



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

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

MANUEL DE SANTIAGO

Comisión Deontológica, Colegio de Médicos de Madrid

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

C/ Peña Santa 55, 28034 Madrid

manueldesantiago@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

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

Recibido: 14/01/2014

Aceptado: 28/02/2014

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

ABSTRACT:

Keywords:

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

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

1. Introducción

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

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

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

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

2.1. *El bien del enfermo*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8 *Ibid.*, 1, 172.

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

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

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

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

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

2.2. Los cuatro componentes del bien del enfermo

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

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

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

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

13 Ibid. 1, 162-171.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14 Ibid. 1.

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

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

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

El pensamiento de Pellegrino rechaza esta perspecti-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1. La aproximación esencialista

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

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

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

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

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

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

21 Ibid. 1, 172-189..

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencias

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