



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

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

MANUEL DE SANTIAGO<sup>1</sup>

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 clínica<sup>2</sup>. 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-

<sup>2</sup> 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)

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 sociedad<sup>3</sup>. En la medida en que los paulatinos cambios en la práctica de la Medicina se suceden hoy en el mundo occidental, la im-

<sup>3</sup> 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 conferencia<sup>4</sup> 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 *príus* 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 moral<sup>5</sup>. 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 antes para entender la Medicina como empresa moral, que fue el desafío que se impuso Pellegrino<sup>6</sup>. 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.

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.

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

–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 político<sup>7</sup> y en otros un ámbito legal de mercantilización abierto al mercado<sup>8</sup>.

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”<sup>9</sup>–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 genuina<sup>10</sup>.

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 moral<sup>11</sup>. 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...”<sup>12</sup>. 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 Pellegrino<sup>13</sup>. 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 seguros<sup>14</sup> –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 sanitario<sup>15</sup>. 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 décadas<sup>16</sup>, 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.

<sup>16</sup> 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 Grifols 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 médico<sup>17</sup> 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 *obscureció* 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.

<sup>17</sup> 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*<sup>18</sup>. Siendo también muy cercano un tercer artículo titulado *The Good Doctor*<sup>19</sup> –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 contemporánea<sup>20</sup>. 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 contundente<sup>21</sup>, 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 bioética<sup>22</sup>, 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.<sup>23</sup> 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”<sup>24</sup>.

De los fines de la Medicina como él los entendía, se desprende que Pellegrino se revolvió contra tantas cesiones morales de la Medicina de su país: A la aprobación del aborto y del suicidio asistido<sup>25</sup> 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.

tionally 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 morales<sup>26</sup>.

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.<sup>27</sup> 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 sociales<sup>28</sup> 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*<sup>29</sup>; y todo, para mayor reserva, en medio

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*

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...<sup>30</sup>. 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 historia<sup>31</sup>. 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”<sup>32</sup>. 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.

*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 Pellegrino<sup>33</sup> en un editorial del *Journal of Medicine and Philosophy*, la revista que había fundado en 1976<sup>34</sup>. 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 debatían<sup>35</sup>. 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”<sup>36</sup>.

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 subtitulaba: “*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 proyecto<sup>37</sup>. 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?*<sup>38</sup>: 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*<sup>39</sup> 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*, *Peripatética* 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 *principlismo* de Beauchamps y Childress<sup>40</sup> 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 Osler<sup>41</sup> 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 aunarlos 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 aceptados<sup>42</sup>. 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.

<sup>42</sup> *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 médico<sup>43</sup> y de sus actores –el enfermo, la enfermedad y el médico– podía crear el *punte* 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

<sup>43</sup> 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*”,<sup>44</sup> 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 Wildes<sup>45</sup> 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 maestro<sup>46</sup>– 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

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

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 *tekné*–, es también una empresa moral<sup>47</sup>.

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”<sup>48</sup>.

Este modo de concebir la práctica médica–la doctrina de la sanación como identidad de la Medicina– explícita 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 Engelhardt<sup>49</sup>

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.

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– Wildes<sup>50</sup> 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 ignorar 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 cohesionar 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 “premise 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 “premise 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* médicos<sup>51</sup>. Y

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.

50 *ibid.* 3.

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 médica<sup>52</sup>. 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 misma<sup>53</sup>. 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 bueno<sup>54</sup>. Así pues, fines y bienes en la tradición filosófica están íntimamente relacionados. Para Aristóteles el fin de la Medicina –como ejemplo de *tekné*– 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 virtuoso<sup>55</sup>: 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 medicina<sup>56</sup> abarca para el maestro cuatro aproximaciones<sup>57</sup> 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 respetados

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 Thomasma<sup>58</sup>; 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”<sup>59</sup> derivadas del pensamiento de MacIntyre, virtudes a ejercitar por todos los agentes del acto médico y siempre por el médico<sup>60</sup>. 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 poeta<sup>61</sup>– 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.