

FUNDAMENTACION DE LA BIOETICA

CONFERENCIAS

LA MEDICINA COMO PROFESION ETICA

H. Jochemsen, PhD¹

1. INTRODUCCIÓN

Durante las últimas decenas la medicina moderna está dominada más y más por la ciencia biomédica y la tecnología. Esto ha creado muchas posibilidades médicas positivas. Pero también tiene su lado negativo. Cada vez más la profesionalidad es entendida en términos de conocimiento científico aplicado en habilidades técnicas. Combinado con un énfasis en la autonomía del paciente esta visión y práctica de medicina ha favorecido una juridificación y comercialización de la medicina. En este enfoque la medicina consiste en proveer un servicio a la petición del cliente/paciente en vez de dar cuidado y asistencia basada en una indicación médica profesional, siendo la petición o el consentimiento del paciente una *conditio sine qua non*. En la primera visión de la medicina, la ética comprende una reflexión desde fuera de la medicina y se concentra más bien en los derechos y los objetivos de pacientes y en los límites técnicos y financieros del tratamiento médico, que en una medicina moralmente buena.

En mi opinión este desarrollo no conviene. El concepto tradicional de la medicina ha sido que el médico combina conocimiento y habilidades específicas profesionales con una determinada posición moral, a saber, la dedicación al bien de la vida y de la salud del paciente. Pienso que también en nuestra sociedad moderna vale retener este concepto de la medicina. Pero hace falta una justificación y una nueva exposición filosófica de este concepto. El propósito de mi ponencia es justamente presentar tal justificación filosófica. Esta nos facilitará también interpretar y evaluar con más precisión los desarrollos modernos descritos arriba en breve con los que la medicina debe encararse.

Elaboré esta justificación en dos pasos, partiendo de la posición de que se puede describir la medicina como una práctica social y normativa. En primer lugar analizaré la estructura de tal práctica normativa en general. En el segundo paso elaboraré este análisis general para la medicina. En la última parte de mi presentación formularé las implicaciones del modelo en el carácter y la dirección deseada de la medicina en nuestras sociedades.

2. UN ANÁLISIS DE PRÁCTICAS NORMATIVAS.

La estructura

Comienzo mi presentación de la medicina diciendo que ésta se puede entender como una práctica social. Uso el término práctica social en un significado específico. Tomé el concepto de la práctica social normativa en primera instancia de la definición de A. MacIntyre. Sin embargo lo desarrollaremos de una manera específica. La definición de MacIntyre dice: "Por una práctica entenderé alguna forma coherente y compleja de una actividad cooperativa humana que es socialmente establecida, y a través de la cual bienes internos a esta forma de actividad son realizados al tratar de alcanzar tales criterios de excelencia que son apropiados y que parcialmente definen esta forma de actividad, con el resultado de que la posibilidad humana de alcanzar la excelencia, y los conceptos humanos de los objetivos y bienes involucrados, se extienden sistemáticamente".² Esta definición indica los elementos esenciales de una práctica normativa.

a) Una práctica es una forma coherente de una actividad humana socialmente establecida. Quiere decir que la práctica existe antes de que el individuo concreto entre en la práctica. El individuo es introducido en la práctica como una cierta manera de hacer las cosas. Esto implica que en primera instancia la práctica forma la conducta del practicante y que solamente en la segunda instancia el practicante individual forma la práctica. Esto ya indica que el concepto del cuidado médico como una relación voluntaria entre dos actores racionales libres, como figura en la ética

médica liberal que domina en muchas partes, contradice esta visión de la medicina como una práctica y contradice la realidad clínica.

b) El segundo elemento esencial en el concepto de la práctica es que está dirigido a la realización de 'bienes internos'. Estos bienes internos muchas veces se interpretan en términos de objetivos. Pero objetivos siempre se relacionan con agentes individuales o colectivos. Y los objetivos formulados por tales agentes no necesariamente constituyen los bienes internos de una práctica. Los bienes internos forman parte de la naturaleza misma de la práctica, no se fundan en la intención del agente. Por ejemplo, una persona puede jugar al billar frecuentemente con el objetivo de hacerse el mejor jugador de un club. Pero no se puede considerar este objetivo como el bien interno del juego del billar. Su bien interno es jugar los mejores tocadas posibles, dentro de las reglas del juego. Aun ganar o perder un juego no es el bien interno, aunque será generalmente el objetivo del jugador.

Para evitar la ambigüedad del término 'bien interno' preferimos hablar de destino o finalidad de una práctica.³ La finalidad de una práctica determina qué objetivos son apropiados dentro de esta práctica. Al mismo tiempo la finalidad de una práctica deja espacio a un número de objetivos personales que pueden fijarse dentro de una práctica específica.

c) El tercer elemento que quiero enfatizar es que una práctica tiene criterios de excelencia. Estos criterios definen la práctica excelente y al mismo tiempo proveen pautas para evaluar las actividades de los agentes individuales. Podemos considerar las acciones humanas en una práctica como conducta

guiada por reglas, y los criterios de excelencia los entendemos como las 'reglas del juego'. Cuando alguien observa bien las reglas del juego, realizará la finalidad de la práctica. Un agente que es capaz de observar bien las reglas es un agente competente. En breve: practicar es ejecución competente.

En este contexto el concepto de regla no se refiere tanto a las reglas en el sentido de 'saber que', que implica la capacidad de formular las reglas aplicadas. Más bien se refiere a reglas en el sentido de 'saber como', que es una conciencia intuitiva de las reglas que consiste en la capacidad de actuar conforme a ellas y de evaluar si una aplicación específica es correcta. Un ejemplo para clarificar: es fácil ver que ejecutar una práctica, por ejemplo tocar el violín, jugar billar o practicar medicina no se puede aprender solamente por instrucción teórica sobre esta práctica, sino que es indispensable involucrarse en tal práctica. Así que la competencia existe en la capacidad de actuar conforme a las reglas (generalmente implícitas) de una práctica específica. Estas reglas tienen una naturaleza intrínsecamente normativa en el sentido que proveen la posibilidad de evaluar si las acciones realizadas dentro de una práctica son correctas.

Combinando e integrando las observaciones mencionadas arriba describimos una práctica como una forma coherente de actividad humana en que reglas relacionadas a la naturaleza interna y a la finalidad de la práctica definen las competencias y los criterios de una ejecución adecuada de tal práctica. A esas reglas definitivas las llamamos reglas constitutivas. Este concepto expresa la visión de que la estructura normativa de una práctica debe considerarse como el 'campo de

juego' para realizar los objetivos concretos dentro de esta práctica. En nuestro modelo las reglas constitutivas hacen posible que una práctica específica sea reconocible como tal práctica.

A este aspecto de la estructura formal de una práctica le llamamos su lado constitutivo.

Las reglas constitutivas

Una pregunta importante que surge del análisis hecho hasta aquí es: ¿cómo podemos descubrir las reglas constitutivas de una práctica? Para este punto usamos la filosofía de los holandeses Dooyeweerd y Vollenhoven. Ellos distinguen en la realidad un número de aspectos modales. Por un aspecto se entiende un modo irreductible de la experiencia humana que al mismo tiempo constituye un punto de vista con el que se pueden evaluar las maneras de realizar una cierta práctica. En todas las prácticas, siendo formas coherentes de actividades humanas, se pueden distinguir estos aspectos. En otras palabras, la práctica funciona en todos los aspectos. Esto implica que la manera en que una persona realiza una práctica puede evaluarse desde los distintos aspectos modales. Por ejemplo la práctica de tocar el violín puede evaluarse, entre otros desde el punto de vista lógico-analítico, técnico, social, económico, jurídico, estético y ético. La evaluación desde estos puntos de vista necesita reglas como criterios. Estas reglas pueden derivarse de los distintos aspectos que cada uno tiene como valor central, del que se deriva un principio normativo. De un principio normativo se pueden desarrollar reglas más concretas.

Estas reglas derivadas de los aspectos modales pueden identificarse con las reglas

constitutivas mencionadas arriba. De manera que cada uno de los aspectos en que una práctica funciona provee reglas constitutivas que definen la ejecución competente de esta práctica. En otras palabras, *la ejecución competente necesita la realización simultánea de todas las reglas constitutivas.*

Todas las prácticas funcionan en todos los aspectos, pero las reglas derivadas de los distintos aspectos juegan papeles distintos en prácticas diferentes. Es preciso distinguir entre tres tipos de reglas constitutivas, al saber reglas constitutivas en un sentido calificador, en un sentido fundador y en un sentido condicional. Las reglas calificadoras son derivadas del principio normativo del aspecto que a una cierta práctica da su carácter específico. Ese aspecto llamamos el aspecto típico o calificador, que está directamente relacionado con la finalidad de la práctica de que se trata. Por ejemplo, está claro que la práctica de un músico es calificada estéticamente y que la práctica de un ejecutivo de un negocio es calificada económicamente. Así que las reglas derivadas de este aspecto calificador son las reglas constitutivas en un sentido típico o calificador para la práctica.

Las reglas relacionadas con el aspecto fundador prescriben las actividades características de una cierta práctica. En prácticas de asistencia es el aspecto técnico. Las reglas derivadas de este aspecto son las reglas constitutivas fundadoras. Los otros aspectos, como el aspecto social, el económico y el jurídico son los aspectos condicionales de los cuales se derivan las reglas condicionales. La observancia de las reglas fundadoras y condicionales está guiada por las reglas calificadoras. Una ejecución adecuada competente

de una práctica exige la realización simultánea de todas las reglas constitutivas. En una evaluación de la manera en que un cierto agente ejerce su práctica, esas reglas constitutivas funcionan como normas.

El aspecto regulativo

Antes de elaborar este análisis abstracto para la práctica médica, un elemento más debe mencionarse. El lado constitutivo de una práctica se refiere a las reglas constitutivas normativas que se relacionan con los variados aspectos y que al mismo tiempo son perspectivas desde las que se puede evaluar el ejercicio de una práctica. Sin embargo tal evaluación siempre involucra una interpretación específica de las reglas (igual que, por ejemplo la interpretación de una pieza de música también depende de las ideas del músico acerca de la manera en que la pieza debe entenderse y tocarse). En otras palabras, la ejecución de una práctica siempre se realiza dentro de un cuadro interpretativo con respecto al significado de esta práctica para la vida humana y la sociedad y por lo tanto con respecto al carácter y propósito que la ejecución de esta práctica debe tener. A este elemento interpretativo le llamamos el lado regulativo de la práctica. En este contexto conceptos del mundo y de la vida tiene una función regulativa: la manera en que la gente actúa en prácticas concretas, depende de su concepto del significado y de la coherencia de la realidad. La estructura constitutiva no determina la dirección en que las reglas constitutivas son aplicadas en la ejecución de alguna práctica. Las reglas de un juego no determinan el curso que un juego, de un match concreto, sino solamente qué

maneras de jugar son correctas. Es parte de su carácter de prácticas normativas que solamente puedan desenvolverse por ideas regulativas acerca del significado y de la coherencia de la experiencia humana. Más generalmente podemos decir que la conducta humana y también la reflexión teórica acerca de ésta, se regula por conceptos de la vida y del mundo. Esto también se aplica a ideas acerca de la ejecución adecuada de la práctica médica.

3. ANÁLISIS ESTRUCTURAL DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Reglas constitutivas.

¿Que significa este análisis teórico de prácticas sociales respecto a la práctica médica? Para descubrir las reglas constitutivas de la práctica médica, y sobre todo las reglas calificadoras, comencemos con lo que el médico holandés prof. G.A. Lindeboom llamó la situación médica básica: "La situación médica básica se presenta donde una persona enferma pide ayuda a un médico. La persona enferma es un ser humano necesitado a causa de su condición física o mental. En esta necesidad pide la ayuda de alguien de quien cree que es capaz y está dispuesto a darla".⁴ Esta situación médica básica consta de tres elementos:

1. La apelación del paciente que sufre;
2. La competencia especial del médico;
3. El carácter profesional de la práctica médica.

Este último elemento es fundamental para los dos anteriores. Una profesión puede describirse como un "cuerpo de personas involucradas en una vocación", en que la

vocación puede formularse como "rendir un servicio público".⁵ Algunos autores hablan de prestar desinteresadamente un servicio público.⁶ El juramento que generalmente realizan los profesionales antes de comenzar a practicar su profesión debe verse en este contexto. Este juramento tiene que dejar bien claro al paciente y al ciudadano en general que el profesional usará su conocimiento y habilidades especiales solamente en el mejor interés del paciente.⁷ Esta garantía de la dignidad de confianza de los profesionales es precisa porque manejan los intereses vitales de sus pacientes (el primer elemento) que no pueden controlar si el servicio prestado es en su propio interés, a causa del carácter especializado de las actividades profesionales.

Para mantener la confianza de la población la profesión necesita controlar la cualidad del servicio, de la asistencia que los miembros individuales prestan. Además la profesión debe estar dispuesta a rendir cuenta de sus actividades a la sociedad en general.

Combinando los tres elementos de la situación médica básica concluimos que la relación médico-paciente es esencialmente una relación de asistencia y cuidado. En nuestra opinión el principio de cuidado o, siendo más específico, de benevolencia⁸ constituye el valor central del aspecto ético. Quiere decir en términos del análisis presentado arriba, que la *práctica médica es calificada éticamente*. Esto implica que el principio director de la práctica médica es el principio normativo ético, a saber, la benevolencia. (Para nosotros este principio de benevolencia incluye el principio de beneficencia; se trata de querer el bien y de hacer lo bueno). Eso también quiere decir que el principio de

benevolencia dirige la evaluación de la práctica médica desde las otras perspectivas, usando las otras reglas constitutivas fundadoras y condicionales como normas. Un ejemplo puede clarificarlo.

En nuestra sociedad el médico se gana la vida por su práctica. Sin embargo nadie dirá que el carácter específico de la práctica médica consiste en ganar dinero. Tampoco nadie evaluará la cualidad del trabajo de un médico en base a la cantidad de dinero que gana. La razón es que la finalidad de la práctica médica es determinada por el aspecto ético del cual el valor central es la benevolencia: cuidar a gente que está necesitada a causa de sufrimiento físico o mental. Sin embargo, el aspecto económico es inherente e importante para la práctica médica. Para el médico ganar su vida no es un detalle sin importancia; además el uso del tiempo y de los recursos disponibles de una manera económica y eficiente, es parte de la ejecución competente de la práctica médica. Pero lo que se entiende por malgastar recursos dentro de la práctica médica debe determinarse en base a una verificación de lo que es necesario y efectivo desde el punto de vista médico ético, no desde el punto de vista estrictamente económico. Ya que la finalidad de la práctica médica se califica por el principio ético de la benevolencia. Esto también significa que medidas de limitar los gastos del sistema sanitario, deben evaluarse primeramente a la luz del principio de benevolencia y no primeramente en base a sus efectos sobre los ingresos de los médicos o sobre la libertad de tratamiento del médico en sí. Por otro lado, exigir del médico que seleccione los pacientes para ciertos tratamientos en base a otras razones que las razo-

nes médicas está en contra de los elementos constitutivos de la práctica médica. El médico debe hacer todo lo posible dentro de los límites puestos de ayudar y cuidar al paciente.

Vimos que las reglas relacionadas con el aspecto económico son constitutivas de la práctica médica, pero de una manera condicional, no de una manera calificador como el aspecto ético. Lo mismo puede decirse de los otros aspectos, por ejemplo los aspectos jurídico y social. A mas del aspectos calificador y los aspectos condicionales se puede distinguir el aspecto fundador. Para la medicina, como para las otras prácticas de asistencia humana, el aspecto fundador es el aspecto técnico que a su vez esta fundado en la ciencia. Desarrollaré brevemente el aspecto técnico ya que juega un papel tan importante en la medicina moderna.

Tratando de asistir al paciente un médico debe aplicar su conocimiento científico y sus habilidades técnicas. La medicina moderna especializada tiene un carácter altamente técnico y es inconcebible sin tecnología. En muchas situaciones la tecnología aún parece ser constitutiva de una manera calificadora de la medicina, como si el aspecto técnico califique la medicina. Sin embargo, esto es incorrecto y aún peligroso. Las posibilidades técnicas no deben usarse sin más porque la técnica exista y pueda tener algún efecto fisiológico. Si una técnica disponible debe usarse o no depende de la pregunta: si a la luz del principio de benevolencia la técnica es medicamente (que es más amplio que fisiológicamente) indicada o no. El hecho de que el médico debe continuar su cuidado aun cuando ya no existen posibilidades técnicas de curar al paciente, también demues-

tra que no es la técnica, sino la ética la que califica la medicina.

Al mismo tiempo está claro que la técnica médica es constitutiva para la medicina, y bien de una manera fundadora. No sólo la medicina es imposible sin tecnología, sino que el aspecto médico-técnico también da su propio contenido al cuidado del médico. Es evidente que el cuidado de un médico por un paciente es totalmente distinto del cuidado de una madre por su hijo o de la asistencia de un trabajador social a un anciano. El cuidado del médico por su paciente recibe su contenido del campo de la competencia del médico. El cuidado médico está relacionado con la enfermedad del paciente, es decir a la distorsión en el aspecto somático o psíquico de la vida normal. Un médico define y trata enfermedades de acuerdo a las habilidades y el conocimiento que aprendió durante su formación. Pues una intervención médica siempre se basa en una opinión médica. Entonces, este modelo sostiene la opinión tradicional que un tratamiento médico exige una justificación positiva de una indicación médica profesional. La petición o el consentimiento de un paciente (competente) es una condición esencial para un tratamiento, pero no es su justificación. (En este contexto las reglas constitutivas relacionados con el aspecto jurídico juegan un papel. El espacio disponible no permite una elaboración).

Reglas regulativas

Vimos arriba que prácticas normativas como la práctica médica no solamente tienen un lado constitutivo o estructural sino también un lado regulativo. Este concierne a conceptos del mundo y de la vida que proveen un cuadro

interpretativo para la experiencia y actividad humana. En la práctica médica, las ideas regulativas, tanto de médicos como de pacientes, acerca de sanidad, enfermedad, medicina, la vida buena etc. influirán en la manera en que se aplican las reglas constitutivas.

Muchas veces las ideas o conceptos regulativos quedan implícitos en la práctica médica. Hoy día ideas que trascienden el conocimiento positivo de las ciencias parecen haber perdido su legitimidad en el debate público. Conceptos del mundo y convicciones religiosas se ven generalmente como perspectivas subjetivas que no pueden justificarse racionalmente. Pero el hecho de que sea imposible dar una justificación científica de nuestras convicciones fundamentales no quiere decir que no sean importantes. En un sentido se puede decir que la rotura entre la visión clásica y la moderna de la medicina es una rotura entre una medicina integrada en un concepto metafísico o religioso del mundo y la medicina moderna que ha perdido estas conexiones. Pero justamente cuando la práctica médica ya no se regula por una visión común de la vida, está amenazada por expectativas no realistas. En nuestra cultura el razonamiento científico parece ser obligatorio. La ciencia se ha convertido en su propio cuadro regulativo. Este es la razón de que la ciencia y la tecnología puedan jugar un papel aparentemente autónomo en la práctica médica. Para mantener un sistema sanitario que sea éticamente justificado y sostenible es preciso explicitar las ideas regulativas predominantes y discutir las en la sociedad. En esta discusión no hay por qué de silenciar o menospreciar convicciones religiosas, como a veces ocurre en las sociedades

modernas secularizadas. Cada uno tiene sus convicciones metafísicas o religiosas. La misma opinión que se debe dejar convicciones religiosas fuera del debate público, es una convicción relacionada con un particular concepto de la vida. No hay por qué este concepto dominaría el debate público.

4. CONSECUENCIAS DEL MODELO NORMATIVO DE MEDICINA

¿Cuales son las implicaciones y cual es la importancia del modelo normativo de medicina que hemos presentado arriba? Mencionaré brevemente algunas implicaciones importantes.

a) La medicina no es ciencia aplicada, ni es meramente técnica. Hay una diferencia esencial entre la práctica médica y la ciencia médica. Esto es el trasfondo esencial del código de Nüremberg (1947) sobre investigación médica con pacientes que más tarde se elaboró en la declaración de Helsinki (1975). Esa diferencia se esfumará cuando se considera el médico como un técnico médico que presta servicios médicos a la demanda del paciente y cuya profesionalidad se basa mayormente en su competencia médica técnica. El peligro de eso es que el cuidado médico se convierte en una actividad primeramente técnica. Entonces la medicina trataría la patología de un paciente en vez de cuidar a una persona que tiene una patología. Nuestro modelo puede ayudar a evitar tal confusión.

b) La medicina no es la prestación de un servicio o de un producto a la demanda del comprador. El principio director de la medicina es cuidado, en el sentido de benevolencia y beneficencia. La medicina no es una actividad primordialmente económica. Sin

embargo, tiene un aspecto económico y las reglas económicas también son reglas constitutivas. Quiere decir que el médico también debe observar las reglas económicas. Quiere decir que en su cuidado médico trata de alcanzar de la manera más económica posible los objetivos que son medicamente posibles y éticamente justificables. El uso eficiente de los recursos disponibles es parte de la práctica competente de la medicina. Pero cuando se considera el cuidado médico nada más que como una forma de producir productos o servicios, los que no tienen capacidad adquisitiva sufrirán.

La observación que las acciones médicas se basan en la ciencia y la técnica médica implica que la razón de los intervenciones médicas no es la petición del paciente, sino la indicación médica. Un elemento importante de una profesión es justamente que las actividades profesionales deben justificarse por una razón profesional.

Por otro lado, el aspecto jurídico también es constitutivo de una manera condicional. Es decir que en el cuidado médico, el médico debe observar las reglas jurídicas. Una de estas reglas más importantes es el respeto por las decisiones y la libertad del paciente. Es decir que una condición para una intervención médica es el consentimiento, o por lo menos la aprobación del paciente.

c) La medicina es éticamente calificada, no religiosamente. (Religioso en este contexto se entiende de una manera amplia, como una característica antropológica; tiene que ver con la relación con lo que se considera como realidad última). ¿Que quiere decir eso? Quiere decir que la medicina no debe proveer el cuadro conceptual que ultima-

mente da significado y orientación en la vida. La medicina debe integrarse en una visión más amplia de la vida y de su sentido y destino. Cuando la medicina se hace su propio cuadro interpretativo, indicando el sentido de la vida, el modelo médico del ser humano se hace el modelo de significado último para el ser humano. Pero este modelo no da lugar suficiente a la espiritualidad del ser humano, porque la medicina moderna tiene una visión reduccionista y funcionalista del ser humano. Siguiendo este modelo las actividades médicas dirigidas a mantener o restaurar la salud se volverían actividades religiosas. Pero cuando la medicina se convierte en su propio cuadro interpretativo y significativo, ya no hay un punto de referencia para criticar y limitar la medicina. Implicaría que las posibilidades médicas no sólo influirían, sino que determinarían el desarrollo de la medicina. Es una visión errónea.

Una consecuencia de este razonamiento es que no se debe permitir que el médico termine intencionalmente con la vida de un ser humano. En otras palabras, esta visión de la medicina se opone al aborto y a la eutanasia. ¿Por qué? Porque cuando la medicina pretende tener la competencia de decidir si se puede acabar con la vida de un ser humano, la medicina asume un carácter religioso. Porque la terminación intencional de una vida humana implica una decisión acerca de la oportunidad y valor de esta vida. Pero solamente en base a una convicción que se basa en la realidad última, uno podría tomar tal decisión que tiene, por tanto, un carácter religioso. En otras palabras, donde en la justificación de sus acciones el hombre o la sociedad transcienden el valor de la vida humana, se trata

de una decisión o justificación religiosa. De manera que cuando en la medicina se pretende poder disponer de una vida humana, la medicina se convierte en una actividad religiosa que implicará una reducción seria de la vida humana, como vimos arriba. Concluimos que, aun aparte de todos los argumentos jurídicos y éticos en contra del aborto y de la eutanasia, existe el argumento de que también corrompe la medicina tal y como se ha desarrollado en nuestra cultura y ha sido un sostén de la humanidad de nuestra cultura.

Finalmente, quiero subrayar que cuando la medicina no mantiene su propia estructura normativa, se volverá más fácilmente en un instrumento de la ideología o de la clase política predominante en una sociedad. La historia ha demostrado que es peligroso. Pensamos que nuestro modelo de la práctica médica puede resguardar a la medicina de tal abuso y mantenerla como un instrumento de verdadera humanidad.

Bibliografía

1 Henk Jochemsen es el director del Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituto, Centro de Ética Médica, Postbox 224, 6710 BE EDE, Holanda, Tel. 31 318 696333, fax 31 318 696334. E-mail: Lindinst@che.nl. El contenido de esta ponencia es parte del resultado de un proyecto (no. 91-88) que el Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituto ha realizado por el Ministerio de Salud de Holanda. A este proyecto han contribuido también dr. J. Hoogland, drs. J.J. Polder y dr. S. Strijbos.

2 MacIntyre A. *After virtue. A study in moral theory.* London: Duckworth 1981, p.175.

3 Para la diferencia entre objetivo y finalidad véase: Dooyeweerd H. *A new critique of theoretical thought.* Amsterdam/Philadelphia: The Presbyterian and Reformed Publishing Company 1953-1958, vol.III p.570, 571.

4 Strijbos S. (ed.), *De medische ethiek in de branding - Een keuze uit het werk van Gerrit Arie Lindeboom*, Amsterdam 1992, p. 121, 122.

5 Véase 'profession' in Webster's third new international dictionary.

6 Véase por ejemplo: Unschuld, PU. *Professionalisierung und ihre Folgen*. In: Schipperges H, Seidler E, Unschuld PU. (eds). *Krankheit, Heilkunst, Heilung*. Freiburg/München 1978: p.519, 520. Unschuld concluye que el significado central del concepto de profesión es la disposición de proveer desinteresadamente un servicio público y la independencia en realizar el trabajo típico para la profesión.

7 Esta dedicación ética de la profesión médica es formulado también en códigos éticos médicos. Por ejemplo la declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial dice: "La salud de mi paciente será mi primera consideración" y la declaración de Helsinki dice en su introducción: "Es la misión del médico de guardar la salud de la gente".

8 Cf. Puolimatka T. *Moral realism and justification*. Helsinki: Suomalainen Tiedekatemia 1989, p.143-154. Puolimatka define benevolencia como "una actitud normativa que considera el bienestar de otras personas como de valor intrínseca", p.144.