



CUALIDADES DE BIOETICA

LA METAMORFOSIS DE LA ETICA MEDICA

UNA MIRADA RESTROSPECTIVA A LOS
ULTIMOS 30 AÑOS*

Dr. Edmund D. Pellegrino, M.D.

*John Carroll Professor of Medicine and Medical Ethics
Director of Center for the Advanced Study of Ethics
Georgetown University
Washington, D.C., U.S.A.*

* Traducción del Prof. Alfonso Gómez-Lobo

* Este artículo fue publicado en la Rev. Chil. Pediatr. 65 (3); 184-193, 1994

La historia no es sino la filosofía enseñando mediante ejemplos.

Dionisio de Halicarnaso

Cuando comencé a estudiar medicina hace 50 años, la ética médica era, como lo había sido durante siglos, un dominio circunscrito a la profesión médica, protegida del embate de los cambios culturales y enmarcada dentro de preceptos morales que parecían inmutables. Seguí exactamente igual hace 30 años, cuando comencé a estudiar, a enseñar y a observar de cerca esa disciplina. En efecto, lo único que parecía inalterable en medio de la metamorfosis, que parecía afectar a la medicina en todos sus aspectos, era la ética médica.

Hoy ese marco de referencia está padeciendo la más severa tensión de toda su historia. La ética médica se ha transformado en objeto de la más amplia preocupación pública. Cada una de las doctrinas está siendo seriamente cuestionada y es probable que haya que reformularlas. Bajo la presión de los conflictos morales que emergen en todos los aspectos de la cultura norteamericana, los apoyos morales se han ido desintegrando. El aspecto que tendrá la ética médica de aquí a diez años es algo difícil de predecir.

Las causas de esta profunda transformación son muchas y complejas. Se trata de causas sociales, políticas, económicas y jurídicas. Sin embargo, ninguna de éstas es, a mi juicio, más importante que el hecho

de que la totalidad de la ética médica haya sido objeto de investigación filosófica. La ética médica es cada vez más una rama de la filosofía moral y se torna cada vez más vulnerable a los cambios de moda y de opinión en filosofía. Las consecuencias de esto, para la estructura de ética médica, son a la vez saludables y problemáticas y presentan un desafío arduo de gran significación.

Deseo examinar esta metamorfosis del mencionado cambio conceptual por varias razones. En primer lugar, las soluciones que buscamos, para enfrentar el problema práctico de decidir moralmente, dependen totalmente del marco conceptual que usemos para definir lo que creemos que es correcto o incorrecto, bueno o malo. La ética médica, al igual que la medicina misma, es una síntesis de teoría y práctica. La teoría puede parecer a veces remota y abstracta, pero no deja de orientar nuestro razonar. Incluso el más práctico y concreto entre nosotros tiene que apoyarse, en definitiva, en alguna estructura filosófica, salvo que se contente con abandonar sus decisiones morales a sus intuiciones o preferencias viscerales.

Por otra parte, los médicos deben reconocer que los filósofos y las teorías filosóficas han ejercido una poderosa influencia sobre la transformación de la ética médica. No podemos, ni debemos, volver a los tiempos en que la ética médica era

definida exclusivamente por los miembros de nuestra profesión. Pero tampoco podemos entregarle la tarea exclusivamente a los filósofos o a los juristas, quienes, al fin y al cabo, aplican su propio aparato conceptual a los problemas que discuten.

Finalmente, los médicos deben estar conscientes de cuáles son los argumentos filosóficos en que se basan sus propios colegas cuando promulgan cambios drásticos en nuestra tradición ética. Algunas de las medidas que actualmente se busca legitimar, por ejemplo: el suicidio con ayuda del médico, la eutanasia voluntaria o incluso la involuntaria, el racionamiento del cuidado médico, la compraventa de órganos para trasplantes, el arriendo del útero o de huevos y espermatozoides cuentan, cada una de ellas, con racionalizaciones profundamente enraizadas en algún giro conceptual dentro de la teorización moral.

Quienes piensan que tales cambios en ética médica son dudosos o inaceptables deben ir más allá de una mera afirmación de su discrepancia. No hay correlación directa entre el grado de pasión con que se haga una afirmación y el peso que ella tenga dentro de un debate racional. A los argumentos a favor hay que oponer argumentos en contra. Esto resulta imposible sin una aprehensión de las fuentes filosóficas y de los métodos de razonamiento que muchos colegas están transformando en práctica clínica. Su competencia como médicos no garantiza automáticamente autoridad o rectitud moral.

Me parece que la metamorfosis de

la ética médica ha pasado por cuatro etapas que en parte han coexistido. La primera fue un largo y tranquilo período en que la tradición hipocrática, enriquecida a lo largo de los siglos por el estoicismo y las tradiciones religiosas, fue entendida como algo dado. Este era el estado de la ética que prevalecía todavía en 1960 cuando comencé a enseñar esta disciplina. El segundo período, que comenzó hacia mediados de la década de los 60, se caracteriza por ser una etapa de investigación filosófica durante la cual las teorías morales basadas en principios comenzaron a transformar la ética médica. El tercer período, a cuyo fin estamos llegando en la actualidad, ha habido lo que denominaremos un anti-principalismo, que consiste en que las teorías morales, que compiten unas con otras, han desafiado la primacía de los principios. El cuarto período, que comienza ahora, es una etapa de crisis en la que los conflictos conceptuales y el escepticismo en filosofía moral, ponen en jaque la idea misma de una ética universal y normativa para la medicina.

Esta es una visión personal de un médico, no de un filósofo, pero de un médico abierto a la reflexión crítica sobre asuntos médicos. Es, además, la visión de un médico fuertemente atraído por los modelos tradicionales y clásicos de ética normativa. La metáfora de una "metamorfosis" se usa aquí como un dispositivo eurístico y no se la debe equiparar al modelo biológico que implica un progreso de un estado de larva a la madurez del insecto adulto. Uno de los puntos en disputa es, precisamente, en qué consiste la "madurez" en ética médica.

EL PERIODO DE TRANQUILIDAD: LA ETICA HIPOCRATICA

El punto de partida del proceso de metamorfosis es el juramento de Hipócrates (que ya tiene 2500 años) y los libros deontológicos o normativos (Preceptos, La Ley, Decorum, El Médico) del corpus hipocrático⁽¹⁾. Desde el punto de vista filosófico, la ética de corpus es un mosaico de preceptos morales formulados en distintos períodos bajo el influjo de la mayor parte de las escuelas de filosofía griega. Se piensa que el juramento es el núcleo más influyente de la ética hipocrática, siendo en gran medida, aunque no exclusivamente, un producto de la filosofía ascética de Pitágoras⁽²⁾. Incluye la mayor parte de los preceptos genuinamente morales, como por dañar y confidencialidad, así como las prohibiciones contra el aborto, la eutanasia, la cirugía y las relaciones sexuales con los pacientes. También exhorta al médico a llevar una vida pura, vale decir, virtuosa. Los libros deontológicos, por otra parte, están más cerca de las normas de cortesía que debe seguir un caballero prudente. Esos libros enfatizan las reglas que atañen a la forma de vestirse, los chismes, la reputación, el comportamiento, el aseo personal, la veracidad, las consultas con otros colegas y la educación del médico. Las influencias estoicas posteriores introdujeron un énfasis en el deber⁽³⁾, la compasión⁽⁴⁾ e incluso en el amor y la amistad⁽⁵⁾ en la relación médico-paciente.

El método para tomar decisiones durante estos 2500 años consistía en juzgar si una determinada conducta se ajustaba o no a esos preceptos. Dentro de la filosofía

aristotélica, socrática o platónica, existen pocos resabios de reglas o de principios para la opción moral en el sentido moderno. Estos filósofos concentraron la atención en las metas globales de la vida moral, por ejemplo en la definición de lo bueno y de lo justo y en el cultivo de las virtudes. Desde esta perspectiva, el método virtuoso es el que está habitualmente dispuesto a actuar en conformidad con las virtudes de la valentía, la moderación o templanza y la justicia; es el que obedece los preceptos morales del juramento hipocrático. La virtud clave es la frónesis, "prudencia" o juicio práctico, mediante el cual el médico es capaz de discernir lo correcto y lo bueno al enfrentar una posición moral determinada.

La medicina y la filosofía griega se fecundaron mutuamente. Sócrates, Platón y Aristóteles hicieron amplio uso de la medicina como instrumento pedagógico, especialmente como modelo para uso moral del conocimiento⁽⁶⁾. En la medicina encontraron una fuente de útiles analogías, como aquella que asimila la salud del cuerpo (medicina) a la del alma (filosofía). Paralelamente, las normas de la salud fueron un modelo para las normas de la vida moral. La identificación entre medicina y filosofía se hizo tan estrecha que los médicos hipocráticos, en un momento dado, tuvieron que definir su independencia enfatizando el carácter empírico del arte médico⁽⁷⁾.

A pesar de la yuxtaposición de medicina y filosofía, la ética del corpus hipocrático no fue objeto de indagación filosófica propiamente tal. Ni Platón, Aristóteles o, más tarde, los estoicos, escribieron ja-

más algún tratado dedicado específicamente a la ética del médico. Esto vale incluso para el período helenístico, vale decir, el período posterior a Alejandro Magno, cuando las escuelas filosóficas más importantes ejercieron un fuerte influjo sobre las teorías médicas de la enfermedad y la salud ⁽⁸⁾.

Los filósofos antiguos y modernos han escrito, por cierto, sobre los problemas morales fundamentales como el aborto, la eutanasia, el suicidio, la muerte y el infanticidio, asuntos que hoy caerían bajo el rubro de ética biomédica, tal como ahora se emplea este término. Sin embargo, la ética de la relación médico-paciente, ese eje sobre el cual giran las decisiones del médico y el bienestar del paciente, no fue justificada sistemáticamente ni inferida en un sentido formal.

Incluso aquellos médicos que también fueron filósofos, con Alemeón y Empédocles en la antigüedad o John Locke y William James en épocas más recientes, dijeron muy poco acerca de la ética de la profesión para la cual fueron formados. Karl Jaspers dedicó dos ensayos informales a la relación médico-paciente, pero no escribió ningún estudio propiamente moral de ética médica ⁽⁹⁾.

No es éste el lugar apropiado para describir las modificaciones históricas que sufrió la ética hipocrática cuando entró en contacto con las grandes tradiciones religiosas ⁽¹⁰⁾. Con la excepción de algunas modificaciones menores para eliminar las huellas de su origen pagano, la ética hipocrática permaneció esencialmente intacta en los escritos de algunos médicos influyentes, como

Percival ⁽¹¹⁾ o Gregory ⁽¹²⁾ en Inglaterra y Hooker ⁽¹³⁾ en Estados Unidos. Los textos hipocráticos fundamentales fueron mezclados con nociones estoicas de deber y virtud, con elementos congruentes de las escrituras y enseñanzas judías y cristianas, y con el principio *noblese oblige* de la actitud caballeriza. Tal es la síntesis que dio forma al primer código de ética de la Asociación Médica Americana (de los Estados Unidos de Norteamérica) en 1847. Si bien algunos elementos de esa síntesis fueron progresivamente atenuados en las versiones posteriores de dicho código, ella siguió siendo el trasfondo moral con referencia al cual la mayor parte de los médicos norteamericanos y británicos tomaban, y aún toman, sus decisiones morales.

Este mosaico de diferentes componentes filosóficos, que en gran parte estaba todavía intacto cuando empecé a enseñar ética médica, constituía el ancla moral de nuestra profesión. Estos elementos comenzaron a ser cuestionados hacia la mitad de la década de los 60 como parte del trastorno general de los valores morales en EEUU, generado por una serie de cambios sociales: mejor nivel de educación; expansión de la participación democrática debido a los movimientos en pro de los derechos civiles, pro feministas y al activismo de los consumidores; declinación de los valores compartidos por la comunidad; acentuación del énfasis en los diferentes orígenes étnicos y generalizada desconfianza con respecto a autoridades e instituciones de todo tipo. Por otra parte, el carácter de la medicina misma sufrió cambios, debido a la especialización, fragmentación, institucionalización y despersonalización del

cuidado de la salud. A la vez, el número y la complejidad de los problemas de ética médica crecieron a medida que la capacidad de la tecnología médica iba presentando nuevos desafíos para los valores tradicionales.

El resultado neto fue que surgieron dudas acerca de los fundamentos morales tradicionales de la sociedad en general y de la medicina en particular, creándose así una demanda de modelos alternativos para la enseñanza y la práctica de la ética médica. De este modo se abrió un camino para la indagación filosófica porque los objetos de debate eran, en definitiva, problemas de valores morales. Estos son los problemas permanentes que los filósofos han abordado desde siempre.

EL PERIODO DE LOS PRINCIPIOS

Debido a la erosión de la síntesis hipocrática, muchos médicos trataron de orientarse a partir de las decisiones de los tribunales y de la legislación. Algunos perdieron completamente la confianza en la ética como guía confiable para tomar decisiones morales. La mayoría, sin embargo, reconoció el peligro de confundir el derecho o la economía con la ética y de reducir la ética profesional a una mera opinión personal. Se dirigieron entonces a los filósofos, que en ese momento comenzaba a escribir y hablar sobre los problemas de ética médica. La filosofía moral ofrecía una manera sistemática y relativamente objetiva para abordar los dilemas éticos. Su rigor analítico le resultaba atractivo a los profesores de ramos clínicos, que tomaban conciencia de la creciente comple-

jidad de los dilemas, que deseaban enseñar ética médica en forma eficaz dentro de una sociedad pluralista. El hecho de que la ética filosófica carecía de compromisos de fe hacía, precisamente, que resultara adecuada ante la heterogeneidad de los profesores y de los alumnos en las escuelas de medicina.

Los filósofos aportaban a la ética médica una gama de tradiciones morales bastante conocidas. Por lo general, se trataba de alguna variante de una ética deontológica o consecuencialista, ya sea de actos o de reglas. (*N del T*: Una ética es deontológica si considera que un acto es moralmente correcto porque consiste en cumplir con un deber; una ética es consecuencialista de actos si considera que un acto es moralmente correcto porque sus consecuencias son buenas; una ética es consecuencialista de reglas si considera que un acto es moralmente correcto porque se ajusta a una regla, que a su vez es correcta si el hecho de ser obedecida tiene buenas consecuencias). Después de un breve lapso, la teoría de principios *prima facie* desarrollada por Ross pasó a ser la manera predominante de "hacer" ética (¹⁴). (*N del T*: Ross sostiene que intuitivamente sabemos "a primera vista" que algo es nuestro deber por ejemplo, un pediatra sabe que tiene el deber de visitar a un paciente que prometió visitar, pero que la reflexión posterior puede mostrar que hay un conflicto de deberes y lo que era deber "a primera vista" deja de serlo si el pediatra inesperadamente tiene que atender a un enfermo de urgencia). Este modo de hacer ética fue eficazmente adaptado a la ética médica por Beauchamp y Childress en Principios de Ética Biomédica. (¹⁵)

Beauchamp y Childress reconocieron que había importantes obstáculos para lograr un consenso acerca de las cuestiones más importantes de la ética: la naturaleza de lo bueno, las fuentes últimas de la moralidad y el *status* epistemológico del conocimiento moral. Para evitar estos problemas, siguieron a Ross y apelaron a principios que, a primera vista, siempre habría que respetar, salvo que exista una poderosa razón en contra que justifique el desviarse de ellos. Dentro de esta categoría de principios *prima facie*, escogieron aquellos que eran particularmente apropiados para la ética médica: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Estas cuatro ideas fundamentales tienen la ventaja de ser compatibles tanto con las teorías deontológicas como con las consecuencialistas e incluso con ciertos aspectos de las teorías de la virtud (*N del T*: Una ética está basada en la virtud si considera que un acto es moralmente correcto cuando procede de una disposición estable del carácter del agente llamada "virtud" que determina, en el caso concreto, lo moralmente lícito. Esta forma de entender la ética se remonta a Aristóteles). Ellos pronto fueron aplicados por los especialistas en ética médica a la resolución de dilemas éticos y adoptados por los profesionales de la salud. Para la práctica clínica, este esquema de cuatro principios era atractivo por varias razones. En primer término, prometía reducir en alguna medida la vaguedad y subjetividad que era típica de muchos debates que surgían cuando se cuestionaba la ética hipocrática como última palabra. Además, proveía orientaciones bastante específicas para actuar. Tam-

bién ofrecía una manera ordenada de "elaborar" un problema ético de un modo análogo a la elaboración clínica de un diagnóstico o de un problema terapéutico. Finalmente, los cuatro principios soslayaban una confrontación directa con ciertos problemas, tan inabordables y causantes de disensiones, como el aborto, la eutanasia, y una cantidad de otros problemas donde el consenso parecía imposible de lograrse.

Dos de los principios *prima facie*, beneficencia y no maleficencia, eran idénticos a las obligaciones hipocráticas de actuar siempre teniendo en cuenta el bien del paciente y de evitar hacer daño (*primum non nocere*). Por otra parte, los otros dos, autonomía y justicia, eran nuevos y en cierto sentido parecían ir en contra de la ética tradicional. El principio de autonomía, por ejemplo, contradecía los tradicionales autoritarismo y paternalismo de la ética hipocrática, que no dejaba espacio a la participación del paciente en las decisiones clínicas. Los médicos modernos han tenido enormes dificultades con este principio pues a menudo se lo interpreta, erróneamente, como si se opusiera a la beneficencia (¹⁶). Sólo en estos últimos tiempos los médicos han aceptado el principio de autonomía, en gran parte porque es esencial para el consentimiento informado. La autonomía es también afinamiento informado. La autonomía es también afín al temperamento individualista de la vida norteamericana con su énfasis en la privacidad y la autodeterminación. Esta es una de las poderosas fuerzas sociales que han impulsado la metamorfosis de la ética médica. Muchos profesionales que se dedican a la práctica

clínica, sin embargo, no están del todo convencidos de la legitimidad de la autonomía como principio primario. Muchos temen que su absolutización podría llegar a desplazar el buen juicio médico, a estimular un desapego moral por parte del médico e, incluso, a volverse en contra del bien del paciente.

De los cuatro principios, el principio de justicia es el más remoto a la ética médica tradicional. A pesar de lo prominente que es en la filosofía de Platón y de Aristóteles, la justicia no es objeto de especial atención en la ética hipocrática. Esta se centraba en el bien de cada paciente y no en el bien de la sociedad. Históricamente, la justicia entró en la ética médica mucho después, por lo general en relación con los deberes forenses del médico. En estos últimos años, la justicia ha entrado en la ética médica con más fuerza en la medida en que se han hecho manifiestas grandes disparidades en la distribución del cuidado de la salud. A diario aumenta la posibilidad de que los médicos se transformen más en agentes de metas fiscales o sociales que en agentes cuya responsabilidad es cada paciente. El actuar como "guardabarreras" -como la persona que determina quién pasa y quién no-, o de "racionador" -como quien reparte raciones en casos de racionamiento-, plantea un preocupante conflicto de obligaciones a los médicos con mentalidad más tradicional. Pese a todo, la compleja teoría contractual de la justicia de Rawls, con su ordenamiento jerárquico de las obligaciones y principios de justicia distributiva, ha puesto a la justicia claramente en el punto más avanzado de la ética médica (17).

La doctrina de los cuatro principios ha sido enseñada a cientos de profesionales de la salud durante el curso intensivo de Bioética, dictado anualmente en los últimos 18 años por los profesores del Instituto Kennedy de Ética de la Universidad de Georgetown. Con doscientos o más graduados de él cada año, este curso ha ejercido vasta influencia sobre los profesionales de la salud y los eticistas que enseñan en escuelas de medicina o trabajan como consultores en ambientes de práctica clínica. Muchos profesionales más jóvenes han aprendido ética bajo la dirección de los graduados del Instituto, que, a su vez, ahora dirigen centros de bioética. La tradición de cuatro principios ha sido aceptada por círculos tan extensos que algunos de sus críticos más inflexibles la llaman "mantra", con la implicación de que a menudo se los aplica automáticamente y sin una base moral seria (18).

Los autores de la doctrina de los cuatro principios estaban, por cierto, conscientes de las limitaciones del sistema de obligaciones *prima facie* de Ross, en especial de las dificultades que hay que enfrentar al aplicar cualquier conjunto de principios abstractos a casos particulares, y al tratar de reducir los conflictos entre los principios *prima facie*, o de dentro de un mismo principio, si no se dispone de un ordenamiento jerárquico de los principios mismos. La vaga solución de Ross, que consiste en optar por el acto que hace prevalecer lo recto sobre lo incorrecto, es realmente una petición de principio. Se necesita aún un principio que permita determinar si lo que prevalece es lo apropiado.

Para superar estas limitaciones, Beauchamp y Childress propusieron cuatro condiciones que habría que satisfacer para justificar la transgresión de un principio o de una obligación *prima facie*: el objeto moral al que se apunta debe ser realista; no se dispone de ninguna alternativa moralmente preferible; se debe buscar la transgresión más pequeña y, finalmente, el agente debe tomar medidas para minimizar los efectos de la transgresión. De este modo, estos autores esperaban navegar entre los escollos del absolutismo de los principios, por un lado, y el relativismo de la ética situacional, por el otro, (*N del T*: La ética situacional sostiene que no hay principios morales generales y que el agente debe decidir en cada caso conforme a las condiciones particulares en que se encuentra). Estas orientaciones son útiles, pero no logran erradicar las limitaciones inherentes a todo el conjunto de principios *prima facie* que no está ordenado jerárquicamente. (*N del T*: Un conjunto de principios está jerarquizado si se establece un orden entre ellos, de modo que los requerimientos del superior deben ser satisfechos antes que los de uno inferior. Por ejemplo, si salvar una vida está ordenado jerárquicamente sobre el principio de autonomía, entonces el médico tiene la obligación de salvar la vida de un paciente no terminal por sobre los deseos del paciente de que lo dejen morir).

EL PERIODO DE ANTI PRINCIPIALISMO

Las limitaciones del principialismo fueron objeto de serias críticas por parte de Brody (¹⁹), quien sostuvo que los cuatro principios están a un nivel intermedio y que por tanto necesitan justificación racional y

una fundamentación más firme en algunas de las grandes tradiciones morales. Clouser y Gert lamentaban la falta de una teoría moral unificada que pudiese vincular los principios entre sí y fundamentos conceptualmente. Si tal teoría existiese, los principios serían necesarios. Holmes (²⁰), tal como lo había hecho antes MacInyre (²¹), sostiene que la ética filosófica misma es de escaso valor. Pide una "sabiduría moral", algo para lo cual la filosofía nos prepara. Gultafson (²²) arguye que la filosofía es un instrumento inadecuado para enfrentar el amplio campo de la ética médica. El pide que se incorporen al discurso moral elementos proféticos, narrativa y consideraciones de políticas públicas. Tales elementos, sostiene, son más adecuados para resolver los problemas morales claves que los principios.

Muchas otras críticas a los cuatro principios provienen de fuera de la comunidad filosófica. Los principios, se dice, son demasiado abstractos, demasiado racionalistas, demasiado distantes del ambiente psicológico en que de hecho se toman las decisiones morales. Los principios hacen caso omiso del carácter de la persona, de la historia de su vida, de su trasfondo cultural, de su sexo. Los principios suponen una perfección técnica en las decisiones morales que no se cumple debido al carácter psicológicamente único de cada agente moral y de cada acto. Se han propuesto distintos remedios para reemplazar, complementar o suplementar los principios *prima facie*. Engelhardt (²³), por ejemplo, coloca la autonomía en el primer orden de prioridad, por encima de la beneficencia. Thomasma y yo (²⁴)

favorecemos la beneficencia con confianza; otros prefieren la no maleficencia o la justicia. Entre otras opciones o suplementos para las teorías basadas en principios habría que mencionar la ética fundamentada en la virtud, en el cuidado solícito (preocupado y afectuoso), en experiencia o casuística e, incluso, un retorno a las fuentes teológicas y bíblicas como única fundamentación confiable para la ética médica.

El creciente interés por buscar una alternativa para la ética médica basada en principios, indica que la metamorfosis, que ha sido rápida y profunda, dista mucho de haber llegado a su fin. De qué manera estas teorías van a influir sobre el futuro de la ética médica es algo problemático. Lo que está claro es que, durante la próxima década, los médicos que han adecuado su pensamiento al sistema de los cuatro principios tendrán que discernir el lugar que corresponde a cada alternativa propuesta. Tendrán que decidir si el principialismo puede y debe sobrevivir, en qué forma y en qué medida las opciones de alternativa deben suplementarlo o reemplazarlo.

¿SOBREVIVIRÁN LOS PRINCIPIOS?

Me parece que, en su forma actual, el principialismo no sobrevivirá incólume durante la próxima década. Sin embargo, a pesar de sus limitaciones, no creo que desaparezcan los principios y no lo creo por las siguientes razones. En primer lugar, en cualquier sistema ético hay, implícitamente, "principios", es decir, fuentes fundamentales de las cuales derivamos (y a partir de las cuales justificamos) las

pautas para la acción, por ejemplo, los deberes y las reglas. La ética hipocrática, en efecto, estaba basada en la virtud pero el juramento proveía pautas que consistían en reglas y principios específicos. En segundo lugar, cualquier teoría que se presente como alternativa al principialismo tendrá a su vez severas limitaciones. Tercero, la necesidad y utilidad de los principios se hace cada vez más clara en la medida en que tratamos de aplicar otras teorías a los casos concretos. Finalmente, los principios no son intrínsecamente incompatibles con otras teorías. El problema de fondo, tan viejo como la filosofía moral misma, es cómo ir de los principios universales a las decisiones morales singulares y luego volver a ellos.

Podemos ilustrar este punto observando tres de las más divulgadas teorías que compiten con el principialismo: virtud, cuidado solícito y casuística. Para el médico cada una de ellas tiene su atractivo y también sus limitaciones.

LAS TEORIAS BASADAS EN LA VIRTUD

Obviamente, el carácter del agente es crucial desde la perspectiva de la ética médica, puesto que el profesional de la salud es el agente que interpreta y aplica cualquier teoría que se use. La virtud era la teoría implícita y dominante en la ética médica tradicional hasta el comienzo del período de treinta años que estamos considerando. Sin embargo, sería demasiado simplista pretender regresar totalmente a la virtud como base de la ética médica. MacIntyre⁽²⁵⁾ ha mostrado cuán irrecuperable es el consenso metafísico que requieren las teorías basadas en la vir-

tud. La ética de la virtud, por sí sola, no provee pautas suficientemente claras para la acción; es demasiado privada, demasiado susceptible de definiciones personales de la virtud o de la persona virtuosa.

Una teoría de la virtud debería estar anclada en una teoría previa de lo recto y de lo bueno y en una teoría de la naturaleza humana en función de las cuales se puedan definir las virtudes. Requiere además una comunidad de valores que sustenten su práctica. Estoy razonablemente convencido de que la virtud y el carácter formarán parte de cualquier versión futura de la ética biomédica. Esto requerirá un nexo conceptual con los deberes, las reglas, las consecuencias y la psicología moral dentro de la cual la virtud de la prudencia juega un papel especial ⁽²⁶⁾.

LA ETICA DEL CUIDADO SOLICITO

Una segunda opción que suele atraer a los profesionales de la salud es la ética del "cuidado solícito" debido que es una de las metas en las relaciones médico-paciente ⁽²⁷⁾. Quienes adhieren a esta posición sostienen que las mujeres son más cuidadosas y solícitas que los hombres en su modo de enfrentar las decisiones éticas. Se supone que a las mujeres les interesa más la relación que la mera aserción aislada, la reconciliación que ganar una disputa, el apego que el desapego, nutrir que dominar, etc.

Son pocas las personas que podrían o querrían negar la necesidad de tratar el "cuidado solícito" dentro de cualquier teoría comprensiva de la

ética médica, pero existen objeciones empíricas y filosóficas a este modelo de razonamiento moral ⁽²⁸⁾. Las diferencias entre los sexos, por ejemplo, pueden estar basadas más en la clase social, la cultura, la imagen de sí mismo y los ideales personales que en la psicología del desarrollo de Freud o de Kohlberg ⁽²⁹⁾. Las diferencias entre los dos sexos y sus contribuciones a la ética médica obviamente habría que incorporarlas a cualquier ética biomédica del futuro, pero el "cuidado solícito" está sujeto a tal variedad de interpretaciones que él también necesita estar fundado sobre un principio o una regla para constituir una pauta confiable al momento de tomar decisiones morales específicas. La psicología moral es una ayuda, pero no puede reemplazar los principios éticos.

LA CASUISTICA

Una tercera opción que resulta muy atractiva en el contexto clínico, por concentrarse en casos concretos y singulares, es el resurgimiento de la casuística ⁽³⁰⁾. La práctica de la casuística consiste en buscar casos que son ejemplos obvios de un principio (es decir, casos con respecto a los cuales existe consenso generalizado o total) para luego desplazarse de los casos claros a los más dudosos, ordenándolos por paradigma y por analogía bajo algún principio. La casuística, por lo tanto, no elimina los principios, ni es incompatible con ellos. Sólo es incompatible con su absolutización.

Los casuistas tratan de evitar el enfrentamiento con el pluralismo moral de la sociedad contemporánea. Pero la casuística es un producto de la cultura de la edad me-

dia, cuando existía consenso acerca de ciertos principios (el decálogo, por ejemplo). Cuando ese consenso no existe, cuando es la perspectiva de una sociedad dada la que define lo que se debe considerar dilema o caso paradigmático, la casuística choca con dificultades. En la teología moral católica, la casuística funcionaba dentro de un contexto común de fe en Dios, de un destino de la humanidad, de la aceptación del principio de doble efecto, de totalidad, y de una teoría de probabilismo ⁽³¹⁾. Este consenso no existe, ni siquiera entre los católicos, en la moralmente heterogénea sociedad (norteamericana) actual. La casuística puede funcionar como método para el análisis de casos particulares, pero no provee una pauta confiable ni en la teoría ni en la práctica moral.

EL PERIODO DE CRISIS - EL FUTURO INMEDIATO

Resulta claro que las alternativas que se han propuesto frente al principialismo pueden enriquecer cualquier teoría de ética médica. Ninguna de ella es independiente de los principios, reglas u obligaciones, sin los cuales sucumbirían a las debilidades del subjetivismo y del relativismo. Lo que necesitamos es una infraestructura filosófica comprensiva que sostenga la ética médica, que sea capaz de ligar las grandes tradiciones morales con los principios y reglas, y también con el nuevo énfasis en la psicología moral. Esto requiere mucho más que un eclecticismo afable.

La elaboración de una nueva infraestructura resultará sumamente complicada debido al deplorable estado en que se encuentran la filo-

sofía y la ética contemporáneas. En ambas se detecta una fuerte dosis de nihilismo y de escepticismo. En filosofía, por ejemplo, Rorty ⁽³²⁾ niega tanto la posibilidad de llegar a algún tipo de verdad por métodos filosóficos como la relevancia de cualquier teoría de la realidad. Derrida ⁽³³⁾ también niega que haya verdad, sólo hay apariencia de verdad y palabras a las cuales imputamos cualquier significado que puedan tener para nosotros. Williams ⁽³⁴⁾ tiene la misma visión escéptica de la ética y de la responsabilidad moral. Estos autores demuestran simultáneamente la filosofía, la teología y la ética, capitulando de lleno ante el legado de Nietzsche. Para éste, la idea de una verdad única era una ilusión: sólo somos capaces de discutir múltiples verdades vistas desde perspectivas inconmensurables ⁽³⁵⁾.

Este relativismo radical se ve reforzado por el surgimiento global de la idea de hegemonía cultural en la moralidad. Según esta posición, la ética médica, que ha reemplazado a la ética hipocrática, es un producto occidental e incompatible por diversas razones con otras culturas, especialmente en lo que se refiere a la autonomía. En la medida en que la versión occidental de la ética entre en contacto con otras culturas, cabe esperar que se definirán mejor los puntos de conflicto y de acuerdo ⁽³⁶⁾. Pese a todo, hay mayor esperanza en que se llegue a una mejor fundamentación de los principios, reglas, virtudes y psicología moral en la ética médica que en cualquier otro dominio de la ética. Dicha esperanza radica en la universalidad del fenómeno de la enfermedad y la curación, y en las metas a mediano y largo plazo de

la medicina misma. En otro trabajo ⁽³⁷⁾ he sugerido, por ejemplo, que es posible preservar las ventajas del sistema de cuatro principios e incluso que se les puede dar un orden jerárquico, si esos principios se fundan en la realidad de la relación médico-paciente. Por muy deplorable que sea el estado de la filosofía posmodernista, "la gente común" entre ellos pacientes y médicos, se seguirán preguntando: "¿Qué es lo recto de lo bueno en este caso? ¿Cuál es el bien del paciente? ¿Qué tipos de acción conducen a dicho bien? ⁽³⁸⁾". Ninguna persona que tenga que tomar decisiones morales prácticas puede substraerse a estas preguntas, ni siquiera aquellos filósofos profesionales que son escépticos o nihilistas. No hay ateos en las trincheras, y no hay pacientes (ni siquiera si son moralistas ellos mismos) que sean realmente nihilistas cuando su propia salud o su propio bienestar están en juego.

Un desarrollo reciente que permite obtener la requerida verificación con respecto a la realidad es el surgimiento de la bioética clínica ⁽³⁹⁾. Se trata de un campo que todavía no se ha definido del todo pero que aborda las realidades de las opciones morales que enfrentan día a día los profesionales de la salud. Si bien no es un sustituto para una sólida ética filosófica, la bioética clínica provee la investigación empírica y las valoraciones que toda teoría ética necesita si no desea legitimar prácticas que distorsionan la realidad de la relación médico-paciente tal como ésta se da de hecho.

La ética clínica se hace preguntas como éstas: "¿Es real la pendiente resbaladiza?" (*N del T*: Se suele lla-

mar así a un tipo de argumentación que sostiene que existe una tendencia a dar pasos sucesivos de legitimación moral que conducen a casos intuitivamente inmorales. Se dice, por ejemplo, que si se acepta la eutanasia voluntaria, vale decir, la eutanasia deseada por el paciente, luego se aceptará la eutanasia de pacientes incompetentes y que de ello se llegará finalmente a la eutanasia involuntaria). "¿Qué impacto psicológico ejerce sobre médicos y pacientes una sociedad que condona la eutanasia?" "¿Qué valores morales predominarían si los médicos estuviesen a cargo de decidir si tratar o no a un paciente sobre la base de consideraciones económicas?" "¿Cautela siempre la autonomía los intereses del paciente?". Estas preguntas pueden ser respondidas si se aplican métodos adecuados. Ellas imponen restricciones esenciales a las despreocupadas aserciones que vuelan libremente de un lado para otro en los debates éticos entre médicos, filósofos y público en general.

No está en absoluto claro a dónde irá a desembocar la continua metamorfosis de la ética médica en los próximos años, dado el estado problemático en que se encuentran la filosofía y la ética misma. Tanto los médicos como los demás profesionales de la salud deberán familiarizarse con los giros de la filosofía moral contemporánea, si quieren influir sobre la reestructuración de la ética de su profesión. Un continuo diálogo con los filósofos morales es un requisito necesario para lograr que los médicos no pierdan los beneficios del análisis riguroso y crítico para sus propias decisiones morales. A su vez, los médicos pueden proveer,

a los filósofos actuales nihilistas o escépticos, un reencuentro con la realidad. La ética médica es demasiado antigua y demasiado esencial para las vidas de los médicos, los pacientes y la sociedad como para abandonarla totalmente a las azarosas vicisitudes de las modas filosóficas o a las aserciones infundadas de los médicos.

REFERENCIAS

1. La edición fundamental, en griego y francés, es la de E. Littré, *Oeuvres Complètes d'Hippocrates*, Paris, 1839-1861. Existe una edición en griego e inglés en cuatro volúmenes (hay un quinto y sexto volumen en preparación). Hippocrates, Loeb Classical Library, Cambridge M.A.: Harvard University Press (reimpresiones 1972, 1981). La Biblioteca Clásica Gredos de Madrid ha publicado recientemente en traducción española cinco volúmenes de *Tratados Hipocráticos* con introducción general de C. García Gual.
2. Carrick P: *Medical Ethics in Antiquity*. Dordrecht: Reidel, 1985, p. 163.
3. Cicero: *De Officiis*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press, 1975 (Cf. *Cicerón, De los deberes*, México: UNAM; 1963).
4. Pellegrino E, Pellegrino A: *Humanism and ethics in Roman medicine: translation and commentary on a text of Scribonius Largus*. *Lit Med* 1988; 7: 22-38.
5. Séneca: Cf. *Cicero, De Officiis*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1975, pp.1-6.
6. Jaeger W: *Paideia. The Ideals Of Greek Culture*. New York: Oxford University Press, 1945, Vol.3, pp. 3-45 (hay traducción al castellano publicado por el Fondo de Cultura Económica, México).
7. *Hipocrates: The art in Hippocrates*. Vol. 2, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1981, pp.185-217 (*Sobre la ciencia médica en Vol. 1. Tratados Hipocráticos*. Madrid: Gredos).
8. Moon R: *Hippocrates and His Successors in Relation to the Philosophy of Their Time*. New York: Longmans 1923, pp.91-162.
9. Jaspers K: *Philosophy and the World: Selected Essays and Lectures*. Chicago: Regnery Gateway, 1963, pp. 153-167.
10. Temkin O: *Hippocrates in a World Of Pagans and Christians*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.
11. Percival T: *Medical Ethics*. London: S. Russell, 1803.
12. Gregory J: *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*. London: Strahan and Cadell, 1772.
13. Hooker W: *Physician and the Patient, or a Practical View of the Mutual Duties, Relations, and Interests of the Medical Profession and the Community*. Reimpresión New York: Amo Press, 1972.
14. Ross W: *The Right and the Good*. Indianapolis: Hackett, 1988 (primera edición Oxford, 1930).
15. Beauchamp T, Childress J: *Principles of Biomedical Ethics*. 3rd. ed. New York: Oxford University Press, 1989.
16. Beauchamp T, Mc Cullough L: *Medical Ethics. The Moral Responsibilities of Physicians*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984, pp.22-51.
17. Rawls J: *A Theory of Justice*, Cambridge, M.A.: Harvard University Press, 1971, pp. 302-303 (hay traducción al español publicada por el Fondo de Cultura Económica. (La versión es defectuosa y resulta inadecuada para un estudio serio de Rawls. N. Del T.)

18. Clouser K, Gert B.: *A critique of principlism*, *J. Med Phil* 1990; 15: 219-236.
19. Brody B: *Philosophical critique of bioethics*, *J. Med Phil* 1990; 15: 161-178.
20. *Ibid.* pp. 143-160.
21. MacIntyre: *A crisis in moral philosophy: why is the search for foundations so frustrating?* en Engellhardt H., Callahan D. (eds.) *Knowing and Valuing*. Hastings on-Hudson: Hastings Center, 1980, pp. 18-43.
22. Cf. n. 19, pp. 125-142.
23. Engellhardt H: *The foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 1986; Engellhardt H, Rie M: *Morality for the medical-industrial complex: a code of ethics for the mass marketing of health care*. *New Engl J. Med* 1988; 1086-1089.
24. Pellegrino E, Thomasma D: *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press, 1988.
25. Macintyre A: *After Virtue*. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1981 (hay traducción española bajo el título de *En Pos de la Virtud*).
26. MacIntyre A: *Three Rival Versions of Moral Inquiry*. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1990, p. 139.
27. Nelson H: *Against caring* *J. Clin Ethics* 3 (1992): 8. 15, Gilligan C: *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, M.A: Harvard University Press, 1984.
28. Noddings N. *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Educations*. Berkeley: University of California Press, 1984. Callahan S: *In Good Conscience: Reason and Emotion in Moral Decision-Making*. San Francisco: Harper-Collins, 1991, Véase también el artículo citado en la nota 27.
29. Flanagan O: *Varieties of Moral Personality: Ethics and Psychological Realism*. Cambridge, M.A: Harvard University Press, 1991. Cf. el libro de C. Gilligan citado en la nota 27.
30. Jansen A, Toulmin S: *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley: University of California Press 1988.
31. Wildes K: *The priesthood of bioethics and the return of casuistry*. *J. Med Phil.* En prensa.
32. Rorty R: *Philosophy and the Mirror of Nature*. Princeton: Princeton University Press, 1979.
33. Madison G: *Coping with Nietzsche's legacy* -Rorty, Derrida, Gadamer: *Phil Today* 1992; 3-19.
34. Williams B: *Ethics and the limits of Philosophy*, Cambridge, M.A. Harvard University Press, 1985. Williams B: *Moral Luck*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press, 1981.
35. Df. nota 33.
36. Flack H, Pellegrino E (eds.) *African-American Perspectives in Biomedical Ethics*. Washington, DC: Georgetown University Press, 1992.
37. Pellegrino E: *The Four principles and the doctor-patient relationship*, en Gillon R (ed): *The principles of Health Care Ethics*. London: Wiley and Sons, en prensa.
38. MacIntyre A: *Plain persons and moral philosophy: rules, virtues and goods*, *American Catholic Philosophical Quarterly* 1992; 1-19.
39. Pellegrino E, Siegler M, Singer P: *Future directions in clinical ethics*. *J. Clin Ethics* 1991; 2: 5-9.