



# 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 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 más 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*<sup>1</sup>. 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 más 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 beneficente”: 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 trabajo<sup>2</sup> y en alguna medida ha sido sintetizado con anterioridad: Es la historia de la ética de la virtud. Sí 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 si 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 arroja 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 un 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 vigentes<sup>3</sup>. En el olvido de la propia historia de la Medicina y de las vidas de sus grandes médicos, mucho más 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 práctica 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 a la mera lectura de los códigos profesionales. Es el reconocimiento franco de que nuestros fallos en el carácter de los médicos<sup>4</sup> y no carencias en el lenguaje de los códigos. La necesidad de restaurar las virtudes del carácter y las virtudes médicas 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 atmósfera 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.