



Tópicos

ISSN: 1666-485X

revistatopicos@hotmail.com

Universidad Católica de Santa Fé
Argentina

Brussino, Silvia L.
ETICA DE LAS VIRTUDES Y MEDICINA (II)
Tópicos, núm. 9, 2001, pp. 43-58
Universidad Católica de Santa Fé
Santa Fé, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28800902>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ETICA DE LAS VIRTUDES Y MEDICINA (II)^{*}

Silvia L. Brussino
UCSF-UNL

4. Los fines de la medicina en un contexto polémico.

De lo dicho en la primera parte surge que, para Pellegrino y Thomasma, la crisis de la medicina actual queda perfilada como una crisis interna, más exactamente como una crisis de la ética médica que, como tal, debe buscar resolverse también internamente, desde lo que constituye el núcleo inamovible de la medicina, pese a todas sus transformaciones: la relación médico-paciente.

Es importante destacar que la propuesta de los autores se construye en el marco del debate de la bioética internacional sobre la base de las profundas transformaciones producidas por el desarrollo de las ciencias biomédicas en la vida humana en general y en la práctica médica en especial, al modificar sustantivamente las actitudes y expectativas de las personas con respecto a la enfermedad, la reproducción y la muerte. El entusiasmo inicial, que llevó a poner el énfasis en el desarrollo ilimitado del potencial tecnocientífico y en las reformas de los sistemas de salud con criterios exclusivamente técnicos de eficiencia organizativa para equilibrar los enormes costos de una atención cada vez más compleja y la creciente demanda de servicios, ha cedido paso a una visión menos optimista, pero por ello mismo más realista y aguda, por cuanto implica un replanteo crítico de los fines y propósitos de la medicina. "Los fines de la medicina y no solamente sus medios están en tela de juicio. Con harta frecuencia suele darse por supuesto que las metas (*goals*) de la medicina son autoevidentes y está suficientemente comprendidas, siendo sólo necesario que se implementen

* La primera parte (I) de este artículo fue publicada en TÓPICOS N° 7, Santa Fe, 1999.

con sensatez. Nuestra convicción sin embargo, es que ahora resulta necesario un nuevo examen sobre tales metas. Sin tal reflexión, los esfuerzos que se están llevando a cabo en todo el mundo por reformar los sistemas de salud pueden fallar completamente, o bien no alcanzar todo su potencial. Las presiones económicas sobre la medicina proveen un fuerte incentivo para realizar este examen. La gran expansión del conocimiento médico y la comprensión de los problemas y posibilidades sociales, morales y políticas que tal expansión trae aparejadas, proveen una motivación no menos importante"¹.

La posición de Pellegrino y Thomasma con respecto a la reformulación de los fines de la medicina, se inscribe en lo que ha dado en llamarse una perspectiva "internalista" de la ética médica, en franca oposición a una línea "externalista"², que considera que los fines de la medicina son el resultado de una construcción social, por lo cual ésta es vista como un cuerpo de conocimiento en permanente evolución y un elenco variable de prácticas clínicas en las que no puede identificarse una esencia y unos valores intrínsecos. Para esta visión, los fines de la medicina, al ser reflejo de las épocas y las sociedades de las que la medicina es parte, deben ser puestos al servicio de lo que la sociedad estime, estando sólo sujetas a las mismas restricciones que el resto de las instituciones sociales³.

¹ "The Goals of Medicine: Setting New Priorities", The Hasting Center Report, Suplemento especial, noviembre-diciembre 1996, (trad. de P. Rodríguez del Pozo), distribuido en Argentina por la Asociación Argentina de Investigaciones Éticas-Comité de Ética para Investigaciones Clínicas, p. 5. El informe es el resultado del trabajo realizado por un grupo internacional de especialistas representantes de trece países (Chile, China, la República Checa, Dinamarca, Alemania, Indonesia, Italia, Holanda, la República Eslovaca, España, Suecia, el Reino Unido y los Estados Unidos) a lo largo de cuatro años, coordinado por el Hasting Center y con apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

² Representan esta línea T. Beauchamp y J. Childress (*The Principles of Biomedical Ethics*, cit.), R. Veatch (*The Patient-Physician Relation*, Indiana University Press, Bloomington, 1987), H.T. Engelhardt Jr. (*The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York, 1986).

³ Cf. "The Goals ...", cit., pp. 14-15. El grupo que suscribe el informe se inclina por una complementación de ambas visiones: "Una medicina que no posea una dirección interior o valores centrales será fácilmente victimizada o mal utilizada por la sociedad debido a la falta de recursos con los cuales resistir las usurpaciones en su contra, como notoriamente ocurrió con la medicina nazi y

Se entiende entonces que el énfasis puesto por estos autores en el dilema que enfrenta la medicina actual y en la recuperación de sus fines tradicionales como respuesta a la crisis, se inscribe dentro de un debate que en la bioética norteamericana ha adquirido un tono especialmente polémico.

5. La teleología de la práctica médica. Beneficencia sin paternalismo.

La vía propuesta por los autores consiste en utilizar un método filosófico: la reflexión crítica, prescindiendo del contenido de una filosofía determinada, para derivar de la relación médico-paciente (en la que como vimos queda centrada la medicina como actividad-comunidad) cuáles son sus requerimientos éticos y qué combinación de principios y virtudes ilustra mejor esos requerimientos. De modo que la corrección y bondad de las decisiones y acciones de los agentes morales involucrados (médicos y pacientes) se determina según su grado de aproximación a los *fines de la relación*, constituidos así en criterio ético por excelencia.

Se puede admitir que los fines últimos de la medicina son la restauración y el mejoramiento de la salud, pero esto es decir muy poco dada la multiplicidad de sentidos en que hoy puede entenderse el término salud, de modo tal que si no se especifica resulta prácticamente inabarcable. Para nuestros autores, los fines más próximos se inscriben dentro de lo que se puede considerar **sanar** (*to heal*) y se especifican en: **curar** (*to cure*) el malestar o la enfermedad o,

comunista. Pero es también ingenuo pensar que los valores médicos se mantendrán exentos de influencias sociales. Dado que los médicos, el personal sanitario y los pacientes son parte de la sociedad, nunca será posible trazar una línea neta entre la medicina y otras instituciones sociales." (pp. 15). Para una visión de la ética médica y los fines de la medicina en relación a la filosofía política desde una perspectiva comunitaria dentro de la sociedad liberal, ver Emanuel, E. J. , *The Ends of Human Life. Medical Ethics in a Liberal Polity*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1994.

cuando ello no es posible, **cuidar** y **ayudar** al paciente a vivir con dolor residual, incomodidad o discapacidad⁴.

Hemos visto que lo que sella el compromiso del médico con el bien del paciente es la fidelidad a la promesa del Juramento, que se renueva cada vez que el médico ofrece su ayuda al paciente que la requiere, lo que implica asumir una obligación moral en primer lugar, de *competencia* técnica, esto es, de actuación correcta desde el punto de vista del conjunto de conocimientos y habilidades determinables según criterios específicamente médicos; pero al mismo tiempo, la promesa de servir al bien del paciente tiene un alcance mucho mayor que el bien médico y ha de incluir como mínimo la percepción del paciente acerca de lo que constituye su propio bien en todos sus aspectos: físico, emocional y espiritual. Así convertido el bien del paciente en la finalidad que persigue la actividad médica, el mismo provee a la relación de una estructura en la que se articulan principios y reglas *desde dentro* de la misma actividad.

Conviene tener presente que la propuesta es construida como respuesta a las deficiencias del modelo principalista al que hemos ubicado en la línea "externalista" en la polémica por los fines de la medicina por tratarse de un modelo de ética aplicada, en que los principios bioéticos *prima facie* de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia no surgen de la actividad médica sino que tiene su base en la "moralidad común" (*common morality*) y su entramado es una construcción de la teoría ética general, de la cual la ética biomédica es una aplicación.

En el enfoque de Pellegrino y Thomasma los principios se mantienen, lo que cambia sustantivamente es la fundamentación de su articulación mutua, comenzando por la priorización del *principio de beneficencia como eje estructurador* de la relación clínica, para lo cual debe ser separado de la carga de paternalismo adquiri-

⁴ Pellegrino, E. y Thomasma, D., *The Virtues...cit.*, p. 53.

da en el ejercicio de la actividad médica durante centurias. "El respeto por la autonomía es requerido para lograr los fines de la medicina, porque violar los valores del paciente es violar su persona y consecuentemente, es un acto maleficente que distorsiona el sanar como fin de la relación. La justicia es requisito obligatorio porque lo que debemos al paciente es fidelidad a la confianza surgida cuando le ofrecemos ayuda, cuando invocamos la confidencia en nuestra intención de actuar beneficamente"⁵.

De modo similar, las obligaciones derivadas de los principios como proteger la confidencialidad del paciente (excepto cuando está en juego el daño a terceros) y decir la verdad son para estos autores, obligaciones que emanan de la promesa, implícita o explícita, de actuar en beneficio del paciente. Por eso beneficencia no se identifica con paternalismo: "La beneficencia en confianza, la beneficencia que fusiona el respeto por la persona del paciente con la obligación no sólo de prevenir o reparar el daño, sino de hacer el bien"⁶. El paternalismo implica que el médico conoce mejor que el paciente lo que es su mejor interés, o que un paciente mentalmente competente no puede conocer bastante bien las alternativas como para tomar decisiones inteligentes o bien, en su forma más atenuada, el médico asume como un privilegio la propiedad del conocimiento y las habilidades de su profesión y los dispensa del modo que él considera adecuado, sin intervención del paciente. Luego, el paternalismo, aún en su forma más "benigna", sea o no intencional, en ningún caso puede ser beneficente. Si el paternalismo está, como es obvio, en las antípodas de la autonomía, también debe decirse que es diametralmente opuesto a la beneficencia y su corolario, la no maleficencia.

Ahora bien, puesto que se propone la beneficencia como principio estructurador de la práctica médica, y que los autores en-

⁵ Pellegrino, E. y D. Thomasma, D. *The Virtues...* cit., p. 53.

⁶ Ibid., p. 53.

tienden por principio "una guía general para la acción"⁷, se hace necesaria una mayor especificación de lo que significa buscar el mejor interés del paciente. La teleología de los autores cobra perfiles más definidos al establecer un orden jerárquico en la idea compleja de "bien del paciente", que se expresa en sentido ascendente como sigue: "1) lo que es médica mente bueno, esto es, restaurar el funcionamiento fisiológico y el equilibrio emocional; 2) lo que es definido como bueno por el paciente en términos de su percepción de su propio bien; 3) lo que es bueno para los seres humanos en tanto que humanos y miembros de la comunidad humana y 4) lo que es bueno para los seres humanos en tanto que espirituales"⁸.

Dentro de este orden jerárquico, la autonomía es un bien del ser humano en cuanto tal, ya que sin la libertad y la capacidad para tomar decisiones sobre nuestra propia vida, para ser responsables de nuestras elecciones y llevar a cabo nuestros planes de vida, no podemos expresar nuestra humanidad en forma completa. Por esta razón "violar o impedir la autonomía del paciente es un acto maleficiente" en tanto que "facilitar, aumentar y restaurar la capacidad de auto-gobierno es un acto beneficente"⁹.

6. La relación clínica fiduciaria: un marco para la toma de decisiones razonables.

Donde queda claramente definido el estilo de una ética de las virtudes de tradición aristotélica es en la acentuación del "clima moral" de la relación clínica, es decir: en la necesidad de fidelidad y de confianza mutua, dentro de la cual se inserta para los autores la obligación médica de alentar y promover la autonomía del paciente. Como se sabe, es difícil identificar en la ética aristotélica un núcleo de "deberes" en el sentido actual de la palabra, que hunde

⁷ Ibid., pp. 18; 53.

⁸ Ibid., pp. 58.

⁹ Ibid., pp. 58. Desde esta perspectiva, la generalizada interpretación de los cuatro principios que presenta la beneficencia como antítesis de la autonomía, resulta obviamente errónea.

sus raíces en la tradición kantiana, cuya base es, como hemos visto, la desconfianza generada entre ciudadanos unidos por un contrato, no por los lazos de amistad -que significa confianza, fidelidad y cuidado mutuo- que Aristóteles encuentra fundamentales para mantener unidos a los miembros de la *pólis*.

El enfoque de Pellegrino y Thomasma apunta a la restauración de ese clima de confianza mutua al que consideran una dimensión imposible de erradicar de la relación clínica, a pesar de la desconfianza instaurada de hecho en los últimos años, especialmente en Estados Unidos, donde la oposición confianza-desconfianza se ha convertido en uno de los tópicos de la polémica sobre la crisis de la medicina a la que nos hemos referido al comienzo de este capítulo¹⁰. De este modo, el enfoque se construye en gran medida como respuesta a las posturas liberales, en especial la contractualista, para las cuales la relación médico-paciente no tiene características que la distingan de las relaciones entabladas entre el público y otro tipo de profesional, incluyendo la relación comercial. Para estas posturas, el paciente puede ser considerado como cliente o consumidor de los servicios de salud, bajo la premisa de que la confianza o bien no es necesaria, o bien es radicalmente imposible, por lo que puede ser reemplazada por un contrato al inicio de la relación en el que se fijen de antemano los términos de la misma, o por alguna forma de intermediación, v gr., ombusdmen, para el control de la actuación profesional.

Para los autores, los argumentos de una "ética de la desconfianza" carecen de rigor empírico, fenomenológico y conceptual ya que "en la esfera profesional, la ética de la desconfianza es peligrosa, autodefensiva y fundamentalmente imposible en la práctica"¹¹. La confianza en la relación médico-paciente es parte del fenómeno general de la confianza en las relaciones humanas que sostiene el

¹⁰ Ver Pellegrino, E., Veatch, R. y Langan, J. Ed., *Ethics, Trust and the Professions: Philosophical and Cultural Aspects*, Georgetown University Press, Washington, D.C., 1991.

¹¹ Pellegrino, E. y Thomasma, D., *The Virtues...*, cit., pp.65.

funcionamiento de toda sociedad y sobre la cual construimos gran parte de nuestra vida, incluyendo nuestra propia identidad¹².

Pero en la relación médico-paciente, la confianza adquiere una dimensión moral por la que se constituye en fundamento de la ética profesional, definida como "relación fiduciaria", la cual implica dos niveles de confianza:

En un primer momento, cuando el paciente acude al médico en busca de ayuda, realiza un primer acto de confianza, tanto en la existencia y utilidad del conocimiento médico mismo, como de su posesión por parte del médico a quien consulta. Se trata aquí de una confianza similar a la que depositamos en el bombero, el policía o el piloto de aviación, que se inspira más en el reconocimiento de un *rol social* del que dependemos, que en la persona de quien lo ejerce. En efecto, cuando acudimos al médico, confiamos más en un sistema de conocimientos y habilidades¹³ que puede ayudarnos a resolver nuestro problema, que en una persona a la que no conocemos, aunque hayamos recabado información por parte de otros pacientes o médicos. En este primer momento, la confianza se entiende de como *dependencia* respecto del rol profesional y en este sentido, la profesión médica se asemeja a otras profesiones u oficios de los cuales también dependemos, pudiendo hacerse abstracción del carácter de quien la ejerce.

Una vez establecida la relación sobre la base de la presunta competencia del médico, el paciente debe exponer los dominios más íntimos de su privacidad, incluyendo sus vicios y debilidades ante la mirada de un extraño. Aquí es donde aparecen las diferencias con otras profesiones y la persona del médico adquiere una

¹² Cf. Guiddens, A., *Modernidad e identidad del yo*, Península, Barcelona, 1997, pp. 31-33.

¹³ Guiddens, A. incluye la profesión médica, al igual que la del psicoterapeuta, dentro de los "sistemas expertos" que "impregnan virtualmente todos los aspectos de la vida social en condiciones de modernidad (...) se extienden a las relaciones sociales mismas y a la intimidad del yo (y) dependen de forma esencial de la confianza." (*Modernidad...*, cit., pp. 31).

especial relevancia, puesto que el paciente espera de él que lo conozca tan bien como sea posible, que lo trate sin enjuiciarlo moralmente, que se interese por su bienestar, que no utilice el conocimiento de su intimidad sino para lograr su mejor interés. A menudo los pacientes, en especial los enfermos crónicos, llegan a conocer sus necesidades referidas a la enfermedad mejor que el médico, sin embargo, ese conocimiento debe ser traducido en acciones que sólo el médico puede realizar, lo cual refuerza la dependencia y la necesidad de confiar en él.

Se trata entonces de una confianza nacida de un especial estado de vulnerabilidad, dado que el paciente necesita *contar con* el médico para lograr un bien en un área especial de la vida humana, la salud, sin la cual está impedido para llevar adelante sus planes de vida. La índole del bien que está en juego es lo que configura la especial asimetría de la relación, equiparable en este sentido a la del abogado con sus clientes, el sacerdote con sus feligreses y el maestro con sus discípulos¹⁴.

La forma de corresponder a esta confianza es la *fidelidad* como virtud sin la cual no se pueden lograr los fines de la relación: ayudar y sanar, es decir, ejercer la profesión anteponiendo siempre el bien del paciente a cualquier otro tipo de interés. De modo que todo el significado de la profesión gira en torno a la fidelidad a la confianza en el rol profesional, que a su vez exige el carácter virtuoso de quienes lo ejercen y es la fuente de las obligaciones médicas, tanto de competencia técnica como de integridad moral.

Los autores reconocen que una "ética realista" no puede absolutizar el rol fiduciario de la profesión, pues no puede ignorar el riesgo de intromisión de los valores personales y profesionales del médico en las elecciones del paciente, o la complejidad de la noción de *mejor interés*, o las dificultades para disociar hechos y

¹⁴ Pellegrino, E. y Thomasma, D., *The Virtues...*, cit., pp. 67-71.

valores. Tampoco puede desconocer "hechos tristes" como la incompetencia, el fraude y las deficiencias de la auto-regulación entre pares en las instituciones médicas; ni los rasgos de carácter defec- tuosos de los pacientes "difíciles". Ello indica que resulta inevitable un cierto grado de desconfianza basado en la experiencia de la arbitrariedad y el capricho que forman parte de la conducta humana. Sin embargo, la existencia de estas realidades constatables no es base suficiente para instaurar una ética de la desconfianza, que no es precisamente una ética por cuanto genera un exacerbado legalismo y actitudes mutuamente autodefensivas. "Una reestructuración de la ética de la confianza reconoce al mismo tiempo los orígenes de la desconfianza y la imposibilidad de erradicar la confianza"¹⁵.

La restauración de la confianza en la relación médico-paciente sobre bases no ingenuas requiere no sólo una gran capacidad de autocritica de los profesionales de la medicina, sino también una inserción consistente dentro del contexto actual de la autonomía, la participación democrática y el pluralismo moral de las partes que interactúan en la relación.

También deberá prestar mayor atención a la formación del carácter de los futuros profesionales, habida cuenta de que las virtudes se enseñan mejor en la práctica, en presencia de maestros que son ellos mismos modelos de conducta virtuosa. Estos autores conceden una importancia fundamental a la educación y al rol de las facultades de medicina en la resolución de la crisis de la profesión. Con razón expresan que, aunque el ingresante ya está formado en sus valores básicos en instancias anteriores (familia, religión, sociedad), es en la facultad de medicina donde se forma indefectiblemente su *ethos* en tanto que médico, a través de las virtudes y vicios de quienes enseñan¹⁶.

¹⁵ Ibid., pp. 77.

¹⁶ Cf. Pellegrino, E.y Thomasma, D., *The Virtues...*, cit., pp. 175-182. El tema de la educación constituye uno de los aspectos más prometedores de la bioética, habida cuenta de que en la transmi-

El recorrido que realizan Pellegrino y Thomasma a través de las virtudes necesarias para la realización de los fines de la medicina centrados en el bien del paciente, les lleva a afirmar como esenciales la *compasión* y la *phrónesis*, lo cual resulta lógico considerando que se trata de un enfoque sistemático de las virtudes, que integra los rasgos intelectuales y morales del carácter según el sentido clásico de las virtudes, por el cual a las distintas dimensiones y requerimientos de la acción, corresponden rasgos de carácter específicos. A su vez, la propuesta implica, como quedó dicho, que las virtudes se plantean en el contexto específico de la práctica médica en las *condiciones actuales* de su ejercicio.

Por ello la *integridad*, que no es una virtud específica sino la unidad de todas ella en el carácter de una "persona íntegra", de la que se puede esperar fidelidad en todas sus actuaciones orientadas hacia el bien del paciente, es la que jalona todo el recorrido por las virtudes específicas¹⁷.

La integridad, para Pellegrino y Thomasma, tiene dos sentidos de gran significación en la ética médica: El primero se refiere a la integridad de la persona, que se expresa en la relación equilibrada entre los elementos corporales, psicosociales y espirituales de su vida y que, así entendida -como equilibrio- es sinónimo de salud. Como contrapartida, la enfermedad puede ser interpretada como "des-integración" o ruptura de la unidad de la persona por disfunciones en cualquiera de las esferas mencionadas (corporal, psicológica, axiológica). La integridad pertenece en este sentido al orden *ontológico* del ser humano en cuanto tal. Por eso, a diferencia de la autonomía, no es algo que se "tiene" o que se "ejerce" sino que se "es" -ya se trate de alguien competente o no, adulto o no, consciente o no- y en virtud de lo cual su conservación se convierte *eo ipso* en

sión de conocimientos va implicada de suyo la transmisión de valores. Ver Gracia, D. "La enseñanza de la bioética en España: un enfoque socrático", *La Bioética. Lugar de encuentro, II Congreso Nacional. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, 1999*, pp. 73-84.

¹⁷ Pellegrino, E y Thomasma, D., *The virtues...* cit., pp. 127-143.

un *derecho moral*, puesto que toda violación a la integridad personal en cualquiera de sus dimensiones, comporta una violación a la persona entera.

En el segundo sentido, la integridad pertenece al orden estrictamente *ético*, puesto que refiere a una cualidad de ciertas personas a las que llamamos "íntegras". En este sentido más restringido, la integridad es una *virtud moral*, es decir, un hábito perfectivo de nuestro *ethos* o carácter moral, adquirido por la práctica constante en nuestra relación con los demás. El resguardo, tanto de la autonomía como de la integridad (en el primer sentido) del paciente, depende en gran medida de la integridad (en el segundo sentido) del médico, puesto que en definitiva él es quien interpreta y aplica el principio de autonomía: en el modo de presentar los hechos, de revelar la información (lo que incluye qué tanto se revela de la misma), de sopesar los riesgos y beneficios, etc, el médico está ejerciendo el poder de su saber y "todo paciente, aún el más educado e independiente, es potencialmente una víctima o un beneficiario de tal poder"¹⁸.

Es por eso que, siendo la ética de la relación sanitaria una parte de la filosofía moral en general (no una ética aparte), presente sin embargo ciertos rasgos que requieren una especial sensibilidad moral por parte de quienes la ejercen, los que nunca pueden ser interpretados como privilegios sino por el contrario, como fuente de obligaciones que compensan el desequilibrio de la relación en favor de la parte más vulnerable, es decir, el paciente.

La fidelidad al compromiso públicamente asumido por el médico al abrazar la profesión, compromiso centrado en el bien del paciente, que siempre está por encima de los intereses propios del médico en circunstancias de conflicto, es la virtud que nuclea la

¹⁸ Pellegrino, E., "The Relationship of Autonomy and Integrity in Medical Ethics", Bulletin of PAHO, 24 (4), 1990, 370.

relación y la toma de decisiones terapéuticas, que en esta perspectiva no puede entenderse como un acto aislado sino como una secuencia compleja de actos concatenados que tienen su soporte y su justificación moral en el contexto narrativo que es la historia clínica del paciente. Como es evidente, esta historia no puede referir únicamente datos biológicos, sino que debe incluir sus preferencias, valores y creencias en tanto que son expresiones de su integridad personal.

La orientación beneficentista de Pellegrino y Thomasma no sólo respeta la autonomía, sino que la coloca en un contexto más apropiado, lo cual tiene importantes consecuencias prácticas: en primer lugar, la interpretación del bien del paciente no justifica nunca, como quedó dicho, una gestión paternalista pues no es el médico quien decide al respecto *por* el paciente sustituyendo su propia decisión, sino *con* el paciente. Sin embargo, tampoco quedan las decisiones a merced del arbitrio del paciente, que no es nunca equiparable a un cliente o consumidor. En este sentido, a diferencia del modelo autonomista o contractual, las obligaciones del médico no se reducen al respeto por la autonomía del paciente, entendido como obligación negativa de no intromisión, sino que implican un compromiso positivo con su integridad personal, lo a su vez supone un esfuerzo por lograr decisiones razonables compartidas.

El término *razonable* adquiere en este contexto una significación tan equidistante de la pura racionalidad científica -ciega a los valores presentes en la relación sanativa- como de la arbitrariedad del deseo, que puede en algunos casos presentar rasgos de irracionalidad o de egoísmo, tanto por parte del paciente como del médico. A su vez, las reglas derivadas de los principios bioéticos, tales como veracidad, confidencialidad, privacidad, reciben un contexto de aplicación más flexible permitiendo sopesar los elementos de una situación conflictiva en un sentido similar al de la *epikéia* aristotélica, en el cual tampoco es la arbitrariedad del que aplica la

norma lo que define la decisión sino esta *razonabilidad práctica* que conjuga la universalidad de la norma con la particularidad de los hechos.

7. El lugar de la ética de las virtudes en la práctica médica.

Hemos visto cómo estos autores, desde la teleología interna de la práctica médica, postulan una ética de las virtudes vigorosa y prometedora, que articula desde la beneficencia sentimientos benevolentes y razón prudencial. A su vez, al plasmarse en obligaciones, la ética de las virtudes queda exigida como condición de un ejercicio profesional que realice los fines de la medicina, de modo que se establece un *continuum* entre el ideal de perfección de un *telos* benevolente y la idea de una "sociopatía amoral"¹⁹. Con ello se desdibuja la idea de mínimos morales postulada por las éticas basadas en principios y lo supererogatorio es susceptible de convertirse en obligaciones positivas.

La propuesta es atractiva por cuanto revitaliza las exigencias éticas del ejercicio de la profesión sobre una base sólida como es la índole de la relación médico-paciente, cuya esencial asimetría no puede ser compensada *en última instancia* sino por la disposición constante y sólida de una persona moralmente íntegra. Sin embargo, la ética de las virtudes tiene su limitación a la hora de determinar el nivel de beneficencia exigible *para todos* sin incurrir en discriminaciones injustas. Y es que los rasgos del carácter llevan la marca de la singularidad por lo que no pueden ser estandarizados más que un nivel de generalidad tal que sólo excluya aquellos rasgos que denuncian la propensión a actuar en provecho propio lesionando el bien de otros.

Ahora bien, esto es precisamente lo que postula la orientación universalista de la ética, lo que sugiere que la fórmula de

¹⁹ Pellegrino, E y Thomasma, D., *The Virtues...* cit., pp. 166.

complementariedad entre virtudes y principios es imprescindible, como reconocen Pellegrino y Thomasma. La ética de las virtudes puede y debe ser afirmada como *necesaria* para elevar los niveles morales del ejercicio profesional, lo cual requiere un núcleo de valores estables e irrenunciables que funcionen como *telos*, permitiendo equilibrar los elementos innovadores y la tradición. A su vez, la búsqueda de excelencia representa un desafío que impregna de sentido la tarea bioética, cuyo mayor potencial se encuentra a nuestro modo de ver en la educación.

Finalmente, entendemos que la ética de las virtudes se vería enriquecida si se plantea en una línea abierta a las demás instancias sociales a las que compete también la deliberación sobre los fines de la medicina, habida cuenta de que éstos movilizan la discusión sobre los fines de la vida humana, es decir, sobre el contenido de la perfección, que debe ser determinado por nosotros, los seres humanos, en la sociedad y en la historia.

Resumen

El presente trabajo se propone establecer la actualidad de una ética de las virtudes de estilo aristotélico en el ámbito de la ética clínica. La relación establecida por MacIntyre entre las prácticas y los “patrones de excelencia” que rigen internamente su ejercicio, juntamente con el enfoque de Pellegrino y Thomasma de la medicina como “comunidad moral” en la que las habilidades técnico-científicas y la disposición moral del agente configuran una unidad indisoluble en el acto médico, son la base del análisis sobre la especificidad de la práctica médica y los consecuentes requerimientos morales de quienes la ejercen. La crisis de la medicina occidental que en los últimos treinta años provocó importantes puntos de fractura con la tradición hipocrática, ofrece una posibilidad de salida reinterpretando sus propios fines. De ello se sigue la necesidad de retomar líneas de la tradición que el ideal de la medicina científica, las reglas del mercado y la burocratización de la atención sanitaria

parecieran haber obturado. En esta encrucijada es donde el énfasis puesto por la ética de las virtudes en el *ethos* profesional, anclado en el compromiso con las personas concretas cuyo beneficio da sentido a la actividad y a las instituciones médicas, resulta imprescindible para balancear las falencias de una ética fundada en principios, sin que ello implique renunciar a los efectivos logros del universalismo moral.

Abstract

This work is meant to set up the present importance of the ethic of virtues, which follows the Aristotelian style in the field of clinical ethics. The relationship established by MacIntyre between the practices and the “patterns of excellence” which internally guides these practices, together with the view of Pellegrino and Thomasma about medicine as a “moral community” in which the technical-scientific skills and the agent’s moral dispositions shape an indissoluble link in the medical act, are the basis for the analysis on the specificity of the medical practice and the moral requirements of the practitioners. The crisis of western medicine that in the last thirty years has given rise to important break points with the hippocratic tradition, offers a possible resolution by the re-interpretation of its proper ends. Therefore, it is a need to return to traditional ways that seem to have lost vigour for the dominance of the ideal of a scientific medicine, for the market rules and bureaucratized health care. In this intersection, the emphasis on a virtue ethic on the professional *ethos*, grounded on the engagement with the patient whose benefit gives meaning to the activity and medical institutions, is indispensable for the balance of the failures of a principle-based ethic without renouncing to the effective achievement of moral universalism.