



FORTALEZA Y TEMPLANZA

FORTITUDE AND TEMPERANCE

BORJA MONTERO SÁNCHEZ DEL CORRAL

Equipo de soporte domiciliario. Servicio Médico ICAM

Consulta Dres. Sales. C/ Núñez de Balboa 88, Bajo.

Madrid 28006.

Teléfono: +34 677 451 816

borjamonterosdc@gmail.com

RESUMEN:

Palabras

clave: bioética,
benevolencia,
beneficencia,
deontología.

Recibido: 22/01/2014

Aceptado: 24/02/2014

El ejercicio de la medicina interesa la vida y la salud de los seres humanos. La búsqueda del bien y la excelencia profesional en cada caso particular exigen del médico la práctica de virtudes profundamente implicadas en la propia esencia de la medicina. Con referencia al trabajo de Edmund D. Pellegrino se describe y reflexiona sobre la fortaleza y la templanza como virtudes médicas.

ABSTRACT:

Keywords:

biomedical ethics,
benevolence,
beneficence,
deontology.

Medical practice involves life and health of human beings. The search of the good and professional excellence in each particular case requires Doctors to practice virtues that are deeply implied in medical philosophy. Referring to Edmund D. Pellegrino's work, we describe and think about fortitude and temperance as medical virtues.

1. Introducción

Hace pocas fechas New England Journal of Medicine se hacía eco del galardón concedido a Graeme Clark y otros dos investigadores —el Premio Lasker Deakey, el equivalente a los Nobel en EEUU— por el desarrollo de los implantes cocleares. Titulaba el artículo: “Implantes

cocleares, ciencia, suerte y éxito”. El texto afirmaba que “el reto de restaurar la pérdida auditiva...fue formidable y requirió un extraordinario esfuerzo de investigación de décadas de duración”¹.

Se estima que más de 300.000 personas han recu-

1 NEJM. 369:1190-1193. September 26, 2013.

perado la capacidad auditiva. La revista hace mención a la desesperación, la depresión y el aislamiento de las personas sordas, el deterioro del desarrollo cognitivo en los niños, la dependencia de los adultos sordos y la pérdida cognitiva de los ancianos a consecuencia de ésta grave deficiencia.

Todavía resulta más interesante saber que —tal como cuenta Clark— el impulso para investigar y trabajar en ésta enfermedad fue la sordera de su padre. Recuerda la tristeza que le causaba verle —farmacéutico de profesión— pedir a sus clientes que elevasen el tono de la voz porque no podía escucharles adecuadamente.

No deja de ser llamativa la manera de titular el artículo de New England Journal. Parece un título sin la fuerza que requiere un logro para la humanidad de tales proporciones. Porque, sin duda, se trata es algo más que ciencia, suerte y éxito. Cuando contemplamos los testimonios de las personas sordas que han recuperado la audición, cuando vemos un niño que no puede oír la voz de su madre o una madre que no puede oír la voz del hijo, cuando simplemente pensamos que este déficit pudiera afectarnos a nosotros, es cuando entendemos el caudal de sufrimiento que está siendo evitado mediante los implantes cocleares.

¿Qué impulsa al Dr. Clark? ¿dónde radica ese impulso? ¿es sólo ciencia lo que ha movido a décadas de trabajo, estudio y costosos experimentos? Sin duda, el motor de la ciencia en este caso es el interés o la ambición de un médico por resolver un grave problema de salud, suscitado a partir de su experiencia y el propio sufrimiento personal.

Los avances científicos nos capacitan para llegar lejos, pero estos avances se producen porque hay retos que motivan a los hombres a más estudio, más inversión, más trabajo: duro, resistente a los fracasos, constante, para superar las dificultades y las desilusiones de toda ambiciosa investigación sin los cuales no se alcanza el éxito. Trabajo que implica entrega, esfuerzo y sacrificio.

Clark es un médico con una “herida” de su infancia, como hemos leído. Al que mueve en primer lugar el amor a su padre y después el deseo, la ambición humana legítima, de dar solución a un problema que a él tocó

su alma. Aspiró a conseguir que otras personas sordas y sus familias no sufrieran aquello que sufrió su padre. En efecto, los resultados y el esfuerzo de Clark durante años testimonian la virtud del agente, del hombre responsable del ejercicio de una de las “virtudes médicas” más necesarias a que hace referencia Pellegrino: la fortaleza.

En el fondo, la conducta de Clark está enraizada en el paradigma clásico de la medicina, en la esencia de la medicina hipocrática, donde la *philia*, fomentaba una relación de confianza² y daba lugar a un compromiso de servicio médico.

Esta *philia* está claramente imbricada en la consecución de un logro como el de los implantes cocleares. La búsqueda del bien, la *benevolencia* (bene-volere, querer el bien) más que la *beneficencia* hacia el paciente es el principio/virtud fundamental de la acción médica. Tras 2.500 años de medicina en occidente, el paradigma clásico, evolucionado, discutido y negado, y con tendencia a ser olvidado hoy, resulta ser, a mi juicio, el motivo fundamental de éste avance de nuestro tiempo. Y tiene algo de misterioso. El propio Dr. Clark, al recordar el camino recorrido, reconocía que no se podía imaginar dónde iba a llevarle, que no ha constituido algo dirigido, premeditado, sino simplemente intuido y deseado, que sentía que debía ser realizado. “Cuando probamos el primer implante en el paciente Rod Saunders y oyó por primera vez las palabras, salí del despacho y rompí a llorar”³.

Hay pues un hombre, un médico, cuya convicción y tenacidad ha permitido —junto al esfuerzo de sus colaboradores— cambiar la vida de miles de personas. Esto me hace pensar: ¿Por qué hago las cosas? ¿por qué soy médico? ¿cuál es mi *telos*, el fin al que tiendo?

¿Cómo puedo mantener —en esta sociedad compleja y a veces hostil— mis convicciones? Resulta edificante contemplar la determinación de Clark. A su ejemplo la pregunta ahora es: ¿cómo podemos mantener nuestros principios aun en contra de quienes nos rodean, de quienes detentan el poder, la autoridad e incluso de colegas

2 Moya Pueyo, V. y cols. *Deontología médica en el siglo XXI*, San Carlos, 2009, 50.

3 Pioneering Miracles: Professor Graeme Clark and Dr. Anders Tjellström. http://www.youtube.com/watch?v=vu1qmhL_QYE.

que conocen bien acerca del problema que tratamos? La respuesta se desliza sola: solo se puede soportar ésta o cualquier otra presión si se adquiere una gran fortaleza de ánimo, el hábito de resistir en nuestras convicciones más profundas. De nuevo se pone de manifiesto que en las cuestiones esenciales de la vida la opinión de las mayorías no es suficiente⁴.

2. La virtud médica de la fortaleza

Parece razonable sostener que la virtud de la fortaleza es necesaria para mantener los principios que inspiran a la profesión médica. Cuando todo se cuestiona o relativiza, cuando la tradición moral milenaria de los médicos es sometida a las presiones de nuestra sociedad, es necesario mantener los principios que nos identifican, que son nuestra razón de ser, si uno no quiere *disolve* en la cultura -tan frecuente hoy- de lo perecedero. En el mundo de la investigación como en el ejercicio de la actividad clínica solo el esfuerzo sostenido y la tenacidad, la aspiración a la excelencia, pueden orientar a un verdadero progreso de la ciencia y a una medicina que responda a los anhelos y las angustias de la persona enferma.

Para este cometido la "virtud médica" de la fortaleza es esencial. Pero ¿qué quiere decir ser fuerte, moralmente fuerte? Muchos piensan que la fortaleza como virtud es una "herencia" del modo cristiano de entender la vida. No es exactamente así. La Iglesia Católica define fortaleza como una "virtud moral que asegura en las dificultades la firmeza y la constancia en la búsqueda del bien"⁵.

Si bien es una de las virtudes cardinales de los cristianos, ya Platón y Aristóteles la descubren y contemplan ampliamente en sus escritos (siglo V a.C.). Para Aristóteles la fortaleza es una "disposición" (*hexis*) del carácter, siendo el carácter algo que puede ser entrenado, conformado desde fuera, de modo que la capacidad para

obrar de una determinada manera no será consecuencia exclusiva de los sentimientos o las pasiones sino de la razón "entrenada" con el objetivo de conseguir el bien⁶. El estagirita considera que la fortaleza es "llave" para conseguir otras virtudes. La sitúa en el punto medio de dos sentimientos extremos que serían la cobardía y la temeridad, de moderadora de ambos sentimientos para actuar de un modo noble. Santo Tomás de Aquino coincide con el filósofo en asociar la virtud de fortaleza a la firmeza.

Los médicos necesitamos de la fortaleza para hacer *lo correcto* cuando se requiere y es lo que se espera de nosotros dada nuestra misión. Para Pellegrino⁷ la virtud médica de la fortaleza es, con excepción de la templanza, la más difícil de practicar en el entorno de la Medicina norteamericana. El autor de este trabajo también lo ve así en nuestro medio, aunque en menor grado. La razón es que a la libertad originaria de la profesión durante más de veinte siglos, ha seguido una poderosa restricción y normativización en su ejercicio por el Estado y la sociedad. Un ámbito del ejercicio médico que pone de relieve la firmeza del médico es la contención del gasto. En sus esfuerzos por controlar el gasto sanitario, ya desde las instituciones públicas ya desde la empresa privada, los reglamentos y las limitaciones a los médicos se suceden, teniendo siempre como destino final el recorte de las prestaciones. Los médicos que se resisten disponen en su país de escaso apoyo. Entre nosotros tampoco la función de "guardián" del gasto está exenta de dificultades.

Pellegrino define la fortaleza médica como la virtud que inspira confianza en que los médicos resistirán la tentación de aceptar la pérdida de lo que estiman un "bien" para el paciente, ya sea por nuestros propios miedos (p.e. miedo al contagio de una enfermedad), ya por la presión de la sociedad o de la burocracia (p.e. "éste paciente tiene que ser dado de alta porque nos estropea la estancia media") y en cambio atenderá a sus

4 Vatican.va. Discurso del Santo Padre Benedicto XVI ante el Bundestag. Berlín. Jueves 22 de septiembre de 2011. http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2011/september/documents/hf_ben-xvi_spe_20110922_reichstag-berlin_sp.html

5 Catecismo de la Iglesia Católica, pag. 409, 1008. 1992. Isbn: 84-288-1102-4.

6 *Diccionario de Filosofía*, J. Muñoz. 2003. Espasa Calpe. ISBN: 84-670-1302-8.

7 Edmund D. Pellegrino and David C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*. January 15, 1993. ISBN-10: 0195082893. "Fortitude", p. 109-116.

convicciones y empleará su tiempo y su entrenamiento para buscar ante todo el bien del enfermo y el de la sociedad.

En nuestros sistemas de salud contemporáneos —que poseen muchos e importantes aspectos positivos— cada vez hay más cuestiones que suponen una amenaza para la práctica de un ejercicio profesional independiente. Para Pellegrino, el exceso de consideración a la autonomía —como el principio más importante en la relación médico-paciente— la legislación cada vez más profusa en Sanidad y la burocratización, y la “doble lealtad” hacia el paciente y hacia la empresa o la Administración que le contrata, son algunos ejemplos de la presión que los médicos soportan respecto a los deberes y esencia de nuestra profesión. El hábito de la fortaleza en la defensa de los principios morales de la medicina, resulta al final una garantía para el bien médico de la sociedad, e incluso nos defiende de nosotros mismos.

En definitiva, cuando un médico toma una decisión *con (junto a)* un paciente, ha de tener claro que la responsabilidad recae fundamentalmente sobre su persona y debe responder de ella ante su conciencia⁸, ante la comunidad a la que pertenece y ante la ley. De la toma de decisiones responde fundamentalmente él, no el servicio médico al que pertenece o la Administración, aunque con frecuencia ésta sea responsable subsidiaria. Esta firmeza de carácter exige el hábito continuado, tenaz, de la fortaleza.

Cuando percibimos claramente que esto debe ser así, nos vemos confrontados entre lo que debemos hacer y lo que la sociedad reclama de nosotros, desde la manera de ver y de actuar de la sociedad. Como escribe Laín Entralgo, el paciente forma parte de una sociedad en un momento concreto, y hay que entender y atender al paciente en dicho medio, de modo que no son fácilmente separables el paciente y la sociedad en la que vive⁹. Sin embargo, dentro de ésta comprensión, el médico debe buscar el *bien* inmerso en los avances de la tecnología, a pesar de las opiniones que cuestionan lo esencial en

nuestra profesión. Las técnicas de reproducción asistida son un ejemplo de ésta “tensión” moral en la que la tecnología al servicio de la vida corre el riesgo de convertirse en la cosificación del embrión. El respeto a la vida es otro claro ejemplo del contraste entre el deber médico y las corrientes socio-políticas (que han cristalizado en leyes) que pretenden reducir el ejercicio de la medicina a la mera ejecución técnica de lo dictado por otros.

En la Medicina clínica la mayoría de los médicos viven de sueldos, de alguien que les paga y que reclama una determinada ordenación del acto médico, frecuentemente burocratizado, al que se debe. En USA son los seguros médicos, en España la sanidad pública. Los efectos positivos de esta racionalización, como la contención de los costes sanitarios y la respuesta política a las demandas de la sociedad, no son despreciables. Pero sus efectos negativos no pueden obviarse: el médico ha visto reducida su capacidad de decisión moral y clínica, cuando no responsabilizado —como en el caso de los ginecólogos— de la práctica del aborto. Actuar con valentía, con coraje —expresión exterior de la fortaleza— es cada vez más difícil para el médico. Pero la responsabilidad moral de lo que hace permanece siendo suya. El recurso a *esconderse* en el equipo y disolver en él su responsabilidad no parece la solución —afirma Pellegrino—; aunque incluso como miembro de un equipo uno puede echar mano de esa imprescindible virtud de la fortaleza y estar atento a no lesionar el *bien* del paciente, su primer deber. La prudencia y la fortaleza son entonces, más que nunca, *re¹⁰queridas*. Resistir a los poderes fácticos implica siempre un riesgo que la prudencia puede prevenir, sin con ello renunciar a las propias convicciones.

Con frecuencia, ésta actitud benevolente, que nada tiene que ver con el paternalismo, pues como premisa solo quiere el *bien* del otro y no la imposición, exige la renuncia a los propios intereses, nos exige un esfuerzo, y nos impulsa hacia la búsqueda del bien apropiado en cada caso y situación.

8 Moya Pueyo, V y cols. *Deontología médica en el siglo XXI*. Editorial San Carlos. 2009. ISBN: 978-84-87694-98-1. P. 54.

9 P. Laín Entralgo. *El médico y el enfermo*. Ed. Guadarrama, 1969, 29, 54.

10 Pellegrino, E.D. and Thomasma, D.C.: *The Virtues in Medical Practice*. January 15, 1993. ISBN-10: 0195082893. “Temperance”. p. 117-125.

3. La virtud médica de la templanza

En una sociedad que legitima sus debilidades y pronta a la auto-indulgencia, —afirma Pellegrino—, las tentaciones contra la templanza en el comportamiento son muchas. Entre los profesionales se mueven en un amplio rango, desde el consumo de estupefacientes por el médico al abuso desmedido de la tecnología médica moderna y el gasto consiguiente. Aunque desde una larga tradición la templanza se concibe como una virtud del carácter que controla los abusos en la comida, la bebida y el sexo, el bioeticista aborda especialmente algunas de las pérdidas de esta virtud que pueden aflorar en la medicina moderna.

Por una parte lo que llama “jugar a ser Dios”. Por tal entiende Pellegrino, por un lado la desmesura en el uso de las tecnologías, como sustitución del esfuerzo y tiempos dedicados a la relación de amistad y confianza entre paciente y médico, que se produce en el encuentro clínico: una fe desmedida en la capacidad de la tecnología sobre las vivencias y los datos referidos por el mismo enfermo. Por otro, la tentación implícita, sutil, de disponer de un poder ilimitado sobre la condición humana a través de la tecnología. La tentación alcanza incluso a decidir por uno mismo lo que mejor conviene y debe hacer nuestro paciente, tendiendo a disminuir la consideración sobre sus valores y preferencias a la hora de aceptar o no pruebas diagnósticas o tratamientos. Una forma nueva de paternalismo anclado en los poderes de las tecnologías.

La adecuada valoración de cada paciente exige por tanto una exquisita conciencia del caso para evitar tanto los excesos como los abandonos. Somos nosotros, los médicos, los que en definitiva tenemos que actuar clínicamente, somos quienes debemos mantener el equilibrio, la armonía, la templanza: quienes debemos apreciar en el universo de cada paciente el mejor camino

para él en lo referente a su salud. Somos nosotros, los médicos, insustituibles en éste arte, para que el *bien* de la persona prevalezca sobre nuestra debilidad o nuestra prepotencia, sobre nuestros intereses, y sobre tantos otros enunciados teóricos e impersonales, intereses de terceros e incluso leyes injustas. Somos los garantes de los principios que constituyen nuestra profesión, y a quienes corresponde defenderlos.

Quizá ha llegado el momento de adquirir un verdadero protagonismo en la definición formal de la ética médica como una filosofía independiente. Y reivindicar nuestro cometido en la sociedad por el bien de la propia sociedad.

Referencias

- Catecismo de la Iglesia Católica, pág. 409, 1008. 1992. ISBN: 84-288-1102-4.
- Deontología médica en el siglo XXI. Editorial San Carlos. 2009. ISBN: 978-84-87694-98-1, 50.
- Edmund D. Pellegrino and David C. Thomasma: “Temperance” y “Fortitude”, *The Virtues in Medical Practice*. January 15, 1993. ISBN-10: 0195082893.
- Laín Entralgo, P.: *El médico y el enfermo*. Ed. Guadarrama, 1969. p. 29, 54.
- Muñoz, J. *Diccionario de Filosofía*, Espasa Calpe, 2003.
- Pioneering Miracles: Professor Graeme Clark and Dr. Anders Tjellström. http://www.youtube.com/watch?v=vu1qmhL_QYE.
- NEJM. 369:1190-1193. September 26, 2013.
- Rodríguez Duplá, L. *Ética*, BAC, 2001, cap. 7-9.
- Vatican.va. Discurso del Santo Padre Benedicto XVI ante el Bundestag. Berlín. Jueves 22 de septiembre de 2011. http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2011/september/documents/hf_ben-xvi_spe_20110922_reichstag-berlin_sp.html

