buscado porque constituye el bien de esa actividad o de esa

52 *ibid.*, 9.

53 *ibid.*, 9.

54 *ibid.*, 9.

práctica. Podríamos decir: ¿pero el bien de la salud ...de quién? Obviamente del enfermo, de un enfermo concreto, como es la tradición hipocrática.

Pellegrino se impone ir a más, y actualizar el concepto. Y se interroga: pero la Medicina no tiende al fin de la salud de individuos no humanos, cuanto sí a la salud de personas, y en este caso de personas enfermas cuya existencia está en riesgo o puede estarlo. Es decir, persigue el bien de la salud de una "persona" o de una comunidad de personas. Así pues, el bien al que la Medicina aspira es percibido y aprehendido desde personas concretas e individuales, de enfermos que piden, pueden y quieren ser curados. Por eso la idea de curación integral, de *componerle* todo –de lo que implica la palabra sanación– se descubre a sí misma como el bien deseado, y por tanto la finalidad a la que sirve la profesión de médico: sanar personas es el bien deseado y por tanto el verdadero y único fin de la Medicina.

Sin embargo, la sanación como cara técnica de este bien del enfermo y al que el nuestro maestro actualizará bajo el término "bien médico" –según veremos más adelante– en modo alguno integraba en plenitud la concepción de bien del enfermo como él lo concebía para el momento histórico. Pellegrino tuvo claro que, dada la profundización del acto moral en nuestro tiempo, el clásico bien del enfermo precisaba de una mayor especificación y concreción. Era necesario actualizar la idea del bien del enfermo hipocrático y paternalista. Porque el fin óptimo de la sanación es el bien de una persona enferma pero...en su integridad y por tanto, además de sanación, el bien del enfermo exigía atender y servir al orden formal de su condición de persona, de criatura, de sujeto de derechos, responsable de sus acciones y dotado de creencias en torno a su destino; algo, en fin, que siempre trascendería al profesional, pero que éste debería respetar en cada enfermo vulnerable. En definitiva, establecer el orden y los criterios que, antes de interactuar, permiten al médico respetar a la persona del paciente, lo que podríamos denominar la "cara moral" del bien del enfermo y que está obligado a conocer.

Es por esto que Pellegrino abordara en diferentes libros y textos su novedosa concepción del "bien del

enfermo" –la *frontera* ética de la sanación– entendido como cuatro formas prácticas de la actuación moral del médico ante el paciente, integradas y jerarquizadas. Ellas sí son en su conjunto la cara "moral" del bien del enfermo, la que ha de regir en la intención y en la conciencia del profesional sanitario en su ejercicio. A esto último dedicaría Pellegrino su libro *For the patient's good*: el esfuerzo de cumplimentar la sanación como fin de la Medicina descubre y explicita la búsqueda del "bien" del enfermo como su razón última. Pero, paradójicamente, también el bien del médico cuando éste, buscando la excelencia y el bien del paciente, ejerce por encima de sus intereses y de modo virtuoso⁵⁵: deber cumplido, gratificación interior, autoestima, *eudaimonia*...etc. Algo extensible a todas las profesiones sanitarias.

Así realizado, la Medicina se convierte en una empresa moral y el acto médico, además de un acto técnico, en un acto moral: un acto moral en "primera persona" y como directa expresión de una moralidad interna de la Medicina, pasada por el cedazo de la propia conciencia.

¿Cuáles son entonces en Pellegrino estas distintas formas de entender el bien del enfermo de un modo integral, como actualización del *componerle todo* al enfermo en el sentir hipocrático? El concepto de "bien del enfermo", deducido del acto de profesión y del acto de medicina⁵⁶ abarca para el maestro cuatro aproximaciones⁵⁷ jerarquizadas, que representan el orden de actuación ético de Pellegrino, al modo como una segunda premisa mayor de la ética médica, a la que con razón denominaría bioética clínica.

- a) El denominado "bien espiritual" es desde el punto de vista jerárquico el primero de estos bienes y el más importante; pues alude a los deseos del en-

55 Especialmente mediante la práctica de la virtud que Pellegrino denominó *self-effacement* o desprendimiento altruista, en *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York (1993).

56 Pellegrino, E.D., *op.cit.* 31.

57 Pellegrino, Edmund D y Thomasma, David C.: "*For the patient's Good. The restoration of beneficence in Health Care*, Oxford University Press (1988) 87-91. Años antes y también después, el autor abordaría el bien del enfermo en distintos trabajos, incluso con algún cambio en su nomenclatura, por ejemplo, "Moral Choice, the Good of the Patient, and the Patient's Good", en *Ethics and Critical Care Medicine*, J.C. Moscop and L. Kopelman, Dordrecht: D. Reidel (1985) 117-138.

fermo en relación con sus creencias más profundas, religiosas o no. Es la primera dimensión que el médico debe respetar. Por ejemplo, Pellegrino respetó las convicciones religiosas de los testigos de Jehová sin demonizar la eliminación de una transfusión de sangre. Obviamente que, siempre dentro de las normas legales de cada país. Una cuestión costosa para el fondo de paternalismo bueno que alienta en el obrar de tantos médicos. Por igual razón, no rompió ni se impuso imperativamente contra las creencias religiosas profundas de los judíos, musulmanes y cristianos, y obviamente de los católicos.

- b) La “percepción de su propio bien por el paciente” –segunda aproximación– puede ser variada y distinta a la del médico; el cual debe hacerse cargo de ello e incluso ayudarlo a aflorar la intervención que desea para sí en ese momento de su vida, acorde a su estilo de vida, su carácter, convicciones o sus valores, nada raro hoy en las sociedades multiculturales. La aceptación de Pellegrino del rechazo a una transfusión por los testigos de Jehová –algo tan opuesto al “bien médico”– no se inscribe para él en el principio de autonomía del enfermo, sino en lo que entiende como un bien jerárquicamente superior, esto es, la convicción de bien espiritual que los adeptos a esta doctrina religiosa suscriben respecto de las transfusiones. Aún así –como ya vimos– una profunda repulsa moral de la conciencia del médico a lo requerido por el paciente, es razón suficiente para retirarse de su atención y tratamiento. Y entonces educadamente, de forma verbalizada, alegarlo. O, si la ley contribuye, apoyarse en el recurso a la justicia.
- c) La tercera dimensión del bien puede distinguirse claramente en presencia de decisiones sobre los recién nacidos, prematuros, niños, discapacitados mentales y enfermos comatosos, etc.: Es el “bien del enfermo como persona”, como persona incapacitada para adoptar sus propias decisiones médicas. Los enfermos deben ser respec-

dos no solo por sus opciones libres sino también como seres humanos dotados de dignidad: el médico está obligado a proteger a toda costa la dignidad del enfermo, el respeto a su condición de criatura y de fin en sí mismo. Y obviamente a aplicar un criterio exigente de sanación. Se trata de una dimensión del bien, de lo bueno, que se inscribe en la noción de beneficencia de Pellegrino. Aunque a veces se puede necesitar de mucho valor o coraje para aplicarlo, sobre todo cuando la familia o sus representantes legales se oponen. Y un bien, en fin, que no puede quedar sujeto a la moralidad común de los principialistas ni a cualquier construcción social que lo ignore, ya sea un interés familiar dudoso o un equívoco interés público, una cuestión importante pero que excede de los objetivos de este artículo.

- d) Finalmente estaría el “bien médico”, el bien como finalidad biológica o fisiológica de la Medicina, la sanación, los conceptos de curación y ayuda frente a la enfermedad. Siempre mediante el recurso a la mejor estrategia terapéutica y los mejores medios, y la imprescindible competencia profesional. Pero siempre en cuarto lugar!! –recuerda Pellegrino.

De lo expuesto, se podría erróneamente concluir que Pellegrino defendió una especie de paternalismo *bueno*. Pero no es así. El respeto a la dignidad del enfermo le distanció de todo principio de dominio –dicho en los términos amplios de Thomasma⁵⁸; y además, aunque rechazó el principialismo como doctrina moral, no dudó en reconocer un valor estructurante a los principios en el análisis del acto médico; a los que él dotó de un significado distinto y de una jerarquización exigente, donde beneficencia y autonomía están en un mismo nivel y por encima de los demás. En lo que denominaba *beneficence-in-trust* –beneficencia en fideicomiso, en el seno de una relación de confianza– donde el médico

58 Thomasma, David C: “The principle of dominion” en *The Health Care Professional as Friend and Healer*, David C. Thomasma y Judith Lee Kissel, editores, Georgetown University Press, Washington D.C., (2000) 133-147.

se pronuncia sobre lo que considera la mejor opción curativa para el enfermo, Pellegrino reconoció sin embargo la autonomía moral del paciente en la gestión de su cuerpo, a la que, en caso de no coincidir, el médico debía primariamente atender. Solo la también legítima autonomía moral del médico, por razón de conciencia, podía oponerse a los deseos de un enfermo bien informado y bien decidido.

8. Conclusiones

Un programa con tanta exigencia ética, en tiempos de vuelcos éticos y relativismo, exigía de unos profesionales médicos bien formados y sobre todo de profundas y claras convicciones sobre sus responsabilidades morales. Su amplia experiencia y una profunda revisión histórica, y la lectura de los médicos moralistas de la historia de la profesión despejó a Pellegrino de toda duda y le abrió las puertas a la idea de sanación como fin de la Medicina y como su identidad. Para desde la sanación desplegar toda una actualización moral de la figura del bien del enfermo como primer principio de la ética médica. Los conceptos de “sanación” y “bien del enfermo”, de nuevo integrados, se desvelaron para él como el origen y canon de la moralidad médica, una ética en primera persona, válida para todas culturas y todos los tiempos.

Pero la aspiración a la excelencia en la práctica de la Medicina, representada por este núcleo esencial de la ética médica, exigía de modo imperativo y práctico el recurso a la práctica de la virtud como horizonte moral de su praxis: llevar a la práctica del profesional las denominadas “virtudes médicas”⁵⁹ derivadas del pensamiento de MacIntyre, virtudes a ejercitar por todos los agentes del acto médico y siempre por el médico⁶⁰. La tercera

pata de este trípode moral, sanación-bien del enfermo-virtud médica completaba, como un todo integrado, la realidad de la ética médica.

La concepción de ética médica del insigne bioeticista y su empeño reformador puede representar hoy para muchos un proyecto quimérico con un añadido de incredulidad, inalcanzable para quienes ya están integrados en la moral social de nuestros días. Instrumentar el legado moral histórico de la Medicina y orientarlo hacia otras convicciones es una reciente aspiración de la sociedad hoy en fase de cristalización. Y el *alma mater* de la Medicina clínica en el sentido clásico y su grandeza, una aspiración que declina paulatinamente por la fascinación a la ciencia básica y al mito de un progreso científico ilimitado. Algunos viejos demonios de la Medicina resucitan o pugnan por resucitar con un tan superficial cambio de *imagen*, que avergüenzan al estudioso de la ética, tan antigua y manida es su retórica. Por otra parte, algunos de los conceptos de Pellegrino, que pudieron ser críticos y revolucionarios hace treinta años, han sido ya exigidos por la ley civil. Los propios códigos deontológicos, venerables residuos de una moral normativa –que han de ser mantenidos a toda costa– son frecuentemente interpretados ahora en términos legales o en clave del principialismo. No resulta pues extraño que el designio normativo de la Medicina de Pellegrino, sea juzgado como una ingenuidad que trascendería a toda lógica; habida cuenta de cómo ha sido superado por el individualismo al uso y el relativismo moral de la sociedad. Además y de modo determinante por la extraordinaria eficacia curativa de la Medicina, verdadero *paraguas* que hace parecer innecesario tanta exigencia moral.

Sin embargo, una inmensa mayoría de médicos y profesionales de la Medicina y la Enfermería actúan, tal vez sin saberlo, desde la concepción integral de Medicina de Pellegrino. En España una multitud de médicos. Cuyo modelo en un medio realmente adverso, sobrevive porque dimana de una fuerza natural determinante, de un motor interno, que es el propio acto médico y su dignidad, la percepción tal vez difusa de que la Medicina es siempre *algo más* que Medicina. Solo el hábito de las

⁵⁹ Las denominadas “virtudes médicas” son abordadas por Pellegrino en *The virtues in Medical Practice*, escrito en colaboración con David C Thomasma, Oxford University Press, New York (1993). Allí una cumplida información de las virtudes humanas que entendía necesarias en la relación médico-paciente: fidelidad a la confianza del enfermo, compasión, prudencia, justicia, fortaleza, moderación, integridad y el desprendimiento altruista, entre otras.

⁶⁰ Santiago, M. de: “Las virtudes en Bioética clínica”, *Cuadernos de Bioética*. (2014); 25(83): 75-91. En este número de la revista el lector dispone un amplio resumen sobre el legado moral de Pellegrino, donde se aborda la cuestión de las virtudes en la ética de la Medicina clínica.

virtudes médicas mantendrá alertados a los más ajenos. Tan importante es por eso –se puede añadir ahora– la instrucción de los médicos sobre el concepto de Medicina como moralidad interna y como salvaguarda de su identidad como profesión. El desafío de los médicos en este siglo –de las Facultades de Medicina y de sus instituciones representativas, y de cada profesional individualmente– es claro: o resolverse a mirar hacia *lo que la Medicina es* o plegarse a los dictados del poder político o el poder económico. En otras palabras, el esfuerzo de recuperar la identidad de la Medicina plenamente o dejarse absorber desde fuera, asumiendo gradualmente un nuevo “oficio” que, con el tiempo, ya no será la profesión médica al modo como la historia de la Medicina nos la ha transmitido.

El planteamiento de Pellegrino dividirá durante décadas a los filósofos de la Medicina sean médicos o no. Una mayoría de los profesionales seguirá ignorando sus inquietudes y mantendrá el curso de su trabajo según les marque la cultura, la política y los entes determinantes del momento histórico. Otros la estimarán irrelevante o superada. Pero seguro que un pequeño grupo compartirá con él, por fin, su preocupación y la grandeza de la propia vocación. De los primeros no se pueden esperar grandes cambios en el devenir de la Medicina ... Los últimos pasarán a formar parte del grupo de rebeldes que, distinguiendo *las voces de los ecos* –como glosara el poeta⁶¹– representan la principal esperanza de la profesión y de la sociedad en la reconsideración de la idea de Medicina y la vuelta a sus mejores ideales.

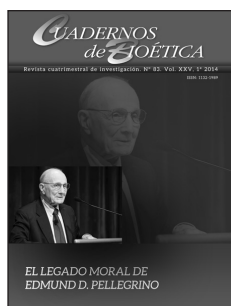
Con todo, cualquier pretensión de adivinar el futuro es pura especulación. La Medicina que hoy disfrutamos es la que tenemos y no hay otra; y es ella la que, paso a paso, hay que reconducir y hacer más fiel a sí misma y a su historia consuetudinaria. Pero entrar en su futuro escapa ya, obviamente, al limitado alcance de este trabajo.

61 Antonio Machado: “Retrato”, “Campos de Castilla”, en *Obras, poesía prosa*, p. 135, Editorial Losada, S.A., Buenos Aires, 1973.

Referencias

- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F.: “*Principios de ética biomédica*”, Masson, S.A., (1999).
- Fins, Joseph J: “In memoriam: Dr. Edmund Pellegrino’s Legacy: Secure in the Annals of Medicine”, *Kennedy Institute of Ethics Journal* (2014) 2: 97-104.
- Engelhardt, H. Tristram: *Los Fundamentos de la Bioética*, Ediciones Paidós Ibérica, S.A., 1995.
- Wildes, Kevin Wm., S.J.: “The crisis of Medicine: Philosophy and Social Construction of Medicine”, *Kennedy Institute of Ethics Journal* (2001) 11, 71-86.
- MacIntyre, Alasdair: *Tras la Virtud*, Editorial Crítica, Barcelona (1987) 226-251.
- Pellegrino, Edmund D: “Ethical Considerations in the Practice of Medicine and Nursing”, *Proceeding of the First National Conference for Professional Nurses and Physicians* (1964) 39-48, Williamsburg, VA: American Medical Association.
- Pellegrino, Edmund D: “Medicine, Philosophy, and the Image of Man: Editorial”, *Journal Medicine and Philosophy* 2 (1976) 101-103.
- Pellegrino, Edmund D: “Editorial”, *Journal of Medicine and Philosophy* (1976)1: 1-2.
- Pellegrino, Edmund D: “Ethics and the moral center of the medical enterprise”, en *Bulletin of the New York Academy of Medicine* (1978) 7: 625-640.
- Pellegrino, Edmund D: “Toward a Reconstruction of Medical Morality: The Primacy of the Act de Profession and the Fact of Illness”, *The Journal of Medicine and Philosophy* (1979) 1: 32-56.
- Pellegrino, Edmund D: *Humanism and the Physician*, Knoxville: University of Tennessee Press (1979) 16-17.
- Pellegrino, Edmund D: “Medical Morality and Medical Economics: The conflict of Canons”, en *A Philosophical Basis of Medical Practice*, Oxford University Press, New York-Oxford (1981) 266-280.
- Pellegrino, Edmund D: “Moral Choice, the Good of the Patient, and the Patient’s Good”, *Ethics and Critical Care Medicine*, J.C. Moscop and L. Kopelman, Dordrecht: D. Reidel (1985) 117-138.

- Pellegrino, Edmund D y Thomasma, David C.: *"For the patient's Good. The restoration of beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York-Oxford, (1988) 87-91.
- Pellegrino, Edmund D: "The physician as gatekeeper", en *For the patient's Good. The restoration of beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York-Oxford (1988) 172-189.
- Pellegrino, Edmund D. y Thomasma, David C: *The virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York (1993).
- Pellegrino, Edmund D: "The metamorphosis of Medical Ethics. A 30-Year Retrospective", *JAMA* (1993) 9:1158-1162.
- Pellegrino, Edmund D: "El médico como gestor de recursos: La asistencia sanitaria desde la ética y la economía", en *Limitación de prestaciones sanitarias*, Colección Debates de la Fundación de Ciencias de la Salud, Ediciones Doce calles, S.L., Aranjuez, Madrid (1997) 22-42.
- Pellegrino, Edmund D: "Editorial", *Annals of Internal Medicine* (1997) 127: 307-308.
- Pellegrino, Edmund D y Thomasma, David C: *Helping and Healing*, Georgetown University Press, Washington, D.C. (1997).
- Pellegrino, Edmund D: "What the Philosophy of Medicine is?", *Theor Med Bioeth* (1998) 19: 315-336.
- Pellegrino, Edmund D: "The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic", *Journal of Medicine and Philosophy* (1999) 24: 243-266.
- Pellegrino, Edmund D: "Physician Assisted Suicide and Euthanasia: Rebuttal of Rebuttal-The moral prohibition Remains", *Journal of Medicine and Philosophy* (2001) 1: 93-100.
- Pellegrino, Edmund D: "The Physician's Conscience, Conscience Clauses, and the Religious Belief: A Catholic Perspective", *Fordham Urban Law Journal* (2002) 30: 221-244. Versión en castellano en *Cuadernos de Bioética* (2014) 81: 25-40.
- Pellegrino, Edmund D: "Medicine Today: Its Identity, Its Role, and the Role of Physicians". *Itinerarium* (2002) 10:57-79. Instituto Teológico "S. Tommaso".
- Pellegrino, Edmund D: "Some Things Never Be Done: Moral Absolutes in Clinical Ethics", *Theor Med Bioeth* (2005) 26:469-486 (DOI: 10.1007/s11017-005-2201-2)
- Pellegrino, Edmund D: "Medical ethics in an era of bioethics: Resetting the medical profession's compass" en *Theor Med Bioeth* (2012) 33: 21-24.
- Santiago, Manuel de: "Semblanza de un maestro", *Cuadernos de Bioética*. 2014; 25(83): 17-23.
- Santiago, Manuel de: "Las virtudes en Bioética clínica", en *Cuadernos de Bioética*. 2014; 25(83): 75-91.
- Sulmasy, Daniel P: "The Good Doctor", en *The New Atlantis*, (2013) 19: 51-55.
- Sulmasy, Daniel P: "Edmund Pellegrino's Philosophy and Ethics of Medicine: An Overview", *Kennedy Institute of Ethics Journal* (2014) 2:105-112.
- Thomasma, David C: "The principle of dominion" en *The Health Care Professional as Friend and Healer*, David C. Thomasma y Judith Lee Kissel, editores, Georgetown University Press, Washington D.C., (2000) 133-147.
- Van der Steen, Wim J., and Thung, Paul, *"The Faces of Medicine: A Philosophical Study"* (1988) Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.



LAS VIRTUDES EN BIOÉTICA CLÍNICA

THE VIRTUES IN CLINICAL BIOETHICS

MANUEL DE SANTIAGO

Comisión Deontológica, Colegio de Médicos de Madrid

Master de Bioética y Bioderecho, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

C/ Peña Santa 55, 28034 Madrid

manueldesantiago@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

teoría de la virtud,
virtudes médicas,
fines de la Medicina,
profesionalismo,
virtudes cristianas en
la práctica médica,
desprendimiento
altruista.

Recibido: 5/02/2014

Aceptado: 21/03/2014

El retorno a la virtud del agente, del médico, en la ética de la Medicina constituye el eje nuclear del modelo de ética propugnado por Pellegrino. En su contexto Pellegrino, siguiendo a MacIntyre, introduce el concepto de "virtudes médicas", *alma mater* de su propuesta reformadora. En este artículo se sintetiza el pensamiento del autor desde tres perspectivas: 1) una aproximación a la teoría de la virtud; 2) los fines de la Medicina y las virtudes; y 3) profesionalidad y ética de virtudes. Se alude igualmente, completando, el horizonte de la virtud del autor, a las virtudes cristianas en la práctica médica y a la virtud del desprendimiento altruista del profesional, aunque ambas cuestiones se derivan a sendos artículos individuales de la monografía.

ABSTRACT:

Keywords:

virtue theory,
medical virtues,
ends of Medicine,
professionalism,
christian virtues in
medical practice, self-
effacement.

The return to the virtuous physician, in medical ethics, is the key point of the ethical model proposed by Pellegrino. Following MacIntyre thinking, Pellegrino introduces the "medical virtues" concept, *alma mater* idea of his reforming proposal. This article describes the thinking of the author from three different outlooks: 1) an approach to the theory of virtue; 2) the ends of Medicine and virtues; and 3) professionalism and the virtues ethics. Finally, summing up his vision on 'virtue', it describes his vision of Christian virtues in medical practice along with the virtue of self-effacement of physician, though directs to specific articles where these issues are addressed in the monography.

1. Introducción

Aunque la bibliografía de Pellegrino se inicia en los sesenta del pasado siglo, principalmente en el entorno de la educación médica, su progresiva decantación hacia la ética médica se produce en los ochenta. Primero, mediante un acercamiento a las bases filosóficas de la tradición moral de la Medicina tras la crisis de la ética hipocrática y la deontología en USA —salpicada por escándalos— y segundo, en respuesta a la confusión generada por la irrupción de la ética de los principios y el predominio de la autonomía del enfermo, fuente de excesos y del abandono de los ideales morales de la tradición médica americana, de aquellos grandes médicos humanistas de los siglos XIX y XX, especialmente Thomas Percival, pero también William Osler, Francis Peabody y Harvey Cushing, el eminente neurocirujano de Boston. En suma, el vacío y confusión creados en la Medicina norteamericana con un creciente abandono de las virtudes clásicas del médico.

De ese tiempo es su primer libro *A philosophical Basis of Medical Practice* (1980)¹, escrito en colaboración con David C. Thomasma —su más cercano discípulo y amigo— y en parte pergeñado en su etapa de la Universidad de Tennessee; donde ya están presentes algunas de sus cuestiones claves y lo que será el hilo conductor de sus investigaciones ulteriores: la interrogante ontológica que reiterará en otros escritos, sobre “qué es la Medicina”, sobre cuáles son sus fines; y las ideas primigenias sobre la necesidad de reconstruir la ética médica desde una base filosófica y académica, en herencia de aquella *common devotion* de Harvey Cushing².

Pero, ciertamente, el recurso a las virtudes médicas como núcleo de una nueva ética médica, en la continuidad del pensamiento histórico y vertebradora de los nuevos aires, no cristalizará hasta finales de los ochenta. Ya por entonces han aparecido diferentes libros y publicaciones que el autor vivamente rechaza, y cuando la ética de los principios experimenta una sólida crítica en

base a su debilidad resolutoria, prevalente, que reconduce la moral del acto médico a un simple problema de autonomía del paciente. Frente a la desviación autonomista y de nuevo en colaboración con Thomasma publicará *For the patient's good*³, esto es, la restauración de la beneficencia en el mundo los cuidados de salud, que ve la luz en 1988. Un texto clave de su investigación, que enfrenta la ética de moda pero que difunde su prestigio en la Medicina norteamericana. Sin embargo, la crítica al simplismo utilitario de los principios no se producirá en Pellegrino “contra” los principios de la bioética, sino redefiniendo y profundizando el concepto de beneficencia a la luz de los cambios en la relación médico-paciente, indudables, y en el marco de un nuevo balance o ponderación entre la autonomía del paciente y la beneficencia del médico. Para entonces, los autores han analizado bien la metamorfosis⁴ de la Medicina, la práctica clínica que se difunde y la debilidad de la respuesta ética profesional; y han sometido a deliberación importantes conceptos de la tradición médica que precisaban de una renovación y redefinición acorde al momento histórico. Aunque *For the patient's good* no hablará específicamente de virtudes médicas, es evidente que a los autores no les escapó la inferencia entre la administración del bien del enfermo y sus nuevas fuentes y el carácter moral del agente que lo habría de aplicar, del médico. Del espíritu de esta publicación surgirá en los años siguientes nuevos abordajes y escritos que afianzan a Pellegrino en la ética de virtudes⁵. A ello contribuyó y no poco el impacto producido en el mundo del pensamiento moral, unos años antes, con el libro *After Virtue* (1984), del filósofo Alasdair MacIntyre: un texto que desautoriza y da razón del fracaso del proyecto ilustrado y reconduce a la necesidad de la virtud en el mundo de la moral.

3 Pellegrino, Edmund D. y Thomasma, David C.: *For the patient's Good*, Oxford University Press, 1988.

4 Pellegrino, Edmund D.: “The metamorphosis of medical ethics: a 30-year retrospective”, *JAMA*, Chicago, Mar 3, 1993. Vol. 269, lss. 9; pg. 1158, 5 pgs.

5 Recordemos “Carácter, Virtue and Self-interest in de ethics of the Professions”, en *The Journal of Contemporary Health Law and Policy* (1989) o la publicación en castellano “La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica”, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (junio 1990) también reproducido en lengua inglesa.

1 Pellegrino Edmund D. y Thomasma, David C.: *A philosophical Basis of Medical Practice*, Oxford University Press, 1981.

2 Pellegrino Edmund D.: “The common devotion –Cushing's Legacy and medical ethics today”. The 1983 Harvey Cushing oration”. *J Neurosurg.* 59: 567-573, 1983. También en *For the Patient's Good*, pp 127-135. Oxford University Press, New York, 1988.

Durante los años noventa, en pleno reconocimiento por buen número de instituciones y ámbitos de la Medicina, Pellegrino va elaborando, no sin obstáculos, una amplia investigación del comportamiento médico desde los primeros tiempos, hasta atisbar las bases de su proyecto sobre una nueva ética médica. En efecto, alrededor de lo que mejor conoce y mejor refleja la identidad de la Medicina —el acto médico clínico— el autor establece lo que estima el origen de la moralidad interna de la Medicina: el *príus* de la moral médica deviene y siempre habría sido así, del seno de un trípode constituido por la vulnerabilidad del hombre enfermo, las obligaciones morales del médico y la naturaleza de la enfermedad: El *healing* y el *helping*, la “sanación” y la “ayuda” o cuidado, constituyen el núcleo fenoménico profundo y dramático del que emana la “moralidad interna” de la profesión y el que, como tal, define la función esencial de la Medicina. Como reiteramos mas adelante, la adecuada realización de las obligaciones morales del médico es virtualmente imposible sin el hábito de las virtudes, de al menos las que llamará virtudes médicas.

En efecto, en 1993 Pellegrino y Thomasma firman “*The Virtues in Medical Practice*”, es decir, la restauración sin fisuras de las virtudes médicas y su necesidad para ser un buen profesional de la Medicina. Una faceta de la profesionalidad tal vez nunca ausente de la práctica médica, pero sí arrinconada y excluida formalmente del debate moral de la Medicina desde décadas atrás. Sin la adquisición de un conjunto de virtudes de carácter, unas genuinamente médicas y otras personales, al médico le es difícil acceder a una deseable satisfacción interior, a la gratificación de una vida moral en el ejercicio de la Medicina que le impulse al cumplimiento de las obligaciones y deberes de todo buen profesional; y la garantía del bienestar del paciente por encima de sus propios intereses. En realidad, el código hipocrático y la inmensa mayoría de los códigos de ética médica de la historia de la Medicina fueron simples diseños de una ética de virtudes. La misma que alimentó la inquietud de Thomas Percival y de aquellos colegas del siglo XIX, que fuertemente influenciaron

el primer código ético de la Asociación Americana de Medicina (AMA) de 1847.

Al limitado horizonte de esta monografía escapa una profundización incisiva en la fuerza y racionalidad de la investigación llevada a cabo por el maestro en el mundo de la Medicina, de frente y sin ocultar sus convicciones. En un tiempo y una cultura dominados por un exacerbado voluntarismo, un utilitarismo rampante y un relativismo moral a todas luces visible —débil frente al mercado e impotente ante las ideologías— Edmund Pellegrino puede parecer hoy un ingenuo idealista, el abanderado de una moral superada, el defensor de una relación médico-paciente hermosa pero irrealizable. Opinión respetable que los autores de este trabajo no compartimos y muchos, muchísimos médicos, tampoco.

En todo caso, que los valores más preciados de la profesión médica se decidieran en el mercado de los negocios sanitarios y en los cenáculos de las ideologías políticas y que, en el país de las libertades, Pellegrino se viera obligado a escribir sobre objeción de conciencia —como es el caso del artículo que abre esta monografía— no deja de ser sorprendente; y debería conducir a una reflexión profunda sobre el proceso real de instrumentación de la Medicina y de los médicos por la sociedad actual, en todo el mundo. Más posible a su juicio cuando se navega sin valores firmes y sin la exigencia de las virtudes, sin una idea clara de lo que significa ser médico. Sin códigos de conducta, deontológicos, asumidos por todos e irrenunciables, aunque el coste personal pudiera ser fuerte y operare a contracorriente. El profesor de Georgetown lo vio claro, quizá el pensador médico que más profundamente atisbó la encrucijada moral⁶ que experimenta la profesión en los albores del siglo XXI. El resultado de su preocupación es su extensa obra escrita, el legado moral de Edmund D. Pellegrino.

En este acercamiento al concepto de virtudes médicas en Pellegrino, dividimos este trabajo en cuatro partes: 1) Una aproximación a la teoría de la virtud; 2) los fines de la Medicina y las virtudes: objeciones a las virtudes médicas; 3) El buen médico: profesionalidad y ética de

⁶ Interesante a este respecto la perspectiva de J. Herranz Casado en “La humanidad ante la encrucijada”, en *Cuadernos de Bioética* 46 (2001) 329-343.

virtudes; 4) Las virtudes cristianas en la práctica médica; y 5) una virtud específica de la relación médico-paciente en el pensamiento del maestro: la renuncia al auto-interés frente al “bien del enfermo” (*self-effacement*), una cuestión que se desplaza, por razones de orden, a la tercera parte de esta monografía.

2. Una aproximación a la teoría de la virtud

Es habitual en los escritos de Pellegrino que, con carácter previo al mensaje esencial de sus capítulos o sus artículos, el autor aborde conceptualmente el tema central —en nuestro caso las virtudes médicas— en un marco por así decir académico, donde a los objetivos específicos del trabajo preceda una interpretación de los conceptos y una cierta aproximación hermenéutica a los mismos. Así, la cuestión de las virtudes se afronta con mayor o menor extensión en las primeras páginas de sus escritos, donde el autor incluye las virtudes del profesional sanitario. También en razón a algo de la mayor necesidad, esto es, a la acelerada vida de muchos médicos, que solo les permite una limitada atención al cultivo de las humanidades; una cuestión que impulsó el maestro en su discurrir académico y en la enseñanza de la ética médica a sus alumnos. Pellegrino solía decir de la Medicina que era “la mas humana de las ciencias y la mas científica de las humanidades”. El cultivo de las humanidades había de ser, pues, una fuente inspiración mas en la cristalización de la sabiduría médica⁷.

La teoría de la virtud constituye sendos capítulos en los dos libros⁸ que a la virtudes dedicara el autor, que no podremos sino esbozar. En numerosas ocasiones hace notar el autor que la teoría o la ética de las virtudes, desde una u otra interpretación, constituyó la base moral de la sociedad durante la mayor parte de la historia del mundo, y por ello imposible de excluir en cualquier debate moral, incluida la Medicina: ¿Cómo excluir al

agente de los actos o de las acciones sometidas a un juicio moral negativo por la sociedad? ¿Se puede ignorar —por ejemplo— al mediador nazi del exterminio de los judíos, Adolf Eichmann, en la segunda guerra mundial, por muy legales y conminatorias que fueran las ordenes que recibía? ¿Se puede pasar por alto al médico que realiza eutanasias legales en adultos o niños —se pregunta— por muy legales o culturales que sean sus actos y por mucho que parte de la sociedad las demande? ¿Se puede pasar de largo ante los médicos que por la seguridad nacional colaboran en la tortura de los prisioneros políticos? ¿Se puede simplemente afirmar, en estos casos, que el principio de justicia o el principio de autonomía prevalecen frente al principio de beneficencia?

La realidad es que, por mucha legalidad que un tiempo histórico adjudique —incluso democráticamente— a determinados actos rechazables, el juicio personal de los ejecutores de los mismos es imposible de eludir, de reducir al silencio, porque las mentes del momento los juzgan siempre y la historia temprano o tarde lo aflora para su defensa o su condena.

Así pues, la presencia del agente sanitario —de su intención, sus convicciones, sus últimos fines al llevar a cabo una determinada toma de decisiones en la UCI, en un quirófano, al emitir un peritaje o a la cabecera de la cama del paciente— es imposible de sustraer de un juicio moral objetivo. Tampoco el agente lo podrá eliminar de su conciencia si, contra ella, obró conscientemente. Ya desde los griegos es una experiencia que solo la formación de las conciencias desde la juventud, aprendiendo con tesón el hábito de las virtudes, permite al hombre la capacidad de reconocer la excelencia de las acciones y de percibir los vicios y las pasiones. Solo la práctica de las virtudes, convertidas ya en un hábito —en una forma de ser— hace el hombre capaz de intuir las decisiones y los pasos mas justos y prudentes a lo largo de su vida.

Ciertamente que a lo largo de la historia, por efectos de la filosofía dominante, el significado de la palabra “virtud” atravesó por una selva de interpretaciones, conceptos y significados, algunos claramente contradictorios. Y que, sin una perspectiva de su trayectoria y sus dificultades, la aprehensión de su realidad queda hoy

7 La necesidad de las humanidades en la educación médica fue uno de los principios rectores del pensamiento de Pellegrino: Aquí, entre otros, recordamos “The humanities in Medical Education. Entering the Post-Evangelical Era” en *Theoretical Medicine* (1984) 253-266.

8 *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York, 1993; y *The Christian Virtues in Medical Practice*, Georgetown University Press, 1996.

de algún modo nublada. Pellegrino acometió una perspectiva histórica del concepto de virtud en el capítulo 1 de *The Virtues in Medical Practice*⁹. Por sus páginas discurre el origen occidental del concepto de virtud en el mundo griego y sucesivamente la percepción que de ella tuvieron Sócrates, Platón y sobre todo Aristóteles, al que Pellegrino dedicó una mayor atención. La cuestión está presente en sus libros *The Virtues in Medical Practice* y en *The Christian Virtues in Medical Practice*. No nos ha parecido irrelevante incorporar un breve acercamiento a su reflexión en esta monografía.

2.1. Las virtudes en el periodo clásico

En su síntesis del periodo clásico, la virtud (*areté*) es entendida como “excelencia”, como el conjunto de hábitos de comportamiento que permiten al agente llevar a cabo un acto, una acción o comportarse ante las cosas y los hombres con la mejor adecuación y la máxima perfección, incluidas la ponderación y la prudencia para llevar a cabo las mejores elecciones, en las mil situaciones complejas de la vida. Las acciones de los hombres, la intención que las asiste, se orienta a cumplimentar fines —afirmará el estagirita— fines que, de alguna forma, están presentes en su propia naturaleza. La voluntad del hombre está de suyo impelida (*telos*) a acceder a determinados “fines” porque los estima como “bienes”, detrás de cuya consecución (la paz, la seguridad, el poder, el dinero, el amor, la fama o el prestigio, etc.) cree alcanzar alguna suerte de gratificación y felicidad.

De una manera ingenua el griego se pregunta: ¿Pero cómo saber que los fines a que se aspira darán al hombre una verdadera felicidad y no serán, por el contrario, su ruina, su desprestigio o su muerte? ¿Cómo ser capaz de tomar las decisiones adecuadas en cada momento de la vida? ¿Cómo, en fin, sujetar las pasiones y saber hacer justicia? Solo el hábito de las virtudes, solo la educación del espíritu humano en las virtudes en las primeros años de la vida o en la primera juventud, permitirá al hombre adquirir sólidamente esta especie de segunda naturaleza, esta singular sabiduría (*sofia*) de que le dota

el cultivo de las virtudes. Solo el hábito de las virtudes proporciona la *eudaimonia*, la “vida buena” (que no la buena vida), es decir, una percepción de “vida lograda” en la traducción de Robert Spaemann: la mayor felicidad a la que un griego culto podía aspirar.

La gran aspiración de Platón consistió en desarrollar una teoría general de la virtud, una aspiración que su discípulo Aristóteles en su libro “La Política” rechazó argumentadamente: la virtud no es genérica es particular, es básicamente individual, como lo es el objetivo de la ética, es decir, ser un hombre bueno y obrar el bien. Pero el bien individual al que conduce no es el bien egoísta, sino el bien de la persona *qua* persona —afirma Pellegrino— es la persecución y realización de la “excelencia”, del hacer bien las cosas. Por tanto, para el estagirita, la virtud es un estado, un rasgo adquirido del carácter que facilita en su conjunto la excelencia de los seres humanos. Que, por ser el resultado hábitos repetitivos en el modo de obrar, se transforma en una disposición permanente de su modo de ser, que surge en cada momento y circunstancia de un modo razonablemente natural y no como un automatismo al modo de un reflejo *pauloviano*— escribe Pellegrino.

Aristóteles respondió a la vieja pregunta de Sócrates de si la virtud se puede enseñar, mediante una respuesta afirmativa. Naturalmente que las virtudes se pueden enseñar, y con ello el objetivo de hacer de un hombre un hombre bueno es realizable. Aunque su argumentación de cara a situar la virtud en la teoría del punto medio —entre los extremos de un comportamiento— adolezca de indudables fallos y debilite la fortaleza de su concepto.

En Ética a Nicómaco, Aristóteles dibuja un verdadero horizonte de virtudes¹⁰. Aceptó las virtudes cardinales de

9 Pellegrino, E. D. y Thomasma, D.C.: *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York, 1993.

10 Aristóteles divide las virtudes en dos tipos: “dianoéticas” o intelectuales y “éticas” o del carácter. Las intelectuales, a su vez en: 1) “propias del intelecto teórico” (inteligencia (*nous*) ciencia (*episteme*) y sabiduría (*sofia*)) y 2) “propias del intelecto práctico” (prudencia (*frónesis*) arte o técnica (*tekne*) discreción (*gnome*) perspicacia (*synesis*) y buen consejo (*euboulia*)) Las éticas las divide en “propias del autodomínio” (fortaleza o coraje (*andreia*) templanza o moderación (*sofrosine*) y pudor (*aidos*)) y “propias de las relaciones humanas” (justicia (*dikaiosis*) Generosidad o liberalidad (*eleutheriotes*) amabilidad (filia) veracidad (*aletheia*) buen humor (*eutrapelia*) afabilidad o dulzura (*praotes*) magnificencia (*megalo-prepeia*) y magnanimidad (*megalo-fijia*) (modificado de “Ética”, por Adela Cortina y Emilio Martínez Navarro, Akal, 1996).

su maestro Platón y estableció una nueva sistemática de las virtudes que, por su excepcional capacidad de perfilar el espíritu humano, permanece hasta nuestros días. Aunque es sabido que algunas de aquellas excelencias o virtudes respondían a los modos de grandeza de un momento histórico lejano, que ya no se reconocen obviamente en nuestro tiempo. Aspirar a tener una “vida lograda”, a la sabiduría de las mejores elecciones y a la excelencia de todos nuestros actos, para un griego, era imposible sin la educación y el hábito de las virtudes

Pellegrino repasa el concepto de virtud de algunos medievales y queda adherido a la belleza del aristotelismo-tomista. Será siempre, frente al consecuencialismo de algunos eruditos que le fueron cercanos, un franco admirador de la doctrina de Tomás de Aquino. Como vimos con anterioridad, la construcción filosófica del *healing* y el *helping* es claramente neo-aristotélica; aún mas, desde una perspectiva de autor y personal, es tomista, como ampliamente desarrolló en *The Cristian Virtues in Medical Practice*¹¹.

Para Tomás de Aquino, como para Aristóteles, la ética es teleológica y la calidad moral de un acto deriva del fin que se persigue, en el hombre de fe la visión de Dios y la vida eterna. Las virtudes son imprescindibles como medio para el dominio de las tendencias y pasiones del hombre, si éste verdaderamente persigue este último y definitivo fin de la existencia, al que está destinado y al que estima como la verdadera felicidad. Pero la virtud no se propone una respuesta intuitiva fulminante a las demandas humanas mas ciegas y emocionales, antes bien para Tomás la virtud opera siempre en estrecha unión con la razón humana, a la que complementa; y es por esta mediación por la que dota al agente de clarividencia para la reflexión y prudencia en el obrar.

Además, para el teólogo, la fe sublima a la razón y ordena los comportamientos de un modo diferente, mas excelso. En efecto, Tomás afirma que las virtudes naturales deben ser completadas con las sobrenaturales: con las virtudes de la fe, la esperanza y la caridad. Eleva así el listón de la excelencia moral a un nivel y hondura que el

pagano Aristóteles no pudo en su preclara mente intuir. Y que aún una gran parte de la humanidad tampoco. Como consideramos mas adelante al reflexionar sobre su libro *“Las virtudes cristianas en la práctica médica”*, representa ese listón mas alto al que debe aspirar el médico de convicciones cristianas, el horizonte que le muestra su fe y el rasgo, en fin, que eleva y sublima la práctica de las virtudes médicas, por encima de los comportamientos nobles pero meramente naturales.

2.2. Del periodo medieval a nuestros días

Quedaría pobre esta perspectiva de la virtud, por muy adaptada a nuestro tiempo, excluir del análisis del maestro el recorrido que la teoría de virtud experimentó en los siglos posteriores, ya siempre en tensión con los cambios y rupturas contempladas en el Renacimiento y la Ilustración. Pellegrino no lo omite. Pero ello es la historia de la filosofía moral de los últimos siglos e imposible en un texto del limitado alcance de esta monografía. Bástenos aquí aludir de modo sintético al recorrido que Pellegrino refiere en sus textos.

Así, el primer gran cambio llega con los empiristas Hobbes y Locke —este último médico— que reconducen la ética al ámbito de los derechos. También con Hume y su teoría del conocimiento llegan las cosas a unos incipientes criterios de psicología moral, que le hace afirmar la existencia inherente de un sentimiento moral que llevaría a la gente a aprobar unos determinados actos y reprobar otros. Para él la virtud se reduce a una “cualidad de la mente agradable o aprobada por todos los que la consideran o la contemplan”. Con similar desviación, Descartes llama a la virtud “la fuerza de las almas...”; Montaigne “una inocencia accidental y fortuita...”; y Malebranche un simple “amor al orden”.

Kant reestructura toda la metafísica clásica y escapa de la virtud para trocirla en “deber” moral, que recupera del pensamiento estoico y al que adjudica el imperativo categórico. Mas tarde —otra vez desde Inglaterra— Stuart Mill, en oposicion a Kant, establece que el lugar de las acciones buenas radica en las consecuencias de los actos y, de entre ellos, en los que el bien alcanza a mayor número personas: las consecuencias de los actos

11 Pellegrino, Edmund D.: *The christian virtues in Medical Practice*, op.cit. 8.

determinarían la calidad moral de las acciones. Desaparece así prácticamente la virtud del agente y la calidad moral de las acciones radicaría en los propios actos y sus consecuencias. Y de modo similar se expresaría el utilitarista Bentham.

Como puede apreciarse, la concepción clásica de virtud y su ulterior fundamentación cristiana son ajenas al *humus* doctrinal prevalente en el pensamiento filosófico de estos siglos, y solo adquieren vida real en el entorno y depósito de la fe católica.

Dos autores, más cercanos a nuestro tiempo, acabarán por hacer desaparecer todo esbozo del concepto de virtud como excelencia moral personal. Por una parte Sidgwick, a través de un utilitarismo refinado, *auto-evidente* y, según dice, que no necesita de argumentación filosófica; y por otra David Ross, un neo-aristotélico de principios del siglo XX que, en los conflictos entre deberes, establece una ingenua elección del bien, que el principialismo recuperó como deshacedor de entuertos en los conflictos entre principios, y que el tiempo ha demostrado su debilidad y su fracaso.

Pellegrino dedica también espacio a los pensadores que podríamos incluir como enemigos de la virtud. Que afirman que el ejercicio de la virtud es una equivocación, un error, un peligro. Su baja concepción del hombre convierte la virtud en una inmensa debilidad. Como principales representantes de esta posición destacaría, por una lado, a Nicolás Maquiavelo y por otro Nietzsche. El primero entiende que los intereses personales están muy por encima de la virtud y que la seguridad y el propio bienestar justifican incluso las actitudes más violentas. Magnanimidad o crueldad se aplicarán por los príncipes y los poderosos según sus propios intereses. Pellegrino apunta el indudable atractivo que esta mentalidad tiene en el mundo actual, competitivo y de libre mercado o altamente burocratizado, que además no se ajusta a las reglas de la virtud, donde cada vez es más difícil sobrevivir. Y añade que esta falta de fe en las virtudes hace mella incluso en las profesiones que tradicionalmente las han homenajeado. Los médicos y los abogados —venga a decir— son cada vez más de la opinión de que

vivir con arreglo a la virtud y a la ética representa un ideal hermoso pero irrealizable.

Nietzsche, por su parte, sostiene un punto de vista contrario a la virtud incluso peor que el cinismo de Maquiavelo, pues este filósofo entiende que las virtudes enseñadas por el judaísmo y el cristianismo son como las virtudes de los esclavos, castrados y débiles. Porque el hombre fuerte, el poderoso, el *superhombre*, es el que verdaderamente crea los valores y no se somete a los valores de ningún otro, el que por la fuerza de su auto-afirmación se sitúa por encima de toda moralidad. Si tiene algún deber hacia otros es solo hacia algunas personas semejantes a él mismo. En su *Genealogía de la Moral* Nietzsche afirma que toda la tradición de la filosofía moral —incluyendo a las virtudes— son una burda máscara para alcanzar el poder. Las virtudes cristianas fueron determinadas siempre por quienes ostentaban el poder y no tienen ningún otro fundamento o justificación, por lo que en realidad serían “vicios”.

Pellegrino rehusa a responder o dialogar con estos filósofos del odio a la virtud y entiende que no es su principal objetivo. Nos remite a *After Virtues* de MacIntyre y a su poderosa revitalización de la tradición aristotélico-tomista. A los médicos —viene a decir— nos interesa más hablar de ética médica, en la cual las virtudes del médico juega sin duda un papel estelar.

Remata Pellegrino esta perspectiva histórica —no poco azarosa— de la ética de virtudes, con alusión a la esperanza renacida en el pasado siglo por la recuperación de las virtudes en el panorama de la filosofía moral contemporánea. En los veinte años transcurridos desde la publicación de *The virtues in Medical Practice* y nuestros días, el *revival* de las virtudes es una realidad. Y visible hoy el intenso debate en el área cultural anglo-sajona y alemana entre los partidarios de una ética de la virtud y del carácter y los propugnadores de una ética del deber. Sus protagonistas sostienen interpretaciones personales, unas cercanas a la tradición clásica y otras distantes. Autores conocidos como los filósofos MacIntyre, Frankena, Anscombe, Murdoch y Pincoff y el teólogo protestante Hauerwas —entre los que el autor cita— habrían fecundado en estos años la

recuperación de las virtudes en el contexto de la ética filosófica, gentes que por otra parte no ocultan —como tampoco Pellegrino— las dificultades que plantea la idea de virtud en las actuales sociedades pluralistas y democráticas.

A nuestro Edmund Pellegrino le interesa especialmente MacIntyre, cuya figura emerge prestigiosa para él a la cabeza de toda una generación de filósofos de la virtud; pero también alude, sin explicitar su identificación, a Philippa Foot y a Stanley Hauerwas, y por razones distintas a Pincoff y a Carol Gilligan; esta última una “voz diferente”—dice— que ofrece un punto de vista moral quizá complementario de la visión clásica, vinculado a un modo de entender la virtud que extiende a ciertas disposiciones *humanistas* de las personas, a su parecer mas próximas a la psicología moral de las mujeres que a los hombres. Una voz que no se queda en un cierto feminismo —dice— sino que se adentra en los modos de razonar, el comportamiento y la jerarquía de valores de los unos y los otros.

Al concluir su perspectiva histórica de la virtud, Pellegrino afirma optar personalmente por las definiciones clásicas de virtud de Aristóteles y Tomás de Aquino, pues piensa que los intentos de definición ulteriores no agregan nada esencial al pensamiento clásico, aunque algunos hayan enriquecido nuestra comprensión de la virtud y sus matices. E insiste en que el propio devenir histórico del concepto de virtud y la recuperación del interés por esta dimensión ética, en las últimas décadas, reafirma la importancia decisiva del modelo, imperecedero, irrefutable en el contexto de la filosofía moral.

3. Los fines de la Medicina y las virtudes: objeciones a las virtudes médicas

Procede ahora repercutir el contenido histórico de las teorías de la virtud, desde la perspectiva de Pellegrino, a este trabajo introductorio de las virtudes médicas. No será posible acoger aquí todas las referencias a la virtud en el contexto de las numerosas cuestiones reflexionadas por el autor, y nuestra síntesis abordará: 1) Introducción y profesionalismo; 2) la lista de virtudes; 3) objeciones contra las virtudes médicas.

3.1. Introducción y profesionalismo

Los fines de la Medicina han sido considerados en el trabajo precedente sobre el pensamiento y la obra de Pellegrino. Pero el lector dispone de una visión sintética sobre la cuestión en su artículo *Medicine today. Its Role, and the Role of Physicians*¹². Vimos previamente que su modelo moral, neo-aristotélico, define el fin de la Medicina a partir de su realidad clínica, sancionada por siglos de comportamiento médico y leyes propias, que el autor denomina con el término *healing*, traducible como “sanación”. La sanación habría sido el *modus operandi* de la actividad clínica del médico durante siglos. Sanación es más que curación, es “curación” más “ayuda” o auxilio del galeno, es *curing* mas *helping*. *Curing* o curación es lo que se nos enseña en las Facultades de Medicina; y *helping* o ayuda, el papel de protección y de servicio al doliente buscando el mejor bien para el enfermo: atender al enfermo —como ya vimos— requiere restaurar los distintos “bienes” vulnerados por la enfermedad. El *helping* hace al enfermo otro tanto que el *curing*, pero es hoy el terreno donde el respeto a la dignidad del paciente exige mas específicamente de un trato especial, de un “cuidado” vinculado a la virtud. El acto médico del puro curar pasa a ser, unido al cuidado, sanación, pasa a ser un verdadero acto profesional.

En efecto, aunque el abordaje argumentativo de Pellegrino para relacionar la ética de virtudes y la práctica clínica en nuestro días, nació de sus convicciones cristianas y de su precoz reconocimiento de la Medicina como una “empresa moral”¹³ —y a no dudar, desde su experiencia clínica y admiración hacia un conjunto de médicos humanistas del ámbito anglo-sajón— es indudable que su investigación respondió a las desviaciones de la ética de los principios que fue percibiendo en su país. La commoción suscitada por los principios en el mundo médico norteamericano y el uso nuevo de un instrumento —la filosofía— para dirimir los potenciales desacuerdos en el seno de una relación médico-paciente

12 Edmund D. Pellegrino: *Medicine Today: Its identity, its Role, and the Role of Physicians*, Itinerarium 10 (2002): 57-79. Instituto Teológico “Sto. Tommaso”.

13 Edmund D. Pellegrino: *Ethics and the Moral Center of the Medical Enterprise*, Bull. N.Y. Acad. Med. 54 (1978) 625-640.

fracturada, fascinó a muchos por aquellos años. Pero de alguna forma estimuló a otros a buscar una configuración filosófica a los modos éticos convencionales, que regulaban la profesión desde sus orígenes. Y que nunca habían tenido una formulación filosófica. No procede aquí considerar las transformaciones que, desde fuera y dentro de la Medicina, se sucederían ni tampoco las correcciones y desviaciones a que el proceso ha dado lugar. Nos interesa sí retornar al horizonte moral de Pellegrino, en cuanto espectador de excepción de aquellos cambios.

Lo acontecido disparó pues, en el modesto núcleo de médicos norteamericanos estudiosos de la ética médica, una verdadera reflexión sobre las desviaciones que, desde décadas atrás, experimentaba la Medicina en los Estados Unidos. Es por entonces también cuando la idea de “profesionalidad” o de “profesión” pasa a ser revitalizada por el mundo de la sociología. De resultas, la Medicina, como otras profesiones, pasó a ser considerada críticamente como una actividad de privilegio, especial, diferente a la identidad de un oficio u otros tipos de trabajos: sujeta durante la mayor parte de su historia a una gran responsabilidad moral, pero también a una escasa o nula responsabilidad jurídica. Las cosas debían cambiar. Con este impulso, en las últimas décadas el análisis identitario de las profesiones clásicas (el gobernante que dicta las leyes, el abogado que aplica el derecho, el médico que sana y el sacerdote que atiende el alma) ha sido abordado desde diversas ópticas y reconsiderado en sus criterios esenciales¹⁴.

En la Medicina, esta vieja pero nueva dimensión de la práctica clínica ha recibido el nombre “profesionalismo médico”. Por su vocación como educador, Pellegrino se topó así con una interesante ruta nueva para el debate moral, que le permitía *penetrar* al socaire de los tiempos, desde otro *humus* doctrinal en el propio terreno de la moral médica. Y reiterar así que las claves esenciales de la idea de “profesión” —de la idea del buen profesional— implicaba, además de la competencia técnica, una poderosa exigencia de virtudes humanas.

14 No es objetivo de este trabajo el interesante debate sociológico de las profesiones, pero Pellegrino menciona el libro de Freidson, E.: *“Profession of Medicine: a study of the sociology applied knowledge”*. Chicago (IL): University Chicago Press, 1998.

En efecto, en diversos textos y artículos, Pellegrino abordó la cuestión de la Medicina basada en las virtudes éticas desde el concepto de “profesión”. Recordamos aquí *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions*¹⁵, quizá el texto más significativo del autor, pero son numerosos los que, de una u otra forma, contemplan la misma cuestión. En este trabajo aludiremos a dos artículos mas, *The Virtuous Physician and the Ethics of Medicine*¹⁶ y *“Profesionalism, Profession and the virtues of the Good Physicians”*¹⁷.

En el primero de estos trabajos, Pellegrino admite que la oportunidad de restaurar las virtudes en la ética profesional de los médicos había llegado, paradójicamente, vinculada a las deficiencias de la dominante guía moral basada en los principios. El carácter abstracto de los cuatro principios de la bioética, alejados de la complejidad de la toma de decisiones clínicas, por una parte; la dificultad de resolver el conflicto entre principios *prima facie* por otra, que daba un peso decisivo a la autonomía del paciente —en muchos casos contra la conciencia del médico—; y la persistente objeción de que el agente moral de los actos, el médico, no podía quedar excluido en los dilemas reales, cuanto que es el elemento ejecutor de las acciones técnicas, restringió la aplicación de este discurso a los mas eruditos y fascinados por el nuevo instrumento. El sentido común, sin demasiado esfuerzo, imponía la realidad: aunque era posible distinguir razonablemente los actos médicos adecuados de los inadecuados, los correctos de los incorrectos, era imposible ignorar la vida moral del profesional sanitario, del médico y del profesional de la enfermería. Un cierto *telos* hacia el bien del enfermo estaba presente siempre en la entraña del médico clínico, y erradicarlo parecía una aspiración inalcanzable. Como los propios principialistas habían reconocido, aunque no integrado en modelo, “casi todas las grandes teorías

15 Pellegrino, E. D.: “Kennedy Institute of Ethics Journal 5 (1995): 253-277”. *The Johns Hopkins University Press*.

16 Pellegrino, E. D.: “The Virtuous Physician and the Ethics of Medicine”. En *“Virtues and Medicine. Exploration in the Character in Medicine”*. (*Philosophy and Medicine Series*, nº 17, pp. 243-255 (1985) by Reidel Publishing Company.

17 Pellegrino, E. D.: “Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician”, *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 69 (2002): 378-384.

éticas convergen en la conclusión de que el ingrediente más importante de la vida moral de una persona es un carácter desarrollado que brinde la motivación interna y la fuerza para hacer lo correcto y lo bueno”¹⁸. Virtudes y principios pueden ser compatibles, aunque ello implique cambios conceptuales.

Volver al agente de los actos clínicos significaba volver a la conciencia de los médicos y recuperar el discurso de las virtudes. Al menos de las virtudes naturales. E implicaba la necesidad de *colgar* las virtudes de una nueva teoría de la Medicina, de responder intelectualmente a qué es ser médico. En el seno de este discurso para restaurar las virtudes, Pellegrino estimó necesarios diversos ingredientes: por una parte 1) una “teoría de la Medicina” enunciada desde una aproximación fenomenológica del acto médico; y por otra, la penetración reflexiva en los hábitos de excelencia del acto médico, referenciada al encuentro médico-paciente, en lo que denominará las “virtudes médicas”. Frente a otras opiniones de su entorno, el autor *siente* que el *locus* mas profundo que define a la Medicina está en el entorno de la relación médico-paciente, y concretamente en lo que llama el “encuentro” clínico: la intercomunicación entre una persona vulnerada por la enfermedad que busca curación y ayuda y un profesional de la Medicina dispuesto a procurarla. El encuentro clínico define pues, para Pellegrino, el fin de la Medicina, incluido su *telos* orientado al bien del enfermo. Y, por tanto, de suyo insertado en la concepción de virtud de Aristóteles. Llevado al terreno de la profesión médica, el autor adoptará la interpretación profesional de la práctica de la virtud tal como fuera definida por MacIntyre¹⁹.

Sobre la teoría de la Medicina hemos dado cuenta en el análisis sobre el pensamiento moral de Pellegrino y no tiene objeto reincidir. Sobre las virtudes médicas sí, en lo que denomina el segundo y tercer ingredientes. El segundo ingrediente fue abundar en la definición adecuada de virtud que ha sustentar —en su opinión— a una ética basada en virtudes. Así pues, la definición de

virtud de Pellegrino está en consonancia con MacIntyre, es decir, un rasgo del carácter que dispone de un modo habitual, a la persona que lo posee, a una excelencia en la intención y el cumplimiento respecto al *telos* específico de una determinada actividad humana, en Medicina sanar a los enfermos. La virtud proporciona a la razón el poder de discernir y motivar al cumplimiento de un fin moral con perfección. Para cualquier profesión este fin moral puede ser su propia actividad específica, que de ser llevada a cabo bien, con eficiencia, realiza o produce el bien profesional o bien virtuoso. Si el *healing* —curación y ayuda— es el fin de la Medicina, aquellas disposiciones que capacitan para sanar bien, con excelencia y eficacia, son las virtudes básicas de la Medicina y por extensión de las profesiones sanitarias. Tales disposiciones específicas son, para Pellegrino, las “virtudes internas” para la práctica de las profesiones, tal como en su día enunciara MacIntyre. La posesión de estas virtudes internas define en nuestro tiempo al buen médico o al buen enfermero/a.

3.1. La lista de virtudes

Finalmente, el tercer ingrediente al que alude el maestro, en su teoría normativa de la ética médica basada en virtudes, es la “lista de virtudes” que puede definir el “bien” del médico, enfermera o profesional sanitario. Un set de virtudes vinculadas a la teoría de la Medicina que caracteriza el bien profesional de la salud. A las virtudes internas de la profesión sanitaria las denomina Pellegrino “virtudes médicas”. Su presencia en la obra de este médico moralista es reiterada, sobre todo en los escritos de madurez como bioeticista clínico. En esta monografía se aborda, por otros autores, el listado primitivo que apareció en *The virtues in Medical Practice* (1993): fidelidad a la confianza, compasión, prudencia, justicia, fortaleza y templanza, integridad y desprendimiento altruista. Aunque se ha de aclarar que, en otros textos, Pellegrino parece introducir nuevas virtudes o modificar la denominación de alguna de las ya formuladas, añadiendo la benevolencia, la honestidad, el valor y la veracidad, como virtudes también propias del encuentro clínico.²⁰

18 Tom L. Beauchamps y James F. Childress, *Principios de ética biomédica*, 4ª ed. Masson S.A. Barcelona, 1999, pp. 484.

19 Alasdair MacIntyre: *Tras la virtud*, Editorial Crítica, S.A., Barcelona, 1987.

20 Así, por ejemplo, en 2000, en el contexto del concepto de

Sin embargo esto no constituye un desorden, puesto que el concepto clásico de virtud acoge a numerosas otras disposiciones tendentes al bien de la persona —y por tanto del médico—, sino el resultado de una cierta categorización de las virtudes: unas con mas vigencia en los momentos actuales, imprescindibles para llevar a cabo el encuentro clínico con la firme determinación de cumplir los fines de la Medicina —como es el caso de las “virtudes médicas”—: y otras, quizá de superior grandeza, cuya presencia en la conducta del profesional eleva la bondad del acto médico y potencia su condición de “empresa moral”, pero de suyo no exigibles a la generalidad de los profesionales. Actos, en suma, de supererogación dependientes de la virtud.

“Beneficencia”, por ejemplo, es hacer el bien del enfermo, pensar y llevar a cabo la mejor terapia posible a un paciente como deber hipocrático, y como exigencia legal en el encuadre principalista. “Benevolencia, sin embargo, en cuanto virtud, es querer siempre el bien del enfermo, de éste y de todos, como un *factum* de la conciencia practicado habitualmente. Así pues, una convicción profunda que, transformada en hábito profesional, se ha convertido en virtud. De ella derivaran otras virtudes, algunas como el desprendimiento de los propios intereses, el *sef-effacement* de Pellegrino, de gran importancia en la actualidad. De donde, la importancia de reconocer un orden de densidad moral entre las virtudes y la necesidad de una cierta sistematización en su aplicación a la Medicina.

Además, Pellegrino mantiene la necesidad de distinguir entre “virtudes médicas” en general y habilidades técnicas o profesionales de los médicos, entre virtud moral y competencia técnica. Porque la excelencia en el diagnóstico diferencial de los procesos o el dominio de una determinada cirugía endoscópica —por ejemplo— derivan de una buena preparación para ser médicos; en tanto la virtud *qua* virtud no está vinculada a ninguna actividad específica del profesional, sino que es necesaria para el bien del hombre médico: la virtud no se caracteriza en términos de resultados. Un médico

no virtuoso puede ser un médico competente en una determinada especialización de la Medicina o en una habilidad concreta. Aristóteles veía la *techne* como una de las cinco virtudes intelectuales, como una virtud moral del individuo que le dispone a adquirir habilidades con la máxima excelencia: a ser un buen guerrero, a ser un buen artista, a ser un buen herrero, que es el sentido de virtud que asume Pellegrino. El fin inmediato de la sanación no es solo ser curado o mejorado de su dolor —o ser intervenido por el más experto a “vida o muerte”— es eso y mas, es también la excelencia del *helping*, la esperanza de ser incorporado por el médico, en los momentos decisivos, a una relación de ayuda y protección; a un diálogo esperanzado que asegure al enfermo que se hará *todo lo posible* frente al dolor, la discapacidad y el riesgo de muerte; y que, además, respete su opinión y sus convicciones. Recrear este clima no es un problema técnico, es un arte que no se improvisa, es una sabiduría práctica que procede del hábito de conocer a fondo la situación emocional de cada enfermo. Es, en suma, un problema que solo resuelve la virtud del agente, del profesional sanitario.

Por otra parte, es una obviedad decir que virtud y técnica, en el proceso de sanación, se conducen con circularidad. Y que el virtuoso, en la medida de su prudencia y veracidad, jamás puede ignorar que el conocimiento de la profesión o las habilidades imprescindibles para una exploración o un acto quirúrgico —por ejemplo— son exigencias morales extremas, sin las cuales el ejercicio de la virtud quedaría desnaturalizado y sin fundamento. La competencia profesional y el estudio y actualización permanentes del médico —que exige la actividad profesional— son un deber moral fuerte, deontológico y normativo, que integra el núcleo mismo del concepto del “bien del enfermo”. Es, dicho de otra forma, el primer modo de “querer siempre el mejor bien del enfermo”. Un modo de querer que asienta sobre la eficiencia y la eficacia pero que, transformado en convicción moral y en hábito de reciclaje permanente, constituye la virtud de la benevolencia en el ámbito del sanar. Por lo tanto, competencia profesional y virtud, son inseparables en la profesión médica. Un veterinario podría prescindir de la

“profesionalidad” en “Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physicians”, op.cit.

virtud interna y buscar solo resultados técnicos, un profesional de la Medicina no. Se comprende que Pellegrino mantenga que las virtudes médicas no son suficientes para ordenar la profesión sanitaria, aunque sean imprescindibles. Responde así a los críticos que han argumentado contra la recuperación de la ética de virtudes en el mundo de las profesiones. Es mas, sostiene que las virtudes éticas son un componente esencial en cualquier teoría completa de la vida moral. No pueden valerse por sí mismas pero son un complemento imprescindible de cualquier teoría moral.

3.2. Objeciones contra las virtudes médicas

En el capítulo 1 de *The virtues in Medical Practice*, Pellegrino responde a las objeciones contra las virtudes en la ética médica, afirmando que su argumentación, habida cuenta de las diversas interpretaciones históricas del concepto, responde a su manera aristotélico-tomista de definirla —integrada en el moderno abordaje de MacIntyre; y que, aunque conocer las viejas interpretaciones puede enriquecer nuestra comprensión de la virtud y sus matices, tras las aportaciones clásicas de los grandes filósofos, Aristóteles y Tomás de Aquino, nada verdaderamente esencial se ha añadido: que el *telos* de la Medicina clínica, la inclinación teleológica a la sanación, se integra excepcionalmente bien en el pensamiento tradicional.

A los efectos de este trabajo, aunque la relación entre el concepto actual de virtud y la ética griega es fascinante, solo recordaremos y sintéticamente algunas de estas objeciones, y siempre con referencia al mundo de la Medicina. Objeciones en su mayoría desde bioeticistas partidarios de los cuatro principios. Así, su colega Veatch mantiene que, puesto que las virtudes son entendidas según la cultura dominante de cada tiempo, la teoría de la virtud tiende a conformar conductas equivocadas cuando las “virtudes” que se ejercen constituyen hábitos incorrectos. Pellegrino rechaza esta primera objeción especificando las principales virtudes que se han relacionado con el objetivo de la sanación en Medicina a lo largo de su historia; y que, aunque los rasgos del carácter del médico se influyen por el entorno, nunca

son aceptados sin fuerte crítica, como hoy patentiza la fuerte autocrítica sobre la práctica real de la Medicina impulsada por propia la ética médica.

Una segunda objeción, también de Veatch, mantuvo que, en estos tiempos de sociedades moralmente pluralistas, podrían emerger una gran variedad de “virtudes” equívocas, según los diferentes modos de entenderla, y conducir a decisiones erróneas; de donde la teoría de la virtud podría descarrilar y hacerse peligrosa. Pellegrino suscribió este argumento y desde entonces mantuvo que la teoría de la virtud debe estar vinculada siempre a otro modelo moral fuerte e incluso a los principios de la bioética, dando lugar a una ética médica integrada. Y que, además, él mismo había propuesto fórmulas integradoras entre deberes, principios y virtudes²¹. Así, por ejemplo, integrar el principio de justicia y la virtud de la justicia, la virtud de la compasión con el principio de beneficencia y así sucesivamente. El argumento de Veatch tendría sentido, pues hace depender todas las virtudes de la “benevolencia”, pero las virtudes —afirma Pellegrino— pueden estar vinculadas a otras virtudes rectoras y no solo a partir de sus conceptos y definiciones, sino a través de las propias acciones a que ellas tienden y al concurso y presencia de la *phronesis*, de la prudencia, del acto de la sabiduría o razón práctica que las congrega y las aplica a los diversos casos particulares.

Una tercera objeción mantiene que las virtudes del agente son innecesarias en la práctica de una Medicina entre gentes de valores diversos y hasta antagónicos. Mas bien deberíamos estar preocupados por hallar un método correcto que nos proteja a todos. Solo entre personas de cultura y valores afines sería posible integrar una ética de virtudes de sanitarios y pacientes. Y ésta, además, sería innecesaria en una sala de urgencias o para especialistas ante pacientes que no les conocen ni saben cómo piensan. Pellegrino es tajante al negar estas argumentaciones que, a su manera de ver, incluso fortalecen la necesidad de las virtudes en la práctica de la Medicina. Sostiene que una conducta correcta

21 Pellegrino, E. D. y Thomasma D. C.: *The Virtues in Medical Practice*, pp. 18-30, op.cit. 8.

no se puede hoy asegurar ni siquiera con los principios —tan vivos cuando así escribía— y que, de hecho, sin la presencia de las virtudes del médico, tampoco hay garantías de que los médicos respeten la autonomía de los pacientes o las reglas del consentimiento informado. Por lo tanto, la vuelta a las virtudes eternas del médico representa una buena alternativa a los esfuerzos por dotar a la práctica médica de una guías morales fuertes donde posarla.²²

La formación de los médicos en la virtudes no es una garantía de buenos resultados, de una práctica moralmente defendible, fue finalmente otra de las objeciones. Se sintetiza así el argumento de que, pese a haber sido formados en las universidades que se decían las mas humanistas del mundo, los médicos alemanes se convirtieron en un gran apoyo a las iniciativas de “pureza biológica” de los nazis en Alemania. ¿Por qué su formación humanista no les protegió del mal? ¿Cómo fue que participaron en la planificación, ejecución y justificación de las masacres en los campos de concentración? Pellegrino sostuvo que esto fue y es una gran misterio de la ética médica y lo refuerza desvelando, por intranquilizador que sea, que mas de la mitad de los médicos en ejercicio en tiempos de Hitler se unió al partido nazi, incluso antes de que este accediera al poder. También nos dice que la cuarentena de médicos que fueron juzgados en Nuremberg participaron en la planificación y ejecución de los programas que hoy consideramos infames. Y no duda tampoco en destapar que la mayor parte de estos programas, como la eutanasia involuntaria de miles de enfermos mentales, estuvo argumentada en prácticas internacionales y desde leyes y procedimientos de los Estados Unidos. Aunque también, a no dudar, en ventajas económicas y para disponer de camas para los soldados heridos en la guerra. La misma esterilización de los discapacitados mentales y de otros grupos fue la pretensión de *limpiar* de genes al resto de la raza, teorías supuestamente “científicas” que también habían tenido eco en USA, donde propuestas similares

aparecieron en la revista de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Pellegrino se muestra radicalmente crítico al desprecio por la vida de estos médicos y es consciente de a lo que puede llegar la Medicina conducida por las ideologías y la carencia de virtud de los médicos, de los embarcados en la última utopía de una ciencia moralmente desnortada: cuando los individuos dejan de ser tratados como fines en sí mismos y son sometidos al paradigma omni-abarcante del momento como la única moral. Los médicos nazis no perdieron su sentido de “lo correcto” e “incorrecto”, antes bien, su percepción de “lo bueno” fue coloreado, transformado y arrastrado por las corrientes ideológicas de su tiempo. No supieron distinguir la ética de los médicos de la ética de las corrientes políticas. El principal experto en ética médica nazi Rudolf Ramm había llegado a decir en 1942: “Solo una buena persona puede ser médico”.

Para Pellegrino la historia puede repetirse: La difusión de la eutanasia y del suicidio asistido, la propagación de los abortos, etc. siempre desde legislaciones permisivas y aparentemente humanistas, es el resultado de una cierta ceguera, de ignorar la ética médica auténtica y de concentrarse en resultados, en resolver conflictos, en solo los objetivos de la curación, del *curing sin helping*. Ésta es la razón de por qué las virtudes de la práctica médica deben siempre acompañar a los principios, si estos son asumidos por profesional. Aunque ni la una ni la otra pueden garantizar el futuro buen comportamiento de la profesión. Solo la verdadera ética médica y las personas virtuosas, reflexivas y con capacidad para la auto-crítica, pueden ofrecer alguna esperanza de que la historia no se repetirá, siempre pensando en Estados Unidos. La ciencia y la Medicina no sirven solo a intereses externos a ellas; también pueden estar informadas de esos intereses desviados y pueden dar credibilidad a esos intereses que les son ajenos. Nosotros —viene a decir Pellegrino— reivindicamos que solo las personas íntegras, es decir, virtuosas, serán menos propensas a sucumbir a los errores, los caprichos y las debilidades de cada época en particular.

22 Tom L. Beauchamp: “What’s So Special About the Virtues?”, en Earl Shelp (ed.) *Virtue and Medicine*, p. 310, Dordrecht, The Netherlands: D. Reidel, 1985.

4. El buen médico: profesionalidad y ética de virtudes

En una comunicación en la Conferencia sobre Ética Médica en 2000, celebrada en el *Mount Sinai School of Medicine* en New York y ulteriormente publicada²³, Pellegrino abordó la estrecha vinculación entre la ética de virtudes y la idea de profesión médica, partiendo del significado de la palabra “profesión” y/o “profesionalidad” (también traducida como “profesionalismo”). La “profesión”, cuya etimología viene a significar “proclamar algo públicamente”, es un tipo particular de actividad y de conducta a la que se comprometen unas determinadas personas, de las que se espera que a ellas se ajustarán en sus relaciones. Por tanto, la esencia de “profesión” implica básicamente haber adquirido un compromiso, la promesa de dedicarse a un ideal.

En Medicina, el compromiso adopta dos formas: una es la proclamación pública de profesión en los actos de graduación, mediante el juramento hipocrático; momento superior al de recibir de forma administrativa un título, pues si se toma en serio se adquiere el compromiso de disponer todo su conocimiento y habilidades en el servicio a los enfermos. Nada nuevo que decir sobre la minusvaloración que este compromiso público, frecuentemente ornamental, en nuestro tiempo, más aún hablando de *servicio*, concepto cargado hoy de desconfianza en la relación médico-paciente. La otra forma de interpretación es el cumplimiento de las exigencias éticas que exige el citado compromiso, que a muchos hace pensar en un verdadero vuelco del ideal de “profesión” en un verdadero proceso de “desprofesionalización” de los médicos. Pues, además de la crisis del ideal de servicio, la profesión arrastraría otros vicios, como la lealtad no cuestionada a otros miembros de la profesión (obviamente en desafección del concepto de servicio), un cierto elitismo y un celo preferente por los intereses grupales o, mejor, centrado en los intereses económicos y de posición al modo de un gremio. El concepto de “profesión” habría virado

hacia el de “ideología” y el de “servicio” al de “interés propio”.

Es obvio que la perspectiva descrita por Pellegrino asienta sobre las particularidades de la Medicina norteamericana, sujeta a tensiones diversas e insertada con preferencia en modos liberales y mercantiles del ejercicio profesional. Y es seguro también que su visión de determinados “vicios” cambiaría o se matizaría en la experiencia de los países con medicina socializada, no ajena a vicios de otra naturaleza. Lo importante es que para el autor la idea de compromiso y de servicio al enfermo, en la tradición de siglos, estuvo determinada por una ética de virtudes médicas y de rasgos de carácter del médico; y esto, lo mismo en China que en la India, que en Occidente, no otro sentido tuvo la ética hipocrática en todo el mundo, también la que fervorosamente vivieron los Thomas Percival, Francis Peabody, William Osler o Florence Nigthingale, figuras egregias y testimoniales de un modo de vivir la profesión.

Profesión médica implicaba y sigue implicando virtud, y ésta excelencia en el cumplimiento de los fines específicos de la Medicina: como vimos ya, en *healing* y *helping*. Ambas inseparables de algunas virtudes médicas: de la “benevolencia”, querer el bien del enfermo y evitarle todo mal; “fidelidad a la confianza” depositada en él; “honestidad” personal para saber qué puede el médico asistir y qué está en el límite de sus conocimientos, sin pensar en sus intereses; “valor” para arrostrar riesgos de contagio o personales, negándose a llevar a cabo actividades contra la vida o contra los intereses de sus pacientes; “compasión” con el enfermo en situación severa o grave, intentando acercarse y comprender la angustia del “otro”, y proponerse la mejor ayuda para ese enfermo particular; por fin, “veracidad”, es decir, el esfuerzo de informar al paciente sin destruir su esperanza, pero dotándole de argumentos para que pueda decidir en esos momentos y cómo mejor conducir sus planes de vida.

Esta concepción clásica del acto médico del profesor de Georgetown, contrapuesta a toda prevalencia de comercialización y mercantilismo, de auto-interés egoísta y desmedido —canalizador de la práctica en muchas oca-

23 Edmund D. Pellegrino: “Professionalism, Profession and the virtues of the Good Physician”, *The Mount Sinai Journal of Medicine* (69):2002, 378-384.

siones— le hace rechazar la idea de acto médico como puro contrato. La virtud del agente, la prudencia y sabiduría práctica del buen médico, le impide ignorar las exigencias de sostener generosamente a su familia y de atender a los compromisos sociales de la vida de un buen profesional, y por tanto de vivir de la profesión, pero nunca al coste de la extorsión económica de sus enfermos. La virtud de la “sabiduría práctica” en Aristóteles ya hablaba de la necesidad de la deliberación interior y del discernimiento del hombre virtuoso para encauzar, en casos complejos, la opción mas adecuada. Por eso, para la Pellegrino, la actitud del médico ante situaciones complejas no puede ser la de excluir el bulto y pasar a otros toda decisión difícil, comprometida, ni la de protegerse con la medicina defensiva o defender por encima de todo sus personales intereses. Esto es la degradación —afirma— de la palabra prudencia o sabiduría práctica que, en realidad, lo que injerta en la mente del médico es luz y orden de prioridades, que se traduce generalmente en un juicio clínico prudente, en una elección acertada.

Frente a esta posición exigente del médico que ha decidido cumplir sus compromisos ante los pacientes, Pellegrino no ignora las dificultades que habrá de superar; porque actualizar de continuo las virtudes éticas en un medio cultural y profesional adverso, determinado por “empleadores” ajenos a ellas y afincados en la utilidad o el rendimiento económico —en la ideología o el mercado— puede constituir un obstáculo insalvable: en casos concretos *amargar* la vida del profesional y obligarle a decisiones extremas. El pleno desarrollo del ejercicio de la Medicina como una profesión técnica, y también empresa moral, es difícil en un medio profesional que se pliega a los intereses creados, culturales, sociales, económicos y políticos. De ahí la importancia para Pellegrino de estar presentes en las instituciones profesionales, en los colegios de médicos y en las asociaciones profesionales, desde donde el mensaje de las virtudes médicas puede alcanzar mayor eco, y éstas instituciones influidas y acaso rescatadas de las corrientes dominantes. Para MacIntyre es el reto mayor que afronta la ética de virtudes y sus defensores en la sociedad contemporánea.

Por otra parte, a la pregunta de si la virtud médica puede ser enseñada y aún si puede sobrevivir en un mundo —una sociedad— crecientemente ajena a todo altruismo y abonada a la regla del éxito según los patrones vigentes, el maestro de Georgetown contesta que sí; pero que, para esto, el modelo de médico virtuoso debe promoverse y nacer desde arriba, desde la universidad y las instituciones profesionales, y que necesitamos de profesores, de maestros, de médicos y alumnos distinguidos, volcados al modelo: Sensibilizar a los estudiantes de Medicina y a los médicos jóvenes y reflexivos e incorporarles a la complejidad de las cuestiones morales y a ser rebeldes frente al acomodo de la Medicina a lo *políticamente* correcto. Acercarles, en suma, al ideal de Medicina de los grandes maestros, muchos de los cuales les son desconocidos.

También es deber de las instituciones profesionales —cuando éstas están regidas por los mejores— atender a la educación de los médicos y buscar los modos de difundir la esencia del acto médico, la identidad de la profesión y de su modelo deontológico que, sin representar el techo de la excelencia, dota a los médicos de un fundamento moral propio incluso a contracorriente, desde el cual enfrentarse a los nuevos empleadores o empresarios de la Medicina. Los que no quieran que la Medicina acabe siendo una rama de la industria farmacéutica —o de la industria de la mas alta tecnología— del comercio de los seguros médicos o fiel instrumento al servicio de las ideologías de cada tiempo, afrontan un gran reto, y es mucho el ideal y las convicciones que hay que inculcar, y muchas, muchas, las virtudes y el conocimiento que los mejores deben adquirir.

En realidad, en el fondo del esfuerzo, a quien se defiende y se salva, por paradoja, es al enfermo; porque solo desde la virtud del médico y del personal de Enfermería su dignidad queda asegurada, y su bien clínico reconocido y buscado. Los distintos bienes a que ya hicimos alusión en esta monografía, no son los bienes primarios del negocio de la Medicina ni del proyecto instrumental de su socialización estatista. En su conjunto, estos bienes solo están asegurados para el enfermo vulnerable si el sistema cuenta con la virtud y la convicción del mediador

universal de la salud, que nunca podrá ser otro que el médico responsable y el profesional de Enfermería. Por eso, la ambición de Pellegrino aún dentro del discurso secular —como los médicos del código hipocrático— reclama para la educación de los médicos ir mas allá de la adquisición de las “virtudes médicas” —imprescindibles en la relación médico-paciente— y recalca e insiste en la necesidad de formarse y adquirir también las virtudes personales.

No entiende el profesor de Georgetown un médico solo cultivador, en su práctica, de las virtudes médicas y luego un hombre irresponsable en su vida privada: tal perfil le resulta inconsistente y falso. Es así que, como vimos mas arriba, a las virtudes médicas genuinas añade otras que percibe imprescindibles, como la benevolencia —no se puede odiar y/o temer a los enfermos— la veracidad, el valor y/o coraje y la honestidad personales. A las que añade una ya aludida y propia del médico actual, expresión directa de la benevolencia, que es la que denomina *self-effacement*, término que se puede traducir al castellano como “desprendimiento” de los propios intereses ante los intereses del paciente, en coherencia con la idea de servicio: virtud que se aborda y detalla como “virtud médica” más adelante en esta monografía.

El médico actual tendría por delante un especie *escalera* de deberes y obligaciones, de al menos tres niveles de autoexigencia, donde cada uno puede mirarse y situarse, y de paso apreciar en qué nivel de sensibilidad moral se percibe. El primer nivel, nivel de mínimos —el mas bajo de exigencias morales— vendría a ser el cumplimiento de la ética legalística, el cumplimiento de las obligaciones de las leyes civiles que evitan las aberraciones mas groseras a los derechos de los enfermos: licencias para el ejercicio profesional, responsabilidad civil y penal de sus actos, cumplimiento de sus contratos, cumplimiento de las normas ante la muerte y fallecimiento de los atendidos, etc. El segundo nivel implicaría unas exigencias y deberes que van mas allá de las demandados por la ley. Estamos ahora en el marco del concepto de servicio al enfermo, donde la idea de excelencia es sostenida por la beneficencia, por la capacidad de compasión, el mantenimiento de las promesas al paciente,

la firme decisión de evitarle daños y perjuicios, de mantener la confidencialidad y la veracidad, de respetar su autonomía de decisión y, en general, de buscar el bien del enfermo. Siempre dentro de sus posibilidades y de su capacidad para interpretar tales exigencias. El tercer nivel es la ética de virtudes aplicada al acto médico. Donde el agente del acto médico, su carácter y sus virtudes, están determinadas por una exigencia mayor de amor al enfermo, de mayor vinculación a su conciencia y a su fidelidad a la justicia para con él, por encima del estricto deber; de un mayor sacrificio personal y de renuncia a los propios intereses que, de *facto*, se subordinan a los del enfermo; de mayor eficiencia en los tratamientos y el cuidado, aunque estos excedan de los que puede estimar y asumir la sociedad.

Tres niveles pues, no exentos de falsas actitudes, ya por auto-engaño o por falso celo, de un paternalismo inadecuado o de una santurronería maleficente. Pues las buenas intenciones no bastan y pueden acabar en maleficencia del enfermo: por ello que, en una sociedad pluralista, la Medicina necesite de reglas y principios, de leyes que aceptar y que aseguren un mínimo de confianza en la profesión. Pero sin perder de vista que esto, en cualquier caso, se revela insuficiente —mantiene Pellegrino— y que no es todo lo que en su interior anhelan los ciudadanos, que buscan más la presencia de un médico sensible a su desgracia, próximo, que un técnico cargado de derechos y de leyes. Y que si pueden es al que eligen, tanto en la sanidad pública como en la privada.

Como vemos reiteradamente, la vinculación del acto médico a la necesidad de las virtudes del agente, del médico y el personal de Enfermería, implica incorporar a la vida del profesional un plus de excelencia en el modo de obrar, de supererogación o si se quiere de conciencia volcada a todos cuantos nos piden ayuda frente al dolor, el sufrimiento o la angustia de la muerte. Lo cual, como piensa el maestro, implica una ética de élite —en el mejor de los sentidos— donde sus defensores se aplican a sí mismos unas exigencias mayores que las de la moral imperante. Quizá, en realidad, Pellegrino está exigiendo a la generalidad de los médicos lo que él se pide a sí

mismo y pide a un médico de profundas convicciones cristianas. Quizá también porque está convencido de que la visión cristiana de la vida fue la que permitió integrar en la profesión, de modo tan fácil, el código hipocrático durante siglos; y la que en verdad sostuvo los valores humanos de los grandes médicos de los siglos XIX y XX que él admiraba: "las balizas de todos los tiempos que muestran el camino de regreso a la credibilidad moral para toda la profesión".

Referencias

- Alasdair MacIntyre: *Tras la virtud*, Editorial Crítica, S.A., Barcelona, 1987.
- Freidson, E.: *"Profession of Medicine: a study of the sociology applied knowledge"*. Chicago (IL): University Chicago Press, 1998.
- Herranz Casado, J.: en "La humanidad ante la encrucijada", en *Cuadernos de Bioética* 46 (2001) 329-343.
- Pellegrino Edmund D. y Thomasma, David C.: *A philosophical Basis of Medical Practice*, Oxford University Press, 1981.
- *For the patient's Good*, Oxford University Press, 1988.
- *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York, 1993.
- Pellegrino, Edmund D.: *Ethics and the Moral Center of de Medical Enterprise*, Bull. N.Y. Acad. Med. 54 (1978) 625-640.
- "Kennedy Institute of Ethics Journal 5 (1995): 253-277". *The Johns Hopkins University Press*.
- *Medicine Today: Its identity, its Role, and the Role of Physicians*, Itinerarium 10 (2002): 57-79. Instituto Teológico "Sto. Tommaso".
- "Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician", *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 69 (2002): 378-384.
- "The common devotion –Cushing's Legay and medical ethics today". *The 1983 Harvey Cushing oration*. *J Neurosurg*. 59: 567-573, 1983. También en *For the Patient's Good*, pp 127-135. Oxford University Press, New York, 1988.
- *"The metamorphosis of medical ethics: a 30-year retrospective"*, *JAMA*, Chicago, Mar 3, 1993. Vol. 269, Iss. 9; pg. 1158, 5 pgs.
- "The humanities in Medical Education. Entering the Post-Evangelical Era" en *Theoretical Medicine* (1984) 253-266.
- "The Virtuous Physician and the Ethics of Medicine". En *"Virtues and Medicine. Exploration in the Character in Medicine"*. (*Philosophy and Medicine Series*, nº 17, pp. 243-255 (1985) by Reidel Publishing Company.
- "Carácter, Virtue and Self-interest in the ethics of the Professions", en *The Journal of Contemporary Health Law and Policy* (1989) o la publicación en castellano "La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (junio 1990) también reproducido en lengua inglesa.
- *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York, 1993; y *The Christian Virtues in Medical Practice*, Georgetown University Press, 1996.
- Tom L. Beauchamp: "What's So Special About the Virtues?", en Earl Shelp (ed.) *Virtue and Medicine*, p. 310, Dordrecht, The Netherlands: D. Reidel, 1985.
- Tom L. Beauchamps y James F. Childress, *Principios de ética biomédica*, 4ª ed. Masson S.A. Barcelona, 1999, pp. 484.



FIDELIDAD A LA CONFIANZA

FIDELITY TO TRUST

JOSÉ MANUEL ÁLVAREZ AVELLO

Unidad de Cuidados Intensivos Postquirúrgicos Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

C/Playa de Zumaya 20

280230. Las Rozas. Madrid

Teléfono: 687971419

jomaavello@hotmail.com

RESUMEN:

Palabras clave: ética, virtud, Pellegrino, fidelidad, confianza.

Recibido: 8/01/2014

Aceptado: 4/02/2014

La confianza en el médico, condición indispensable en el ejercicio de la medicina a lo largo de su historia, parece estar considerada como un valor en desuso, destinado a su extinción. Pellegrino analiza en su obra los fundamentos epistemológicos, empíricos y conceptuales de la confianza en las relaciones profesionales, las causas y motivos de su debilitación en una ética de desconfianza y expone su propuesta filosófica, que recupera y revaloriza la fidelidad en la confianza, depositada en la relación médico paciente, como virtud imprescindible y vertebradora para un comportamiento ético adecuado en la práctica de la medicina como empresa moral.

ABSTRACT:

Keywords:

ethics, virtue, Pellegrino, fidelity, trust.

Trust in the doctor, an essential condition of medical practice throughout its history, appears to be considered as an outdated value, destined to extinction. In his work, Pellegrino analyzes the epistemological, empirical and conceptual basis of trust in professional relationships, the reasons for its weakening in an ethics of distrust, and he presents his philosophical proposal, which recovers and reappraises the fidelity to trust placed in the doctor-patient relationship, as an essential virtue for an appropriate ethical behaviour in the practice of medicine as in a moral community.

"This profession or commitment, by its very declaration, invites trust. The doctor voluntarily promises that he can be trusted and incurs the moral obligations of that promise" (ED Pellegrino)

1. Introducción

La confianza en el médico, condición indispensable en el ejercicio de la medicina a lo largo de su historia, parece estar progresivamente considerada como un valor en desuso, caduco, destinado a su extinción. Así se

expresa Pellegrino, a la luz de la experiencia norteamericana. No es fácil identificar con claridad los motivos por los que se produce esta pérdida en la práctica clínica habitual. En parte, este hecho, podría estar facilitado por el dinamismo propio de la sociedad actual, que esta-

blece como máxima la promoción de un derecho primordialmente individual como motivador de la realización del sujeto.

Analicemos sucintamente, a partir de esta premisa, el desarrollo actual de la relación médico paciente. Por un lado, la realización individual del médico: profesional de la medicina, agente de la salud, estudioso de la enfermedad y su tratamiento, implicado con su aportación científica al progreso biomédico, ambicioso de cuotas superiores de reconocimiento profesional, que tiene como objeto de su profesión a pacientes aquejados de enfermedades o dolencias, y que actúa según un criterio profesional de base científica. Por otro lado, consideramos la realización individual del paciente, determinada fundamentalmente por la consecución exitosa del acto médico, es decir, la adecuación de sus resultados con respecto a los conocimientos, decisiones propias y expectativas previamente establecidas, considerando al médico como instrumento necesario para lograr este objetivo autónomamente establecido.

¿No estaríamos por tanto, según este modelo, ante intereses contrapuestos? ¿No nos hallaríamos ante un modo de relación médico paciente desintegradora, donde ambos componentes se explotan de acuerdo a sus propios intereses?

Es desde esta perspectiva donde se articulan las importantes contribuciones del legado moral de Edmund Pellegrino, valedor de una medicina —comunidad moral que practica el bien de la curación, el cuidado y responsabilidad de luchar contra la enfermedad— que requiere para su realización un comportamiento ético fundamentado en las virtudes profesionales. El ejercicio de la profesión médica, concreción de la medicina, comprenderá necesariamente, para Pellegrino, dos dimensiones propias¹. La primera, se lleva a cabo a partir de la declaración en voz alta de un compromiso público, juramento o promesa, símbolo de la incorporación del aspirante —recién licenciado en la facultad de medicina— en el milenario colectivo médico. En segundo lugar, a partir de este momento, se inicia una sucesión de en-

cuentros habituales que impondrán al médico una serie de obligaciones morales encaminadas a buscar el bien integral de sus pacientes.

La fidelidad a esta promesa ("Fidelity to Trust")² quedará constituida como una virtud imprescindible y vertebradora para el médico. Se erigirá en el nexo entre su moralidad y los fines de la medicina forjados en la relación singular que se establece entre él y un paciente que requiere y busca su ayuda y compromiso.

Pellegrino analiza en su obra los fundamentos epistemológicos, empíricos y conceptuales de la confianza en las relaciones profesionales, las causas y motivos de su debilitación en una ética de desconfianza y expone su propuesta filosófica, que recupera y revaloriza la fidelidad en la confianza depositada en la relación médico paciente, como base para un *ethos* adecuado en la práctica de la medicina como empresa moral³.

2. La confianza como requisito indispensable en las relaciones humanas y profesionales

Pellegrino asigna a la confianza un papel esencial en cualquier relación humana. En ausencia de confianza no se podría profundizar sobre los conocimientos ya adquiridos, ni establecer vínculos interindividuales. Estaríamos paralizados en la inacción, en un constante retorno al punto de inicio, al aislamiento e incomunicación. Una vida inmóvil que impediría la convivencia en sociedad. La confianza es, desde el punto de vista conceptual, un valor en sí mismo imposible de erradicar⁴.

Esta relación fiduciaria posee dimensiones morales específicas que son el fundamento de la ética profesional. Sin embargo, asocia por su propia naturaleza un elemento característico; confiere cierto grado de desprotección, de vulnerabilidad de la persona que confía. Obliga a poner en las manos de otro aquello que no podemos conseguir sin ayuda. Nos impone un compromiso que podría alterarse por formas de abuso o explotación

1 Pellegrino ED. "Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician" *The Mount Sinai Journal of Medicine* 69, (2002), 378-84.

2 Pellegrino ED, Thomasma DC. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press, 1993, 65.

3 Pellegrino ED. *The Philosophy of Medicine Reborn*, Notre Dame studies in medical ethics. Indiana, 2008, 63-84.

4 Pellegrino ED, Thomasma DC. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press, 1993, 65.

de esta relación de dependencia. Éste es el contexto que determina que las relaciones profesionales se desenvuelvan en un rango problemático, frágil y fácilmente rompible.

En medicina, los pacientes buscan a los médicos cuando algún síntoma adverso amenaza su salud. Se produce, desde este momento, un acto de confianza basado en la existencia y utilidad de conocimientos médicos en sí mismos y en las estructuras organizativas que lo soportan. Se trataría de una primera dimensión, una "confianza general" en la medicina y en el propio sistema⁵. Pero esta confianza manifiesta un significado más profundo, que se realiza en el ámbito personal, en el tú a tú de la relación médico paciente que debe encomendarse a la capacidad del médico para alcanzar lo que es digno de la confianza que se da, es decir, para servir a los objetivos de la curación de manera oportuna. De esta forma, se acepta que la relación, así generada, establece un cierto grado de desigualdad entre ambas partes⁶.

Las disposiciones anticipadas o testamentos vitales, constituyen una forma de orientar esta actuación según las preferencias del paciente, sin embargo, no es posible prever todas las contingencias posibles que surjan en la enfermedad. No es posible encerrar, encorsetar por completo las actuaciones médicas. Incluso el paciente más desconfiado y escéptico, en algún momento, se debe enfrentar al hecho de que el médico es la vía final a través del cual todos los aspectos de la medicina confluyen⁷. Es el médico quien prescribe órdenes, realiza procedimientos e interpreta las recomendaciones. El médico es un guardián de facto que conformamos como defensor del paciente y no simplemente un instrumento de las políticas sociales, institucionales o fiscales. Cuando necesitamos un médico, no tenemos más remedio que confiar en alguno, aunque podríamos preferir no hacerlo. La confianza, desde este punto de vista empírico, también se demuestra como imposible

de erradicar en la relación humana y profesional que conforma la medicina⁸.

3. El medio del ejercicio de la medicina y la ética de la desconfianza

En las últimas décadas han confluído una serie de factores en la sociedad y en la práctica médica, amenazando el frágil equilibrio que las relaciones de confianza establecen. El modelo individualista, junto con la interacción del médico y el paciente en los sistemas de salud actuales, que sustentan la estructura necesaria para el acto médico, pero que determinan un funcionamiento burocrático y de control financiero⁹, ejercen un sobre ésta un efecto erosionador. La confianza es sustituida por el recelo o la cautela, una desconfianza creciente que perjudica tanto al paciente como al profesional de la medicina¹⁰.

Según este comportamiento basado en la desconfianza se deberían establecer restricciones y límites que sometan la actividad profesional. Los médicos, incapaces de conocer y enjuiciar acertadamente las preferencias personales del paciente, antepondrían sus criterios, exclusivamente clínicos, a cualquier otro valor y sus actos estarían realizados sobre la base de su propia percepción de lo que es bueno o malo para el paciente. Por estos motivos, sería necesario establecer marcos bien definidos al ejercicio de la medicina mediante la realización de acuerdos contractuales, mediaciones por terceras personas, poderes notariales o extensos y pormenorizados registros de voluntades.

Las consecuencias de esta postura tendrán reflejo en el comportamiento del médico, que adquirirá así una actitud autoprotectora. Se establecería la medicina defensiva como modelo ético de actuación. El *ethos* de una ética de la desconfianza confiere al acto médico una calidad legalista, de mínimos. Los profesionales se limitarían al cumplimiento estricto de los contratos o dis-

5 Pellegrino ED, Thomasma DC. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press, 1993, 66-70.

6 Pellegrino ED. "Ethics and the Moral Center of the Medical Enterprise" *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 54, (1978), 625-40.

7 Pellegrino ED. "The changeless, the changing and the changeable in medicine". *Ontario Med Rev* 147, (1980), 67-73.

8 Pellegrino ED, Thomasma DC. *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, 1993, 70.

9 Pellegrino, ED. "Rationing Health Care: The Ethics of Medical Gatekeeping" *The Journal of Contemporary Health Law and Policy* 2 (1986), 23-45.

10 Pellegrino, ED. Thomasma, DC. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press, 1993, 71-75.

posiciones. Tal vez, lo más grave de todo, dice Pellegrino, sería que, una ética de la desconfianza compromete la posibilidad de lograr los propósitos de las relaciones profesionales. ¿Puede una persona enferma ser curada cuando desconfía de las motivaciones y métodos de su sanador?¹¹

En definitiva, una ética de sospecha y desconfianza fracasará por la propia naturaleza de las relaciones humanas. La solución debe pasar, para Pellegrino, por la reconstrucción de las relaciones de confianza. Una ética basada en la moralidad interna de cada profesión, las obligaciones que surgen de ella y la actividad humana que cada tipo de profesión abarca.

4. La reconstrucción de la ética de la confianza

La confianza es, como se ha demostrado, una característica permanente en las relaciones humanas. Sin ésta, la práctica médica no puede orientarse a su *telos* característico. Ella sustenta al resto de virtudes propias de la medicina; prudencia, honestidad, benevolencia, integridad, justicia y humildad que distinguen al buen médico, en el sentido de competencia, y al médico que además es bueno¹², que resuelve y actúa según las disposiciones virtuosas que alcanza en el ejercicio de su profesión.

Además, esta relación de confianza, tal y como propone Pellegrino, no solo es reconocida de forma apriorística, sino que debe ser constantemente actualizada y progresivamente intensificada en la medida del vínculo de ayuda y sanación que produce. La imposibilidad de erradicar las relaciones de confianza no debe ser privilegio para el médico, sino una fuente de obligaciones morales. En una ética de la confianza, el médico tiene la obligación de presentar e interpretar los datos clínicos lo más libremente posible de sesgos personales. Es necesario contextualizar el acto médico según las circunstancias propias, valores y expectativas personales, sociales y espirituales del paciente. Su autonomía, es considerada como un bien saludable y necesario para la realización del bien global de la persona enferma.

Desde este punto de vista podría parecer que el ejercicio de la fidelidad al compromiso adquiere, así, una dimensión estrictamente relativista.^{13,14} Dependerá de lo que cada paciente considere como su propio bien aquello a lo que, libre de toda autorreferencia, el médico debe aspirar a conseguir. Por este motivo, Pellegrino y Thomasma, encuadran el verdadero respeto a la autonomía del paciente en una práctica médica sensible a los valores constitutivos del ser humano, fundamentados en la dignidad de la persona y la humanización de la medicina. Esto se traduce en un camino intermedio entre el paternalismo y el autonomismo que conduce a una beneficencia fiduciaria o en confianza (*beneficence-in-trust*)¹⁵. Una decisión aparentemente autónoma, que se oponga al beneficio del paciente, debería llevar al médico a tratar de evitarla intentando, en la medida de lo posible, la restauración de su dignidad propia.¹⁶

Esta misión debe estar encomendada al profesional de la medicina. Solo la recuperación de la lealtad y fidelidad del médico hacia el paciente, en especial en los momentos de mayor debilidad, y el compromiso en el ejercicio de las virtudes médicas, en un modelo deliberativo de toma de decisiones, podrán reconstruir una verdadera forma de relación médico paciente que preserve íntegramente el "derecho moral a la autonomía y el derecho moral más profundo a la integridad de las personas"¹⁷.

Por difícil que estos requisitos puedan parecer, el esfuerzo merece la pena. La alternativa es una ética basada en la presunción de desconfianza, que solo puede degenerar en una ética de mínimos y legalista donde no se percibe comportamiento ético alguno, sino únicamente una relación de mutua defensa propia, que no

11 Ibid., 72.

12 Pellegrino, ED. *The Philosophy of Medicine Reborn*, Notre Dame studies in medical ethics. Indiana, 2008, 80.

13 Hoyo Valdés, D. "Ética de la Virtud: Alcances y límites". *Discusiones Filosóficas*. Año 8. N 11,(2007), 109-127.

14 Díaz Guerra, A. "La ética de la virtud y la bioética". *Rev. Colombiana de Bioética* 4 (2009), 93-128.

15 Pellegrino, E. Thomasma, D. *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press, 1988, 48, 49, 58, 156, 202, 205.

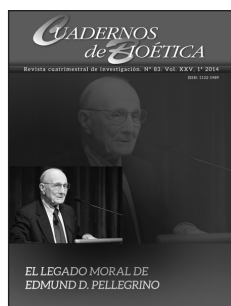
16 Ibid., 48, 49, 58, 156, 202, 205.

17 Pellegrino, ED. "La relación entre Autonomía y la Integridad en la ética Médica". Texto del discurso pronunciado en el III Congreso Internacional sobre Ética Médica. Instituto Kalorinska, Estocolmo. Suecia. 13 Sept. 1989. Disponible en: [http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p379.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p379.pdf)

acierta a dar respuesta a los interrogantes que surgen de las situaciones más difíciles. La verdad, lo correcto en el acto médico, no se busca solo en un planteamiento teórico, sino en la experiencia de la enfermedad, el dolor y el sufrimiento, en la existencia concreta de un ser humano, que se duele y que busca el significado de su existencia. Es desde aquí, donde Pellegrino, busca dar respuesta a estos interrogantes, que interpelan a la conciencia del médico, del personal sanitario y de la sociedad.

Referencias

- Díaz Guerra, A. "La ética de la virtud y la bioética". Rev. Colombiana de Bioética 4 (2009), 93-128.
- Hoyo Valdés, D. "Ética de la Virtud: Alcances y límites" Discusiones Filosóficas. 11, (2007), 109-127.
- Pellegrino, ED. "La relación entre Autonomía y la Integridad en la ética Médica" Texto del discurso pronunciado en el III Congreso Internacional sobre Ética Médica. Instituto Kalorinska, Estocolmo. Suecia. 13 Sept. 1989. Disponible en: [http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p379.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p379.pdf)
- Pellegrino, ED. "Ethics and the Moral Center of the Medical Enterprise" Bulletin of the New York Academy of Medicine, 54 (1978), 625-40.
- Pellegrino ED. "The changeless, the changing and the changeable in medicine". Ontario Med Rev, 147 (1980), 67-73.
- Pellegrino, ED. Thomasma, DC. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press, 1993.
- Pellegrino, ED. *The Philosophy of Medicine Reborn*. Notre Dame studies in medical ethics. Indiana, 2008.
- Pellegrino, ED. "Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician" The Mount Sinai Journal of Medicine, 69 (2002), 378-84.
- Pellegrino, ED, Thomasma, DC. *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York. Oxford University Press; 1988.



BENEVOLENCIA Y COMPASIÓN

BENEVOLENCE AND COMPASSION

RAFAEL DEL RÍO VILLEGAS

Avenida Valdemarín 102 F. Madrid 28023

Teléfono: 915546791

Email: rafaeldelrio@movistar.es

RESUMEN:

Palabras clave:

Virtud, relación
médico-paciente,
encuentro clínico,
benevolencia,
compasión

Recibido: 27/12/2013

Aceptado: 29/01/2014

Ed Pellegrino entiende las virtudes dentro de la dinámica de una acción que no se deduce de los principios sino que procede de un modo de conocimiento prudencial que sabe reconocer la finalidad propia del bien para dirigirlo a una plenitud que hace bueno al agente. Una de las que caracteriza la acción del médico es la compasión que es un rasgo de su carácter, aglutinador de aspectos psicológicos, culturales, sociológicos, étnicos e intelectuales que encauza el aspecto cognitivo de la curación y lo concreta en la realidad de un paciente concreto. Lo más propio de la compasión médica es lo que Pellegrino denomina su dimensión intelectual, que es una forma de comprensión integrada que posibilita la consecución de todos los niveles en los que se define el bien del enfermo. Es la disposición habitual, de aprehender, manejar y sopesar la unicidad con la que el paciente vive la enfermedad. La necesidad de la compasión, como del resto de las virtudes propias de la profesión médica, nos devuelve una vez más a la necesidad de la formación de un sujeto capaz y a la unión que existe entre todas las virtudes. A la prudencia le corresponde la ordenación de la virtud de la compasión hacia los fines de una vida lograda que se vislumbra en un ideal de médico que se pretende alcanzar.

ABSTRACT:

Keywords:

Virtue, doctor-
patient relationship,
clinical encounter,
benevolence,
compassion.

Ed Pellegrino understands the virtues within the dynamics of an action that does not follow the principles but comes from a way of reasonable knowledge that recognizes the very purpose of good to steer correctly makes a good agent. One of the characteristic action of the physician is the compassion that is a trait of his character, unifying psychological, cultural, sociological, ethnic and intellectuals who channels the cognitive aspect of healing and in particular the reality of a particular patient. Most own medical compassion is what Pellegrino calls its intellectual dimension, which is a form of integrated understanding that enables the achievement of all levels at which the patient is well defined. It is the usual choice, grasp, handle and weigh the uniqueness with which the patient lives the disease. The need for compassion, and the rest of the medical profession's own virtues, returns us once again to the need for the formation of a subject capable and unity between all virtues. A prudent management rightful virtue of compassion toward the end of a successful life that is emerging in an ideal health to be achieved.

1. Introducción

Los debates deontológicos destacan un cambio epistemológico de la profesión en el que distintas instancias externas a la medicina determinan dónde reside la autoridad moral de la ética profesional, típicamente una construcción social como el consenso o el diálogo. Sin embargo, Pellegrino apunta a una moralidad interna que reposa en el fenómeno mismo de la medicina, es decir, en la naturaleza del encuentro entre el médico y el paciente. La ética médica es así, derivada, fruto de un tipo de relación determinada. Pellegrino desarrolla una filosofía de la medicina desde el fenómeno del encuentro clínico, la confrontación de médicos y pacientes cuyos mundos se cruzan en el momento de la verdad clínica. No se trata, por tanto, de la aplicación de principios acordados sino de la luz para la acción que supone una experiencia singular que se presenta en la vida del médico como cargada de sentido. Se construye así una auténtica filosofía de la medicina basada en sus fines, recogiendo la idea de praxis de MacIntyre, resucitada de la noción aristotélica, como actividad humana socialmente generada con ciertos bienes particulares internos a dicha actividad. Es una ética de primera persona, en cuanto que nace de la experiencia, se comprende desde la perspectiva de la persona que actúa, que se realiza plenamente, se descubre, a través de acciones virtuosas cuya última vocación es la construcción de una unión personal.

Así se comprende la centralidad que tienen las virtudes del médico, entendidas en un sentido neo-aristotélico. Como pocos autores, supera una concepción de la virtud como rectitud en el cumplimiento de la razón de las cosas, propia de la ética dominante hasta el siglo XX. Desde esta perspectiva, la virtud no tendría ningún efecto sobre el conocimiento sino solo en la aplicación del mismo, una forma de especial capacidad para alcanzar el bien honesto. Pero Pellegrino entiende las virtudes dentro de la dinámica de una acción que no se deduce de los principios sino que procede de un modo de conocimiento prudencial que sabe reconocer la finalidad propia del bien para dirigirlo a una plenitud que hace bueno al agente. Una de las que caracteriza la acción del

médico es la compasión que es un rasgo de su carácter, aglutinador de aspectos psicológicos, culturales, sociológicos, étnicos e intelectuales que encauza el aspecto cognitivo de la curación y lo concreta en la realidad de un paciente concreto.

Los pacientes demandan insistentemente esta actitud que parece haber desaparecido en la relación clínica. Esta crítica se acompaña de una pléyade de médicos, enfermeras e instituciones que pretenden unir sus conocimientos y sus destrezas mejorando la percepción del trato recibido en las personas que atienden. La empatía clínica se considera un elemento esencial de la calidad de la atención y se asocia al aumento de la satisfacción del paciente, adherencia al tratamiento y menor número de quejas por mala praxis. Se ha sugerido que los médicos que intentan entender lo que sus pacientes están sintiendo y comunicarse con ellos con más implicación consiguen mejores resultados terapéuticos. Una de sus caras es, simplemente, la escucha atenta de la forma cómo el paciente presenta su enfermedad. Ser compasivo es estar dispuesto a ver y sentir qué problema, turbación o enfermedad, ha llegado a la vida de la persona que está aquí sufriendo. La compasión sucede, por tanto, en el interior de una relación y supone una interacción entre dos personas, una de las cuales se encuentra en una situación de necesidad y la otra en la de proporcionar socorro. Éste es el paradigma de acción benevolente que reposa en una circunstancia fundamental: la constitución teleológica de la vida, para la que siempre hay algo en juego, y la indigencia de la vida, que no realiza infaliblemente su telos sino que se haya permanentemente amenazada.

Recientemente se ha presentado una revisión de las distintas definiciones del término "compasión" dadas en la literatura médica de las últimas décadas. El núcleo temático reside en el hecho de ser movido por el sufrimiento de otra persona y desear ayudarla de alguna manera. Pellegrino define igualmente la compasión como un sufrir con el otro, participar en el sufrimiento con un sentimiento de hermandad y destaca la necesidad de distinguirla de otras formas de unión afectiva como de la empatía, la piedad, la simpatía o la pena. Todas ellas

nos llevan a cierta identificación con el paciente pero de formas diversas:

- Piedad implica compasión hacia alguien que está bajo nuestro poder y no tiene ninguna cualidad, lo que tiene la connotación de paciencia de quien es superior con quien es inferior. En la piedad hay una idea de no aplicar la justicia estrictamente. La compasión es un elemento necesario de la piedad. Pero la piedad no cabe en la relación médica. En cierto sentido el paciente está bajo el poder del médico, precisamente por eso y por la promesa que el médico ha hecho de ayudarlo, la compasión es una obligación moral.

- La empatía es otro estado afectivo relacionado. Es la capacidad de imaginarse como un otro o proyectar la propia personalidad sobre la vida de otro, suficientemente para sentir y entender los sentimientos de otra persona. Es más amplio que la compasión, que se centra en una sola faceta de la experiencia del otro, esto es, el sufrimiento. La empatía nos permite introducirnos en el mundo emocional de otras personas. Este es el primer paso hacia la compasión.

- La simpatía está más próxima a la compasión porque se refiere a compartir sentimientos y a un sentimiento de hermandad con otros seres humanos, a pesar de que se encuentren en dificultad. La simpatía tiene muchos aspectos psicológicos, sociales, éticos y culturales. Carece de la especificidad de la compasión, aunque pueda estar envuelto en un paraguas de hermandad de la humanidad.

- La pena, es la que está más lejos de la compasión. Tiene, desafortunadamente, connotaciones de condescendencia, un sentimiento sobre las condiciones más bajas de otros que son desafortunados y no iguales. También tiene la dimensión de la piedad, de paciencia con una persona inferior. Tiene la misma limitación que la piedad porque se basa en una falta de igualdad. Todos estos son sentimientos de la misma familia, próximos entre sí. De manera interesante, Sharver y colaboradores muestran en su estudio sobre emociones positivas y negativas, cómo la simpatía y la pena son colocadas en unas ocasiones en la categoría de las emociones positivas, junto con la compasión, mientras que en otras se

consideran junto a las relacionadas con la tristeza, por tanto, negativas, destacando así las limitaciones de estos sentimientos.

Este análisis corresponde a la primera aproximación de la compasión, como emoción o como sentimiento, la compasión como una combinación de afecto, actitud, palabra y gestos; pero compasión es también y sobre todo una virtud en el sentido clásico. Es decir, conlleva un componente moral e intelectual. Se relaciona con estados emotivos en los que surge y se expresa, pero las virtudes son más que emociones y esta dimensión extra es la más significativa. Por esta razón lo más propio de la compasión médica es lo que Pellegrino denomina su dimensión intelectual, que es una forma de comprensión integrada que posibilita la consecución de todos los niveles en los que se define el bien del enfermo. Es la disposición habitual, de aprehender, manejar y sopesar la unicidad con que el paciente vive la enfermedad. Una vez más, el fin (curar, ayudar y cuidar) es el que configura la virtud. Este fin puede articularse de muchas maneras ya que se define en términos del bien del paciente, que consiste no solo en el bien de la salud, sino el bien que el paciente percibe para sí o su bien como persona humana que es. La acción de proporcionar el bien de la salud implica aquí la integración de todos los componentes que constituyen el bien del paciente:

- El bien de la salud: que consiste en la recuperación de la función fisiológica de la mente y el cuerpo, el alivio del sufrimiento y el dolor, mediante medicación, cirugía, psicoterapia, etc. Este nivel depende críticamente del conocimiento del médico y sus destrezas.

- La percepción del paciente del bien para sí mismo: el bien de la salud sirve a numerosas y complejas facetas que hacen que el paciente lo experimente como su propio bien. Aquí se encuentran todos los valores, preferencias y significados desde los que el paciente interpreta su propia vida como un bien. Éstos no pueden ser aportados por el médico, la familia o cualquier otra persona y son dinámicos en el paciente, en cuanto que están abiertos a nuevas interpretaciones con el paso del tiempo y los cambios de las circunstancias.

- El bien para los seres humanos: que se refiere al telos de la vida humana, a lo que es bueno propiamente para el ser humano, que preserva su dignidad, respeta su racionalidad como una criatura que es un fin en sí misma y no un medio para otros fines, cuyo valor no depende de su estado de salud, educación o posición vital. Este nivel de bien, le iguala a su médico y a todos los seres humanos.

- El bien espiritual: que supone el máximo nivel del bien que debe procurarse en el encuentro clínico. Éste puede expresarse o no en términos religiosos y se refiere al último significado de la propia vida, razón por el cual se realizan todas las cosas en última instancia. El bien de la salud debe relacionarse adecuadamente con los otros niveles en los que se define el bien del paciente. En caso contrario puede llegar a resultar dañino. El bien de la salud debe ajustarse a las circunstancias únicas de la persona, su historia vital, aspiraciones, esperanzas, fallos, temores, sentimientos, etc., en el momento en el que se produce la decisión y en conformidad como el paciente los imagina en el futuro. Compasión es, en este sentido, ayudar al paciente a ponderar el bien sanitario con todos estos otros aspectos. Ello exige un cierto discernimiento de lo que supone la enfermedad para el paciente. Para esto el médico debe distinguir lo que es su propia empatía, simpatía o pena, de lo que realmente refleja lo que le preocupa al paciente. Esto precisa, paradójicamente, cierta epoché, una abstracción de los componentes afectivos, de manera que podamos valorar y sopesar estos aspectos. Si el médico se identifica demasiado con el paciente, pierde la objetividad para poder valorar bien lo que está mal, o qué hacer. Un sufrir-con excesivo tiene el peligro de identificarse tanto con el paciente que inconscientemente el médico imponga sus valores al paciente y al paciente identificarse demasiado con lo que el médico querría en circunstancias similares. Esto es una forma de paternalismo aunque resulte empático. El médico debe esforzarse en ajustar el tratamiento a todas las dimensiones que hacen que la enfermedad sea una experiencia única para esta persona. Así la compasión tiene un componente objetivo que debe ser dilucidado con los métodos de

la medicina y que con la dimensión moral configura la virtud. La compasión se orienta a co-experimentar con el otro que sufre. Incluye la capacidad de objetivizar lo que la otra persona siente de forma simbólica, esto es, en lo que dice, en el lenguaje corporal, etc. Es la manera como un amigo que nos ayuda vive y pasa por las experiencias de la enfermedad, pena o pérdida, nos hace evidente su compasión para nosotros.

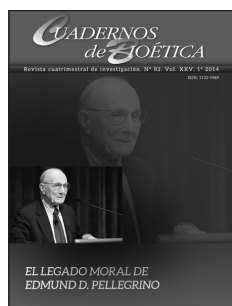
Cuando un médico mantiene una relación así con el paciente, lo hace como un amigo. Como sugiere Laín Entralgo, esta amistad es un modo de la relación interhumana caracterizada por tres notas principales: la beneficencia, la confianza y el gusto por la convivencia con la persona determinada. Pero el médico da algo que el amigo no suele dar: un componente científico y técnico que pone la historia del paciente en un contexto paradigmático similar a otro con los mismos síntomas o signos. En el contexto médico esto no se contradice con la compasión. El médico no evita los datos objetivos y científicos. No hay nada más alejado de la compasión que un médico empático pero completamente incompetente. Así como la mera aplicación del conocimiento técnico, ajena a la experiencia única del paciente define al médico sin compasión. Ambas, competencia y compasión deben coexistir necesariamente para la consecución de la acción terapéutica. En ocasiones, la competencia técnica prevalece (en la anestesia del cirujano) pero antes y después de la cirugía prevalece compartir las emociones. En todos los puntos de la relación, compasión y competencia van de la mano como virtudes necesarias y esenciales para alcanzar los propósitos del encuentro clínico. Aquí vemos que es necesario un adecuado equilibrio entre la compasión y otras virtudes, particularmente la competencia. Ésta implica un asesoramiento adecuado de la evidencia clínica, claridad de razonamiento y juicio razonable. La virtud moduladora de todo es la prudencia.

La necesidad de la compasión, como del resto de las virtudes propias de la profesión médica, nos devuelve una vez más a la necesidad de la formación de un sujeto capaz y a la unión que existe entre todas las virtudes. A la prudencia le corresponde la ordenación de la virtud

de la compasión hacia los fines de una vida lograda que se vislumbra en un ideal de médico que se pretende alcanzar. Vemos aquí cómo las virtudes adquieren una configuración propia, adaptada al sujeto, que plasma la intencionalidad terapéutica en la que se especifica. Todas ellas se respaldan mutuamente en la consecución del acto principal que es objeto de la profesión: la curación y el cuidado del ser humano enfermo.

Referencias

- Jennifer L. Goetz, Dacher Keltner, Emiliana Simon-Thomas. Compassion: An Evolution Analysis and Empirical Review. *Psychol Bull.* Author manuscript; available in PMC 2011 May 1. Published in final edited form as: *Psychol Bull.* 2010 May; 136(3): 351–374. doi: 10.1037/a0018807.
- Halpern J (2003) What is clinical empathy? *Journal of general internal medicine* 18: 670–674.
- Lain Entralgo, Pedro. *El médico y el enfermo*. Madrid: Triacastela, 2003.
- Lazarus, RS. *Emotion and adaptation*. Oxford: Oxford University Press; 1991.
- Livio Melina, José Noriega, Juan Pérez Soba. *Caminar a la luz del amor. Los fundamentos de la moral cristiana*. Ediciones Palabra. Madrid 2007.
- MacIntyre, A (1981). *After Virtue: A study in moral theory*. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.
- Pellegrino, ED - Thomasma, DC (1966). *The Christian virtues in medical practice*. Washington, D.C. Georgetown University Press.
- Pellegrino, ED. The internal Morality of clinical Medicine: A paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *J Med Philos.* 2001 Dec;26(6):559-79.
- Shaver PR, Schwartz J, Kirson D, O'Connor C. Emotion knowledge: Further exploration of a prototype approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987;52:1061–1086.
- Spaemann, R. *Felicidad y Benevolencia*. Ediciones Rialp, S.A. Madrid 1991.



PRUDENCIA, VIRTUD INDISPENSABLE

PHRONESIS: MEDICINE'S INDISPENSABLE VIRTUE

JOSÉ MANUEL MORENO VILLARES

*Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria del Hospital 12 de Octubre,
Madrid*

C/ Cordillera, 30

28008 Madrid

Teléfono: 913908654/ 686360241

josemanuel.moreno@salud.madrid.org

RESUMEN:

Palabras clave:

virtud, prudencia,
ética normativa,
cuidado.

Recibido: 13/01/2014

Aceptado: 20/02/2014

Frente a aquellos que propugnan que la Medicina no es más que una ciencia aplicada, Pellegrino argumenta que la razón última de la Medicina es enfrentarse al hombre en su condición de enfermo. No es suficiente entonces sólo el conocimiento científico-técnico, sino el acercamiento a su humanidad. No se busca sólo la curación de la enfermedad —posible sólo en un cierto número de casos—, sino la mejoría del hombre enfermo, en cuanto enfermo y en cuanto hombre. En esta aproximación no basta la competencia profesional, sino las disposiciones necesarias para ser una buena persona, un buen profesional.

Para alcanzar los fines de la medicina, el médico ha de adquirir aquellas cualidades que le permitan hacer el bien que se propone hacer, es decir, que sea poseedor de virtudes.

De entre todas las virtudes del médico, la prudencia —phronesis— es la que le ayuda a aplicar la regla general a la situación particular. No sólo eso, sino que le dirige hacia que la acción sea además de técnicamente correcta, buena. Se convierte así en una conexión entre las virtudes intelectuales y las virtudes morales.

El objetivo principal de Pellegrino ha sido encontrar una filosofía de la medicina en y para la práctica médica. Mediante la prudencia la acción del médico abarca también un “pellizco” de su fin: el acto de curación, el bien del enfermo. Y esto es posible dentro de una comunidad moral de profesionales, pues es esencia, la medicina es una comunidad moral, donde los miembros están unidos por el conocimiento y los principios éticos.

ABSTRACT:

Keywords:

virtue, prudence,
normative ethics,
duty of care.

Facing those who defend that Medicine is not but an applied science, Pellegrino argues that the ultimate goal of Medicine is facing to a human being in his illness condition. Thus, it is not sufficient to have scientific knowledge but proximity to man kindness. Cure is not the only goal —achievable in only a few cases— but healing, caring with a person as an ill person and as a person. For this reason, professional competence is not enough; the physician needs to have the necessary dispositions to be a good person, a good professional.

To get the goals of Medicine, the physician has to achieve those qualities who allow him to do the good he is intended to, that is, he needs to be virtuous.

Prudence —*phronesis*— is the virtue that allows him to apply a general rule to a particular case and, furthermore, addresses his actions to be not only technically correct, but excellent. Prudence is, then, the link between intellectual virtues and moral virtues.

Pellegrino's main objective has been to elaborate a Philosophy of Medicine, different from the Philosophy of Science, useful for clinical practice and used by clinical practitioners. By nurturing prudence, a small bit of the final goal is reached: the healing, the goodness for the sick. This should be possible if we are embedded in a moral community, and for Pellegrino, sharing knowledge and ethical values is the way of being part of a moral community.

"One of my major concerns, in recent years, has been what I perceive as the need to rebuild the basis for medical ethics and medical morality" (ED Pellegrino, 2006)

1. Introducción

La práctica de la medicina implica un cambio continuo, guiado por un caudal constante de avances en el conocimiento de las estructuras biológicas y sus funciones en relación con el enfermar, junto con el desarrollo paralelo de mejoras en intervenciones farmacológicas o tecnológicas. Este cambio también está dirigido por los estilos de vida, y las tendencias sociales. El médico no es ajeno al tiempo que le ha tocado vivir y absorbe valores y normas contemporáneas. Podría parecer así que las normas éticas y los referentes de la práctica médica son flexibles, y que la práctica médica en un momento determinado de la historia no es más que un reflejo de su tiempo, y no fruto de un imperativo moral permanente. Sin embargo existe, por otra parte, la percepción común, tanto entre la gente corriente como entre los profesionales de la salud, de que la medicina se fundamenta en valores atemporales, consistentes con elevados propósitos morales, y que aquellos que la practican están movidos por un compromiso desinteresado para aliviar el sufrimiento humano.

El empeño de Edmund Pellegrino entre otros médicos ha sido investigar la naturaleza y el fin de la medicina, y establecer una filosofía de la medicina basada en la medicina como una práctica¹. Muchos de los problemas

a los que se enfrenta el médico no se prestan exclusivamente a un análisis objetivo y a una solución concreta. Con frecuencia el médico tiene que actuar en situaciones clínicas en las que no es capaz de identificar todos los factores objetivos, dejando exclusivamente las normas objetivas para los aspectos técnicos, para lo que técnicamente tiene que hacer. Los cuidados paliativos, el tratamiento de ciertas enfermedades infecto-contagiosas, el manejo del error médico, etc. son algunos ejemplos que no se pueden resolver sólo con datos objetivos.

Pellegrino distingue entre los aspectos cambiantes de la medicina (los aspectos científicos y técnicos) y aquellos que son permanentes (los aspectos filosóficos)². Plantea la relación asistencial desde la perspectiva de que las obligaciones del médico se derivan de su propia naturaleza de médico ("el objetivo del médico, el fin de la medicina, es la *humanitas*")³.

2. Las virtudes del médico

Las virtudes del médico se anclan en su propio carácter de médico. Al enfatizar esta unión se pone de manifiesto que no basta la competencia profesional sino que hay que tener las habilidades necesarias para ser

¹ Pellegrino ED. "Toward a virtue-based normative ethics for the health professions". *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1995; 5 (3): 253-277.

² Pellegrino ED. "The changeless, the changing and the changeable in medicine". *Ontario Med Rev* 1980; 147: 67-73.

³ *Humanitas* se entiende como humanidad, amor al ser humano, muy superior a la filantropía, "un modo de pensar y actuar en el cual el interés humano, los valores y la dignidad son considerados de primaria importancia".

una buena persona. La propuesta de Pellegrino sobre las virtudes del médico engazaría con la ética aristotélica, que señala que el carácter moral no proviene ni de una imposición ni de un contrato, sino del mismo sujeto moral. En la ética de la virtud, el peso de la moralidad se coloca no tanto en la elección, sino en la persona o sujeto que actúa.

Para Pellegrino, en el acto médico —el encuentro entre el que está enfermo y el que tiene la profesión de sanar⁴— se dan tres hechos: el hecho de la enfermedad —incontestable, universal—, el acto profesional y, en tercer lugar, la obligación del médico de tomar decisiones competentes y adecuadas⁵. En el acto médico se pone de manifiesto el acto de la profesión: frente a un ser humano vulnerable que está enfermo está otro ser humano que promete ayudar, sanar, restaurar el equilibrio en la medida que el conocimiento científico lo permita. Este acto implica, por una parte, que el médico posee el conocimiento necesario —que es competente— y, por otra, que usa esa competencia en beneficio del paciente y no en su propio interés. El acto médico se concreta, finalmente, cuando el médico toma una decisión sanadora (*healing decision*). Una decisión sanadora es aquella que hace que el paciente recupere su armonía corporal si es posible, y quizá incluso le haga ser mejor que antes de que estuviera enfermo. El bien del enfermo en la filosofía de Pellegrino tiene varios niveles jerárquicos: en la base está el bien “médico”, es decir, la restauración de las funciones fisiológicas y el equilibrio emocional: El siguiente nivel es el bien para el enfermo, en su propia biografía que engloba sus circunstancias y sus expectativas. El tercer nivel lo constituye el bien en cuanto miembro de una comunidad. Por último, el nivel superior es su bien como ser espiritual.

Para alcanzar los fines de la medicina, el profesional de la salud ha de adquirir aquellas cualidades que le permitan hacer el bien que se propone hacer, es decir que sea poseedor de virtudes. Para Pellegrino y Thomasma

esas virtudes son la sinceridad, el respeto, la compasión, la justicia, la integridad y el olvido de uno mismo (*self-effacement*), a la que se añade la prudencia o *phronesis*, que entienden como la síntesis de todas las virtudes.

3. La prudencia en medicina

Las decisiones de sanación son consistentes con los conocimientos científicos que disponemos, es por tanto una decisión médica competente⁶. No sólo se precisa tener el conocimiento teórico —*episteme, sophia*—, sino sobre todo sabiduría práctica —*techné, phronesis*—. En este sentido, la prudencia ayudaría a aplicar la regla general a la situación particular. En el contexto médico, la virtud del médico consiste en relacionar el paciente particular al corpus general del conocimiento médico. Pero si el concepto de *phronesis* se aplicara sólo de esta forma, tendría un valor limitado. Por ejemplo, si un paciente es hospitalizado por un dolor torácico, el médico virtuoso tras una completa anamnesis y con las exploraciones complementarias pertinentes, encontraría que sufre una isquemia miocárdica y le aplicaría el tratamiento correspondiente. Pero esta actuación no hace ninguna referencia al fin (*telos*) de ese paciente en concreto, a su bien en su sentido más amplio.

Aristóteles incluye también una reflexión sobre el fin de la acción, sobre el bien. En este caso la prudencia incluiría una reflexión sobre la vida buena en general, que permitiría su aplicación a la situación particular. En el caso anteriormente citado, implicaría preguntarse como ese dolor precordial, que resultó ser una isquemia miocárdica, influye e influirá en la vida de ese paciente, en la adecuación a sus fines —ser buen padre, buen profesional, buen ciudadano—. Además de ser una decisión correcta debe ser una decisión buena, es decir, que se adecue a esa persona particular, a su edad y situación en la vida, acorde con sus aspiraciones personales, sus expectativas y valores. Sólo así el acto médico es verdadero acto médico y no mero acto técnico. En palabras de Pellegrino, este es el momento de la verdad clínica, un ejercicio de juicio práctico, de prudencia y, en última ins-

4 Hablamos de sanar o sanación (*healing*) en el sentido de que el fin de la medicina no es la curación exclusivamente, sino el alivio en muchas ocasiones y el consuelo siempre.

5 Pellegrino, ED. “Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness”. *J Med Philos* 1979; 4: 32-56.

6 Pellegrino ED. “Toward a reconstruction of medical morality”. *Am J Bioethics* 2006; 6: 65-71.

tancia, de ética. Encontrar el bien médico puede resultar en una acción técnica correcta, pero no constituye necesariamente una buena acción por parte del médico⁷⁸. La excelencia que se espera de la práctica médica proviene de sus finalidades específicas: el cuidado, la protección y la promoción de la salud.

La prudencia (*phronesis*) se convierte así en el virtud clave del médico. Es “una virtud intelectual y moral que le dispone habitualmente a elegir lo que hay que hacer en una situación moral concreta”, es la capacidad de deliberación, de sensatez para buscar ser siempre la mejor persona posible y hacer la mejor acción posible.

Bajo el título “La prudencia: una virtud indispensable”, Pellegrino y Thomasma dan una descripción de los distintos aspectos del concepto *phronesis*. Prudencia como una de las virtudes cardinales y, al mismo tiempo, una virtud clave. Es también una virtud intelectual que proporciona al que la posee la capacidad de deliberar de acuerdo a la razón. La prudencia toma para sí, en parte, una porción del final —el bien— de la acción. *Phronesis* es la conexión entre las virtudes intelectuales y las virtudes morales. Una quinta acepción la relaciona con la bondad, con la capacidad de obrar bien. Por último las virtudes, la prudencia también, pueden ser aprendidas, pueden enseñarse.

4. ¿Es posible la prudencia como virtud en la medicina moderna?

Podemos preguntarnos, ¿hasta qué punto el médico es capaz de y está obligado a preguntarse por el bien del enfermo? Pellegrino solventa la cuestión señalando que a través de la práctica (la buena práctica) se desarrollará la disposición a realizar actos virtuosos.

Podría objetarse que al centrar su atención sobre el carácter del agente y no sobre la acción, la ética de la virtud sería incapaz de proporcionar guías concretas de acción. Nada más alejado de la realidad. La mejor acción posible queda sometida al juicio prudente del agente moral, “porque no es posible determinar de antemano,

previando todas las circunstancias, aquello que se debe hacer en una situación que no existe”⁹. “La decisión para actuar, especialmente en situaciones morales difíciles, será siempre un salto creativo en el vacío. Hay siempre en cada situación aspectos que son únicos. Cada individuo que puede llegar a ser afectado por tu decisión es una persona única, inserta en una particular red de relaciones con otros y contigo. Por lo tanto, tu decisión para actuar va más allá de lo que podrían decir los principios generales y las normas”¹⁰.

La competencia del médico para leer objetivamente todas las circunstancias de una situación, el buen juicio para deliberar y elegir lo más adecuado y la capacidad para acompañar responsablemente sus decisiones, darán vía libre para salir de callejones cerrados. Mientras que los aspectos técnicos se aprenden y pueden olvidarse, la prudencia una vez desarrollada y llevada la práctica, no puede dejarse de lado.

Para Aristóteles la prudencia es una excelencia personal, una virtud. Pellegrino sigue esta visión de Aristóteles: La prudencia es una virtud primordial: combinando razón y disposición, puede dirigir las acciones médicas buenas. Pellegrino afirma que la prudencia hace más por una auténtica práctica médica que la mera contemplación de las guías o normas éticas¹¹.

La concepción de Pellegrino de que la provisión de un cuidado competente hecho por un médico capaz de tener un juicio prudente, está en consonancia con la visión de la medicina como una transacción de experiencia, y puede servir como un buen modelo para el médico actual, guiado por la evidencia científica y ejerciendo una obligación de cuidar¹². Para Pellegrino no hay otra

7 Pellegrino, ED. Thomasma, DC. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford Univ Press, 1993.

8 Díaz García, A. “La ética de la virtud y la bioética”. *Rev Colombiana de Bioética* 2009; 4 (1): 93-128.

9 Van Hoof. *Understanding Virtue Ethics*. Chesham; Acumen, 2006. P.21.

10 Pellegrino, ED. Praxis as a keystone for the philosophy and professional ethics of medicine: the need for an arch-support. Commentary on Toulmin and Wartofsky. En: *Philosophy of medicine and bioethics: a twenty year retrospective and critical appraisal*. Carson RA, Burns CR (eds). Dordrecht, Kluwer Academic. 1997; pages 69-84.

11 Fuks, A. Brawer, J. Boudreau, JD. “The foundation of physicianship”. *Perspectives in Biology and Medicine* 2012; 55 (1): 114-126.

12 Pellegrino, ED. “The healing relationship: the architectonics of clinical medicine”. En: *The philosophical foundation of medicine: Essays by Dr. Edmund Pellegrino*. Bulger RJ, McGovern JP, Sulmasy DP (eds). Charlottesville, Carden Jennings. 2001; pages 80-94.

forma de entender la relación entre médico y enfermo que la de obligación de cuidar (*duty of care*) y cuanto más cerca esté de conseguirse esa relación más próximo estará de la verdadera naturaleza de la medicina¹³.

Para algunos, Pellegrino no especifica cuánto debe abarcar esa relación entre médico y paciente ni cuál su profundidad. Sólo quedaría enunciada en la obligación de cuidar. Levinas profundiza en esa relación desarrollándola en su teoría de la alteridad: la construcción del Yo a partir del encuentro con el Otro¹⁴.

El concepto de prudencia aplicado al razonamiento médico (a la medicina normativa podríamos decir) es perfectamente asumido por todos. No ocurre lo mismo con la interpretación más amplia, de búsqueda del bien del enfermo. Pellegrino y Thomasma contestan que es posible en una comunidad moral de profesionales. "La medicina es en esencia una comunidad moral y siempre lo será; aquellos que la practican son *de facto* miembros de una comunidad moral, unidos por el conocimiento y los preceptos éticos..."¹⁵. Es una comunidad basada en la prudencia, que se define por su características: la naturaleza única de la enfermedad y la relación asimétrica entre el enfermo y el que ayuda constituye una alegación moral y un lazo común entre los que ayudan; la enseñanza médica, que es una obligación altruista y, finalmente, la naturaleza y circunstancias de un compromiso profesional que resulta en una particular autoconciencia común. Se entiende bien, en la filosofía de la medicina de Pellegrino, la necesidad de una comunidad moral de profesionales. Para evitar que cada médico busque su propio bien, su propia realización, es necesario recurrir a un fin común. Esa comunidad moral de profesionales es quien reúne y gobierna los fines y las virtudes de cada médico individual, es el antídoto frente a la arbitrariedad.

Puede objetarse que la mera relación asimétrica entre médico y paciente no tiene porqué originar un lazo común moral entre los médicos. Lo mismo sucede con la enseñanza de la medicina: ¿una educación médica

común garantiza que se forme una comunidad moral? Un excelente artículo de Hofmann deja abiertas muchas preguntas sobre la filosofía de la medicina basada en la prudencia de acuerdo con Pellegrino¹⁵, de las que menciono algunas: "¿Cómo llegan a ser más virtuosos unos profesionales que otros?, ¿Son más virtuosos los médicos que otros profesionales porque son más profesionales?, ¿quién valora la virtud de una comunidad moral de profesionales?, ¿quién la de cada médico particular?" Estas cuestiones no significan que la prudencia no tenga un hueco en la medicina de hoy, sino más bien las dificultades que pueden presentarse en la aplicación práctica de esta filosofía de la medicina.

Otros autores critican que en la filosofía de la medicina de Pellegrino no hay espacio para la intuición^{16,17}. La intuición tiene también su papel en el razonamiento clínico, ya recogida por Hipócrates¹⁸. La intuición simboliza el elemento tácito de razonamiento clínico que junto con el conocimiento teórico y junto con la experiencia personal contribuye al conocimiento clínico representacional, explícito.

5. La medicina como una actividad práctica

El principal objetivo de Pellegrino ha sido encontrar una filosofía de la medicina en y para la práctica médica. En esencia, la medicina es una actividad práctica encaminada a la sanación del paciente particular. En este sentido la medicina es técnica (*téchne*) y es práctica.

Para Pellegrino la prudencia (*phronesis*) proporciona un "pellizco" del fin —el bien— de la acción del médico. Si el bien se entiende como la restauración del equilibrio fisiológico, el fin de la medicina se equipara al objetivo del profesional. Sin embargo Pellegrino argumenta que el fin de la medicina, su *telos*, es el acto de curación, y que tiene una relación directa con los valores del pa-

13 Levinas E. *Totality and infinity*. Pittsburgh, Duquesne Univ Press, 1969.

14 Hofman, B. "Medicine as practical wisdom (phronesis)". *Poiesis Prax* 2002; 1: 135-149.

15 Braude ,HD." Human all too human reasoning: comparing clinical and phenomenological intuition". *J Med Philos* 2013; 38: 173-189.

16 Pellegrino, E, Thomasma DC. *A Philosophical basis of medical practice*. Oxford: Oxford University Press, 1981.

17 Intución como observación crítica, análisis lógico seguido de una síntesis rápida, una proporción exacta de las medidas y moderación en el balance entre varias tendencias contrarias".

18 Feinstein AR. *Clinical Judgment*. Baltimore, MD. Williams Wilkins, 1967.

ciente, por lo que el fin del acto médico es distinto del acto en sí mismo.

Pero Pellegrino busca también una base moral para la medicina en su práctica. Más allá del pensamiento hipocrático, la práctica médica se fundamenta en el concepto de prudencia, se relaciona con virtudes particulares y depende de una comunidad moral de profesionales: no es sólo una técnica bien aplicada.

Referencias

- Braude HD. Human all too human reasoning: comparing clinical and phenomenological intuition. *J Med Philos* 2013; 38: 173-189.
- Díaz Guerra A. La ética de la virtud y la bioética. *Rev Colombiana de Bioética* 2009; 4 (1): 93-128.
- Feinstein AR. *Clinical Judgment*. Baltimore, MD. Williams Wilkins, 1967.
- Fuks A, Brawer J, Boudreau JD. The foundation of physicianship. *Perspectives in Biology and Medicine* 2012; 55 (1): 114-126.
- Hofman B. Medicine as practical wisdom (phronesis). *Poiesis Prax* 2002; 1: 135-149.
- Levinas E. *Totality and infinity*. Pittsburgh, Duquesne Univ Press, 1969.
- Pellegrino E, Thomasma DC. *A Philosophical basis of medical practice*. Oxford: Oxford University Press, 1981.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford Univ Press 1993.
- Pellegrino ED. Praxis as a keystone for the philosophy and professional ethics of medicine: the need for an arch-support. Commentary on Toulmin and Wartofsky. En: *Philosophy of medicine and bioethics: a twenty year retrospective and critical appraisal*. Carson RA, Burns CR (eds). Dordrecht, Kluwer Academic. 1997; pags 69-84.
- Pellegrino ED. The changeless, the changing and the changeable in medicine. *Ontario Med Rev* 1980; 147: 67-73.
- Pellegrino ED. Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness. *J Med Philos* 1979; 4: 32-56.
- Pellegrino ED. The healing relationship: the architectonics of clinical medicine. En: *The philosophical foundation of medicine: Essays by Dr. Edmund Pellegrino*. Bulger RJ, McGovern JP, Sulmasy DP (eds). Charlottesville, Carden Jennings. 2001; pags 80-94.
- Pellegrino ED. Toward a reconstruction of medical morality. *Am J Bioethics* 2006; 6: 65-71.
- Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1995; 5 (3): 253-277.
- Van Hoof. *Understanding Virtue Ethics*. Chesham; Acumen, 2006. P.21.



LA JUSTICIA EN EDMUND D. PELLEGRINO

EDMUND D. PELLEGRINO JUSTICE

JOAQUÍN OJEDA

Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

Facultad de Medicina. Universidad Europea. Madrid.

C/ Grama 48. 28050. Madrid

Tfno: 670683358

ojedamd@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

justicia, recursos económicos, asistencia sanitaria, envejecimiento, relación médico-paciente.

Recibido: 20/01/2014

Aceptado: 24/02/2014

Edmundo D. Pellegrino dedica una significativa parte de su pensamiento a profundizar en el sentido de justicia en medicina como virtud, consciente de que una mala interpretación de ésta puede llevar a importante sufrimiento a una parte importante de la población, especialmente a los ancianos y personas sin recursos. El autor analiza el impacto que tiene los cambios sociales y el avance de la ciencia y tecnología en la relación médico-paciente, eje vertebrador de todo sistema sanitario justo.

ABSTRACT:

Keywords:

justice, economic resources, health care, elderly, patient-doctor relationship.

Edmund D. Pellegrino has dedicated a significant amount of his time analyzing the virtue of justice in medicine, aware that its misinterpretation could drive to an important load of suffering in vulnerable population, such as elderly or poor patients. The author also studies the impact of social changes as well as science and technology development in doctor-patient relationship, spinal cord of every justice-based health system.

1. Introducción

La medicina ha evolucionado en los últimos 40 años de manera vertiginosa. El día a día de la práctica médica de los médicos actuales ha sufrido un cambio evidente, lo que ha llevado al desarrollo de una ética médica condicionada por una relación médico-paciente más ho-

rizontal y por unas crecientes exigencias e imposiciones sociales y económicas.

La crisis económica y el encarecimiento progresivo de los procedimientos médicos por un lado, y la demanda creciente de la población de acceder a los sistemas avanzados de diagnóstico y tratamiento de las diferentes en-

fermedades por otro, ha detonado un intenso debate en la sociedad y en la arena política de los países desarrollados. Se están gestando cambios drásticos de modelos sanitarios a nivel nacional en los cinco continentes con el objetivo de asegurar la viabilidad de los sistemas sanitarios. Un aspecto de la ética médica de mayor relevancia en nuestros días es el relativo a la justicia.

La economía es sin duda uno de los motores del avance de la ciencia, como se refleja en la gran pujanza de las grandes empresas farmacéuticas y de biotecnología que lideran los índices bursátiles a lo largo del mundo. El coste que supone a los estados y a los ciudadanos estos avances cada día se hacen más difíciles de soportar. Todos estos fenómenos sin duda terminan recayendo en el profesional sanitario, que como parte activa en el engranaje económico-sanitario siente la responsabilidad de conjugar el buen hacer con el paciente con el uso responsable de los recursos. Es en este punto donde la virtud de la justicia se hace presente en la práctica médica, como una exigencia diaria.

Edmund D. Pellegrino dedica una importante parte de su literatura a analizar la justicia en el ámbito sanitario, consciente de su relevancia en la dignidad del individuo enfermo. Este artículo ha sido realizado basándose principalmente en dos fuentes: el libro *The Virtues in Medical Practice* (Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma. New York, Oxford University Press, 1993) y "Rationing Health care: inherent conflicts within the concept of Justice" (en *The Ethics of Managed Care: Professional integrity and Patient Right*. WB Bondeson y JW Jones (Eds). Kluwer Academic Publishers, 2002).

La justicia es una virtud compleja, entre otras cosas, como afirma Aristóteles, porque "la justicia y la injusticia pueden entenderse en muchos sentidos". Sin embargo no por ello deja de ser una virtud clave: "Todas las virtudes se encuentran en el seno de la justicia"¹.

Pellegrino nos recuerda que en la profesión médica puede existir una colisión entre la justicia conmutativa, entendida como la relación de un individuo con otro individuo —en nuestro contexto clínico, entre el médico

y el paciente y viceversa— y la justicia distributiva, que controla la relación de la comunidad con cada uno de los individuos que la componen, en el ámbito sanitario. El autor menciona también la justicia general, entendida como lo que el individuo debe al bien común en el uso de los recursos sanitarios, y por último menciona la *epikeia* o justicia que vela por la equidad entre estas tres formas de justicia.

Pellegrino nos habla de los deberes basados en la virtud de la justicia. Afirma que la justicia tiene sus raíces en el amor, es una extensión de este amor el que debemos mostrar a los demás. De esta manera se aleja de teorías actuales imperantes en las que la justicia se basa en un concepto práctico y prudencial, en una demanda personal hacia la comunidad, pues se entiende como protección del individuo contra las injusticias del prójimo. Estas teorías aseguran una felicidad para todos, siendo la justicia una obligación impuesta a la vida de la comunidad. Para el autor por el contrario, no hacer justicia, sería ceder al auto-interés, alejarse del amor al prójimo a favor del amor a uno mismo. El amor está en el origen de la demanda de ayuda del enfermo al médico, son las demandas de nuestros hermanos y hermanas en una comunidad de cuidado y compasión. Los individuos están llamados a ser amados, especialmente en los centros sanitarios.

El amor genera y transforma la justicia. El amor está en la raíz de todo bien. La justicia vivificada por el amor trasciende la justicia legalista y formal, con especial preocupación por aquellos que sufren dolor, los pobres, los preocupados, los oprimidos y los excluidos. De la práctica de la justicia en el marco de una preocupación por la comunidad, se deriva un acto de beneficencia hacia la persona concreta; es camino de amor iluminado por el compromiso hacia el paciente. No sólo el conocimiento genera justicia, sino la dedicación y preocupación amorosa hacia los cuidados a la comunidad.

Lo que convierte la profesión médica en vocación médica es el mantener el oído abierto a la llamada a vivir una vida de amor y compasión hacia el enfermo, y la respuesta consciente a esa llamada. La profesión médica significa la fidelidad a la noción de justicia permeada

1 Aristóteles. *Ética a Nicómaco*, Libro V, Trad. Julio Palli Bonet, Madrid: Gredos, 1985.

por el amor y la compasión como un obligación moral. La profesión sanitaria es una forma de compromiso personal con el bien del otro.

2. Conflicto entre autonomía y justicia

Edmund D. Pellegrino coincide con Aristóteles en que la Justicia es una de las virtudes más complejas, pues al contrario que otras, no tiene una medida, y es difícil conocer los extremos para alcanzar la media.

Afirma que, aunque se suele hablar del conflicto entre el principio de autonomía del paciente y el de beneficencia del médico, conflicto que define como más aparente que real, el conflicto más habitual y de mayor envergadura se produce entre autonomía y justicia. La autonomía del paciente puede infligir daño en terceras partes próximas o remotas al paciente. Cuando dos principios entran en colisión, debemos elegir entre ambos, e inevitablemente uno de ellos eclipsa al otro. Pero ¿cuál decidimos que eclipse a cuál?

La justicia al mismo tiempo que es una virtud es un principio. Como virtud, marca la senda para dar a cada uno lo que le es debido, con equidad al resto de individuos y al bien común. Como principio ordena la forma de actuar para con los demás, y por eso está presente en el resto de los principios: no hacer daño al resto de humanos, respetar su autonomía y hacer el bien para con ellos. La justicia goza de un status superior a la hora de determinar “lo bueno” y “lo correcto”. En este sentido limita el ejercicio de nuestra propia autonomía y nuestra obligación de respetar la autonomía de los otros. La justicia pone límites a la absolutización de la autonomía, tal y como se está imponiendo como modelo de relación médico paciente en nuestra sociedad.

Pellegrino ilustra algunos ejemplos de cómo la autonomía de una persona puede resultar injusta hacia otro individuo o la comunidad: el paciente VIH que se niega a comunicar su estado a su pareja sexual, el piloto que rehúsa comunicar a su empresa que abusa de sustancias estupefacientes, el paciente que demanda estudios diagnósticos y tratamientos desproporcionados a su patología, consumiendo así recursos preciosos y escasos. Pellegrino también desarrolla cómo la falta de justicia se manifiesta

en la imposición de la autonomía del paciente por encima de autonomía moral (valores) o científica (conocimientos, *lex artis*, manejo de recursos) del médico. Critica la tendencia progresivamente dominante de pensar que el médico es un mero instrumento de la voluntad del paciente, argumentado que el médico debe dejar a un lado sus valores personales en su vida profesional. Esta tendencia no solo viola el principio de autonomía del médico, sino también el de beneficencia y el de justicia.

No resulta fácil resolver el conflicto en los principios *prima facie*, o como matiza Pellegrino, entre la interpretación que cada uno hacemos de estos principios. En estos conflictos la justicia tiene un papel superador. Es importante identificar las circunstancias en las que se produce la colisión entre la autonomía y los valores morales. Es mandatario valorar si existe un daño identificable a las partes en conflicto o una tercera parte y si se han valorado todas las medidas para proteger la autonomía de todas las partes.

En el caso de que exista una posibilidad, aunque sea mínima, de daño a terceros, la autonomía (preservación de confidencialidad en el VIH por ejemplo) debe ceder ante la obligación de evitar un daño. En otras ocasiones es difícil estimar la valoración del daño a las partes o terceros. Cuando lo que entra en conflicto es exclusivamente la voluntad del paciente y las convicciones morales del médico, incluso si la demanda es aceptada por la sociedad o incluso la clase médica, entonces el conflicto se establece entre la autonomía del médico y la del paciente. En ese caso la autonomía del médico y del paciente están al mismo nivel, ambos como agentes morales en conflicto, y sería igual de maleficente violar tanto una como otra.

De manera práctica, Pellegrino recomienda como una obligación ética e institucional, desarrollar los mecanismos que permitan al médico y al paciente abandonar esa relación conflictiva, favoreciendo de manera amigable y respetuosa la transferencia del manejo de ese paciente a otro especialista conocedor del caso. El abandono unilateral del médico de esta relación se consideraría abandono y una negligencia ética que minaría la base de la justicia y la beneficencia.

3. La justicia social y el reto de un sistema de salud universal y de calidad (Decent health care)

La asistencia sanitaria universal y de calidad en nuestro medio es uno de los principales retos de justicia distributiva en nuestros días. En Estados Unidos, la medicina más cara del mundo, uno de cada 6 habitantes carece de cobertura médica. Según la OCDE², Estados Unidos destinó en 2011 un 17% del PIB a sanidad, respecto al 13% en 2000 (el incremento en inversión duplica la subida de la inflación). Un 8,3% del PIB estaba destinado al sistema de cobertura público, del que se hace cargo el Tesoro (Medicaid —37 millones de beneficiarios con escasos recursos—, Medicare —42 millones de personas mayores de 65 años—, State Children's Health Insurance Program para población infantil). El resto procede de la cobertura privada, que cubre a 158 millones de personas (seguro médico contratado por las empresas para empleados, con extensión de los beneficios a la jubilación). En 2011 en España el sistema sanitario supuso un 9,1% del PIB (6,6% PIB destinado a la sanidad pública). En 2000 España dedicó a sanidad un 7.0% del PIB.

Este crecimiento de la inversión en sanidad se debe, en su mayor parte, al aumento del coste per cápita que supone incorporar las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, y el acceso cada día más extendido en la práctica clínica.

La falta de recursos individuales en algunos países y de recursos sociales en otros con un perfil social más desarrollado, se hace evidente en nuestros días.

De la mano de la falta de recursos, el creciente interés comercial y empresarial por el mundo de la asistencia sanitaria, ha llevado a empresas y profesionales a buscar beneficios excesivos a costa de la enfermedad de otros. Se ha incrementado el interés y la inversión a favor de la implementación de nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento, caras y con importantes márgenes de beneficio, en detrimento de los cuidados de los enfermos crónicos e incurables, y por supuesto de los desheredados y los desfavorecidos económicamente. Pellegrino menciona el caso de un investigador del NIH (Institutos

Nacionales de Salud) de Estados Unidos que fundó una empresa para tratar pacientes oncológicos graves y refractarios a los tratamientos convencionales, basado en una terapia que había desarrollado con fondos públicos durante años. El encarecimiento de la medicina por estos dos motivos ha llevado a que en Estados Unidos, la medicina más cara del mundo, uno de cada 6 habitantes no tenga cobertura médica.

Ejemplos como estos han calado en diversos bioeticistas, que han analizado este fenómeno y otros similares, generados por el hecho de que los recursos son limitados y están desigualmente repartidos. Pellegrino menciona y critica aquí las posturas de Engelhart y Rie³, que acuñan los terminos "skimming" (filtro: hace referencia al hecho de que muchos centros se reservan el derecho de admisión a únicamente las personas que pueden pagar por los servicios sanitarios) y "dumping" (despeño: hace referencia al hecho de que algunos centros transfieren a pacientes sin recursos de la sanidad privada a instituciones públicas por motivos exclusivamente económicos). Esto autores consideran estos dos fenómenos como una "virtud" del sistema, fruto de una interpretación liberal de la atención sanitaria, como un derecho asociado a un status económico. Es una muestra evidente de la colisión de valores entre una teoría basada en la autonomía del individuo (Engelhart) y una teoría basada en la comunidad (Pellegrino).

Pellegrino menciona un nuevo escenario que está afectando a la raíz del actuar médico. Es el hecho de que los médicos tenemos que tener un ojo en el bien del paciente y otro en la institución para la que trabajamos (aquí se englobaría la responsabilidad del médico en la contención del gasto, ajuste a los presupuestos, etc.). A esto le llama el autor el "gate-keeping". Podría interpretarse como un enfrentamiento entre el cuidado al paciente individual y nuestra responsabilidad social para con el resto. Sin duda Pellegrino entiende que ambos extremos deben ir de la mano, y que el médico debe colaborar a un equilibrio, pues es el único escenario con contemplaría una sanidad universal de calidad. Este ob-

² http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Ver *Health expenditure and financing*.

³ Engelhardt, H., Rie, MA. "Morality for the medical-industrial complex: A code of ethics for the mass marketing of health care". *NEJM* 329 (1989): 1086.

jetivo, conseguido en muchos países de nuestro entorno, en EEUU es una quimera. Aunque sucesivas administraciones lideradas por presidentes como Clinton u Obama han hecho y siguen haciendo esfuerzos para modificar el sistema de salud con vistas a un modelo más universal y de mayor cobertura, el rechazo de gran parte de la población y de parte de la clase política, ha llevado a sucesivos fracasos, incluso de medidas de corte muy marginal. Estos sucesivos intentos de cambio, son un reflejo de que las administraciones son conscientes de que el país adolece de falta de justicia.

Edmund D. Pellegrino analiza estos intentos de reforma en EEUU y distingue dos motivaciones. Por un lado la legítima búsqueda de un sistema más justo y por otro la necesidad de un mejor control del gasto, y por ende, de la viabilidad del sistema. Muchos países —me atrevo a incluir el nuestro— han conseguido combinar ambas motivaciones, aunque no sin dificultades. Los países donde existe una mejor valoración de la sanidad son aquellos donde el sistema de financiación y de control de la sanidad es público (o mayoritariamente público)⁴.

Pellegrino asegura que la falta de acuerdo histórico en este punto no hace más que dañar la imagen y la competitividad de los productos de salud norteamericanos en el mercado mundial, y continuará deteriorando la calidad de la asistencia de todos los ciudadanos. Esta situación es destructiva tanto para el bien individual como el comunitario. Pellegrino es partidario de dos vías para reducir el coste: eliminar por un lado gastos reduciendo burocracia e intermediarios y por otro lado controlar el gasto desenfrenado y negligente. Sin embargo es consciente de que es necesario llegar a un pacto de Estado que ve imposible (y hace la analogía con el debate sobre el control de las armas de fuego).

4. Los mayores

Pellegrino hace especial hincapié en el caso especial de los mayores, consciente de que son una pieza fundamental en el puzzle: suponen una parte creciente de la sociedad, y eventualmente acaparan un importante y

también creciente porcentaje del gasto sanitario. Es evidente que las sociedades occidentales están cambiando. El respeto tradicional a los mayores está siendo sustituido por una presión social que aleja la vejez de los estándares de calidad social. La vejez se considera como una carga inasumible, y se trasmite un sentimiento de culpa en ocasiones asfixiante a las personas mayores.

Pellegrino critica las posturas de autores que quieren limitar por decreto el acceso a las prestaciones sanitarias por razón de edad, aduciendo motivos de viabilidad del sistema sanitario. Coincide con otros autores que sería moralmente indefendible dicha postura⁵.

Sin embargo no rehúye el problema que se avecina: “en 50 años el número de personas dependientes se multiplicará por 10”. Esta carga requiere un replanteamiento de los proyectos de vida individuales, y sin duda cambiará la vida de muchas personas con mayores a su cargo: “este fenómeno nos retará a remodelar nuestra concepción de comunidad, como una comunidad de cuidadores. Por ello, es necesario una revolución social porque requiere un replanteamiento de las libertades, tal como las entendemos y asignamos a cada uno”. El principal punto es desarrollar fórmulas para que los individuos puedan ganar control sobre la tecnología, a través de un sistema de cuidados en los que la familia tendría un importante peso.

Pellegrino propone sin embargo unas claves que permitan racionalizar la atención a los mayores. Habla de: “límites flotantes” en el acceso a las prestaciones, entroncadas siempre en la relación médico-paciente intacta y flexible, el trato equitativo a todas las personas con igual patología, independientemente del estatus social o económico, la participación del médico en la adecuación de las medidas terapéuticas a aplicar, un control público de los gastos, un control estricto de las decisiones del paciente a lo largo del proceso de cuidados, una puesta a punto anual de los avances médicos que puedan incorporarse, con especial atención a la salud mental y global (calidad de vida) y la prevención, por encima de la prolongación irreflexiva de los años de

⁴ http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Ver *Health Status* (fecha consulta: 07/01/2014)

⁵ Daniels N. Why saying “no” to patients in the United States is so hard. *NEJM* 314 (1983): 1380-1383.

vida. Concluye que estar especialmente pendientes del cuidado de los mayores es parte de la revolución social necesaria en una comunidad justa, liberada de toda discriminación por edad.

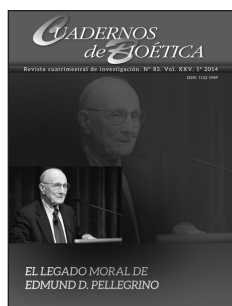
5. La relación médico-paciente y la justicia

Los cambios sociales, económicos y el nuevo ambiente científico —dominado por los avances tecnológicos— han influido en el concepto tradicional de la relación médico-paciente. Tradicionalmente, la relación médico-paciente basada en la curación (“the healing relationship”) ha estado empapada por una concepción religiosa, cercana a una concepción filosófica de los cuidados y distante de una concepción puramente biológica. Pellegrino considera la visión biológica si no antitética, insuficiente y alejada de una interpretación más integral de lo que es curar o cuidar. De igual manera, la relación de curación vista como un contrato legal o la visión paternalista radical, se alejarían de un modelo ideal. Otros modelos como el de la alianza, la amistad o la fidelidad a la promesa, se acercan más al sentido compasivo de la virtud de la justicia.

La relación médico-paciente impregnada por la justicia amorosa, requiere una actitud humilde del médico. La vulnerabilidad de la persona enferma clama y anima a la responsabilidad del médico a no aprovecharse del paciente; en un sentido más positivo a dejar a un lado sus intereses personales y su comodidad a favor de un servicio desinteresado y entregado al paciente y a la comunidad.

Referencias

- Aristóteles. *Ética a Nicómaco*, Libro V, Trad. Julio Palli Bonet, Madrid: Gredos, 1985.
- Daniels N. “Why saying “no” to patients in the United States is so hard”. *NEJM* 314 (1983): 1380-1383.
- Engelhardt, HT. Rie, MA. “Morality for the medical-industrial complex: A code of ethics for the mass marketing of health care”. *NEJM* 329 (1989): 1086.
- http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Ver Health expenditure and financing (fecha consulta: 07/01/2014).
- http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Ver Health Status (fecha consulta: 07/01/2014).



FORTALEZA Y TEMPLANZA

FORTITUDE AND TEMPERANCE

BORJA MONTERO SÁNCHEZ DEL CORRAL

Equipo de soporte domiciliario. Servicio Médico ICAM

Consulta Dres. Sales. C/ Núñez de Balboa 88, Bajo.

Madrid 28006.

Teléfono: +34 677 451 816

borjamonterosdc@gmail.com

RESUMEN:

Palabras

clave: bioética,
benevolencia,
beneficencia,
deontología.

Recibido: 22/01/2014

Aceptado: 24/02/2014

El ejercicio de la medicina interesa la vida y la salud de los seres humanos. La búsqueda del bien y la excelencia profesional en cada caso particular exigen del médico la práctica de virtudes profundamente implicadas en la propia esencia de la medicina. Con referencia al trabajo de Edmund D. Pellegrino se describe y reflexiona sobre la fortaleza y la templanza como virtudes médicas.

ABSTRACT:

Keywords:

biomedical ethics,
benevolence,
beneficence,
deontology.

Medical practice involves life and health of human beings. The search of the good and professional excellence in each particular case requires Doctors to practice virtues that are deeply implied in medical philosophy. Referring to Edmund D. Pellegrino's work, we describe and think about fortitude and temperance as medical virtues.

1. Introducción

Hace pocas fechas New England Journal of Medicine se hacía eco del galardón concedido a Graeme Clark y otros dos investigadores —el Premio Lasker DeBakey, el equivalente a los Nobel en EEUU— por el desarrollo de los implantes cocleares. Titulaba el artículo: “Implantes

cocleares, ciencia, suerte y éxito”. El texto afirmaba que “el reto de restaurar la pérdida auditiva...fue formidable y requirió un extraordinario esfuerzo de investigación de décadas de duración”¹.

Se estima que más de 300.000 personas han recu-

1 NEJM. 369:1190-1193. September 26, 2013.

perado la capacidad auditiva. La revista hace mención a la desesperación, la depresión y el aislamiento de las personas sordas, el deterioro del desarrollo cognitivo en los niños, la dependencia de los adultos sordos y la pérdida cognitiva de los ancianos a consecuencia de ésta grave deficiencia.

Todavía resulta más interesante saber que —tal como cuenta Clark— el impulso para investigar y trabajar en ésta enfermedad fue la sordera de su padre. Recuerda la tristeza que le causaba verle —farmacéutico de profesión— pedir a sus clientes que elevasen el tono de la voz porque no podía escucharles adecuadamente.

No deja de ser llamativa la manera de titular el artículo de New England Journal. Parece un título sin la fuerza que requiere un logro para la humanidad de tales proporciones. Porque, sin duda, se trata es algo más que ciencia, suerte y éxito. Cuando contemplamos los testimonios de las personas sordas que han recuperado la audición, cuando vemos un niño que no puede oír la voz de su madre o una madre que no puede oír la voz del hijo, cuando simplemente pensamos que este déficit pudiera afectarnos a nosotros, es cuando entendemos el caudal de sufrimiento que está siendo evitado mediante los implantes cocleares.

¿Qué impulsa al Dr. Clark? ¿dónde radica ese impulso? ¿es sólo ciencia lo que ha movido a décadas de trabajo, estudio y costosos experimentos? Sin duda, el motor de la ciencia en este caso es el interés o la ambición de un médico por resolver un grave problema de salud, suscitado a partir de su experiencia y el propio sufrimiento personal.

Los avances científicos nos capacitan para llegar lejos, pero estos avances se producen porque hay retos que motivan a los hombres a más estudio, más inversión, más trabajo: duro, resistente a los fracasos, constante, para superar las dificultades y las desilusiones de toda ambiciosa investigación sin los cuales no se alcanza el éxito. Trabajo que implica entrega, esfuerzo y sacrificio.

Clark es un médico con una “herida” de su infancia, como hemos leído. Al que mueve en primer lugar el amor a su padre y después el deseo, la ambición humana legítima, de dar solución a un problema que a él tocó

su alma. Aspiró a conseguir que otras personas sordas y sus familias no sufrieran aquello que sufrió su padre. En efecto, los resultados y el esfuerzo de Clark durante años testimonian la virtud del agente, del hombre responsable del ejercicio de una de las “virtudes médicas” más necesarias a que hace referencia Pellegrino: la fortaleza.

En el fondo, la conducta de Clark está enraizada en el paradigma clásico de la medicina, en la esencia de la medicina hipocrática, donde la *philia*, fomentaba una relación de confianza² y daba lugar a un compromiso de servicio médico.

Esta *philia* está claramente imbricada en la consecución de un logro como el de los implantes cocleares. La búsqueda del bien, la *benevolencia* (bene-volere, querer el bien) más que la *beneficencia* hacia el paciente es el principio/virtud fundamental de la acción médica. Tras 2.500 años de medicina en occidente, el paradigma clásico, evolucionado, discutido y negado, y con tendencia a ser olvidado hoy, resulta ser, a mi juicio, el motivo fundamental de éste avance de nuestro tiempo. Y tiene algo de misterioso. El propio Dr. Clark, al recordar el camino recorrido, reconocía que no se podía imaginar dónde iba a llevarle, que no ha constituido algo dirigido, premeditado, sino simplemente intuido y deseado, que sentía que debía ser realizado. “Cuando probamos el primer implante en el paciente Rod Saunders y oyó por primera vez las palabras, salí del despacho y rompí a llorar”³.

Hay pues un hombre, un médico, cuya convicción y tenacidad ha permitido —junto al esfuerzo de sus colaboradores— cambiar la vida de miles de personas. Esto me hace pensar: ¿Por qué hago las cosas? ¿por qué soy médico? ¿cuál es mi *telos*, el fin al que tiendo?

¿Cómo puedo mantener —en esta sociedad compleja y a veces hostil— mis convicciones? Resulta edificante contemplar la determinación de Clark. A su ejemplo la pregunta ahora es: ¿cómo podemos mantener nuestros principios aun en contra de quienes nos rodean, de quienes detentan el poder, la autoridad e incluso de colegas

2 Moya Pueyo, V. y cols. *Deontología médica en el siglo XXI*, San Carlos, 2009, 50.

3 Pioneering Miracles: Professor Graeme Clark and Dr. Anders Tjellström. http://www.youtube.com/watch?v=vu1qmhL_QYE.

que conocen bien acerca del problema que tratamos? La respuesta se desliza sola: solo se puede soportar ésta o cualquier otra presión si se adquiere una gran fortaleza de ánimo, el hábito de resistir en nuestras convicciones más profundas. De nuevo se pone de manifiesto que en las cuestiones esenciales de la vida la opinión de las mayorías no es suficiente⁴.

2. La virtud médica de la fortaleza

Parece razonable sostener que la virtud de la fortaleza es necesaria para mantener los principios que inspiran a la profesión médica. Cuando todo se cuestiona o relativiza, cuando la tradición moral milenaria de los médicos es sometida a las presiones de nuestra sociedad, es necesario mantener los principios que nos identifican, que son nuestra razón de ser, si uno no quiere *disolverse* en la cultura -tan frecuente hoy- de lo perecedero. En el mundo de la investigación como en el ejercicio de la actividad clínica solo el esfuerzo sostenido y la tenacidad, la aspiración a la excelencia, pueden orientar a un verdadero progreso de la ciencia y a una medicina que responda a los anhelos y las angustias de la persona enferma.

Para este cometido la “virtud médica” de la fortaleza es esencial. Pero ¿qué quiere decir ser fuerte, moralmente fuerte? Muchos piensan que la fortaleza como virtud es una “herencia” del modo cristiano de entender la vida. No es exactamente así. La Iglesia Católica define fortaleza como una “virtud moral que asegura en las dificultades la firmeza y la constancia en la búsqueda del bien”⁵.

Si bien es una de las virtudes cardinales de los cristianos, ya Platón y Aristóteles la descubren y contemplan ampliamente en sus escritos (siglo V a.C.). Para Aristóteles la fortaleza es una “disposición” (*hexis*) del carácter, siendo el carácter algo que puede ser entrenado, conformado desde fuera, de modo que la capacidad para

obrar de una determinada manera no será consecuencia exclusiva de los sentimientos o las pasiones sino de la razón “entrenada” con el objetivo de conseguir el bien⁶. El estagirita considera que la fortaleza es “llave” para conseguir otras virtudes. La sitúa en el punto medio de dos sentimientos extremos que serían la cobardía y la temeridad, de moderadora de ambos sentimientos para actuar de un modo noble. Santo Tomás de Aquino coincide con el filósofo en asociar la virtud de fortaleza a la firmeza.

Los médicos necesitamos de la fortaleza para hacer *lo correcto* cuando se requiere y es lo que se espera de nosotros dada nuestra misión. Para Pellegrino⁷ la virtud médica de la fortaleza es, con excepción de la templanza, la más difícil de practicar en el entorno de la Medicina norteamericana. El autor de este trabajo también lo ve así en nuestro medio, aunque en menor grado. La razón es que a la libertad originaria de la profesión durante más de veinte siglos, ha seguido una poderosa restricción y normativización en su ejercicio por el Estado y la sociedad. Un ámbito del ejercicio médico que pone de relieve la firmeza del médico es la contención del gasto. En sus esfuerzos por controlar el gasto sanitario, ya desde las instituciones públicas ya desde la empresa privada, los reglamentos y las limitaciones a los médicos se suceden, teniendo siempre como destino final el recorte de las prestaciones. Los médicos que se resisten disponen en su país de escaso apoyo. Entre nosotros tampoco la función de “guardián” del gasto está exenta de dificultades.

Pellegrino define la fortaleza médica como la virtud que inspira confianza en que los médicos resistirán la tentación de aceptar la pérdida de lo que estiman un “bien” para el paciente, ya sea por nuestros propios miedos (p.e. miedo al contagio de una enfermedad), ya por la presión de la sociedad o de la burocracia (p.e. “éste paciente tiene que ser dado de alta porque nos estropea la estancia media”) y en cambio atenderá a sus

4 Vaticano.va. Discurso del Santo Padre Benedicto XVI ante el Bundestag. Berlín. Jueves 22 de septiembre de 2011. http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2011/september/documents/hf_ben-xvi_spe_20110922_reichstag-berlin_sp.html

5 Catecismo de la Iglesia Católica, pag. 409, 1008. 1992. Isbn: 84-288-1102-4.

6 *Diccionario de Filosofía*, J. Muñoz. 2003. Espasa Calpe. ISBN: 84-670-1302-8.

7 Edmund D. Pellegrino and David C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*. January 15, 1993. ISBN-10: 0195082893. “Fortitude”, p. 109-116.

convicciones y empleará su tiempo y su entrenamiento para buscar ante todo el bien del enfermo y el de la sociedad.

En nuestros sistemas de salud contemporáneos —que poseen muchos e importantes aspectos positivos— cada vez hay más cuestiones que suponen una amenaza para la práctica de un ejercicio profesional independiente. Para Pellegrino, el exceso de consideración a la autonomía —como el principio más importante en la relación médico-paciente— la legislación cada vez mas profusa en Sanidad y la burocratización, y la “doble lealtad” hacia el paciente y hacia la empresa o la Administración que le contrata, son algunos ejemplos de la presión que los médicos soportan respecto a los deberes y esencia de nuestra profesión. El hábito de la fortaleza en la defensa de los principios morales de la medicina, resulta al final una garantía para el bien médico de la sociedad, e incluso nos defiende de nosotros mismos.

En definitiva, cuando un médico toma una decisión *con (junto a)* un paciente, ha de tener claro que la responsabilidad recae fundamentalmente sobre su persona y debe responder de ella ante su conciencia⁸, ante la comunidad a la que pertenece y ante la ley. De la toma de decisiones responde fundamentalmente él, no el servicio médico al que pertenece o la Administración, aunque con frecuencia ésta sea responsable subsidiaria. Esta firmeza de carácter exige el hábito continuado, tenaz, de la fortaleza.

Cuando percibimos claramente que esto debe ser así, nos vemos confrontados entre lo que debemos hacer y lo que la sociedad reclama de nosotros, desde la manera de ver y de actuar de la sociedad. Como escribe Laín Entralgo, el paciente forma parte de una sociedad en un momento concreto, y hay que entender y atender al paciente en dicho medio, de modo que no son fácilmente separables el paciente y la sociedad en la que vive⁹. Sin embargo, dentro de ésta comprensión, el médico debe buscar el *bien* inmerso en los avances de la tecnología, a pesar de las opiniones que cuestionan lo esencial en

nuestra profesión. Las técnicas de reproducción asistida son un ejemplo de ésta “tensión” moral en la que la tecnología al servicio de la vida corre el riesgo de convertirse en la cosificación del embrión. El respeto a la vida es otro claro ejemplo del contraste entre el deber médico y las corrientes socio-políticas (que han cristalizado en leyes) que pretenden reducir el ejercicio de la medicina a la mera ejecución técnica de lo dictado por otros.

En la Medicina clínica la mayoría de los médicos viven de sueldos, de alguien que les paga y que reclama una determinada ordenación del acto médico, frecuentemente burocratizado, al que se debe. En USA son los seguros médicos, en España la sanidad pública. Los efectos positivos de esta racionalización, como la contención de los costes sanitarios y la respuesta política a las demandas de la sociedad, no son despreciables. Pero sus efectos negativos no pueden obviarse: el médico ha visto reducida su capacidad de decisión moral y clínica, cuando no responsabilizado —como en el caso de los ginecólogos— de la práctica del aborto. Actuar con valentía, con coraje —expresión exterior de la fortaleza— es cada vez más difícil para el médico. Pero la responsabilidad moral de lo que hace permanece siendo suya. El recurso a *esconderse* en el equipo y disolver en él su responsabilidad no parece la solución —afirma Pellegrino—; aunque incluso como miembro de un equipo uno puede echar mano de esa imprescindible virtud de la fortaleza y estar atento a no lesionar el *bien* del paciente, su primer deber. La prudencia y la fortaleza son entonces, más que nunca, *re¹⁰queridas*. Resistir a los poderes fácticos implica siempre un riesgo que la prudencia puede prevenir, sin con ello renunciar a las propias convicciones.

Con frecuencia, ésta actitud benevolente, que nada tiene que ver con el paternalismo, pues como premisa solo quiere el *bien* del otro y no la imposición, exige la renuncia a los propios intereses, nos exige un esfuerzo, y nos impulsa hacia la búsqueda del bien apropiado en cada caso y situación.

⁸ Moya Pueyo, V y cols. *Deontología médica en el siglo XXI*. Editorial San Carlos. 2009. ISBN: 978-84-87694-98-1. P. 54.

⁹ P. Laín Entralgo. *El médico y el enfermo*. Ed. Guadarrama, 1969, 29, 54.

¹⁰ Pellegrino, E.D. and Thomasma, D.C.: *The Virtues in Medical Practice*. January 15, 1993. ISBN-10: 0195082893. “Temperance”. p. 117-125.

3. La virtud médica de la templanza

En una sociedad que legitima sus debilidades y pronta a la auto-indulgencia, —afirma Pellegrino—, las tentaciones contra la templanza en el comportamiento son muchas. Entre los profesionales se mueven en un amplio rango, desde el consumo de estupefacientes por el médico al abuso desmedido de la tecnología médica moderna y el gasto consiguiente. Aunque desde una larga tradición la templanza se concibe como una virtud del carácter que controla los abusos en la comida, la bebida y el sexo, el bioeticista aborda especialmente algunas de las pérdidas de esta virtud que pueden aflorar en la medicina moderna.

Por una parte lo que llama “jugar a ser Dios”. Por tal entiende Pellegrino, por un lado la desmesura en el uso de las tecnologías, como sustitución del esfuerzo y tiempos dedicados a la relación de amistad y confianza entre paciente y médico, que se produce en el encuentro clínico: una fe desmedida en la capacidad de la tecnología sobre las vivencias y los datos referidos por el mismo enfermo. Por otro, la tentación implícita, sutil, de disponer de un poder ilimitado sobre la condición humana a través de la tecnología. La tentación alcanza incluso a decidir por uno mismo lo que mejor conviene y debe hacer nuestro paciente, tendiendo a disminuir la consideración sobre sus valores y preferencias a la hora de aceptar o no pruebas diagnósticas o tratamientos. Una forma nueva de paternalismo anclado en los poderes de las tecnologías.

La adecuada valoración de cada paciente exige por tanto una exquisita conciencia del caso para evitar tanto los excesos como los abandonos. Somos nosotros, los médicos, los que en definitiva tenemos que actuar clínicamente, somos quienes debemos mantener el equilibrio, la armonía, la templanza: quienes debemos apreciar en el universo de cada paciente el mejor camino

para él en lo referente a su salud. Somos nosotros, los médicos, insustituibles en éste arte, para que el *bien* de la persona prevalezca sobre nuestra debilidad o nuestra prepotencia, sobre nuestros intereses, y sobre tantos otros enunciados teóricos e impersonales, intereses de terceros e incluso leyes injustas. Somos los garantes de los principios que constituyen nuestra profesión, y a quienes corresponde defenderlos.

Quizá ha llegado el momento de adquirir un verdadero protagonismo en la definición formal de la ética médica como una filosofía independiente. Y reivindicar nuestro cometido en la sociedad por el bien de la propia sociedad.

Referencias

- Catecismo de la Iglesia Católica, pág. 409, 1008. 1992. Isbn: 84-288-1102-4.
- Deontología médica en el siglo XXI. Editorial San Carlos. 2009. ISBN: 978-84-87694-98-1, 50.
- Edmund D. Pellegrino and David C. Thomasma: “Temperance” y “Fortitude”, *The Virtues in Medical Practice*. January 15, 1993. ISBN-10: 0195082893.
- Laín Entralgo, P.: *El médico y el enfermo*. Ed. Guadarrama, 1969. p. 29, 54.
- Muñoz, J. *Diccionario de Filosofía*, Espasa Calpe, 2003.
- Pioneering Miracles: Professor Graeme Clark and Dr. Anders Tjellström. http://www.youtube.com/watch?v=vu1qmhL_QYE.
- NEJM. 369:1190-1193. September 26, 2013.
- Rodríguez Duplá, L. *Ética*, BAC, 2001, cap. 7-9.
- Vatican.va. Discurso del Santo Padre Benedicto XVI ante el Bundestag. Berlín. Jueves 22 de septiembre de 2011. http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2011/september/documents/hf_ben-xvi_spe_20110922_reichstag-berlin_sp.html



INTEGRIDAD

INTEGRITY

RAFAEL ÁNGEL GÓMEZ RODRÍGUEZ

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Toledo

C/Roma N° 7 – 1° Izq. 45003 Toledo

Teléfono: 679479912

925252585@telefonica.net

RESUMEN:

Palabras clave:

integridad, ética de la virtud, Pellegrino, autonomía.

Recibido: 6/02/2014

Aceptado: 27/03/2014

Alguien íntegro es aquel de quien podemos predecir su comportamiento porque prevemos que juzgará prudentemente la forma de actuar más correcta. La integridad está en estrecha relación con la autonomía, y ésta descansa en el derecho de todos los seres humanos a su integridad como personas. La palabra integridad tiene dos significados en ética médica: por un lado se refiere a la integridad de la persona como totalidad fisiológica, psicológica y espiritual del individuo, y por otro, a la virtud de la integridad. Otra faceta de la integridad de la persona es la que hace referencia a valores que apreciamos y defendemos. Para preservar la integridad de la persona enferma es indispensable un médico que posea la virtud de la integridad. El principio de autonomía ha reducido las violaciones de la integridad de las personas realizadas en el pasado, sin embargo, el carácter y las virtudes del médico son la salvaguarda de la autonomía del enfermo. Una faceta muy importante de la actividad médica es la investigadora. La categoría moral del investigador es lo que determina la calidad moral de la investigación. El problema se plantea cuando los intereses legítimos del investigador son remplazados por el egoísmo, especialmente si la investigación es con sujetos humanos. La salvaguarda final de la calidad moral de la investigación descansa en el carácter y conciencia del investigador. Es muy importante que exista una enseñanza de la ética en el campo de la investigación, pero sobre todo es fundamental el ejemplo ético de científicos respetados y prestigiosos.

ABSTRACT:

Keywords:

integrity, virtue-based ethics, Pellegrino, autonomy.

To say that someone possesses integrity is to claim that that person is almost predictable about responses to specific situations, that he or she can prudentially judge and to act correctly. There is a closed interrelationship between integrity and autonomy, and the autonomy rests on the deeper moral claim of all humans to integrity of the person. Integrity has two senses of significance for medical ethic: one sense refers to the integrity of the person in the bodily, psychosocial and intellectual elements; and in the second sense, the integrity is the virtue. Another facet of integrity of the person is the integrity of values we cherish and espouse. The physician must be a person of integrity if the integrity of the patient is to be safeguarded. The autonomy has reduced the violations in the past, but the character and virtues of the physician are the ultimate safeguard of autonomy of patient. A field very important in medicine is the scientific research. It is the character of the investigator that determines the moral quality of research. The problem arises

when legitimate self-interests are replaced by selfish, particularly when human subjects are involved. The final safeguard of moral quality of research is the character and conscience of the investigator. Teaching must be relevant in the scientific field, but the most effective way to teach virtue ethics is through the example of the a respected scientist.

1. Introducción

Pellegrino ha marcado el camino a seguir en la ética de las virtudes¹. Sin renunciar a la validez de los principios, supo resaltar la importancia del médico virtuoso para un ejercicio adecuado de la medicina.

Etimológicamente, el término integridad proviene del latín *integer* que significa totalidad, entereza o unidad intacta. Igualmente, *integritas*, *-is* es sinónimo de totalidad, robustez, salud y buen estado físico, también honestidad y rectitud. Asimismo, de este vocablo deriva el adjetivo *integer* (intacto, entero, no alcanzado por un mal).

Hablar de una persona íntegra² es hablar de alguien virtuoso, alguien de quien podemos predecir su comportamiento en situaciones concretas porque prevemos que juzgará prudentemente la forma de actuar más correcta, realizando lo que considera el bien.

Pellegrino trató diferentes aspectos de la integridad, como su importancia en el ámbito de la enseñanza³ o su relación con los regímenes políticos⁴; pero en nuestra opinión lo fundamental es la importancia de esta virtud en la práctica clínica y en la investigación. En esta monografía, nosotros centraremos nuestro interés en su aspecto clínico, que Pellegrino relacionó estrechamente con la autonomía^{5, 6, 7, 8}. Hacemos una síntesis del conte-

nido de los trabajos principales del autor en este campo, realizando algunos comentarios a los mismos^{9,10,11,12,13} y, finalmente, analizamos de forma resumida la virtud de la integridad en la investigación médica.

2. La virtud de la integridad en la práctica clínica

En el pensamiento de Pellegrino, la integridad está en estrecha relación con la autonomía, pero ésta descansa en el derecho de todos los seres humanos a su integridad moral como personas.

Nuestro autor fue muy consciente de que el principio de autonomía había adquirido un gran protagonismo como consecuencia de que diversos factores sociopolíticos, legales y éticos habían despertado el deseo de los pacientes por participar en las decisiones médicas que les podían afectar. Como resultado, la relación entre el médico y el paciente es ahora más franca y abierta, y en ella se respeta mejor la dignidad de los pacientes. Pellegrino reconocía la relevancia que había tomado el principio de autonomía pero, como luego veremos, también alertó sobre sus límites.

Para el autor, desde el punto de vista legal, el principio de autonomía deriva del derecho a la intimidad; y desde el punto de vista moral asienta sus raíces en la doctrina de pensadores como Locke, Kant y Mill. El resul-

1 Pellegrino, E.D. and Thomasma, D.C. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press, Oxford, 1993.

2 Pellegrino, E.D. and Thomasma, D.C., "Integrity". En: Pellegrino E.D. and Thomasma D.C. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press, Oxford, 1993, 127-143.

3 Pellegrino E.D. "In search of integrity". *JAMA*, (1991), 266, 2454-2455.

4 Pellegrino E.D. "Guarding the integrity of medical ethics. Some lessons from soviet Russia". *JAMA*, (1995), 273, 1622-1623.

5 Pellegrino, E.D. and Thomasma, D.C. "Integrity". *op. cit.* 1993, 127-143.

6 Pellegrino E.D. "La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica". *Bol of Sanit Panam*, 1990;108;379-389. Texto del discurso pronunciado en el tercer Congreso Internacional sobre Ética en Medicina, Instituto Karolinska, Estocolmo, Suecia, 13 de septiembre de 1989.

7 Pellegrino E.D. "Physician Integrity. Why it is inviolable". *Hastings Cent Rep*, (2009); Suppl: 18-20.

8 Pellegrino, E.D., "Commentary: value neutrality, moral integrity, and the physician". *J Law Med Ethics*, (2000), 28(1), 78-80.

9 Pellegrino, E.D. and Thomasma, D.C., "Integrity". *op. cit.* 1993, p. 127-143.

10 Pellegrino E.D. "La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica". *Bol of Sanit Panam*, (1990), 108, 379-389.

11 Hemos intentado reflejar fielmente doctrina de la integridad de Pellegrino basándonos fundamentalmente en dos trabajos: Pellegrino E.D. and Thomasma D.C. "Integrity", en: Pellegrino E.D. and Thomasma D.C. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press, Oxford, 1993, 127-143; y en: Pellegrino E.D. "La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica". *Bol of Sanit Panam*, (1990), 108, 379-389. (Texto del discurso pronunciado en el tercer Congreso Internacional sobre Ética en Medicina, Instituto Karolinska, Estocolmo, Suecia, 13 de septiembre de 1989. Disponible en: [http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p379.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p379.pdf)).

12 Diario Médico 16-9-2013. Entrevista a Gonzalo Herranz.

13 Pellegrino, E.D. and Thomasma, D.C., "Integrity". *op. cit.* 1993, p. 129.

tado final es que está ampliamente aceptado como uno de los principios fundamentales por el cual los pacientes competentes pueden tomar sus propias decisiones, estando su voluntad por encima de la del médico o la familia en lo que a su salud se refiere. Algunos expertos absolutizan el principio de autonomía y el derecho a la intimidad, mientras otros aceptan límites variables al derecho a la autonomía del paciente. En la práctica, el principio de autonomía se ejerce a diario mediante el consentimiento informado, que se ha convertido en un requisito imprescindible en la toma de decisiones en la relación médico-paciente. Este puede ser oral y debe constar en la historia clínica, debiendo estar diseñado para facilitar que el enfermo pueda juzgar lo que el considera mejor para él y pueda tomar una decisión libre, conociendo de la forma más fiel posible la verdad de su situación y sin estar sometido a presiones externas. Hemos de decir que, en nuestra experiencia, es frecuente que el consentimiento informado tienda a considerarse un documento más legal que un verdadero complemento de la relación entre el médico y su enfermo. Como ha dicho recientemente Herranz, "La seguridad jurídica del formulario se impone a la información"¹⁴. Por tanto, hemos de hacer un esfuerzo en recuperar el valor auténticamente ético del consentimiento informado.

Pellegrino analizó muy bien los dos significados que en ética médica tiene la palabra integridad¹⁵. El primero se refiere a la integridad de la persona, del paciente y del médico. El otro significado hace referencia a una persona con integridad. El primero es algo que pertenece a cada ser humano en virtud de serlo. El segundo sentido se refiere a la integridad como virtud, es decir, como un hábito moral adquirido por su práctica constante.

Cuando hablaba de la integridad de la persona, Pellegrino se refiere a la integridad del ser. Por integridad de la persona entendía la correcta ordenación de sus partes. La integridad abarca la autonomía porque su pérdida impide que se obre como un ser humano intacto y completo. Así pues, la integridad incluye la totalidad

fisiológica, psicológica y espiritual del individuo. Se corresponde con el equilibrio y la armonía entre las diversas dimensiones de la existencia humana, necesarias para el buen funcionamiento de todo el organismo. La integridad de una persona se expresa pues en una relación equilibrada entre los elementos corporales, psicosociales e intelectuales. Cada uno de estos elementos toma la delantera cuando el bien del conjunto así lo exige. Cada uno cede ante el otro por el bien del conjunto. La integridad, en este sentido, es sinónimo de salud. Por el contrario, la enfermedad se corresponde con la desintegración, con la ruptura de la unidad de la persona. Esta ruptura puede ocurrir en una o más de las tres esferas. Con la enfermedad corporal el cuerpo se convierte en el centro de su atención. De igual manera, las enfermedades psíquicas son una forma de desintegración, en la que la ansiedad, las obsesiones, etc., asumen posiciones de atención más importantes, distorsionando el equilibrio y la unidad de la vida personal. Con la enfermedad, de alguna manera, el ser se fractura. Otra faceta de la integridad de la persona es la integridad de los valores que apreciamos y defendemos. Como pacientes, cuando enfermamos, estos valores pueden entrar en conflicto con los del médico, nuestros familiares o la sociedad¹⁶.

Esta perspectiva de la integridad y su posible desintegración por la enfermedad crea unas obligaciones morales en el médico, como también en el paciente. La curación significa la devolución de la integridad. Este es el objetivo del cuidado médico y un compromiso inherente en la relación médico-paciente. Para ser leal a este pacto, el médico está obligado al intento de remediar esa desintegración, incluyendo las dimensiones psicológicas y físicas. Por tanto, es igualmente importante la obligación de preservar los valores de la persona, que de alguna manera la hacen única. No respetar sus valores agravaría la desintegración de la persona ya existente por la propia enfermedad.

Por tanto, el médico debe cuidar, dentro de sus posibilidades, los valores morales y religiosos de sus enfermos. Este deber del médico de vigilar por los valores de su paciente y de que pueda desarrollarlos incluye, por

14 Pellegrino, E.D. and Thomasma, D.C., "Integrity". *op. cit.*, 1993, p. 130.

15 Pellegrino, E.D. and Thomasma, D.C., "Integrity". *op. cit.*, 1993, p. 132.

16 Pellegrino, E.D. and Thomasma, D.C., "Integrity". *op. cit.*, 1993, p. 133.

ejemplo, el ofrecer los servicios religiosos hospitalarios en caso de pacientes graves, o asegurarse de que el paciente y/o sus familiares conocen la gravedad del proceso y tienen presente este aspecto.

Para Pellegrino los límites a la autonomía del paciente los marca, por una parte, la propia autonomía y valores morales del médico, y por otra, el posible daño a terceros. Como decimos, el derecho a la autonomía del paciente no es absoluto. Está limitado por la propia autonomía del médico como persona, la cual tampoco puede sufrir violación en su integridad por los deseos de su paciente. Si el médico moralmente se opone al aborto, a la eutanasia o a la inseminación artificial por ejemplo no debe esperarse de él que renuncie a su propia autonomía y valores, cediendo a los deseos del paciente. Médico y paciente deben respetar la autonomía del otro, no pretendiendo imponer sus propios valores. En la actualidad, esto es muy importante dada la relevancia que ha adquirido el principio de autonomía, y por existir una tendencia en la sociedad a pensar que todo debe girar en torno a la autonomía del paciente. En ocasiones, será necesario finalizar una relación médico-paciente para evitar comprometer la integridad moral tanto del médico como del enfermo.

Otra limitación a la autonomía del enfermo se presenta cuando la decisión de éste puede provocar daños directos y serios a otras personas, como es el caso de enfermedades infecciosas cuyo control constituye un problema de salud pública.

Un caso especial es el de personas tuteladas por ser incapaces o menores. Aquí las decisiones del tutor podrían conducir a un tratamiento inadecuado de la persona incapaz. Dado que una obligación primaria del médico es preservar la integridad del paciente, en tales casos el médico no puede abandonar a su enfermo, sino que debe tomar las medidas legales necesarias para proteger sus intereses. Aquí, el médico puede recurrir a los comités de ética o a las medidas legales pertinentes para que su paciente pueda ser atendido correctamente.

Nuestro autor defendió que la comunidad en la que reside el paciente tiene también derecho a su propia integridad, que puede verse comprometida si el impulso

dado actualmente a la autonomía no tiene en cuenta sus derechos morales. De hecho, estamos expuestos a que algunos utilicen los recursos comunes con escasa responsabilidad, como ocurre, por ejemplo, cuando los que médicos, los pacientes o su familia exigen y disponen de los recursos médicos, con frecuencia escasos, de forma irresponsable. Tenemos que recordar aquí que los ciudadanos debemos hacer un uso correcto de los recursos que la sociedad pone a nuestra disposición, sin olvidar que pertenecen al conjunto de los ciudadanos que los financian. Recordemos que no pocas veces los pacientes acuden al médico con una idea preestablecida de las pruebas o tratamientos que requieren basados en informaciones obtenidas sin base científica, a veces a través de periódicos, internet o de un conocido. Peor aún es cuando han sido dirigidos por otro colega médico que no tiene responsabilidad sobre el paciente. En cualquiera de los casos, el médico debe estar preparado para encauzar de forma satisfactoria la relación con el paciente, buscando el respeto mutuo, el uno como enfermo y el otro como profesional en el que aquel debe confiar.

Una circunstancia especial es aquella en la que el paciente prefiere renunciar a su derecho en la toma de decisiones que le afectan. Hay casos en los que, tras un esfuerzo por parte del médico por hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones, éste no desea hacerlo por diferentes motivos, como puede ser el agotamiento físico o psíquico producido por la propia enfermedad, la complejidad de los detalles técnicos, etc. Aquí, el paciente le concede al médico la libertad para que tome las decisiones que estime más oportunas. Sólo en esas condiciones el médico asume la obligación moral de decidir por el paciente y defender sus intereses. Sin embargo, el médico nunca debe presuponer que tiene en sus manos esta responsabilidad ni debe aceptarla con ligereza.

Para Pellegrino, el respeto a la intimidad y a la autonomía son necesarios pero no suficientes para preservar la integridad de la persona enferma. Para nuestro autor, lo indispensable es la persona íntegra¹⁷, que respeta en sus detalles el derecho moral a la autonomía del paciente. Por tanto, el médico debe ser una persona que posea

17 *Ídem.*

la virtud de la integridad, una persona en la que se pueda confiar, que interprete el principio de autonomía con la máxima sensibilidad moral.

La última salvaguarda de la integridad de la persona del paciente es la fidelidad del médico a la confianza que se establece en una relación médico-paciente encaminada a la curación. Es el médico quien interpreta y aplica el principio de autonomía. Mucho depende, en suma, de la forma en que el médico presenta los hechos, de qué hechos selecciona y enfatiza, de cuánto revela, de cómo pondera los riesgos y beneficios, y de en qué medida respeta o explota los temores y ansiedades de su paciente. Todo paciente, hasta el más instruido e independiente, está a merced de que el médico aplique adecuadamente esta virtud médica de la integridad. Por tanto, el médico tiene el deber de ser especialmente sensible al estado de dependencia, de vulnerabilidad y temor del paciente, y nunca explotar ese estado, aún cuando crea que es lo mejor para el enfermo.

El principio de autonomía ha reducido las violaciones a la integridad de las personas realizadas en el pasado. Sin embargo, el carácter y las virtudes del médico son la verdadera salvaguarda de la autonomía del enfermo. Esto confiere al médico cierta posición de superioridad sobre la persona enferma, la cual confía en que su médico protegerá su integridad. Por tanto, esto debe ser visto no como un privilegio sobre el enfermo sino como una responsabilidad, por la que, con más motivo, el médico ha de ser una persona íntegra y cultivar la fidelidad a la confianza que los enfermos depositan en él.

En la toma de decisiones, Pellegrino propuso la siguiente fórmula: «la decisión no debería ser tomada por el médico en lugar del paciente ni por éste independientemente del médico, si ello fuera posible. Más bien, la decisión debería implicar al médico y al paciente en un verdadero consenso en el que la integridad de ambos quedase protegida. El médico debería tomar las decisiones por y con el paciente, no significando el “por” en lugar del paciente sino en el interés del paciente».

En nuestra experiencia, cuando el paciente y/o la familia ven que el médico, de forma sosegada y con tiempo, les explica lo que piensa sobre el proceso patológico (posi-

bilidades diagnósticas, pronóstico, etc.) e incluso las dudas que como experto tiene, crea una relación de confianza, que hace que el paciente y la familia mantengan con él una relación más estrecha y fluida. De esta manera se crea un vínculo sincero entre el médico y el paciente, en el que el médico establecerá los planteamientos con claridad pero con afecto, podrá exponer sus dudas de forma honesta y los posibles cambios o replanteamientos de la terapia contando con el criterio del propio enfermo. Esta será la consecuencia de que el paciente confía en que el médico es garante de sus valores y no sólo de su aspecto corporal.

3. La virtud de la integridad en la investigación científica

Una faceta muy importante de la actividad médica es la investigadora. En ella se produce un gran despliegue intelectual, económico y de intereses varios, por lo que es terreno que se presta a que existan conflictos éticos, como ha demostrado la historia.

Pellegrino pensaba que la categoría moral del investigador es lo que determina la calidad moral de la investigación. Si la integridad de la investigación está en entredicho, debemos dirigir nuestra mirada al investigador. Existen diferentes clases y grados de mala praxis científica, y hay diferentes grados de culpabilidad moral, pero todos dependen del carácter moral del investigador.

Hay que advertir que la mayoría de los investigadores son personas honradas que realizan su trabajo de forma encomiable, pero la rareza de los que sostienen conductas deshonestas no puede justificar que se trivialicen o justifiquen las mismas.

En el campo de la investigación, en lo que queremos prestar la atención es en las virtudes o rasgos del carácter que nos capacitan para trabajar de forma adecuada como investigadores. Las virtudes del científico son aquellas que le capacitan para alcanzar la verdad, que es el objetivo propio de la investigación. Estas virtudes son la objetividad, el pensamiento crítico, la honestidad en la recogida y publicación de los datos, el compromiso para no sesgar la investigación, y estar dispuesto a compartir el conocimiento con la comunidad científica. La fidelidad a la verdad es de especial importancia.

Los científicos que manejan inversiones de dinero para investigar asumen un compromiso con la sociedad, en el que los objetivos más importantes no pueden ser el poder, el prestigio, el beneficio personal o el orgullo. En el fondo de los fraudes científicos hay siempre una inversión de los valores, de tal manera que el egoísmo personal reemplaza a la verdad como principio ordenador.

Al igual que los demás profesionales, los investigadores tienen intereses propios legítimos, pero que no deben desvirtuar jamás el verdadero fin al que se aspira en la profesión. Por ejemplo, el progreso personal y familiar —que son legítimos— no pueden justificar que la verdad del trabajo, su fin y sus medios se perviertan.

El problema se plantea cuando los intereses legítimos son reemplazados por el puro egoísmo, en lo cual influye la transformación de la investigación en una actividad del mundo empresarial. Con alguna frecuencia, los valores de los negocios, el comercio y la industria pueden entrar en conflicto con los de un investigador, que debe buscar principalmente la verdad, honestidad, libertad de investigación, etc.

Hay que señalar que el modelo de investigación académico o basado en becas, al igual que el empresarial, no está libre de tentaciones egoístas: del orgullo, prestigio y honores, que a veces son tan tentadores como el dinero. Cuando estos intereses egoístas afectan a investigaciones con personas son especialmente peligrosos. Por este motivo, las leyes deben regular la actividad investigadora para que no se produzcan los abusos ocurridos en otras épocas.

La salvaguarda final de la calidad moral de la investigación descansa en el carácter y conciencia del investigador. Para mejorar el comportamiento científico en la investigación, además de realizar ajustes normativos, podemos incidir sobre la propia comunidad científica o sobre las propias personas que ejercen la profesión de científico. Pellegrino incidía en la importancia de la enseñanza de la ética de una manera regular en el campo de la investigación. Esta enseñanza, de forma idónea, debe abarcar diferentes momentos de la carrera del estudiante o de los investigadores ya consolidados, y debe contar con cursos específicos dirigidos a estimular el conocimiento y la práctica de las virtudes.

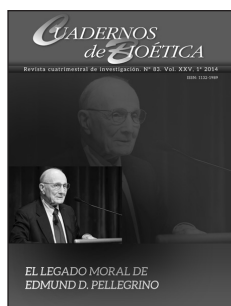
Pero, sobre todo, debe basarse en el ejemplo ético de los científicos más respetados y prestigiosos.

Debemos recordar que las virtudes se adquieren por la práctica, ejerciendo una autocrítica reflexiva sobre nuestro propio comportamiento. Es decir, si nos volvemos a una ética de la responsabilidad personal, a la ética del carácter y la virtud, conseguiremos que todos los científicos sean personas virtuosas y aseguraremos una investigación de calidad científica y ética. En este sentido, Pellegrino mantuvo la necesidad de desterrar algunas prácticas relativamente frecuentes como son la participación en supuestos *estudios* que, en realidad, no son sino una maniobra para prescribir fármacos de una compañía determinada; maquillar los riesgos de un ensayo clínico para estimular la participación de los posibles candidatos o aparentar mayores beneficios de los reales, etc.

Se ha expuesto lo fundamental del pensamiento de Pellegrino en relación a la importancia de la virtud de la integridad en la práctica médica. Se debe subrayar que, si bien la organización de cualquier tipo de sistema sanitario es muy importante, la integridad de las personas es decisiva para que cualquiera de ellos funcione correctamente y no se pervierta.

Referencias

- Pellegrino, E.D. and Thomasma, D.C. "Integrity". En: Pellegrino ED and Thomasma DC. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press, Oxford, 1993, 127-143.
- Pellegrino, E.D. "Commentary: value neutrality, moral integrity, and the physician". *J Law Med Ethics*, (2000), 28(1), 78-80.
- Pellegrino, E.D. "Guarding the integrity of medical ethics. Some lessons from soviet Russia". *JAMA*, (1995), 273, 1622-1623.
- Pellegrino, E.D. "In search of integrity". *JAMA*, (1991), 266, 2454-2455.
- Pellegrino, E.D. "La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica". *Bol of Sanit Panam*, (1990), 108, 379-389.
- Pellegrino, E.D. "Physician Integrity. Why it is inviolable". *Hastings Cent Rep*, (2009), Suppl, 18-20.



SELF-EFFACEMENT O DESPRENDIMIENTO ALTRUISTA

SELF-EFFACEMENT

MANUEL DE SANTIAGO

Comisión Deontológica, Colegio de Médicos de Madrid

Master de Bioética y Bioderecho, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

C/ Peña Santa 55, 28034 Madrid

manueldesantiago@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

altruismo,
auto-interés,
desprendimiento
altruista,
vulnerabilidad.

Recibido: 20/01/2014

Aceptado: 24/03/2014

Los autores reflexionan en torno a una virtud médica que estiman muy necesaria en la relación médico-paciente en nuestro tiempo, que denominan “auto-desprendimiento” o desprendimiento altruista. Es decir, la actitud y disposición del profesional de la Medicina a ser fiel a la confianza que el paciente deposita en él, dispuesto siempre a la ayuda y a la búsqueda de sus mejores intereses. Siempre que las decisiones adoptadas respeten y se salvaguarde la conciencia del médico.

ABSTRACT:

Keywords:

altruism, self-interest,
self-effacement,
vulnerability.

The authors reflect around a medical virtue much needed in estimating the doctor-patient relationship in our time, they call “self-effacement”. That is, the attitude and disposition of medical professional to be faithful to the trust placed in him patient, always willing to help and search for their best interests. Whenever decisions respected and physician conscience is maintained.

1. Introducción

Pellegrino dedica una amplia reflexión al conocimiento de una virtud específica que estima esencial en la actitud y conducta del médico ante los pacientes. Aflora así un modo de comportamiento del médico que la Medicina moderna está sometiendo a dura controversia. Los autores de esta monografía nos solidarizamos con el pensamiento y la preocupación del maestro de Georgetown University.

En efecto, la misma traducción de *self-effacement* no deja de poseer cierta dificultad. De manera genérica Pellegrino responde con esta virtud a una intencionalidad del profesional médico ante el paciente, en su país, que estima desviada y que rechaza enérgicamente: el paciente tiende a ser atendido y curado adecuadamente, pero como un “instrumento” que el ejercicio de la profesión proporciona al médico para multiplicar sus propios intereses.

¿Qué intereses? Básicamente, por separado o conjuntamente, se puede aquí adelantar que, primando el objetivo primario de ganar mucho dinero, de disponer de un nuevo caso clínico para sus investigaciones, de ocasión para una nueva publicación, de aumentar su prestigio si el paciente posee una notoriedad pública o para fines mas groseros, a los que más adelante aludiremos. Es decir, intereses quizá respetables de los médicos pero egoístas al fin, en la medida que le alejen del auténtico fin moral de su actividad clínica, es decir, servir como profesional al “bien del enfermo” por encima de todo: poner los intereses del paciente, su confianza en el médico, su esperanza de curación y de ayuda, sus limitaciones económicas, su privacidad y su intimidad —su angustia en fin— en el primer plano de su intencionalidad al verse frente a él. Sanación, curación pero también y siempre ayuda.

Pellegrino abordó la cuestión de un modo formal en *The virtues in Medical Practice*¹. En este libro y bajo el subtítulo del “malestar moral de las profesiones” afirma que, sin establecer un listado de quejas —del tipo de la incompetencia, del fraude, del engaño, la mala gestión de los fondos, las violaciones de la confidencialidad e incluso del abuso sexual— las condiciones en que la sociedad ha encorsetado a la Medicina (obviamente la norteamericana) ha hecho cristalizar un malestar moral contra la Medicina, abonado por el hábito reiterado de prácticas incluso mas sutiles que las aludidas —incluso legales— donde el paciente o el cliente y la moral del profesional se entrecruzan, de forma que el enfermo vulnerable puede fácilmente ser explotado por el médico. Zonas morales grises que acaban embotando la sensibilidad ética de muchos profesionales.

Parece evidente que las duras acusaciones del bioeticista se dirigen a la práctica de la Medicina que venía crecientemente percibiendo en su país, aunque a todos nos puede revelar muchos matices respecto de la nuestra. Cada profesión adolecería, a juicio del autor, de un plus de prácticas moralmente cuestionables, que sus miembros justifican habitualmente en razón a sus

intereses amenazados. En efecto, los profesionales experimentarían un cierto malestar social, al abocar a la convicción de que ya no es posible la práctica de sus profesiones dentro de los esquemas morales tradicionales. La creencia de que, a menos que miren en derredor para defender sus intereses, los profesionales se verán aplastados por las fuerzas de la mercantilización, de la competencia, de las regulaciones de los gobiernos, por la propia negligencia —ahora perseguida—, la publicidad, los medios de comunicación y un conjunto de fuerzas hostiles, que se confabulan para transformar a las profesiones liberales en artesanos —en gentes con unas determinadas habilidades— pero sometidos al mundo de las empresas o a la industria de las tecnologías, y todo fuera del control de las propias profesiones liberales. La ética tradicional de las profesiones no tendría futuro, habría tenido de origen unos fundamentos erróneos y, para defender sus mejores intereses, los profesionales habrían de olvidarse de ella.

Frente a esta desviación, que cambia la identidad de las profesiones, Pellegrino sostiene lo contrario: 1) que las deficiencias en la moral de las profesiones no está tanto fuera como dentro, en las deficiencias y faltas de virtud de muchos profesionales; 2) que hay suficiente base filosófica para el comportamiento altruista y la fidelidad a la confianza de la sociedad en la ética de las profesiones; 3) que la ética profesional tiene a veces que ser independiente de la moral convencional, e ir a contracorriente ; y 4) que las profesiones son comunidades morales con enorme poder el cual, utilizado correctamente, puede sostener la integridad de los profesionales —y también de los médicos— de modo tal que sus testimonios incluso podrían elevar el nivel de la moral convencional.

Pellegrino enumera una lista de indeseables planteamientos de ciertos médicos, algunos ciertamente extraños a otras culturas o en los países con formas socializadas o mixtas del ejercicio médico: p.e. negarse a tratar enfermos de SIDA por miedo al contagio, negar la asistencia a los pobres y a los que no tienen seguros de asistencia sanitaria, huir de los casos complicados en las salas de urgencia por temor a demandas por mala

1 Pellegrino, E.D. y Thomasma, D.C.: *The virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York, 1993.

praxis, cooperación voluntaria con políticas empresariales que exigen el alta hospitalaria precoz de los enfermos, la remisión a otros hospitales ante la sospecha de que el enfermo no podrá sostener los gastos de su ingreso, diversas formas de voluntaria integración o de inversión en empresas médicas con prevalentes fines de lucro, un uso desmedido del marketing para aumentar la demanda de determinados tratamientos al modo de un negocio, aceptar bonos, prebendas, para no atender a enfermos que no serían rentables a la empresa o disfrutar de emolumentos de las industrias farmacéuticas, etc.

Pellegrino no duda de que las prácticas dudosas, grises, estarían también presentes en el resto de las profesiones. Todas, sin embargo, tendrían cosas en común: todas disfrutan, afirma, del privilegio y del poder para asegurar la ganancia personal del profesional, y todas reflejan el rechazo a tomar ciertos riesgos, necesarios para garantizar el bienestar de las personas a quienes la profesión sirve. En todos los casos, la justificación se argumenta siempre en base a la defensa de los legítimos intereses propios. En realidad —afirma Pellegrino— el hábito de estas prácticas y sus causas derivan de la pérdida del horizonte de la virtud y del carácter del médico, de su integridad, en el caso de las profesiones médicas. Como se ha considerado previamente, la ética de las profesiones es una “moralidad interna”, que consiste en una ordenación sistemática de los principios, deberes y virtudes intrínsecas a cada una de ellas, que permite cumplimentar los fines específicos a los que cada profesión sirve. Una profesión es la declaración de un modo de ser, de un modo de vida en el que “el conocimiento del experto no se utiliza principalmente para el beneficio personal, sino para el de aquellos que necesitan de ese conocimiento y de esas habilidades” (cita)

2. Altruismo y auto-interés

De lo anterior deriva Pellegrino dos conceptos éticos claves de la medicina clínica y opuestos entre sí, el “altruismo” y el “auto-interés” o intereses propios del médico. El altruismo sería el rasgo que dispone a una persona a tener en cuenta los intereses de los demás en

la utilización del poder, del privilegio, la condición y los conocimientos que detenta. Desde este planteamiento, la ética de las profesiones podría definirse como un “altruismo benéfico”: es decir, en sus intenciones y actos los profesionales han de dar cierto grado de preferencia a la voluntad de los otros. Esto sería más que benevolencia (querer a los otros) y que beneficencia (hacer el mejor bien y evitar la maleficencia), pues implica un cierto *borramiento* de nuestros propios intereses, quizá mejor decir un verdadero “desprendimiento” de nuestros intereses legítimos en el acto relacional (del justo precio, de nuestro prestigio, de nuestra capacidad de elección, de nuestro lenguaje técnico, de nuestro tiempo, de nuestra ciencia y sabiduría tal vez...) y así de la realidad de una “benevolencia altruista”. Aunque el concepto de “interés propio” ha de clarificarse pues tiene un sentido legítimo y otro ilegítimo, que aclara el propio Pellegrino. El primero, la custodia del interés legítimo, es el tenemos para con nosotros mismos: la guarda de la vida y de la salud, el bien de nuestras familias y amigos, un cierto bienestar material, el respeto a nuestra conciencia, etc. Todo lo cual implica un indudable esfuerzo, incomodidad, abnegación, riesgo, tal vez pérdida económica e incluso la muerte. El segundo sentido es el interés egoísta, del que ya hemos mencionado algunos ejemplos.

3. La erosión de la virtud y la crecida del interés propio

La tensión entre virtud y auto-interés o entre altruismo y egoísmo tiene un largo recorrido en la historia de la humanidad, al que nuestro bioeticista ha dedicado un gran esfuerzo de síntesis que, aún fascinante, escapa a los objetivos de este trabajo² y en alguna medida ha sido sintetizado con anterioridad: Es la historia de la ética de la virtud. Si interesa anclar las tensiones aludidas en la realidad de la existencia humana y sobre todo en su naturaleza. Porque ni el amor propio, ni los intereses personales o la benevolencia, son los únicos afectos que participan en el comportamiento humano; ni el altruismo y el egoísmo excluyen, en nuestros actos, otras motivaciones, impulsos o deseos. Tampoco la benevolencia

2 Pellegrino, E.D. y Thomasma, D. C: op.cit. p. 148-152.

y el interés propio se excluyen mutuamente. El hombre posee una conciencia que le alerta de un interés propio desmedido y de lo que exige de él un grado superior de entrega y benevolencia, recuerda Pellegrino.

Así, la conciencia nos permite saber que hay cosas intrínsecamente buenas y otras inherentemente malas. En la moral cristiana, enunciada por Tomás de Aquino, lo que se debe uno a sí mismo y lo que se debe a los demás es ordenado por la virtud de la caridad, que implica el amor a los demás como hijos de Dios. Este es el mensaje del Sermón de la Montaña —insiste Pellegrino— el cual finaliza su reflexión de este modo: “De hecho, ésta puede que sea la única manera de que las tensiones inherentes entre el interés propio y el altruismo puedan ser siempre finalmente resueltas”.

El momento histórico sigue huyendo del debate de una antropología filosófica coherente del hombre. Sin esta coherencia, fácilmente se convierte en subjetivista, emotivista, relativista o autodestructiva. Puesto que ética de la virtud pone su énfasis en el carácter del agente y este, hoy por hoy, no puede integrarlo en un concepto común de naturaleza, la aceptación de la virtud permanece controvertida. La intención del agente, tan importante en Medicina, ¿con arreglo a qué patrón de conducta se mide? ¿Cómo determinamos la intención? ¿Puede la buena intención de un médico justificar la verdad a un paciente, por honestidad, cuando sabe que con ello puede precipitar una depresión y tal vez un suicidio?

El mundo occidental siempre evitó las éticas procedimentales, los sistemas basados en reglas o principios, o las subordinó a nociones de carácter moral, virtudes y deberes. Sin embargo, éstas han emergido y el retorno a una ética de dilemas ha hecho su aparición. En Medicina, los avances científicos y los cambios socio-políticos han cuestionado la ética médica tradicional. Todo parece remitir ahora una ética de acuerdos y de consensos, pero sin una concepción universalizada de lo que es la naturaleza humana; lo que conduce a una sociedad moralmente heterogénea. Como consecuencia de ello la ética médica se ha ido transformado en una ética de dilemas y de procesos de toma de decisiones. Para unos, de acuerdo

con unos principios formales, para otros como un mero consenso. Para otros muchos en una especie de balance entre deberes, derechos y principios *prima facie*, pero sin demasiadas exigencias. El procedimiento parece sustituir a las normas. Y la virtud, erosionada, queda aparcada en un segundo plano, insustituible pero imposible de ser afirmada en el ámbito social de lo políticamente incorrecto.

Sabemos de la gran diferencia entre un médico motivado por el altruismo y un médico siempre movido por intereses egoístas. El carácter del profesional, del agente de la acción, no puede nunca ser excluido de su posición central en la ética médica. Por esto y pese a todo, en el mundo de la Medicina —para Pellegrino— la ética de la virtud debe volver a ser la piedra angular de la ética médica.

Un último factor de erosión que el enfoque de la virtud debe afrontar en nuestros días, es la legitimidad de las tendencias culturales o morales socialmente reconocidas y a la vez la tolerancia frente a la defensa de los intereses propios de las profesiones, al igual que otros entes sociales, es decir, con las armas institucionales y personales vigentes. La fuerza de este flujo de intereses prevalentes —económicos, ideológicos, de mercado— sobre los sistemas de salud es evidente. El tratamiento comercial de la Medicina y del mercado de la salud, la conversión en accionistas o inversores de muchos profesionales y la restricción del gasto irrumpen en la Medicina con estrépito, por esos años, en el panorama que es cercano a Pellegrino. El beneficio del médico, el interés propio, se han convertido en una virtud profesional. A finales del pasado siglo, el gran bioeticista llegó a escribir que “nunca había habido una confusión mayor acerca de qué es y quién es un médico”.

3.1. Bases para la restauración de una ética de virtudes en Medicina

Pellegrino propone al mundo médico seis características, que surgen o están presentes en el acto médico, no estrictamente específicas de la Medicina, pero sí tan vinculadas que constituyen el trasfondo de una verdadera “moralidad interna”. Y es por ello que hasta hace escasas décadas, la práctica de la medicina fue inmune a

las vacilaciones y modas filosóficas de cada tiempo y se mantuvo fuertemente arraigada a una ética de virtudes del médico. Primero fue la ética hipocrática y la influencia de los estoicos, después el influjo de las religiones (judías, musulmanas y cristianas), después con los Gregory, Thomas Percival y Samuel Bard en el siglo XVIII —que resisten el influjo social de Hobbes, David Hume y Adam Smith. Luego ya la lista de grandes humanistas médicos norteamericanos que le son queridos. Todos buscaron el bien del enfermo en la medida de su generosidad y de su virtud.

Las características que fertilizan la idea de una moralidad interna de la Medicina, en su acepción más genuina, es decir, como relación médico-paciente, son: 1) la vulnerabilidad del enfermo; 2) la inherente desigualdad de la citada relación; 3) el carácter eminentemente fiduciario de la misma; 4) el conocimiento de que la Medicina no es “propiedad” de los médicos; 5) el profesional, y en este caso el médico, es la única vía final común para allegar a la ayuda y la salud; y 6) el médico es miembro de una comunidad moral. Nos detendremos brevemente en ellas.

La “vulnerabilidad” del enfermo ante el médico es una realidad, incluso en nuestro tiempo, que la arropa con leyes. La dependencia y posibilidad de ser manipulado por un profesional —médico, abogado, clérigo, etc.— es poco discutible. En la situación de ansiedad y miedo, impulsado a la búsqueda de ayuda, el enfermo se ve imposibilitado de alcanzar sus otros objetivos en tanto que la ayuda no se produce.

Esto nos lleva a la segunda de las características, la “desigualdad” inherente del acto médico. El médico posee los conocimientos para la ayuda, lo que le coloca en una situación preponderante ante el enfermo: ¿la utiliza, como éste espera, para su ayuda o servicio o para su propio interés egoísta? El bioeticista se pregunta: ¿Cómo se puede, ante esta desproporción, hablar de relación médico-paciente como “contrato”?

Pasa luego Pellegrino a la tercera clave, el carácter eminentemente “fiduciario” de la citada relación, del “encuentro” —como gusta de decir. Los enfermos, todos, nos vemos obligados a confiar en nuestros médicos

y obviamente igual ocurre respecto de los abogados o los pastores. Nuestra intimidad es desvelada de alguna forma y además, afirma, sin esta invasión de nuestra privacidad es difícil de ser sanados y ayudados. La relación profesional invita a la confianza y pensamos que ese conocimiento jugará en nuestro mejor interés. La fe en el profesional que hemos elegido se convierte así en una realidad. En verdad, para Pellegrino, ésta es la promesa que identifica al profesional y le distingue de otros oficios y ocupaciones. La misma etimología de la palabra profesión significa que promete públicamente una forma especial de vida, donde el interés de los atendidos será preferente, incluso por encima de sus propios intereses. En el caso de los médicos a la confianza del enfermo habrá de corresponder la fidelidad del médico a esa confianza.

La cuarta característica revela algo que, en principio puede no ser comprendida: el conocimiento de la cosa médica, el dominio y las habilidades adquiridas para ejercer la profesión, no hacen al médico completamente “propietario” de ese conocimiento. La adquisición de esos conocimientos se ordena a un fin práctico: asistir a la debilidad humana, física y psíquica, resultado de la enfermedad, curar y cuidar al enfermo. Afirma el bioeticista clínico: es por lo que la sociedad permite la invasión de nuestra privacidad, que de otro modo sería impensable. Es por lo que los estudiantes de Medicina están autorizados para asistir o ayudar a los médicos, siempre bajo supervisión. La adquisición de los conocimientos y las habilidades de los médicos exige un largo periodo de estudio, aprendizaje y prácticas supervisadas. La sociedad permite y legitima este periodo de preparación antes de ser médicos y luego, en su práctica regular, porque además de proporcionarles un medio de vida, les necesita, precisa de un suministro regular de médicos que asegure la asistencia médica de la población. Así pues, dice Pellegrino, el conocimiento médico se mantiene en un fideicomiso para quienes lo precisan.

Finalmente, la sexta característica que se revela fuente de la moralidad interna de la profesión, es que el profesional médico se integra en una “comunidad moral”. El profesional y por tanto el individuo médico no es una

isla moral, pertenece a un grupo de personas, hombres y mujeres, a los que se ha dado el monopolio de un conocimiento especial y que mantiene durante toda la vida profesional en fideicomiso con los que buscan sus servicios. Están obligados a la promesa colectiva que han jurado y a ser leales y fieles a la confianza que en ellos ha depositado la sociedad. Esto explica que la sociedad les reconozca el privilegio de una auto-regulación ética, en la que cada profesional es responsable de sus decisiones. Y a no dudar el sentido que, en un principio, tuvieron los códigos deontológicos, desde la propia estructura médica, en su papel de protección de la excelencia en el proceder de sus médicos.

En suma, estas características están en el trasfondo de la moralidad de la profesión, y son la fuente de sus obligaciones y de la definición de las virtudes médicas. Si hubiera que sintetizar las virtudes indispensables para el ejercicio de la Medicina, Pellegrino elegiría dos: la fidelidad a la confianza del paciente y la beneficencia. De ellas dependen las demás virtudes y los principios de la ética profesional.

3.2. *Self-effacement* o desprendimiento de los propios intereses

El autor se plantea que si las características del acto clínico, del encuentro entre médico y paciente, integra unos determinantes difícilmente excluibles y por tanto fuente y validez de una moralidad interna de la profesión médica, parece lógico extraer de ésta unas aplicaciones prácticas que ayuden a resanar la enfermedad moral y la confusión que anida hoy en la idea de un profesional y por extensión de la clase médica.

No es posible hurtar al lector la realidad del discurso de Pellegrino básicamente centrado en el mundo médico norteamericano. En nuestro país, con una práctica médica fuertemente socializada aunque mixta, y un rendimiento bueno en términos generales, las potenciales desviaciones e incluso los grados de confusión que la clase médica pueda haber asumido, registran unos contenidos diferentes. La sociedad defiende la sanidad pública como una conquista, la cual absorbe la mayor parte del debate médico; en tanto la privada, preferida

por la mayor calidad de su gestión por un sector de la sociedad, no ha caído en los excesos del modelo americano. La crisis del Estado de bienestar y las dificultades financieras del país, parecen prever una mayor cuota del mercado de la salud por la Medicina privada, que obligará a las instituciones públicas a una mayor ordenación de la cartera de servicios y a una gestión más eficaz. Sin un debate intelectual sobre la identidad de ser médico y con una docilidad sorprendente a los entes determinantes de la gestión médica, la administración del Estado y las compañías de seguros, el médico español aparece integrado en el amplio espectro de la clase media española y la profesión alcanza un alto grado de estimación en las encuestas. La experiencia de las comisiones deontológicas de los Colegios de Médicos y el escaso número de demandas en relación al número de médicos parecen sugerir un razonable grado de satisfacción social de la atención sanitaria del país.

No obstante, en la medida que el influjo del capitalismo sanitario se va haciendo presente en Europa, no es exagerado pensar que los males morales denunciados por Pellegrino puedan ir siendo cada vez más visibles en parcelas concretas del mundo sanitario. Es por esto que el afloramiento de la identidad del médico como profesión y la realidad de una moralidad interna que debe fundamentar un ejercicio profesional de excelencia, representen una inestimable ayuda, en cierto modo un descubrimiento para los médicos que aún se baten en una dimensión esencialmente ética y deontológica del ejercicio, que son muchos. En las consecuencias del paradigma del “desprendimiento altruista” –a que aludirá seguidamente Pellegrino– frente a los excesos del estatismo y del mercado, parece residir el rearme identitario y ético, individual y colectivo, de la comunidad médica de cualquier país y también del nuestro.

3.3. *Las consecuencias del desprendimiento altruista*

La primera consecuencia de asumir la realidad de una “moralidad interna”, es que los profesionales médicos no pueden atribuir a fallos de la sociedad, de los gobiernos, de la economía o del mercado, lo que son fallos propios. Esta idea es decisiva para el prestigio y

la sobrevivencia de una moral propia que lucha por sobrevivir en el relativismo de la sociedad moderna. No se puede elaborar una conciencia profesional y hacer lo que ella quiera, si no está está firmemente afincada en los intereses del paciente. El hecho de que un profesional sea la vía final donde confluyen toda clase de decisiones, de políticas sanitarias y de intereses, obliga al médico en el ideal de Pellegrino a ser guardián de los intereses del enfermo. En otros artículos Pellegrino alertará a los médicos al riesgo de ser un *gate-keeper*, las funciones de guardián del gasto, si ello se traduce en cerrar alternativas lícitas a la salud de los más vulnerables, de los enfermos. De todo ello, la necesidad de ser muy cuidadosos en exonerarse a sí mismos de la realidad de prácticas moralmente grises, dudosas, sobre la base de sus dañados intereses. La ética profesional no tendrá futuro si se ahoga, poco a poco, por los compromisos supuestamente éticos de algunos profesionales. Habrá momentos tensos en los que los médicos, como guardianes de la salud de la población, se verán obligados a defender la asistencia a los más débiles, a rechazar el papel de fiscales de la sociedad respecto al gasto; y a no dejarse seducir por los intereses de una buena inversión en establecimientos o de entidades orientadas al negocio de la salud: De un médico virtuoso, íntegro, se puede esperar que defienda los intereses del enfermo por encima de los propios (*self-effacement*) y que le proteja de cualquier engaño, de cualquier intervención inadecuada, de cualquier forma de manipulación.

La segunda consecuencia práctica de la aceptación de una moralidad interna de la Medicina como "comunidad" moral, que rige para todos, es la idea de defender institucionalmente y de tomar medidas colectivas a favor de las personas a quien sirven, los enfermos y discapacitados; de protección a los que, vulnerados por la enfermedad, puedan verse dañados por políticas públicas o legislaciones institucionales que les ignoren o maltraten. Pero esta consecuencia no obra solo hacia fuera sino también hacia dentro. Desde las instituciones representativas, la Medicina debe asumir la responsabilidad corporativa sobre las conductas atípicas que puedan difundir entre los médicos, aclarar los errores y corregir

eficazmente a quienes violen el canon moral de la profesión. Parece traslucir el bioeticista una cierta desilusión respecto de lo que ve a su alrededor, cuando viene a decir: ¡Se puede aún dudar de que, dado el enorme poder de las profesiones sobre la sociedad (e indudablemente también de los médicos) su influjo moral sobre la sociedad no sería determinante!

La tercera consecuencia de la moralidad interna, del *self-effacement* del profesional médico, alude a una reflexión sobre la propia Medicina y sus carencias. Se plantea así Pellegrino una cuestión relevante: el modo de formar a los nuevos profesionales, no solo desde la excelencia técnica sino también desde la excelencia ética. A quién corresponde la educación del carácter de los que serán luego agentes de esa moralidad interna, la hayan asumido o no. ¿Se puede enseñar la virtud? Da por sentado el maestro que la formación del carácter, de los hábitos necesarios para la comprensión de la moralidad interna y sus consecuencias, no puede dejarse solo en manos de los colegios profesionales. Mucho antes es exigencia de las familias, de las escuelas y de las iglesias. Pero aún así, las escuelas profesionales también deben incidir en ello. Es mucho lo que un buen profesor puede influir en un estudiante que aspira a ser un buen médico! Muchos profesores de Medicina estarían de acuerdo, desde sus propias experiencias, en lo mucho que recibieron de los ideales de sus maestros. Porque el más efectivo instrumento en la formación del carácter de los futuros médicos son los profesores que, a la cabecera del enfermo o en los quirófanos, transmiten al alumno que la competencia y el prestigio del médico es inseparable de la conducta moral, de servir en conciencia a los mejores intereses del enfermo: en suma, de desprenderse de sus propios egoísmos y de ser fieles a la confianza que los enfermos han depositado en ellos. Servir, en definitiva, al modelo de la virtud.

Uno puede preguntarse en la honda de pensamiento de Pellegrino, si nuestras facultades y sus responsables están persuadidos de esta inquietud. Si la excelencia de la educación médica no está limitada al marco de los conocimientos y las habilidades, al *curing* de Pellegrino. Y si el creciente plegamiento de la Medicina

y sus médicos a los dictados de los intereses prevalentes de la sociedad, en detrimento de su identidad, no viene habilitado por el olvido de una poderosa intervención académica en el marco de la enseñanza de las virtudes médicas, en los programas de Medicina vigentes³. En el olvido de la propia historia de la Medicina y de las vidas de sus grandes médicos, mucho mas fascinantes e inspiradoras que el puro seguimiento del último bioeticista desnortado, ajeno a la Medicina, que tal vez ocupa el lugar preferente que debieran ocupar estos mismos responsables.

Finalmente, la cuarta implicación practica en aplicación de las convicciones de la moralidad interna, es el esfuerzo por abordar la desilusión o el malestar moral que afecta a las profesiones y en nuestro caso a la Medicina, al que antes se hizo alusión. Que es mucho más la mera reordenación de la organización médica en cualquier país y la vuelta la mera lectura de los códigos profesionales. Es el reconocimiento franco de que nuestros fallos en el carácter de los médicos⁴ y no carencias en el lenguaje de los códigos. La necesidad de restaurar las virtudes del carácter y las virtudes medicas en los médicos y la Medicina y no al revés. Felizmente la recuperación de la ética de virtudes parece iniciar sus pasos en la filosofía, y tarde o temprano tendrá su expresión en todas las profesiones. Pero para la práctica médica, el retorno de las virtudes médicas no debe ser visto como autosuficiente o como antagónico al principio de los sistemas morales de los dilemas éticos basados en deberes. Nos enfrentamos al desafío teórico de establecer conexiones lógicas entre la ética analítica y la ética de virtudes, entre los principios y el carácter del médico. Cerrar la brecha entre el conocimiento de lo "correcto" y el "bien" y la motivación para hacerlo. Y a la luz de ello hallar un equilibrio moralmente defendible entre los intereses propios del médico en su actividad clínica y su *self-effacement*, el desprendimiento benéfico, altruista, que reconoce la primacía de los intereses del paciente.

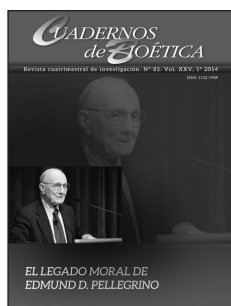
Ya vimos —continúa Pellegrino— la necesidad de centrar este desafío en alguna noción de filosofía moral más integradora, que nos pueda decir por qué tenemos que ser éticos y qué podemos entender como vida moral. Reconectar la ética a alguna noción de "lo bueno" y a una antropología filosófica coherente. A tal fin sería acertado volver a examinar la síntesis clásico-medieval de antes de que la ética se desarraigara formalmente de sus raíces en la filosofía moral. Y termina redondeando así su pensamiento: "Esta síntesis, amplificada por nuestros nuevos conocimientos de la naturaleza humana —derivados de las ciencias biológicas y sociales— y reflexionada teológicamente, puede surtir a la resucitación que una ética de virtudes efectiva exige". Y concluye afirmando que, a partir de la moralidad interna de las profesiones, forjada a partir de la realidad de las relaciones profesionales —incluso en ausencia de una filosofía moral por todos aceptada— podemos sin duda ayudar a reparar el *agujero de ozono* que se abrió un día en la ética de las profesiones. Aunque con ello no podamos recomponer toda la atmosfera moral de la que nuestra sociedad depende para su supervivencia.

Referencias

- Herranz, Gonzalo: "El papel de la enseñanza de la ética médica en la formación del médico", en *Desde el corazón de la Medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*. Organización Médica Colegial (OMC) Madrid, 2013, 256-277.
- Herranz, Gonzalo: "Error y negligencia en la práctica médica. Aspectos éticos", en *Desde el corazón de la Medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*. Organización Médica Colegial (OMC) Madrid, 2013, 256-277.
- Pellegrino, E.D. y Thomasma, D.C.: *The virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York, 1993.

³ Herranz, Gonzalo: "El papel de la enseñanza de la ética médica en la formación del médico", en *Desde el corazón de la Medicina. Homenaje a Gonzalo Herranz*. Organización Médica Colegial (OMC) Madrid, 2013, 256-277.

⁴ Herranz, Gonzalo: "Error y negligencia en la práctica médica. Aspectos éticos", op. cit. 220-228.



LAS VIRTUDES CRISTIANAS EN LA PRÁCTICA MÉDICA

THE CHRISTIAN VIRTUES MEDICAL PRACTICE

MANUEL DE SANTIAGO

Comisión Deontológica, Colegio de Médicos de Madrid

Master de Bioética y Bioderecho, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

C/ Peña Santa 55, 28034 Madrid

manueldesantiago@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

caridad, compasión, conciencia, cuidado, desprendimiento, esperanza, fe, médico personalista, virtudes cristianas.

Recibido: 20/01/2014

Aceptado: 26/03/2014

El retorno a una ética de virtudes en diálogo con la tradición moral de la Medicina y la ética biomédica constituye el esqueleto de la propuesta de reforma de la ética médica de Pellegrino. La pregunta sobre el por qué del intento del autor se responde en este trabajo, que sintetiza su libro "Las virtudes cristianas en la práctica médica". Inquieto por el oscurecimiento de la conciencia médica y la intuición de la fe cristiana en peligro, en su percepción respecto de los cambios que se sucedían en la práctica de la Medicina en su país, Pellegrino y Thomasma, hombres de fe profunda, abordan el compromiso de los médicos cristianos y quienes se suman a ellos en el modo y forma de ejercer la Medicina. Desde una profunda fidelidad al mensaje evangélico, el texto de su libro representa un aldabonazo a la conciencia de los médicos creyentes, que conduce una visión exigente, enriquecedora y comprometida, del ejercicio de la Medicina.

ABSTRACT:

Keywords:

caring, charity, christian virtues, conscience, compassion, faith, hope, physician personalist, self-effacement.

The return to an ethic of virtues in dialogue with the moral tradition of Medicine and biomedical ethics is the backbone of Pellegrino's proposed reform of medical ethics. The question why this author proposes this reform is answered in this paper that summarizes his book "The Christian Virtues in Medical Practice". Perceiving the changes in the practice of medicine in their country, Pellegrino & Thomasma, men of deep faith, concerned about the darkening of medical conscience and the intuition of danger to the Christian faith, they address the commitment of Christian physicians and those who join them in the mode and form of practicing medicine. Deeply loyal to the Gospel message, the book represents a wake-up call to the conscience of believing professionals, leading to a demanding, enriching and committed vision of the practice of medicine.

1. Introducción

El planteamiento del Pellegrino sobre necesidad de reconstruir la ética médica en el espíritu de la tradición y en diálogo con las mejores aportaciones de nuestro tiempo, centró la producción intelectual del maestro hasta bien avanzados los años noventa. A lo largo del texto que precede a este punto, la reintroducción de la ética de virtudes al mundo de la Medicina se ha venido centrandó en una argumentación racional, en diálogo con otros planteamientos éticos y especialmente ante al carácter meramente formal de los principios de la bioética, a los que el autor, sin eliminar de su aceptación, jerarquiza y reinterpreta de modo diferente, menos en diálogo con la “moralidad común” circundante y mas desde la perspectiva del carácter moral del agente, de la virtud del médico. Se puede decir que Pellegrino, en diálogo con la ética de los principios —y desde la experiencia de sus desviaciones en la práctica norteamericana— propone a la Medicina universal la imperiosa necesidad de volver la vista de nuevo al médico, a su virtud, y menos a los dilemas que plantea la bioética en cuanto reflexión ética en todo el inmenso campo de la biomedicina.

Volver al médico era entonces y es hoy volver a la necesidad de conformar el carácter de los profesionales de la Medicina: formarles en las virtudes del carácter y en la reflexión moral sobre el acto clínico, que representa su verdadero horizonte profesional diario. Esto lo escribe Pellegrino pensando en la pluralidad moral del médico norteamericano, en las formas básicamente liberales del ejercicio profesional en su país y en el recurso a la justicia que la sociedad había volcado para la defensa de los intereses de los pacientes. De donde que su discurso se formule desde las mejores fuentes seculares de la tradición médica universal y también norteamericanas y desde una ética filosófica de raíces históricas nunca jamás olvidadas o fuera de juego. La recuperación de las virtudes por el autor en el ejercicio de la Medicina se planteó pues, en todo momento, desde las mejores fuentes clásicas y modernas del concepto. Su mensaje se dirige desde entonces a todos los médicos, ya norteamericanos, ya occidentales, ya de cualquier otra parte del mundo.

La gran pregunta que se puede hacer hoy es aquella de por qué emprendió Pellegrino la reflexión y el esfuerzo de reformular la ética médica. ¿Qué movió al profesor de Medicina de Georgetown a la pasión reformadora, a la luz de la vacilante ética deontológica que percibía y a la vista de la deformación que los principios de la bioética experimentaban en el modo de aplicarse a la relación médico-paciente? Con independencia del *aire fresco* de libertad de decisión por el paciente que los principios afloraron en la relación médico-paciente, no abrigo dudas de que fue debilidad moral de la respuesta médica en amplias capas de la profesión, la pobreza de preparación filosófica y ética de los médicos que percibió con oscurecimiento de la propia conciencia y la intuición de la fe cristiana en peligro en el seno de la Medicina norteamericana: los derroteros fácticos que trocaban la idea de “servicio” del médico por la idea del “negocio” —del lucro como objetivo— que afloraba en buena parte de los profesionales de su país. Esta perspectiva no pudo ser ajena, sin duda, a los medios académicos en los que discurriera las dos últimas décadas de su vida, focos de inquietud y renovación moral; de libertad, luces y sombras, que preceden siempre a la decantación del signo de los tiempos en la historia de la Iglesia. En este ámbito concreto, un laico médico y humanista de convicciones cristianas fuertes y prestigio social, sin hipotecas de escuela y con reflexión propia, tenía poco que perder —y si lo tuvo, no le importó— y mucho que decir.

En 1996 Pellegrino dió un paso más y publicó *The christian virtues in medical practice*¹ —siempre con su amigo y filósofo Thomasma—: un libro diferente, excepcional por la singularidad de su discurso, donde aflora la fuente herida que estimuló sus inquietudes en el seno de la ética médica y de su amor a la profesión. Singular también por lo extraño de que, en nuestro tiempo y del seno de la Medicina, pueda surgir un abordaje tan profundo de las virtudes cristianas en

1 Pellegrino, Edmund.D. y Thomasma, David.C.: *The christian Virtues Medical Practice*, Georgetown University Press, 1996. Ver también *Las virtudes cristianas en la práctica médica*, excelente traducción al castellano por Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2008. Las citas a pie de página de este artículo se hacen desde la versión en castellano.

la práctica de la Medicina. Que las virtudes naturales y teologales se planteen, en suma, como una exigencia razonable en la práctica clínica —no de todos los médicos pero sí de quienes recibieron el don gratuito de la fe— es una *rara avis in terris*, como canta el verso de Juvenal. Y que todo el libro discurra sin rechazos ni desacreditaciones, sin pretensiones de un proselitismo chato, de escuela: cuanto como un mensaje limpio, directo a la razón y al corazón de sus colegas, le hace acreedor de admiración. Hay mucha convicción moral detrás de este relato y la idea clara, definitoria, que el autor resalta en el prólogo: La idea de que “...el médico cristiano no es sólo un médico que además es cristiano, sino que es cristiano y médico a la vez”² y que de ambos —la persona— depende su testimonio. Pellegrino abrió así su reflexión a la gran cantidad de médicos cristianos que pueblan y ejercen en la tierra. Si, de paso, el discurso de las virtudes arrastrase a otros profesionales de la Medicina ajenos a esta fe y les abriera el horizonte de una vida moral nueva, mejor que mejor: el objetivo, la misión que se propuso el maestro de Georgetown, se abría difundido.

Por otra parte, a los efectos de esta monografía, resulta difícil sintetizar la erudición de Pellegrino a lo largo de la obra —donde nada sobra— imprescindible sin embargo para apreciar, en su integridad, la fuerza interior que la impulsó. Su énfasis está en la clase de persona que el autor piensa que un médico cristiano debe ser; en la idea de que un verdadero compromiso cristiano, si es fiel y está presente en la práctica de un médico, “transforma esa profesión en una “vocación” y eleva esa profesión a un nivel de la gracia”³.

A los efectos de la síntesis del texto la reflexión sobre esta obra se dividirá en dos partes: una primera, que abordará la influencia de las distintas virtudes en la práctica clínica de un profesional sanitario; y una segunda, que contemplará, desde el capítulo final del libro, el planteamiento personalista de los autores sobre las virtudes del médico cristiano.

2. Las virtudes sobrenaturales: fe y esperanza

En el abordaje primero, sobre de la virtud de la fe y su influencia en la práctica de la Medicina, el autor se pregunta: ¿Qué aporta la virtud de la fe en el modo en que un médico aborda la práctica médica y la manera en que interpreta sus obligaciones morales? Y se contesta: no hay una fórmula exacta que pueda responder a estas cuestiones. La fe orienta al médico en el modo en que la práctica de la sanación se convierte en una sanación transida de caridad, en un acto realizado a la manera de la caridad de Cristo. Mantiene íntegra en el profesional la finalidad última de su papel y también la del paciente; y modera el orgullo que la tecnología engendra en muchos médicos y enfermeras de nuestro tiempo. En momentos de desesperanza, por ejemplo, ante una enfermedad incurable, restaura la esperanza, no porque la acción de curar no sea lo bueno, la finalidad buscada, sino porque, para el hombre de fe, el *teórico* fracaso de la Medicina es como una invitación a creer —día tras día— en la existencia de un bien aún mayor que la salud, superior y alcanzable, que Dios ha prometido a todos los que sufren.

La mayoría de las virtudes humanas, de las virtudes naturales a las que se ha aludido con anterioridad, están configuradas en el médico creyente por la virtud sobrenatural de la fe: la benevolencia, la fidelidad a la confianza, la compasión, la honestidad y el desprendimiento de los propios intereses ante los de los enfermos. Aunque el médico creyente ha de exhibir estas virtudes como parte del arte del curar bien, puesto que todas esas virtudes son buenas en sí mismas. Prefiguran, afirma el autor, la propia curación de Cristo. Por consiguiente, la benevolencia supera a la idea de no hacer daño al enfermo —del *primum non nocere*— y fuerza a hacer el bien al paciente, incluso cuando representa un sacrificio para el médico o para la enfermera. Piénsese en lo desagradable que implica a veces la curación de las heridas o el riesgo que implica el contacto con determinados enfermos. O el mismo sentimiento de rechazo que algunos producen. El *effacement*, la virtud del desprendimiento de los propios intereses, como lo enseña Pellegrino, se convierte así en pura caridad no

2 Pellegrino E.D. y Thomasma, D. C., op.cit. 16.

3 Ibid., 18.

publicitada ante el hombre vulnerado. El cuidado del bien del indigente, del pobre o del anciano desvalido, ya no es solo una exigencia legal sino el ejemplo y la acción que se esperan del médico cristiano. Desde la fe, la compasión se transforma en un modo de compartir el sufrimiento de los otros; la honestidad se transmuta en la humildad de reconocer la limitación humana ante el misterio de la enfermedad y la muerte. La prudencia, en fin, además de abarcar el juicio clínico global de lo que ocurre, mueve a entrar en lo que puede estar detrás de un dolor o un sufrimiento —la desaparición, la aniquilación sin sentido, los miedos, la soledad...tal vez, la falta de esperanza— e impulsa al gesto psicológico adecuado, a la palabra de consuelo, al toque de amor que gratifica.

En suma, la fe es un farol —afirma Pellegrino— que ilumina el modo cómo los médicos cristianos deberían vivir las virtudes naturales. Es también —continúa— una brújula espiritual que precisamos frente a los diversos dilemas morales y éticos que proporciona la Medicina moderna. Representa una fuente moralidad que desborda y supera a la mera “humanidad” exigible ante lo irremediable. Apremiante hoy, incluso entre cristianos, en los dilemas ante el sentido de la vida humana, sobre el problema del aborto, de la eutanasia, del suicidio asistido y ante una amplia gama de manipulaciones reproductivas y genéticas, que el utilitarismo y el relativismo moral de nuestro tiempo resuelven contra la verdad revelada. La fe proporciona la fidelidad al Magisterio, en fin, a cuanto *Veritatis Splendor* enfatiza, al enraizar las elecciones humanas en los fundamentos de la fe y las enseñanzas de la Iglesia.

“La fe señala el camino y la esperanza nos sostiene en ese camino”, comienza la reflexión del bioeticista clínico. Una virtud esencial frente a la penetración en la mente de los grandes enemigos del sosiego y la razón estable y deliberativa, cuando nos vemos desvalidos y sobreviene la desesperación, la discapacidad y la depresión. La salud viene a ser un estado de equilibrio de nuestro estar en el mundo viene a decir. Cuando buscamos a un médico que nos cure, lo que deseamos es la recuperación de un bien perdido y la salud es la esperanza del paciente. Los grados de incertidumbre que nos

acompañan en tales momentos son socorridos siempre por la esperanza. Estar motivados por la esperanza nos predispone al equilibrio estable, que ahora percibimos inseguro. La esperanza hace a los humanos capaces de soportar las exploraciones más diversas, los riesgos y los daños de una determinada medicación o una intervención acechada por el peligro. La esperanza lucha siempre de modo natural contra la desesperanza, el pesimismo y la desesperación. Es por esto que los médicos no podemos jamás hundir en la desesperanza a nuestros asistidos. Mas para no hacerlo hay que saber hacerlo bien: no mentir, no levantar demasiadas esperanzas —que induce a expectativas falsas— tampoco apagarlas, pero el enfermo ha de percibir que su salud es un bien alcanzable; y al profesional corresponde promover un discurso que resalte los hechos positivos: dotar al paciente, en suma, de una información cierta y delicada que sostenga su esperanza. Los enfermos manifiestamente graves se agarran a los datos positivos, aun cuando la verdad del informe médico mantenga una escasa probabilidad de curación.

Pellegrino dedica mucha extensión a esta virtud natural de la esperanza humana, que tan de cerca vincula a médico y paciente. El médico y su forma de actuar es motivo ya de esperanza o de desesperanza. En nuestro medio asume quien ahora redacta es más bien una fuente de esperanza, inseparable de la confianza del enfermo. Y por fidelidad a esta confianza es exigencia y virtud del médico *no robar* nunca la esperanza del paciente; y de ahí la necesidad del virtuoso trato mezclado de verdad y cercanía, de sutil promesa de salud y de mediador cercano “de que todo lo que se pueda hacer” se hará... Así piensa Pellegrino.

Entra aquí pues la perspectiva religiosa, creencial, de la esperanza. Para el cristiano la esperanza es la convicción de que se alcanzará el *sumum bonum*, la salvación para la que todos los humanos están hechos. Nadie tiene garantizada la salvación, ciertamente, pero la fe nos asegura que no obstaculizando los medios y las gracias que Dios nos dará en esos momentos, los humanos podremos superar todos los obstáculos. La fuente de esta esperanza trascendente es el propio Creador, al que el

individuo debe su existencia: “Tú estás en el regazo de Dios” —recuerda Pellegrino.

Sin embargo, la esperanza cristiana no es un simple y romántico reconocimiento de la realidad del sufrimiento y del morir entre los hombres. Ni pide reemplazar los beneficios del más mínimo cuidado que los médicos podamos aportar en los momentos más difíciles. Sorprende —dice— la frecuencia con que médicos, familias y consejeros pastorales, ignoran el poder sanador de la esperanza trascendente. Se produce así una cierta renuencia a hacer uso de los recursos espirituales, que sin embargo despiertan a la consciencia de muchos enfermos, en los momentos más duros de la enfermedad, a una esperanza espiritual decisiva, tal vez dormida desde hace muchos años. Mas aún, los enfermos, cualquiera sea su Dios o sus creencias protestantes, católicos, judíos, mahometanos, etc. esperan con razón que el hospital será sensible a sus necesidades espirituales. Los médicos no tenemos derecho a pensar que, por el laicismo implantado en muchos sectores de la sociedad, podemos obviar lo que para el enfermo representa un bien, si él lo desea. La obligación de atender a este tipo de asistencia espiritual concierne a todos, a los médicos creyentes y a los no creyentes, al personal de Enfermería. Para Pellegrino, allá por los años noventa y en percepción cercana de la realidad norteamericana, “una parte considerable del sufrimiento que los pacientes soportan hoy en día frente a una enfermedad incurable, es el resultado de una pérdida de esperanza trascendente, incluso en los creyentes”. La esperanza cristiana es esencial pues, tanto para el doctor como para el paciente. Al médico porque le permitirá resistir en medio de los sufrimientos que atiende cada día, en medio de las personas deprimidas e incluso desesperadas a las que tiene el privilegio de tratar. La esperanza no es, en definitiva, una invitación a la irrealidad o a las falsas expectativas. Es sencillamente una necesidad.

La tercera virtud sobrenatural es la caridad. A ella dedica el autor dos capítulos del libro. En el primero de ellos, Pellegrino define a la caridad como principio ordenador de la ética cristiana; en el segundo, que denomina la caridad en acción, la direcciona a la compasión y el

cuidado. Sintetizamos ahora este clarificador abordaje de la vida cristiana de los profesionales sanitarios.

3. La caridad, principio ordenador para la elección moral

Para el profesor de la Georgetown University “en cualquier ética religiosa, la caridad es el principio que organiza todas las otras virtudes”. Esto es lo que enseña Santo Tomás cuando hace de la caridad la “forma” de las virtudes. Una ética moldeada según la virtud es una “ética agápica”, una ética que va más allá de los principios, reglas y obligaciones, no absorbiéndolos o negándolos, sino perfeccionándolos de una forma tal como posiblemente ningún silogismo moral podría hacer. Es evidente, sin embargo, que el médico creyente ha de estar advertido de que su vida moral discurre por perspectivas distintas de las de sus colegas no creyentes. También, por igual razón, que la motivación para ser moral en la ética cristiana es distinta de cualquier otra ética de corte naturalista. Y lo que es más importante, que encuentra en la caridad el principio que da razón de un dilema central en la ética filosófica: ¿por qué y hasta qué grado son algunas reglas y principios moralmente imperativos y otros, sin embargo, no? Pellegrino asume obviamente, sin debate, que la fuerza vinculante de la obligación moral en la ética cristiana deriva en última instancia del mandato divino. Por tanto —afirma— “la virtud de la caridad consiste en disponer los juicios morales a su recto fin por medio del amor a Dios y a la familia humana que Él ha creado.” “La caridad fusiona las cualidades de la mente y el corazón, la razón y la fe; una fusión que carece de significado en una ética no agápica”.

¿Qué aporta la caridad a la práctica médica? Pellegrino distingue tres ámbitos de decisiones morales que son configurados por la virtud de la caridad: 1) la relación con los principios de la ética médica actual; 2) la relación médico-paciente y 3) el modo de decidir en determinados ámbitos de la práctica profesional.

El primer ámbito es esencial en la configuración de un médico cristiano como una unidad inseparable. Se puede adelantar que, en una ética agápica, los princi-

prios, obligaciones y deberes, que concurren en nuestros días en la práctica de la profesión son elegidos o moldeados por la caridad, es decir, son potenciados por esta virtud. Los tres principios de la bioética, beneficencia, justicia y autonomía, son reafirmados desde la virtud del agente y cuando entran en conflicto, la caridad es capaz de distinguir el orden justo en el que aplicarlos en situaciones particulares y concretas. Cada principio por separado es sometido a la conformidad de unas fuentes morales no compartidas por el colega no creyente: las escrituras, la tradición o las enseñanzas de la Iglesia. Nace por así decir un orden nuevo, que impone niveles de obligación que una ética secular o civil tal vez no entendería o calificaría de supererogación o de motivos personales. Así, por ejemplo, el principio primero de la ética médica —la beneficencia— puede ser entendida desde sus mínimos, la no maleficencia, la acción de abstenerse de dañar al paciente; o desde sus máximos, incluido hasta el sacrificio heroico. Es lógico que los médicos, en virtud de sus creencias discrepen en cuanto al grado de servicio que están obligados a dar a sus pacientes, sobre qué grado de beneficencia les es vinculante. En su extremo más valioso, el profesional se sitúa en una benevolencia que renuncia a privilegiar sus intereses sobre los de sus enfermos, aunque ello implique algún tipo de coste personal, comodidad, riesgo profesional o pérdida económica, etc. En el extremo heroico Pellegrino cita a madre Teresa, al Padre Damián o a Francisco de Asís, que son modelos de respuesta a las gracias que recibieron. Pero más cercanos a nosotros, no sería difícil citar a otros hombres, a otros grandes médicos que entregaron su vida y su tranquilidad en respuesta irreductible a sus conciencias y a su fe.

En relación a la caridad, Pellegrino afirma que el *self-effacement* del médico el desprendimiento cristiano de los propios intereses— al centrar su atención en los propios del paciente constituye una obligación mínima que deriva de la virtud de la caridad. E igualmente el convencimiento de que los conocimientos adquiridos en los estudios y en la formación previa a su práctica como profesional, no le convierte en dueño absoluto de esas capacidades o representa no más de un medio de vida.

Las exigencias de la caridad cristiana le hacen ver que es mucho más que esto: que es un medio de servicio a los demás, una misión específica a la que ha sido llamado, para ayudar y socorrer a la parte de la sociedad más vulnerable, a los enfermos, los discapacitados psíquicos y físicos y el fragmento de los más menesterosos y abandonados. De este modo, para un profesional sanitario creyente y cumplidor de su fe, el ejercicio de la Medicina es un verdadero llamamiento: “pasa de ser una mera ocupación o profesión a transformarse en una “vocación”, una llamada de Dios, un modo específico de ganarse la salvación y de ayudar a otros a su salvación”⁴. La Medicina, vista así —como una vocación— se convierte en un camino para espiritualizar nuestras propias vidas y las de los otros, concluye este apóstol de la Medicina que es Pellegrino.

Sin embargo, el poseer esta creencia, esta vocación de servicio, no hace al médico cristiano superior respecto de sus colegas no creyentes o simplemente alejados de la fe. Pues incluso personas “que no comparten las convicciones del cristiano, a menudo logran grados elevados de humildad en el servicio al enfermo, lo que debería desafiar aún más a quienes se comprometen religiosamente”⁵. Pellegrino abunda en reflexiones sumamente elocuentes y bellas en torno a esta dimensión singularísima de la entrega del médico cristiano en el orden de la gracia. No acepta disculpas frívolas ni justificaciones que cambien el orden de la caridad en el trato a los enfermos. Esto tensa claramente la virtud del profesional sanitario asistido por la fe, y le exige rectificar la intención continuamente, y comenzar y recomenzar modificando las actitudes y los comportamientos que estime inadecuados en su práctica, hieran su conciencia o puedan ser piedra de escándalo. Las ocasiones que afloran a su paso en el mundo real son numerosas; y las ocasiones por las que, el respeto a la autonomía moral de sus pacientes o la opinión de otros colegas, pueden hacer crujir sus principios, un fenómeno nada infrecuente en el seno de la relación médico-paciente: ganar dinero o no ganar dinero, asu-

4 Ibid., 87.

5 Ibid., 87.

mir o no una prescripción terapéutica moralmente no justificada, negar su cooperación a un mal intrínseco como el aborto o la eutanasia, rebelarse o no rebelarse frente a la superficialidad en las prácticas rutinarias de la sedación, negar su integración en fórmulas mercantiles de contención del gasto en detrimento del bien de los enfermos y un largo etcetera de planteamientos o de hábitos, sutilmente egoístas utilitarios en el cuidado del enfermo, que Pellegrino denuncia con su habitual valentía, actitud ésta del coraje que demandó al médico como virtud médica necesaria frente a empleadores, administradores, leyes arbitrarias y/o exigencias rechazables de los propios asistidos.

4. La compasión cristiana

En la ética cristiana la perspectiva de la compasión, la virtud natural de los mejores seres humanos, resuelve o mitiga los conflictos que en la ética de los principios se suscita entre la beneficencia del médico y la autonomía del paciente, en un sentido u otro, pues une las obligaciones que los médicos tenemos para con nuestros pacientes con la promoción de su propio bienestar. Esto puede diferir de los argumentos que afrontan estos choques desde una perspectiva ajena a la fe. En el médico de convicciones cristianas los tres principios —beneficencia, justicia y autonomía— expresan lo que es necesario a la virtud de la caridad, cuya primera motivación es el amor. No obstante, Pellegrino subraya que, en su aplicación, pueden surgir áreas de suyo problemáticas. El respeto y obediencia a la propia conciencia prevalece entonces en el médico cristiano, frente a determinadas decisiones autónomas de los pacientes, de los familiares, de otros colegas o de las normas institucionales, el hospital o el Estado. Aunque esta determinación no puede expresarse en términos violentos, sino en el respeto a aquellos con los que no se está de acuerdo. Es entonces cuando la virtud de la caridad le exige no cooperar formalmente o directamente en un acto técnico intrínsecamente malo. El maestro es fiel así a la doctrina de la Iglesia y rechaza los planteamientos que algunas teologías consecuencialistas han puesto en duda. En tales casos —piénsese

en un suicidio asistido, en sedaciones en agonía innecesarias, en los procesos que integran el aborto legal o en cirugías que, por presumible incompetencia, pueden dañar al enfermo...etc.— la obligación del médico cristiano es negar su colaboración, advertir del error a otros o hacer objeción de conciencia y abandonar el caso.

También por el ejercicio de la virtud de la caridad, Pellegrino rechaza todos los modelos del ejercicio médico que convierten al profesional en un burócrata del gobierno, un empleado de una empresa de seguros o un agente del Estado, como ocurre en los regímenes totalitarios, en su conjunto y en sus formas más radicales incompatible con la ética cristiana. Por tanto, a la vista de las restricciones a la libertad de conciencia, directas o sutiles, que hipotecan la vida profesional de los médicos cristianos en algunos países, incluso democráticos, el profesor de Georgetown mantiene que el modelo de relación médico-paciente que mejor concuerda con la ética cristiana es el pacto. Se entiende así a todo encuentro clínico que, abierto a la confianza mutua, viene a suponer un acuerdo moral entre ambos, médico y paciente, que pactan una relación abierta sujeta a la ruptura si sus puntos de vista confrontan por razones éticas: el pacto opera disolviendo entonces, sin tensiones, la relación de sanación. Ciertamente, la promesa como profesional de servir a los intereses del enfermo por el médico no implica una sumisión a las exigencias del paciente, el cual también está obligado a respetar la humanidad y los valores morales de su médico. Como se comprende, la relación del paciente con el médico, el personal de Enfermería, el dentista o el farmacéutico tampoco exige una *devoción monástica* —como dice Pellegrino— que excluya otras obligaciones para con la familia, para sí mismos, la sociedad o el Estado. Pero lo que la caridad permite, como forma de las virtudes, es dotar a todos los hechos y factores que concurren en un acto clínico, de un principio ordenador de los valores implicados, que permite discernir el orden de prelación al que el profesional cristiano deberá atenerse. De ahí que pueda afirmarse que la caridad es el principio ordenador de discernimiento en la elección moral.

5. Compasión y cuidado

Ambos, compasión y cuidado, son el contenido específico de la caridad desde el profesional al enfermo, sustantivo por decir así: la promesa de servicio del médico al paciente. A tal efecto, renunciamos aquí a considerar el concepto de cuidado, tan importante y vinculado al *helping* en el esquema doctrinal de Pellegrino y ya abordado en esta monografía. Desde la óptica cristiana, el enfermo pasa a ser visto ahora como una hermana o un hermano, hijos del mismo Padre. Un rasgo radical que transforma los modos de entender el acto de curar. Que lo asimila al modo de la compasión de Cristo en la parábola del samaritano. En esta y en muchas otras de sus manifestaciones, los evangelios revelan al hombre la preocupación de Dios por el dolor humano y los enfermos. Este ha de ser el modelo que debe inspirar la práctica de los médicos creyentes.

La compasión de Cristo es mucho más que lástima, condolencia o un sentimiento de conmiseración —afirma el maestro. Es la capacidad de sentir y sufrir con la persona enferma, llegando a experimentar algo de la desafiante realidad que ella vivencia, sus miedos, sus ansiedades, sus tentaciones, la pérdida de libertad y dignidad que sufre, la vulnerabilidad y la alienación, en suma, que produce o prevé la enfermedad. Más no solo es un sentimiento lo que se infiere del modelo de Jesús, es también un requerimiento a la acción, el impulso a una voluntad de ayuda como en el caso del samaritano. La presencia del enfermo humaniza al hombre y la vivencia de su angustia, —que un día pudiera ser la suya propia— acerca a Dios, afirma Pellegrino. Como escribiera Miguel Unamuno: es “la angustia experimentada en nosotros mismos la que nos revela a Dios y hace que depositemos nuestro amor en Él”⁶.

Para los profesionales de la salud, la compasión es la cualidad que diferencia a una simple carrera de una verdadera vocación cristiana. En la enfermedad severa la compasión nos permite reconocer la fragilidad humana, los límites de la ciencia y de la técnica y la incapacidad de eliminar el sufrimiento. Los médicos y los enferme-

ros compasivos reconocen que la enfermedad es más que un mal biológico, cuanto que fractura la imagen de nosotros mismos e indetermina la perspectiva del futuro: es —en palabras del maestro— la “deconstrucción obligatoria del yo”⁷. Mas, ante la realidad, la compasión cristiana puede allegar a la sanación incluso más allá de su fracaso ante lo irremediable: al cuidador cristiano se le ofrece así la oportunidad de hacer entender al moribundo el misterio infinito del sufrimiento, la ocasión única que su existencia en el mundo —próxima a apagarse— le ofrece de reconciliarse con todos y sobre todo con su Creador, y compartir así el sufrimiento de Cristo en la cruz.

Pellegrino se extiende sobre los objetivos de esta curación compasiva que orienta sobre el modo de interpretar la aplicación de los tres principios de la bioética. El modo cómo transforma los conceptos de beneficencia, justicia y autonomía. Cómo, en suma, transforma el cuidado, cuestión relevante en el pensamiento del maestro. El modo como transforma la beneficencia, algo ya apuntado, se percibe cuando el buen espíritu del médico creyente —su altruismo de miras— choca contra sus intereses personales, a veces poniendo en riesgo su continuidad en el trabajo. La compasión caritativa es entonces decisiva acerca del camino a seguir, al reconocer la primacía del enfermo, crucial para tratarle como hermano e incomprensible para los ajenos a esta comunidad de creencias. Del mismo modo el abordaje de la justicia, que pasa de ser una obligación sin más a obligación teñida de misericordia, “la fuente mas profunda de justicia”⁸. Aun cuando prácticas de suyo no inmorales pudieren parecer normales a los ojos de la sociedad —recaudar altos honorarios, insensibilidad ante enfermos de difícil trato o la voluntad de no estar disponible o accesible en casos complicados, etc.— a la vista de la caridad y de la vocación podrían no ser justas: “tratar a los enfermos como hermanos exige un nivel de implicación por encima de lo ordinario.” La compasión cristiana no deja espacio para distinguir entre quien merece o no merece la atención por un profesional, ya sean dro-

6 Miguel de Unamuno, *Del sentimiento trágico de la vida*, Espasa-Calpe, Madrid 1994.

7 Ibid. 1, 99.

8 Juan Pablo II, *Dives in misericordia*, 1986.

gadictos, alcohólicos o personas indeseables. El médico cristiano no puede ser juez de las conductas de sus asistidos, sino que está para ayudar, aconsejar, curar y cuidar.

Por fin, la compasión cristiana comprende y respeta la demanda moral de autonomía del paciente, a la que adjudica un contenido positivo, al reconocer en los enfermos una dignidad que les hace plenos participantes en su propia curación. Para Pellegrino, incluso frente a la benevolencia del médico, violamos la humanidad del enfermo cuando ignoramos sus decisiones e incluso sus valores personales y espirituales. Se trata, más bien de lo contrario, de capacitar al enfermo a actuar siempre en conciencia y que sus decisiones sean auténticas. Solo cuando una petición de paciente a médico se revela incompatible con las más profundas creencias del médico creyente, esta autonomía moral no podrá ser atendida, y el médico debe retirarse de la asistencia del enfermo, dando así razón pública de su fe cristiana.

En suma, la compasión cristiana transforma la perspectiva del enfermo, porque el cristiano reconoce en el que sufre al propio Cristo. Todo cambia entonces y todo impulsa al médico de cuerpos y de almas a un trato diferente, nuevo, esencialmente fiel a la persona, al hermano que deposita ciegamente en él su vida en riesgo, vulnerada por la enfermedad. Más allá del pensamiento humano y la filosofía de la Medicina, el médico cristiano, por encima de su limitación o su impotencia, es entonces la mediación, la mano humana de un designio eterno al que no puede renunciar. Como resumió el Papa Pablo VI: ¡Amad vuestra profesión! (...) además, vuestra actividad es una gran lección para toda la sociedad; porque es además y siempre el ejemplo de la bondad generosa para con los hermanos que, más que cualquier palabra, conmueve los corazones más fríos y ofrece a la vida de la comunidad un motivo de confianza y estabilidad moral⁹.

6. El médico personalista cristiano

En este breve bosquejo del compromiso del médico cristiano, Pellegrino profundizó con agudos análisis so-

bre las virtudes cristianas y los clásicos principios de la ética biomédica, tan relevante en las pasadas décadas y aún hoy, con una sorprendente libertad de juicio y ausencia de reservas y reluctancias —por encima de cualesquiera otras opiniones— que es todo un testimonio de ese coraje y valentía que siempre defendió: virtudes médicas para él esenciales en nuestro tiempo, en la práctica de los profesionales de la salud. Sus denuncias, entre muchas otras, de la mercantilización de la Medicina y de la ineficacia de la ética deontológica en su país; de la cooperación de los médicos al servicio del Estado en acciones rechazables, no justificadas; su compromiso con los intentos de reforma de la Medicina y la extensión del derecho a la asistencia médica de todos los norteamericanos, aún no conseguida, y otros muchos ámbitos de debate de la Medicina en su país, no tienen seguramente equivalencia con la de otros estudiosos de la ética médica en el mundo occidental.

En *The Christian Virtues in Medical Practice* su compromiso a la ética de la Medicina y a la fe cristiana es radical. En el capítulo final del libro, el profesor de Georgetown diseña el perfil de un médico cristiano de nuestro tiempo desde la perspectiva del modelo personalista que inaugurara Wojtyla, después Juan Pablo II¹⁰, donde sintetiza la dimensión personalista del acto médico que había finalmente asumido. Tras una introducción del concepto de persona en el ámbito de la filosofía moral, sin referencia y/o ningún aprecio a las interpretaciones que erosionan el concepto en los últimos tiempos, Pellegrino se reafirma en la *areté* como perfección, que en la vida real se refleja en modelos de conducta individuales de las personas que viven en estrecha comunidad con otros, como es el caso paradigmático de los médicos y de los licenciados en Enfermería. Virtudes, persona y comunidad, centrarán su discurso.

De Boecio acá, para Pellegrino la definición de persona no ha experimentado en lo esencial un cambio sustantivo, aunque distintas perspectivas puedan haberlo enriquecido —afirma. Entre ellas, Wojtyla y su “principio personalista”, que nos introduce en una poderosa filo-

9 Pablo VI, “Allocution a des medecins” in *Documents Pontificaux de Paul VI* (St. Maurice, Switzerland: Editions Saint-Augustin, 1970, p.701.

10 K. Wojtyla, *The acting person*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holland, (1979); y Juan Pablo II, *Cruzando el umbral de la esperanza*, Plaza & Janés Editores, S.A., Barcelona (1984).

sofía personalista y cristiana. El resultado es una visión de los seres humanos como personas que actúan y son libres para trascender su naturaleza, y de este modo realizarse a sí mismos siempre mediante su entrega en el amor. Para Juan Pablo II, la verdad sobre el hombre es que éste se afirma más completamente como persona cuanto más se da a sí mismo. Las personas, dándose, se afirman como personas y al mismo tiempo cumplen el mandamiento del amor. Ésta es la verdad central de la ética cristiana, expresada en nuestra relación con la familia, la comunidad y la vocación. No darnos a los demás implica al final su alternativa, es decir, darnos a nosotros mismos y de algún modo transformarnos en seres egoístas. Así pues, no se trata solo de no utilizar a las personas sólo como medios —como afirmara Kant— sino que somos personas y somos *mas persona* en la medida del darnos nosotros mismos a los demás por el amor. El hombre es un ser personal, creado y amado por un Dios personal y destinado a vivir cara a cara con su Creador. Esta concepción del hombre tiene, en opinión de Pellegrino, una implicación clara para la naturaleza de la vocación a la Medicina y para el modo de vivir del médico su vocación.

En efecto, en tiempos de alta tecnología como el actual es más difícil recordar que la Medicina es esencialmente una relación entre personas; y lo es porque, inevitablemente, el acto clínico es un concepto fundado en la persona y la ética médica depende en suma del modo de concebir a la persona. En la bioética secular es frecuente que la persona se interprete en términos de libertad, autoexpresión y normas del bien y del mal, según la propia interpretación del individuo o socialmente construidas. La posibilidad de un orden moral objetivo o de una fuente de moralidad externa a los seres humanos es rechazada por muchos, y sobre todo no forma parte del discurso estandar: “es relegada al cubo de la basura de las excentricidades metafísicas medievales, demasiado ingenuas para una consideración seria en el mundo postmoderno y postcristiano”.¹¹ Frente a ello, toda la obra de Pellegrino es una respuesta racional frente a esta antropología “del momento”

de muchos escritores de bioética, tal vez dominante en algunos círculos por él conocidos. La antropología cristiana tiene poco que ver con ella; y responde a las grandes preguntas que el relativismo considera irrelevantes: ¿cuáles son los fines últimos del hombre, cuáles los propósitos de la vida humana o ésto es simplemente para —su propio drama— una mera preferencia individual? Para el autor, la simple reflexión sobre todo esto ya abre la puerta a un modo de concebir la ética médica de un modo diferente.

7. Cuestiones profesionales

Como cristiano, como persona, el médico tiene la misma vocación de todos los cristianos: relacionarse, darse a la familia, los amigos, vecinos y extraños. Pero como médico está llamado a un modo especial de amor, de darse a sí mismo cada día en su trabajo de curación, ayuda y cuidado. Por la naturaleza de la relación, el médico plantea o compromete al paciente, a la persona del enfermo, a una exposición corporal, espiritual y emocional, que en sí misma crea una fuente de obligación ética para el profesional de la salud. Ello es así, vale para todo tipo de médicos; pero para los cristianos la sanación, la curación, es “una vocación, una llamada de un Dios personal a un modo específico de darse a sí mismos a otros, un modo específico de amar, de realizarse como personas y trabajar para la propia salvación.”¹² Toda profesión verdadera implica la supresión de algún grado de egoísmo, “pero una vocación es una llamada de Dios para transformar una profesión dentro del dominio de la gracia y de la caridad”¹³. Significa adoptar como deberes lo que otros considerarían *pasarse*, supererogatorio e incluso heroico, incomprensible. Significa estar abiertos a los pobres, a los rechazados, a los enfermos, reconocer que adictos, alcohólicos, criminales, etc. son personas y tratarlos de igual modo que a los más respetados de la comunidad. El exigente mensaje de la parábola del buen samaritano se convierte en modelo de curación del médico.

Por igual razón “la medicina no puede convertirse en una empresa comercial, el médico en un empresario

¹¹ Ibid., 1, 154.

¹² Ibid., 1, 155.

¹³ Ibid.

o el hospital en una empresa de hacer beneficios”¹⁴. El bioeticista no parece negar la medicina privada institucional, toda vez que propia Iglesia es responsable de gran número de instituciones sanitarias en su país, pero detrae al clínico del doble papel de gestor del lucro —o del beneficio legítimo— y de clínico en ejercicio, para dejar la gestión del negocio en manos de otros técnicos; y sobre todo rechaza que la empresa sanitaria se atenga solo al lucro, al beneficio a toda costa, como único horizonte de un negocio. Una cuestión sobre la que escribió en diversas ocasiones, donde la experiencia norteamericana del negocio médico rechazaba¹⁵. Los médicos tenemos que ser defensores de los enfermos si son explotados por quienes sean, sin preguntar cómo son o cómo se comportan, si ello no perjudica a la enfermedad. Incluso afirma que tenemos que resistir a los gerentes del cuidado si nos piden ser indiferentes a las necesidades de los enfermos o nos exigen visitas o exploraciones, tal vez innecesarias, por razones de negocio. La clara idea de que los pacientes en las instituciones sanitarias privadas no son nuestros *productos* o clientes, sino nuestros *pacientes*, gentes que sufren una enfermedad y nos piden ayuda, incluso si ello implica algún sacrificio económico de nuestra parte: como Lucas 6,36 dice, “sed misericordiosos como vuestro Padre es misericordioso.”¹⁶

Por otra parte, la misma interpretación y aplicación de los principios de la bioética se produce de modo distinto. La autonomía pasa de ser un derecho a la no interferencia, tipo Locke, al respeto y reconocimiento de la dignidad de la persona, no a lo que el médico crea que ésta deba hacer, lo correcto o lo incorrecto, sino que respetamos la autonomía porque es la libertad de hacer el bien y darse uno mismo. También la justicia cambia, pues la justicia atemperada por la misericordia se transforma en justicia caritativa, sensible a los matices de la persona en situación de enfermedad; y propicia o da lo que cada persona vulnerada necesita, disponibili-

dad, asequibilidad, sensibilidad, paciencia y ausencia de toda grosería.

8. Personalismo y ética de los dilemas

La antropología cristiana ayuda a resolver los frecuentes dilemas éticos que envuelven al profesional en nuestros días, especialmente en temas donde se pone en juego la vida, el aborto, la investigación con embriones humanos, con feijido fetal, el tratamientos de los enfermos mentalmente incompetentes, la retirada de medidas de soporte vital, el abuso de las tecnologías reproductivas, la eutanasia involuntaria de los débiles o la voluntaria de los aún más débiles y desesperanzados, aliada a una falsa libertad. Frente al imperativo tecnológico que no conoce límites, ya sea para reducir costes ya para extraer beneficios de una utilidad, la mayoría de los planteamientos bioéticos liberales o antiliberales se ven impotentes para impedir el daño de los más vulnerables de nuestra especie o relativizan los hechos y los ignoran en su identidad con subterfugios, relativismo o un planteamiento de ética de la responsabilidad, pretensiosamente abierto a todos los perfiles de una acción, pero siempre esclavo de las sensibilidades del momento, queriendo complacer a todos. Cuanto se pueda decir de todo ello parece hoy día una ejercicio inútil y son extensos los textos, los discursos, las encíclicas papales, que razonan y argumentan para una sociedad que parece sin interés por la verdad. Pellegrino toca una a una las materias aludidas y desde el conocimiento de los consensos científicos deposita las esperanzas de cambio de los planteamientos utilitaristas en el esfuerzo de los médicos cristianos y no cristianos, a la espera de alternativas que no jueguen con la vida humana y la preserven de sus riesgos; toda vez que el riesgo a perder la vida solo puede justificarlo —y prudencialmente— la evidencia de promover el bien de la persona que lo asume.

“La antropología personalista cristiana pone límites éticos claros al uso de la tecnología, no importa lo útil, importante o rentable, que pueda ser”¹⁷. Nuestro mundo asiste a una manipulación de los designios más ocultos de la materia humana —de los genes— para un

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Pellegrino, E.D.: “The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic”, en *Journal of Medicine and Philosophy* 24(1999): 243-266, © Swets &Zeitlinger.

¹⁶ Pellegrino cita el versículo 6.36 del Evangelio de San Lucas.

¹⁷ Ibid. 1,158.

rehacer de la existencia lleno de promesas y utopías, y en clara ofensa a la presencia creadora de Dios. Propuestas hasta hace bien poco que la humanidad consideraba abominables son hoy formuladas desde bases supuestamente neutras, que entienden la persona si ausente la consciencia —el conocimiento de sí y de sus intereses— como no-personas o simples “animales”, carentes de vida plena y escasos de dignidad: Es el planteado uso de las personas en “estado vegetativo persistente” para fines de experimentación, al igual que se propugna con el cúmulo de embriones sobrantes de la reproducción asistida o con el feto anencefálico. En casos más sutiles el suicidio asistido por el médico, al que la retórica argumentativa reviste de *humanismo* y de respeto a la libertad del deshauciado. Para Pellegrino estas tendencias desafiantes surgen del fracaso de la ética “secular” —por usar una expresión del maestro— que quiere decir —se entiende— cualquier ética filosófica que se desentienda del origen creatural del hombre y le hurte de su trascendencia, o pretenda, ingenuamente, satisfacer una supuesta “moralidad común”.

Para el autor, “ninguna de las perspectivas seculares de la persona puede contrarrestarse sin una noción verdadera de lo que significa ser persona humana, donde reside la fuente de la dignidad”¹⁸. “Ninguna noción de persona puede ser verdad, a menos que apele al fundamento de la persona en el amor de Dios hacia nosotros y su don de la libertad, que nos permite darnos a nosotros mismos para realizarnos”¹⁹ Y prosigue: “Hoy, los médicos cristianos y católicos tienen una misión de máxima importancia para con toda la sociedad. Por supuesto que tienen que ser médicos competentes, cuidadosos y compasivos. Pero también tienen que conocer los fines y los propósitos reales de la vida humana, conocer la verdad sobre aquellos por los que se preocupan, y esa verdad tiene que informar su práctica como médicos...”²⁰. Mas adelante dirá que esta misión obliga a dar testimonio personal y colectivo de adhesión al concepto verdadero de persona, ganar el apoyo de otros médicos y, de ser posible, informar a la opinión pública rechazando todo

el falso humanismo sobre el concepto de persona de la bioética laicista.

Es evidente que el pensamiento “fuerte” de Edmund Pellegrino debió generar contradicción en muchos ámbitos de la bioética norteamericana. Hoy sin ese eco, ciertamente, ante la resolución de quienes, enfrentados a su modo de pensar, sustentan sin rubor los más peregrinos postulados, que el relativismo del momento tolera sin especial asombro y que, con igual indiferencia, los olvida.

En *The christian virtues in medical practice* el profesor de Georgetown concluye su mensaje, la síntesis de su legado moral, con el abordaje de las obligaciones esenciales de respeto a las personas en el encuentro entre médico y paciente, y de aplicación universal. Su discurso normativo, como fue habitual en sus escritos, viene precedido de una reflexión abierta, denunciadora, de la crisis moral de nuestro tiempo. Destaca el autor en su aproximación a la vida del hombre, lo paradójico de nuestros días, con enormes gestos de solidaridad ante la pérdida de vidas humanas en los grandes desastres naturales y a la vez la realidad del siglo XX —del que somos la continuidad— un tiempo sangriento de la historia, que engloba guerras atómicas o no atómicas pero vinculadas a grandes pérdidas humanas, brutales violaciones de los derechos humanos por distintos gobiernos y una indiscriminada eliminación de millones de vidas humanas por el aborto.

La vida humana en nuestra época se ha depreciado, afirma. Frente a esta realidad, frente a este escenario negativo, la Medicina, debido a su intención fundamental de curar, sigue siendo una de las fuerzas internacionales más eficaces en la defensa de la dignidad y el valor de los seres humanos. Su papel como defensor de la vida del hombre no puede ser ignorado; pero en el actual entorno la empresa curativa experimenta un serio peligro. Nuestro tiempo tal vez no toleraría aberraciones del tipo de declarar dementes a los disidentes políticos o la instrumentación de los médicos para la tortura, pero una serie más sutil de manipulaciones de la empresa moral médica están presentes en la sociedad. Como a lo largo de esta monografía se ha subrayado, Pellegrino se muestra acérrimo denunciador de la empresa médica sujeta a las reglas del mercado, de la designación del médi-

¹⁸ Ibid.1,160.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

co como *gate-keeper*, como guardián del gasto sanitario contra los intereses del paciente, contra la transformación del espíritu del médico en burócrata, propietario o empresario, sin aprecio a la dimensión intrínsecamente moral de la Medicina y de los profesionales de la salud. El médico de nuestros días ha de estar alertado de estos riesgos, y frente a lo que llama “corrientes corrosivas” ha de ser informado y formado de lo que significa la dignidad del ser humano enfermo.

Tres conceptos normativos son imprescindibles: 1) El respeto por las personas es central tanto para la Medicina como para la religión. 2) Del respeto por las personas deriva las normas éticas que han de guiar la conducta del médico. 3) La afirmación religiosa del profesional refuerza este respeto y estas normas, más allá de lo que pueda nacer desde dentro de la Medicina o de un concepto determinante de la autonomía personal.

¿A qué otras obligaciones nos conduce el planteamiento religioso del cuidado de la salud? —se pregunta Pellegrino. Y contesta. En primer lugar al respeto por todas las creencias religiosas. Nadie debe burlarse de estas creencias o denigrarlas. Si las comparten los médicos están obligados a ayudar al paciente a recurrir a los recursos espirituales a su alcance. Si no las comparte, debe tenerlas en cuenta al diseñar una estrategia de tratamiento basada en valores. Si las considera ofensivas para él debe retirarse respetuosamente. Por supuesto que si propugna planteamientos utilitaristas o de un liberalismo libertario no tiene ningún derecho a imponerlo a su paciente, como tampoco lo tendría un fanático religioso.

En segundo lugar, respecto de la relación curativa el planteamiento biologicista es claramente insuficiente e igualmente el modelo contractual, ambos poco congruentes con una perspectiva cristiana del ejercicio médico. El paternalismo “fuerte” raramente sería tolerado, pero un paternalismo “débil” sí podría serlo. Obviamente, salvo lo conocido, el respeto por la autonomía del paciente competente sería coherente e incluso obligatorio. Pero ninguno, paciente y médico, podrían pedirle al otro lo que fuere contra su conciencia.

En tercer lugar, a la conclusión de que la afirmación religiosa del médico refuerza las normas éticas, el respeto

por el enfermo, en la relación médico-paciente, Pellegrino remite al lector a la idea de la auto-renuncia o desprendimiento altruista, al *self-effacement* ya aludido, que el profesor de Georgetown considera una virtud clave de la relación entre paciente y médico. Desde la perspectiva cristiana es una verdadera obligación de caridad motivada por amor al prójimo y sin ningún interés personal. Potencia la necesidad de ser compasivo, de estar disponible y atento a las dificultades del paciente. Obviamente, el ejercicio de esta virtud médica (ver “Desprendimiento altruista” en esta monografía) no exige el abandono del propio bienestar ni el de la familia, e incluso pueden considerarse erróneas las interpretaciones extremas de esta virtud, tanto como su descuido. Se trata, en suma, de un problema de prudencia y de madurez emocional del médico, pero de un contenido esencial para un abordaje habitual de la singularidad del acto médico, más si anda de por medio, un planteamiento cristiano de la vida y de la profesión.

Referencias

- Juan Pablo II, *Dives in misericordia*, 1986.
- Pablo VI, “Allocution a des medecins” in *Documents Pontificaux de Paul VI* (St. Maurice, Switzerland: Editions Saint-Augustin, 1970, p. 701.
- Miguel de Unamuno, *Del sentimiento trágico de la vida*, Espasa-Calpe, Madrid 1994.
- Pellegrino, E.D.: “The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic”, en *Journal of Medicine and Philosophy* 24(1999): 243-266, © Swets & Zeitlinger.
- Pellegrino, Edmund.D. y Thomasma, David.C.: *The christian Virtues Medical Practice*, Georgetown University Press, 1996. Ver también *Las virtudes cristianas en la práctica médica*, excelente traducción al castellano por Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2008. Las citas a pie de página de este artículo se hacen desde la versión en castellano.
- Wojtyla, K.: *The acting person*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holland, (1979); y Juan Pablo II, *Cruzando el umbral de la esperanza*, Plaza & Janés Editores, S.A., Barcelona (1984).

ENTREVISTA A EDMUND D. PELLEGRINO EN DIARIO MÉDICO

(DIARIO MÉDICO, 3 DE OCTUBRE DE 2005)

A sus 85 años, Edmund Pellegrino, uno de los padres de la bioética, continúa pasando consulta de Medicina Interna. No dejará de hacerlo ahora que emprende un nuevo reto: dirigir el trabajo del Consejo Presidencial de Bioética de Estados Unidos. En una entrevista concedida a DM tras la clase que impartió en el Master de Bioética de la Universidad de Navarra, repasa algunos de los temas más candentes en esta disciplina.

En España el principio de autonomía está pujando con fuerza: el consentimiento informado fue regulado en la Ley General de Sanidad y en 2002 se aprobó la Ley de Autonomía del Paciente. Este concepto es de origen estadounidense, donde su historia es mucho más larga. ¿Ha servido para mejorar la relación médico-paciente? ¿Ha tenido efectos secundarios?

—Es una pregunta muy interesante, porque la autonomía se ha convertido en uno de los temas cruciales del debate bioético actual. La autonomía es la capacidad para el autogobierno, la autodecisión. Siempre ha estado ahí, incluso antes de que la bioética la descubriese, pues está inscrita en la dignidad de la persona. A mediados de los años 60 del siglo pasado se convirtió en objeto de la bioética al hacerse explícito que un paciente podía rechazar el tratamiento. Esto tuvo un precedente judicial en los años 40 que acabaría convirtiéndose en ley.

Sin embargo, hoy en día la autonomía ha tomado una deriva muy interesante en la mentalidad popular: no consiste ya en el derecho a rechazar, sino en la capacidad de pedir. Como médico, procuro vivir la información al paciente, hacerle comprender su patología y los tratamientos posibles para que, en su caso, pueda rechazar uno u otro. Pero la autonomía ha evolucionado hacia su absolutización, de modo que hay quienes piensan que si el paciente desea algo, el médico está obligado a proporcionárselo.

Sin embargo, el médico también es una persona, tiene derecho a su propia autonomía, aunque esto origine conflictos. Y de la misma manera que el médico no puede imponer nada a un paciente, el paciente no pue-

de imponerse al médico; de modo que si alguien, por ejemplo, pide al profesional que le ayude a suicidarse, el médico podrá decir: "No, soy un médico y eso va contra mi conciencia". El médico es libre y el paciente es libre; el paciente es libre para decir no al médico y, correlativamente, el facultativo tiene derecho a rechazar lo que el paciente pide.

En España es una queja común que la presión asistencial impide informar bien al paciente y a veces se delega esta misión en los formularios escritos. ¿No constituye esto una forma de abandono ante un cúmulo de información?

—Por supuesto que es un abuso. El médico tiene la obligación de decir al paciente cuál considera que es la elección más acertada. No puede dejarle sin más ante tres o cuatro opciones terapéuticas y pedirle que decida sobre una. Como profesional debo dar al paciente mi criterio, pero también la oportunidad de hacer cuantas preguntas precise —que dependerán de su nivel cultural y de la propia percepción sobre la enfermedad— para que luego pueda tomar una decisión. Lo contrario constituiría un abandono. La falta de tiempo no puede ser una excusa: el médico debe encontrar siempre la ocasión para informar al paciente, porque es lo que marca la diferencia en la relación clínica.

¿Qué lecciones pueden extraerse del caso Terry Schiavo?

—Es un caso tan complicado que es difícil concretar. Casi cada uno ha aprendido algo diferente y podríamos estar no menos de hora y media hablando sobre él. Pero si hoy me pide que concrete una lección es que ante casos tan complicados es importante anticiparse a los acontecimientos: que el médico discuta con el paciente desde la primera consulta qué debería hacerse en esas circunstancias, porque así se podrá conseguir el objetivo asistencial, que es respetar al paciente. En Estados Unidos tenemos a muchas personas en la misma situación que la señora Schiavo, pero no se han convertido en un caso Schiavo.

¿Habría sido mucho más fácil si Terry Schiavo hubiese redactado un documento de voluntades anticipadas?

—Sí y no. Las voluntades anticipadas no lo arreglan todo y generan también sus propios problemas. Pero en este caso nos habría servido para saber cuál era su deseo, sin tener que recurrir a su marido o a su familia.

Pero no está claro cuál fue la causa por la que Schiavo entró en estado vegetativo persistente. No parece que previamente sufriese una enfermedad grave. ¿Debe cualquier paciente otorgar un testamento vital?

—No. Si tienes alguien en quien realmente confíes, el consejo que doy a mis pacientes es nombrar un representante que decida, en caso de problemas, con el médico. Es una fórmula más eficaz y menos conflictiva que el documento de voluntades anticipadas, pero ésta será la fórmula idónea para quien no tenga alguien en quien apoyarse de verdad. El representante [al que en España se puede nombrar al otorgar el testamento vital, incluso sin incluir ninguna disposición concreta] conoce a la persona, sus valores, sus deseos y puede concretar mucho mejor con el médico cuál es la decisión más respetuosa con ellos. El problema del testamento vital es que es muy difícil anticipar las posibles situaciones en las que se encontrará uno durante el proceso de la muerte. En la clase que he impartido en el Master de Bioética de la Universidad de Navarra he dicho precisamente esto a los alumnos: “Vosotros, que sois médicos, ¿seríais capaces de redactar ahora un testamento vital con las instrucciones que deben aplicarse dentro de cinco años?”. Sólo si el paciente no tiene a alguien de su confianza el documento es un recurso. Yo he otorgado un poder de representación a mi esposa: si algo me ocurre, ella decidirá con el médico.

En España, muchos políticos son entusiastas del testamento vital e incluso algunos han inscrito el suyo ante la prensa...

—Probablemente se debe a que la mayoría de ellos son abogados... (entre risas).

El Gobierno español prepara una ley para autorizar la clonación terapéutica y la adjudicación de fondos para investigación está siendo mucho más generosa respecto a los proyectos que utilizan células embrionarias

que los que recurren a células adultas, aunque estas últimas ya hayan dado resultados clínicos...

—El recurso a las células embrionarias humanas no es ético, resulta científicamente cuestionable y simplemente innecesario. Soy partidario de la investigación, pero existe una fuente no problemática que son las células adultas. El embrión es un ser humano, digno de protección *ab initio*, y por eso soy contrario a la investigación que exija matar a un embrión para obtener sus células. No es que me oponga a la investigación, en absoluto, pero existe una fuente no problemática desde el punto de vista ético y con perspectivas clínicas que son las células adultas.

¿Por qué ha aceptado presidir el Consejo Presidencial sobre Bioética? Con 85 años y una trayectoria más que meritoria en este campo, ¿no le tienta renunciar a un puesto que ha sido, además, controvertido?

—Pienso que es muy importante el trabajo del Consejo, que consiste en describir a los ciudadanos cuáles son las cuestiones éticas en juego en un buen número de frentes, precisamente para que la gente tenga la mejor información disponible. La bioética afecta a la vida de todo el mundo: no es una disciplina para expertos. Por eso, después de tantos años de experiencia clínica, pienso que debo contribuir a ese debate, no para imponer lo que pienso, sino para avivarlo. Hasta ahora el Consejo ha hecho una gran labor en este sentido y a mí me gustaría continuarla. Y respecto a lo de mi edad..., ¿por qué tendría que dejar de pensar a partir de los 85?

Sin embargo, algunas fuentes censuran que, al ser un comité de designación presidencial y no por el Congreso, es fácil que resulte partidista...

—Quienes afirman eso se equivocan de plano y no me conocen: ni a mí ni a Leon Kass, mi predecesor en el cargo. Yo no me vendo a nadie. Funciono como un individuo: no me dejo dar órdenes ni instrumentalizar. El presidente lo único que puede decir es: ésta es la pregunta que deseo que el consejo examine, pero la respuesta será absolutamente independiente. Esto no es como trabajar en un consejo asesor de ética para, por ejemplo, una compañía farmacéutica. De hecho, no cobro ni un dólar por este puesto.

La medicina de mejora es uno de los próximos temas que abordará el Consejo. ¿Qué retos plantea?

—Ya es un tema muy importante en bioética y en el futuro lo será aún más. Este tipo de Medicina se refiere a la mejora de características personales. Por ejemplo: me gustaría ser más inteligente: ¿hay alguna técnica —la implantación de un chip en el cerebro— o algún fármaco que me haga más listo o, al menos, que amplíe mi memoria? Ya tenemos, en el deporte, conocimientos sobre cómo mejorar la musculatura. En el futuro hablaremos de mejorar la capacidad mental, el aspecto o prolongar la vida... y la ciencia tendrá las herramientas para hacerlo, así que a los bioéticos se nos planteará la pregunta de si podemos hacer todo lo que está a nuestro alcance.

¿Y la respuesta no es claramente afirmativa?

—No, en absoluto. ¿Hay alguna prueba de que una persona será mejor por ser más lista? Hitler era extraordinariamente inteligente, por ejemplo. Y lo mismo se puede decir de otros dictadores que acabaron con la vida de miles o millones de personas. No pretendo tener la respuesta a este problema: sólo aspiro a contribuir a su estudio en profundidad. Pero el simple hecho de que seamos capaces de hacer algo no significa necesariamente que debamos hacerlo y, de hecho, esta fue la pregunta fundamental que provocó el nacimiento de la ética de la biotecnología: ¿debemos hacer todo lo que esté al alcance de la tecnología? En un futuro próximo los biólogos podrán hacer ingeniería genética para mejorar la especie. Pero ¿quién decidirá qué significa mejor? ¿Los biólogos? Debemos prevenirnos contra la tiranía de los expertos. ¿Va a decirme un prestigioso científico qué es lo mejor para la especie? Son preguntas a las que un biólogo molecular no puede contestar.

El *Joint Centre for Bioethics* de la Universidad de Toronto hizo una encuesta entre expertos para detectar los retos bioéticos que el médico clínico afrontará en el futuro próximo ¿Cuáles son, en su opinión, esos retos?

—El primero será la absolutización de la autonomía de la que hablábamos antes, que se traducirá en el conflicto entre médicos y familiares sobre si el tratamiento está llegando demasiado lejos o, por el contrario, no se

está haciendo todo lo que se podría, como ya apuntó el estudio canadiense.

Un segundo problema es la interpretación de las voluntades anticipadas que, combinado con el anterior, puede derivar fácilmente en que la gente quiera decidir cómo muere. Esto nos llevaría a la pregunta de si debe permitirse el suicidio asistido, ya autorizado en Oregon y en Holanda, por poner sólo un par de ejemplos. El horizonte de regulación que se abre en estas materias suscitará, a mi juicio, un tercer debate: ¿hasta dónde puede llegar la intervención estatal?

Antes hablábamos de la investigación en células madre embrionarias, a la que me opongo por cuestiones de principio. Sin embargo, si obtienen un gran respaldo popular, no cabe descartar que los votantes exijan a los políticos que los médicos no puedan negarse a hacerlo, so pena de perder la habilitación para ejercer. Algo parecido podría ocurrir con la medicina perfectiva, es decir, que se negase la objeción de conciencia al entenderse como una prestación ordinaria más. Y esto plantea la gran pregunta de la Medicina, pues mi papel, en principio, es curar a gente enferma, no mejorarla.

El trasplante de cara, para el que un hospital de Cleveland ha pedido ya autorización y ha comenzado a seleccionar pacientes, ha suscitado también un gran debate ético, y autores como Arthur Caplan se han opuesto públicamente a esta iniciativa...

—Pienso que es una cuestión de grado. Si la deformación es grave y resultado de un accidente o de un tumor que invade la cara, lo veo como posibilidad. Si el objetivo es sólo ser más guapo, a ese paciente le diría: usted está enfermo y lo que necesita es un psiquiatra. En el primer caso, la clave es que el consentimiento informado se haga correctamente, incluyendo que se trata de una técnica experimental cuyos resultados, por tanto, son inciertos.

En los próximos días, la Unesco tiene previsto aprobar la Declaración Universal de Bioética, que ha suscitado ciertas críticas, especialmente sobre la capacidad real de los países del Tercer Mundo para aplicarla.

—Conozco bien el texto porque formo parte del Comité de Bioética que lo ha redactado, pero ignoro las

modificaciones que el Comité Intergubernamental de Bioética —cuya representación es de orden político— haya podido introducir después. La controversia es inevitable (se ríe). Es difícil, en efecto, fraguar una norma o una serie de recomendaciones aplicables en contextos socio-económicos y culturales de lo más diversos. Pero lo que la Unesco pretende es que la bioética sea una preocupación universal, porque afecta a todo el mundo. En segundo término, los problemas éticos se han globalizado: aunque quisiéramos, no se pueden confinar a las fronteras de un país.

Por eso, lo que estas recomendaciones pretenden es precisamente proteger a esos países que carecen de cultura bioética o de instituciones que velen por el cumplimiento de la dignidad humana, especialmente en investigación. Es verdad que las palabras no significan lo mismo según las tradiciones culturales: así,

por ejemplo, la autonomía entraña cosas muy distintas en Japón o en un país de Europa Occidental; y, en ese sentido, la Declaración no puede ser perfecta. Pero aun así, el esfuerzo merece la pena porque la globalización de la bioética exige unos ciertos criterios comunes para dar respuesta.

En Estados Unidos, la teología ha jugado un papel en la bioética, que en otros países se excluye como elemento alterador del debate.

—Es la postura típica de una visión política laicista y atea. La mayoría de la gente en Estados Unidos profesa un credo y por eso tenemos que considerar la perspectiva religiosa, pues al final la bioética versa sobre qué está bien y qué está mal, una cuestión también teológica. Otra cosa es que en el debate debemos recurrir a la razón y a la ley natural inscrita en la dignidad humana, no imponer un credo.