

Escritos de Alasdair MacIntyre sobre medicina y ética médica

Patricia Souza Valle Cardoso Pastura¹, Marcelo Gerardin Poirot Land²

Resumen

Alasdair MacIntyre es un filósofo contemporáneo de Ética y Política, mejor conocido por su libro “Tras la virtud”, de 1981. La originalidad y relevancia de este trabajo se encuentran en la presentación de sus artículos de la década de 1970 sobre medicina y ética médica, que no han sido explorados en Bioética. En estos artículos, MacIntyre critica los cambios en la sociedad que transforman la relación médico-paciente: visiones morales fragmentarias, individualismo, incompreensión del cientificismo y la falibilidad de la práctica, además de las pérdidas de la base en valores comunes y la autoridad médica. En una perspectiva teleológica, MacIntyre describe los bienes internos de la medicina y las virtudes de los médicos: fiabilidad, justicia, coraje, humildad e incluso amistad.

Palabras clave: Ética médica. Bioética. Práctica profesional. Rol del médico. Relaciones médico-paciente.

Resumo

Escritos de Alasdair MacIntyre sobre medicina e ética médica

Alasdair MacIntyre é um filósofo contemporâneo de ética e política, mais conhecido por seu livro “Depois da virtude”, 1981. A originalidade e a relevância deste trabalho estão na apresentação de artigos escritos por ele nos anos 1970 sobre medicina e ética médica, inexplorados no campo da bioética. Nestes artigos, MacIntyre critica as mudanças na sociedade que transformam a relação médico-paciente: visões morais fragmentárias, individualismo, a incompreensão da cientificidade e falibilidade da prática, além das perdas do embasamento em valores comuns e da autoridade médica. Em perspectiva teleológica, MacIntyre define bens internos à medicina e virtudes que os médicos devem possuir: confiabilidade, justiça, coragem, humildade e até amizade.

Palavras-chave: Ética médica. Bioética. Prática profissional. Papel do médico. Relações médico-paciente.

Abstract

Alasdair MacIntyre’s writings on medicine and medical ethics

Alasdair MacIntyre is a contemporary philosopher of Ethics and Politics best known for his book “After virtue”, 1981. The originality and relevance of this work lie in the presentation of his articles from the 1970’s about medicine and medical ethics, which are unexplored in Bioethics. In these articles, MacIntyre criticizes changes in society transforming the physician-patient relationship: fragmentary moral views, individualism, misunderstanding of scientism and fallibility of the practice, as well as the lost background of common values and medical authority. From a teleological perspective, MacIntyre describes internal goods of medicine and physician’s virtues: reliability, fairness, courage, humility and even, friendship.

Keywords: Ethics, medical. Bioethics. Professional practice. Physician’s role. Physician-patient relations.

1. **PhD** patpastura@gmail.com – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro/RJ 2. **PhD** land.marcelo@gmail.com – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Correspondência

Patricia Souza Valle Cardoso Pastura – Av. Rui Barbosa, 716, Flamengo CEP 22250-020. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Alasdair Chalmers MacIntyre es un filósofo contemporáneo muy conocido por su libro “Tras la virtud”¹, de 1981. Es considerado un importante representante de las escuelas de pensamiento del Comunitarismo y la Ética de la Virtud, aunque niega ambos vínculos y se identifica a sí mismo como un tomista². Especialmente, es un crítico de la modernidad, de la Ilustración y del emotivismo. Defiende las tradiciones narrativas de los sujetos en una visión teleológica de la vida.

En filosofía, es reconocido por sus trabajos en moral y política. Pero en bioética, como la ética aplicada a la salud, hay escasos trabajos sobre sus teorías, que traen referencias casi exclusivamente de “Tras la virtud”. De hecho, MacIntyre ha llegado a escribir 30 libros y al menos 5 de ellos se encuentran entre los más estudiados en filosofía moral. También escribió aproximadamente 200 artículos de revistas y algunas reseñas de libros, que usualmente son poco explorados en Bioética². Algunos de los artículos escritos en la década de 1970 analizan específicamente la ética médica, la medicina y sus métodos. Respecto de su biografía, es interesante señalar que sus padres eran ambos médicos.

Este ensayo tiene como objetivo introducir y condensar las ideas principales de estos artículos sobre medicina y ética médica, enfatizando el hecho de que fueron escritos en simultaneidad con el inicio de la bioética como disciplina formal, y aproximadamente cinco años antes de “Tras la virtud”. En muchos de ellos podemos encontrar expresiones, ejemplos y marcos que emplea en el libro para desarrollar su perspectiva filosófica.

Este manuscrito de revisión también pretende recuperar y actualizar las críticas de MacIntyre a: 1) la práctica médica contemporánea; 2) el papel individualista y pasivo desempeñado por los pacientes, así como por la sociedad en general; y 3) la autoridad médica perdida de un trasfondo historicista de valores y creencias comunes.

Visiones de medicina y ética médica

Aristóteles³ afirma que la medicina no es un arte porque tiene un fin distinto de sí mismo – la medicina apunta a la salud del paciente. Basado en estos conceptos teleológicos aristotélicos, la medicina para MacIntyre es una práctica humana que persigue algunos bienes o fines internos, mediante el cultivo de virtudes^{4,5}. La ciencia médica está comprometida con que los pacientes prosperen y mejoren^{5,6}.

Considerar una cultura donde hay una visión clara y establecida del bien para el hombre y donde hay un consenso racional de la jerarquía de los bienes

humanos. El bien de la salud se confía a la profesión médica con sus virtudes concomitantes⁷.

Entonces, para él, el florecimiento de la práctica médica requiere una visión compartida de los bienes internos de esa práctica y creencias compartidas sobre la asignación de roles y derechos dentro de la práctica para lograr esos bienes⁴. MacIntyre⁴ también describe los bienes externos de la medicina, bienes propios de una práctica exitosa de la medicina: poder, dinero y fama.

Inicialmente dentro de este concepto de práctica socialmente establecida y sin referencia a una empresa científica, MacIntyre define la medicina en sus relaciones interpersonales, que incluyen el cuidado que presupone la práctica. Específicamente con respecto al cuidado, éste considera que tiene dos dimensiones: cuidamos un individuo en particular que tiene una relación con nosotros y lo cuidamos con respecto a alguna necesidad. Podemos fallar en el cuidado si no nos dirigimos a él tal como es o si no abordamos lo que realmente necesita⁸.

Para abordar las necesidades individuales en casos particulares, los médicos deben tener cierta capacidad de juzgar con prudencia. Para MacIntyre⁴, la capacidad de buen juicio se confía a ciertos individuos en virtud del reconocimiento de que tienen cierta experiencia. Y los juicios son especialmente importantes en situaciones dilemáticas de la práctica médica. Entonces, MacIntyre, no ajeno a todo esto, escribe sobre problemas médicos y de ética médica del mundo contemporáneo, en casi todos los textos que abordamos aquí.

Partiendo de las cuestiones clásicas de la eutanasia y el aborto, considera todos los debates morales de nuestra cultura como desacuerdos sobre algunas cuestiones particulares, que conducen a afirmaciones de premisas incompatibles. Al igual que podemos leer en el primer capítulo de “Tras la virtud”, en muchos de sus textos anteriores explica la *inconmensurabilidad*^{4,5,9} – un término que reconoce haber tomado prestado de la filosofía de la ciencia⁴. Los argumentos se mueven válidamente de premisas a conclusiones, pero no hay un criterio disponible, no hay un procedimiento racional para decidir entre conclusiones opuestas e incompatibles⁴.

Toma como ejemplo el caso del aborto y es notable que, a pesar de ser un filósofo católico, no reclama mandamientos divinos. Reconoce argumentos contextualizados válidos sobre el respeto al derecho a la vida del feto, así como el derecho de las mujeres a decidir sin coacción, mientras que el feto es esencialmente una parte del cuerpo de la madre. Concluye que no hay un tribunal de

apelación neutral, por lo que el resultado es inevitablemente un impase^{4,5,9}.

Pero no sólo son diferentes los argumentos válidos, sino que también los contextos en los que se usan son diferentes de aquellos en los que alguna vez se crearon. No hay forma de compararlos o medir sus fortalezas. MacIntyre repite que los puntos de vista morales fragmentarios en realidad están separados de sus contextos^{4,5,9}. Es el caso de la ética médica, así como de la filosofía moral contemporánea^{5,9}. Y su conclusión establece el carácter general de los problemas morales en nuestra cultura como un estado de confusión que se dignifica con el nombre de “pluralismo moral”⁴.

La crisis en la ética médica no es sólo el resultado de los rápidos y sucesivos cambios en la sociedad durante el siglo pasado (XX), como se describió anteriormente, sino también el producto de las transformaciones que tuvieron lugar en la propia medicina. Y para MacIntyre, el verdadero problema es que esos cambios no se acompañaron con una redefinición del papel del médico. La batalla de los médicos fue fundamentalmente con las principales enfermedades infecciosas, como científicos aplicados que ofrecen productos químicos para restaurar los estados fisiológicos sin ninguna preocupación por los trasfondos sociales y emocionales⁵. Los tres fines de la práctica médica fueron posponer la muerte, prevenir el dolor y la discapacidad, y promover el bienestar general de los pacientes.

Estos fines se desmoronaron con la medicina y la tecnología contemporáneas. Las principales causas de mortalidad cambiaron de las enfermedades infecciosas a tres enfermedades crónicas: enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y cáncer^{5,10}. Esta situación, afirma, es discordante con el papel inherente que los médicos fueron llamados a ocupar. Actualmente, los médicos frecuentemente prolongan el sufrimiento o extienden la discapacidad. Su tarea, ahora, es tomar decisiones severas y frecuentes – la medicina se convirtió en una tarea moral⁵.

También hubo algunos cambios históricos en los escenarios institucionales complejos y MacIntyre^{10,11} discute este tema en algunas publicaciones, como la burocratización de la medicina. La movilidad y la división del trabajo, en gran medida, han destruido la tradicional relación médico-paciente^{4,11}. De hecho, en la burocracia, el médico es reemplazable y los pacientes acaban siendo lo que está en sus archivos^{10,11}.

La especialización de la medicina moderna como ciencia aplicada, a pesar de todo el progreso del conocimiento teórico, también justifica la forma en que los pacientes no son vistos como personas, sino como partes de sus cuerpos. Los especialistas pierden la comprensión personal del paciente^{5,11}.

Pero el peor problema de la burocratización médica para MacIntyre¹⁰ no es sólo el hecho de que se vuelve impersonal, sino que lleva a los pacientes a buscar el individualismo.

El concepto liberal individualista de nuestra cultura se refleja en la forma en que tiene lugar la relación médico-paciente. Bajo las condiciones modernas, existe un contrato entre el médico (o, incluso, el hospital) y el paciente en el que se intercambian los servicios técnicos por un pago¹¹. Su pregunta es: ¿qué hay de malo en concebir la relación médico-paciente principalmente como contractual? Si los médicos fallan con el paciente, lo que importa no es el incumplimiento del contrato, sino que esas acciones causan lesiones graves a una relación de cuidado.

MacIntyre lo ejemplifica con el caso del matrimonio – el matrimonio implica un contrato, pero lo que está mal en el adulterio no es principalmente que sea un incumplimiento del contrato; es un daño grave a una relación de cuidado (compromiso). Y agrega que hoy en día los médicos no son entendidos como empresarios individuales sino que tienen roles dentro de la vida cooperativa de las instituciones médicas¹¹. Y los problemas de ética médica, por lo tanto, pueden considerarse secundarios a los problemas de las organizaciones médicas⁵.

La competitividad económica es un aspecto de la arbitrariedad moral^{4,12}. Otros aspectos son el individualismo (él habla de los *ácidos del individualismo*) y el pluralismo de nuestra cultura. Didácticamente en muchos de los textos, MacIntyre resume los problemas médicos contemporáneos y los problemas de ética médica en tres grupos diferentes, cada uno de ellos en vinculación con la relación de la práctica con algún bien interno de la medicina.

El primero son los problemas que surgen del soporte tecnológico, que permite la preservación de la vida incluso si la salud no se puede restaurar o si, al hacerlo, aumentarán el dolor y el sufrimiento⁸. Para MacIntyre, preservar la vida no debe basarse en principios, como defiende Albert Schweitzer en su teoría de la reverencia por la vida. *La Biblia habla del respeto por los seres vivos, pero nada de la santidad de la vida*¹³. Entonces, aún es necesario evaluar casos específicos, en lugar de preservar la vida a cualquier costo.

El segundo punto del marco está relacionado con la pérdida de una moral compartida y socialmente establecida que permitió a los médicos asumir que las actitudes del paciente hacia la vida y la muerte serían más o menos las mismas que las suyas y viceversa – creencias sobre el sufrimiento, la muerte y la dignidad humana. En el escenario anterior, los pacientes podían tener una garantía mínima de que sus creencias serían respetadas y así poder confiar en

el médico. Entonces, MacIntyre admite una preocupación muy especial por la medicina moderna, porque toda la naturaleza de la atención médica es casi inimaginable sin un contexto de confianza mutua.

El tercer punto se refiere a la asignación de recursos en los cuidados de salud. Hubo transformaciones en la escala y en el costo de la atención médica, así como cambios políticos y económicos en la sociedad en general que han convertido la distribución de la atención médica en una cuestión muy diferente. La medicina es ahora una práctica social que disputa recursos con otros. El acceso a la atención médica se volvió desigual. Las demandas de justicia social y las demandas de autonomía del médico están ahora en un conflicto radical.

Todas estas situaciones determinan ciertos patrones de atención médica para MacIntyre⁹. Afirma que no debemos comenzar preguntando qué recursos proporcionamos ahora a la atención de un grupo particular de pacientes y luego establecer límites a la atención que brindamos. En cambio, necesitamos comenzar con un estándar de atención justificado, de modo que podamos preguntar cómo, a la luz de ese estándar, nuestros recursos generales deberían asignarse. *Nuestra elaboración de presupuestos debe estar orientada por nuestros estándares y no viceversa*¹⁴.

MacIntyre se centra en la contradicción entre la autonomía individualista y la autoridad. El contexto es de: *formas complejas de comunidad con centros de autoridad reconocidos, como escuelas, iglesias, servicios médicos, dispersos en colecciones de individuos cuyas relaciones se rigen sólo por restricciones negativas (derechos) y contratos*¹⁵.

En sentido aristotélico, un agente moral sin polis tiene una existencia fantasmal, abstracta y, en gran medida, incorpórea¹⁶. En otras palabras, repite que nadie puede separarse de todas las membresías sociales⁵. Además de estos cambios conceptuales en las nociones de autoridad, también hubo cambios en la noción de tradiciones, particularmente de envejecimiento y muerte. Explica que cada generación encuentra el significado de su actividad como parte de una historia que la trasciende⁴. En nuestra cultura contemporánea, el significado del presente está en el presente; envejecer y morir son amenazas – denota este proceso como *fetichismo de la juventud*.

La conclusión pesimista que MacIntyre⁹ obtiene de los cambios históricos y culturales que afectan a la práctica médica es que se ha vuelto problemático, precisamente, en el momento en que hay recursos mínimos para la solución de problemas morales. Esta crítica punzante del mundo contemporáneo y su pluralismo moral, la crítica del individualismo ilustrado, y la pérdida de un estándar moral y una

visión teleológica es algo que ya ha sido atribuido a MacIntyre, ya que conocemos sus trabajos posteriores, especialmente “Tras la virtud”¹. Además, podríamos inferir su defensa de la práctica médica como provisto de bienes internos y virtudes de los médicos.

Lo inesperado es el enfoque de la medicina no como una profesión, sino entendida como ciencia. Gorovitz y MacIntyre⁶, en el texto “Hacia una teoría de la falibilidad médica”, rechazan la opinión de que los problemas morales de la medicina surgen principalmente de su carácter profesional. De hecho, resultarían de su cientificismo. Con el objetivo de demostrar por qué se produce un error médico y distinguir entre *error culpable e inocente*, exploran el carácter científico del método de la medicina, el cual determina diversas incertidumbres.

Gorovitz y MacIntyre⁶ afirman inicialmente que la ignorancia de lo que aún no se conoce es el estado permanente de todas las ciencias y una fuente de error, incluso cuando se respetan plenamente todas las normas internas. Las normas internas son aquellas derivadas del carácter esencial de la actividad científica como cognitiva. Determinan los estándares profesionales a seguir y se preocupan por factores como la verificabilidad, la verdad y la razón. Por otro lado, las normas externas son los motivos que rigen, ya sea para participar o hacer uso de los resultados de la actividad científica. Ejemplos de normas externas son la curiosidad, la ambición y la utilidad social.

Gorovitz y MacIntyre⁶ describen el método científico como la búsqueda de estándares legales para algunas propiedades que conducen a predicciones, mediante la generalización. Es por esto que las predicciones fallan y la fuente de error más importante en la ciencia es la ignorancia (una fuente de error no culpable). Según afirman, otras fuentes de error en las ciencias puras y aplicadas son la terquedad y la negligencia, en referencia a las normas externas de la empresa científica.

Pero las ciencias aplicadas comúnmente difieren de las ciencias puras, así como de la tecnología. Se definen con una referencia esencial a objetivos prácticos, lo que las distingue de la ciencia pura. La tecnología se refiere a una *serie de dispositivos para realizar ciertos fines*. Las ciencias aplicadas son propensas a otra fuente de error que Gorovitz y MacIntyre⁶ denominaron *falibilidad necesaria con respecto a las particularidades*. Se refiere a la ignorancia de las contingencias del contexto (particular), como los factores ambientales incontrolables. Las características individuales generalmente no se podrían inferir simplemente a partir de lo que se sabe sobre lo general. Las generalizaciones se aplican típicamente a la mayoría de los casos, mientras que existe incertidumbre sobre lo particular.

Gorovitz y MacIntyre⁶ consideran la medicina como una ciencia aplicada y ejemplifican que los efectos terapéuticos en pacientes individuales son siempre, hasta cierto punto, inciertos. Inevitablemente se cometerán errores debido a las limitaciones inherentes a los poderes predictivos de una empresa que se ocupa esencialmente del florecimiento de lo particular¹⁷. Y consideran este fenómeno como una característica epistemológica fundamental de una ciencia de lo particular.

En este punto, Gorovitz y MacIntyre⁶ rechazan el pensamiento tradicional de la medicina y de las ciencias en general como no moral o moralmente neutro. Utilizan como ejemplos los experimentos nazis en los campos de concentración: respetaban las normas internas de la ciencia en la búsqueda de verdades y la resolución de problemas, pero no les preocupaban los efectos sociales o individuales. Estaban rompiendo no sólo las normas externas, sino también las internas, ya que no es posible, desde el punto de vista de los autores, estudiar particulares (o individuos) sin comprenderlos en su propio esfuerzo dirigido a su propio bien.

Llegan a una conclusión importante sobre la medicina como ciencia: como está implicada con los individuos, los valores son bienes internos de la medicina, al igual que la búsqueda de la verdad y la resolución de problemas. En otras palabras: si la ciencia se ocupa de lo particular, entonces, las declaraciones de hechos no están libres de valores⁶.

En defensa de una ética basada en valores, MacIntyre¹² repudia la sugerencia de que el valor de una vida se pueda comparar con otro de una manera consecuencialista. Tratar a un agente (un paciente) con respeto moral es atender a su dignidad y no a su felicidad⁹. El utilitarismo, en todas sus versiones, aspira a proporcionar un criterio, una forma de juzgar entre bienes rivales y conflictivos para maximizar la utilidad. Y repite que los bienes y los derechos de nuestros conflictos contemporáneos son inconmensurables – no hay un criterio superior, no hay un concepto neutral de utilidad⁹.

Siendo aristotélico, cree que las decisiones no deben basarse en las consecuencias de las acciones, ni la práctica de las virtudes debe ser un medio para otro fin¹². MacIntyre, entonces, también se opone a la deontología, con su énfasis en la independencia lógica del reino de los valores respecto del reino de los hechos⁹. La filosofía moral contemporánea y la ética están indebidamente preocupadas por las reglas, su justificación y su estatus⁵. MacIntyre explica la deontología de esta manera:

Si nuestras inclinaciones naturales ya no son transformadas y redirigidas por nuestras disposiciones,

buscamos un motivo para la acción correcta que sea independiente de esas inclinaciones, y a veces lo encontramos en un sentido del deber, en relación con lo que los preceptos morales nos exigen, independientemente de cualquier concepción de nuestra orientación hacia el bien humano¹⁸.

Pero las reglas son menos fundamentales que los roles y las relaciones en la visión de MacIntyre⁵. Las virtudes son las que deben informar a los juicios^{5,8}. Y no es posible hacer que los seres humanos sean virtuosos promulgando y haciendo cumplir leyes. Afirma que las leyes no son obedecidas debido a su poder coercitivo. A diferencia de ello, son obedecidas porque cuando el sistema legal está en orden, las leyes alientan el ejercicio de las virtudes en orden a la conquista del bien humano⁸.

Rol de los médicos

Para MacIntyre⁹, la moral en la medicina es, en un modo especial, autónoma. La profesión médica ha tenido que salvaguardar y transmitir sus valores en una diversidad de contextos sociales. Y para él, los valores con los que está comprometida son preservar la vida y la salud, la responsabilidad de justificar la confianza de los pacientes y las demandas de autonomía en los juicios y la asignación de recursos^{5,9}. MacIntyre repite estos tres bienes internos de la medicina, también empleando este marco conceptual para denotar las virtudes del médico necesarias para la práctica y la ética aplicada^{9,12}. Vemos otro retorno a Aristóteles en esta sugerencia para que los médicos actúen virtuosamente⁹.

Sin embargo, preservar la vida no es suscribir a una forma culturalmente poderosa de idolatría del cuerpo, especialmente de un cuerpo joven. MacIntyre¹² critica la extraordinaria inversión financiera y moral de nuestra cultura en intentos de vencer el envejecimiento y la muerte, intentos que expresan resentimiento frente a la condición de finitud. También aborda estos problemas del final de la vida en el contexto en que los médicos deben ser sabios y prudentes para reconocer que muchos pacientes son incurables⁵. Lo mismo se aplica al tratamiento de un niño físicamente imperfecto o lisiado, con un *paquete innecesario de nervios y tejidos distorsionados y causantes de sufrimiento*¹⁹ – un ejemplo que utiliza.

Cuando MacIntyre escribe sobre la veracidad, resalta que, el hecho de que los médicos mientan a alguien acerca de la cercanía de su muerte, está especialmente prohibido porque acercarse a la muerte es acercarse al juicio de Dios. Se requiere que cada uno de nosotros aborde nuestra propia

muerte con actos de preparación consciente, y si los médicos niegan esta posibilidad a alguien, le infligen un grave daño¹² – los médicos estarían insultando su condición de ser humano⁹.

La justicia y la asignación de recursos es la tercera parte del marco de MacIntyre que tiene implicaciones para la política y la economía de los cuidados de la salud. Pero cuando aborda este tópico de la práctica médica contemporánea, no menciona directamente las virtudes, sino las actitudes. Podría pensarse en el coraje, la responsabilidad y la veracidad, la sabiduría y la prudencia como otras formas de caracterizar esas virtudes médicas omitidas. De hecho, cuando MacIntyre⁹ escribe sobre las virtudes médicas tradicionales, da por supuestos la verdad, la justicia y el coraje. La justicia, dice, requiere que tratemos a los demás con respecto al mérito, de acuerdo con estándares uniformes e impersonales. El coraje es la capacidad de arriesgarse a sí mismo – tiene su papel en la vida humana debido a su conexión con el cuidado y la preocupación⁹.

MacIntyre⁸ organiza las virtudes como dirigidas a otros (justicia y generosidad) y dirigidas a sí mismo (templanza). Pero para él, el yo no es una cosa y sus relaciones sociales, otra. Las virtudes son partes constitutivas de lo que somos, y el bien de cada individuo no es el bien de ese individuo aislado de los demás, sino el bien de ese individuo en las relaciones con los demás. Involucrarse en estos tipos de diálogo y en estos tipos de práctica nos permite estar mutuamente instruidos acerca de cuál es nuestro bien común. Afirma:

Es sólo en la medida en que estamos dispuestos a brindar a los demás una escucha justa, a ser generosos en nuestra interpretación de lo que dicen, a ser moderados en la expresión de nuestros propios puntos de vista, a arriesgarnos al exponer dichos puntos de vista a la refutación y a ser imaginativamente simpáticos en nuestra apreciación de los puntos de vista opuestos que podemos participar constructivamente en tales conversaciones y prácticas²⁰.

Y esta afirmación encaja perfectamente con los médicos en su práctica de escuchar y valorar para llegar a diagnósticos y elegir la mejor manera de curar o aliviar el sufrimiento; especialmente con templanza y simpatía. Esto nos lleva al punto en que los pacientes son objeto de la benevolencia del médico, receptores de sus dones. Pero MacIntyre explica que todos somos vulnerables a nuevas enfermedades, y debido a esa vulnerabilidad, con frecuencia dependemos, y en realidad siempre somos potencialmente dependientes, de otros para recibir cuidados.

Cuando los médicos brindan atención deben hacer lo mejor para los pacientes, permitiéndoles, en

la medida de lo posible, y tan pronto como sea posible, retornar a su independencia – para poder definir sus propias necesidades nuevamente. Esta discusión es más cercana a la realizada por MacIntyre en el libro “Animales racionales dependientes”, de 1999²¹. Destaca las redes del dar y recibir, sostenidas por el reconocimiento compartido de las necesidades de los demás⁸.

La otra virtud que MacIntyre menciona es la humildad. Los médicos deben tener actitudes de humildad tanto con respecto al estado del desarrollo del conocimiento médico como a la riqueza y diversidad de individuos. Y para él, esto va más allá de la buena práctica clínica, que de por sí implica el respeto por la importancia del carácter distintivo individual presente en el historial médico del individuo⁶.

Una virtud importante para Aristóteles que MacIntyre remarca como nunca mencionada en los libros modernos de filosofía moral es la amistad. La amistad, en sentido aristotélico, tiene lugar cuando las personas están ligadas por sus preocupaciones por bienes que son los mismos. La amistad no está basada en el placer de la compañía del otro o en la utilidad mutua. MacIntyre⁵ agrega que cuando hay amistad, el médico ejerce un juicio sensible sobre su paciente, en su nombre. De lo contrario, la relación es puramente contractual.

Finalmente, MacIntyre aborda la necesidad que tienen los médicos de ejercer autoridad para emitir juicios clínicos sobre casos singulares de la práctica. El ejercicio de la autoridad implica la acumulación de experiencia y la transmisión de tradiciones. La autoridad y la tradición proporcionan las condiciones necesarias para el ejercicio de la racionalidad. Lo repite muchas veces: la autoridad moral está incorporada en las prácticas de reglas sociales y en las comunidades – iglesia, estado, familia, escuela^{4,5}. Tanto en medicina como en educación, el reconocimiento de la autoridad y el concepto de profesión son inseparables. Sin embargo, la asunción de una responsabilidad no tiene una conexión necesaria con la posesión de habilidades técnicas: *el florecimiento de las tradiciones y la aceptación de la autoridad de quienes participan en una práctica requiere un alto grado de consenso moral – requiere una visión compartida de los bienes internos de esa práctica, creencias compartidas sobre los procedimientos necesarios para lograr estos bienes y sobre la asignación de roles²².*

Desafortunadamente, MacIntyre también denota un gran pesimismo sobre el rescate de la autoridad médica tradicional en el mundo contemporáneo. Los contextos sociales e intelectuales han cambiado demasiado. Somos realmente extraños el

uno para el otro y la autoconservación de cada ser humano es sólo asunto de cada quien⁴.

Pacientes

En uno de los textos, MacIntyre se identifica a sí mismo en el papel de un paciente, lo que le permite informar sobre los sentimientos y las sensaciones de los pacientes mientras se enfrentan a la medicina burocrática y a los cambios de la sociedad pluralista¹⁰. Dice que la medicina moderna es ineludible e inevitablemente burocrática en su forma, y este concepto se aplica tanto a grandes organizaciones como a pequeños hospitales o consultorios privados.

Algunos ejemplos de burocracia que reporta están en el acceso al médico, cuando los pacientes esperan en la fila para citas médicas o exámenes, y especialmente en el hecho de que es el rol lo que importa, no el individuo. El término *sustituibilidad* se usa para los médicos en tanto pueden ser reemplazables, debido a su propia movilidad y porque lo que importa es quién está de servicio¹⁰. Para los pacientes, que también se desplazan, el escenario que describe es aquel en el que las personas son sustituidas por archivos. MacIntyre afirma que, si los pacientes son tratados de manera burocrática, no son tratados como personas, lo que refuerza la pasividad peculiar del papel de enfermo¹⁰.

La decepción es el sentimiento que resume estas experiencias de *divorcio entre las expectativas y la realidad* – cuando un paciente únicamente quiere reconocerse a sí mismo como sano y los médicos quieren tratar un conjunto de enfermedades identificables¹⁰. Entonces, la impersonalidad resultante de la burocracia obliga a los pacientes a adoptar actitudes de dependencia – no sólo porque se acercan a la atención médica en la necesidad, sino porque es la burocracia la que les dirá a los clientes qué necesitan¹⁰.

MacIntyre también describe la impersonalidad cuando los médicos especializados tratan sólo partes del cuerpo de los pacientes. El paciente no es una persona completa, sino una colección de partes del cuerpo o subsistemas. Y dice que la impersonalidad resultante de la especialización priva al paciente de las dimensiones morales y sociales¹⁰. Concluye que, si la impersonalidad coexiste con una forma bastante individualista de pensar la realidad médico-paciente, entonces también es un resultado negativo de la ideología individualista de la modernidad¹⁰.

MacIntyre rechaza este papel individualista que asumen los pacientes, en lugar de aceptar la autoridad de los médicos. Tradicionalmente, el paciente se ha puesto en manos del médico permitiéndole tener

la responsabilidad. No es necesario que el médico revele su propio proceso de pensamiento, convirtiendo al paciente en una víctima de toda la información, sino que le dice al paciente de manera asertiva aquello que es necesario señala una relación que es más que contractual^{4,10}. Una vez más, ejemplifica las diferencias entre las relaciones contractuales y de cuidado, comparando la relación del paciente con su médico con la relación del cliente con el dueño del restaurante⁴. El cliente es libre de elegir en qué restaurante comer y qué comer, y el propietario del restaurante actúa bajo ciertas restricciones, como el mantenimiento de normas de higiene; pero ambos son autónomos.

Una característica de la sociedad moderna es la tendencia a sobrevalorar la autonomía – ahora hablamos de consumismo en medicina. MacIntyre, en otras palabras, diría lo mismo: si un paciente elige libremente a un médico en particular, entonces hay un contrato entre el médico y el paciente en el que los servicios técnicos se intercambian por el pago¹¹. Entonces, agrega, es un grave error suponer que para respetar a un paciente como persona es necesario respetar sus elecciones autónomas en los problemas de salud¹⁰.

De hecho, para MacIntyre, un paciente sólo cree que es él quien toma sus propias decisiones sobre el tratamiento porque él y el médico no tienen antecedentes comunes de valores y creencias. Nadie verdaderamente puede confiar en los juicios de nadie más en su nombre hasta que sepa lo que la otra persona cree. Él habla de una forma de autonomía moral como una condición social⁴.

La autonomía, pensada de esta manera, no es como la considera Kant, una propiedad de cada agente racional. MacIntyre cree en la autonomía como un logro, un logro social: *es a través de nuestra red de relaciones que logramos el control racional de nuestras vidas*²³. Y está claramente relacionada con los pacientes que no deberían verse a sí mismos como individuos con un conjunto de necesidades y deseos no ordenados, separadamente de las relaciones sociales y sin roles definidos que constituyan el *telos* de sus vidas¹⁰.

MacIntyre¹⁰ incluso hace algunas críticas a la definición contemporánea de persona, en el *Oxford English Dictionary*: “portador de derechos legales”. Porque explica que, en hebreo, arameo o griego, no hay palabras que se puedan traducir correctamente con esta expresión: un derecho¹¹. Ni siquiera la Biblia tiene espacio para tal concepto. De la misma manera que con la definición de “persona”, MacIntyre¹² define “paciente” en su concepción etimológica – como receptores pasivos – para criticar el rol pasivo que los pacientes suelen ocupar. Asumen roles pasivos frente a la burocracia, frente al modelo

contractual al que apelan y cuando atribuyen a los médicos algunos roles mágicos, ignorando el carácter científico de la práctica médica^{10,11}.

MacIntyre nos hace conscientes de la paradoja de la situación de los pacientes. Permanecen pasivamente en la posición de víctimas, pero quieren tomar todas las decisiones sobre la vida y la muerte, y reclaman autonomía. Y ellos son los que asumen tales posiciones antagónicas. Los pacientes son personas en nuestra sociedad liberal – niegan las tradiciones, la autoridad del médico y quieren asumir su individualismo. Entonces, una de las conclusiones más importantes de MacIntyre es este cambio en el paradigma.

No hemos podido resolver los problemas de la ética médica porque hemos supuesto una respuesta incorrecta a “¿de quién son los problemas?”. La respuesta que se da por supuesta es: médicos, enfermeras o administradores del hospital. Pero son problemas de los *pacientes*. Es por eso que MacIntyre destaca el rol de los pacientes como agentes morales, en oposición a individuos autónomos. Los pacientes deben ser activos⁴. Luego, da muchos ejemplos de cómo los pacientes pueden desempeñar un papel activo en la vida hospitalaria, aprendiendo datos sobre falibilidad médica y sobre el método clínico, en lugar de proyectar en el médico el papel de mago o de alguien que puede vencer a la muerte.

La burocracia en sí misma, explica MacIntyre, opera en orden a cegar a los pacientes sobre los hechos respecto de errores médicos. Los pacientes deben aprender no sólo que los médicos, en general, cometen errores, sino también que cometer errores es parte del método científico, y que el juicio clínico mejora con la experiencia^{6,10,11}. Lo que hacen los pacientes, en cambio, es creer en la ciencia como magia, como una empresa poderosa e inagotable. Pero *la ciencia se arroga el conocimiento y la magia el poder*²⁴.

Las personas en nuestra cultura, agrega, creen en la magia en lugar de la religión porque la magia controla el poder mientras que la religión nos pone en manos de un poder que no podemos controlar. Una segunda diferencia es que la salvación en la religión no ofrece garantía de preservación del sufrimiento, y la magia promete hacernos invulnerables. Lo que está mal para MacIntyre es que las personas recurren a la medicina no sólo para aliviar el dolor sino en busca de algo que les resguarde de envejecer. También quieren que todo se cure, incluso si es necesario acudir y creer en las drogas milagrosas: *Quieren volverse invulnerables e inmortales*²⁴.

En casi todos los textos hay alguna mención a la muerte y a cómo la gente quiere ser protegida. Pero todos moriremos, y MacIntyre dice que los pacientes deberían darse cuenta de eso, y en lugar de intentar vencer a la muerte, sólo prepararse para

ello. La sociedad debería reconocer que todos somos incurables al final, y las personas deberían confiar en una visión finalista de la vida⁵.

De hecho, los pacientes activos realmente deberían definir sus propios bienes, aunque bienes diferentes. Y también deberían redefinir sus roles. Para MacIntyre, los pacientes deben ser absueltos de responsabilidad e invitar al médico a cuidarlos. Agrega que es la incapacidad la que califica a los pacientes – es la vulnerabilidad lo que los coloca en ese lugar, no la autonomía⁴. MacIntyre concluye que nadie es un agente moral abstracto, pero que hay roles interdefinidos para médicos, pacientes, enfermeros y demás. Los pacientes deben convertirse en agentes morales activos en lugar de pasivos^{4,5,10}.

Consideraciones finales

A pesar de admitir una crisis en la medicina relacionada con la ética médica, cuyos síntomas incluyen la forma en que se invita a los filósofos a las facultades de medicina y a los hospitales, MacIntyre encuentra que las soluciones no están en la teoría filosófica. De hecho, él cree que no hay respuestas que dar, ya que no hay recursos morales en nuestra cultura que conduzcan a soluciones reales.

MacIntyre representa una conclusión pesimista acerca de que los problemas de ética médica son irresolubles en nuestra cultura debido a la falta de antecedentes compartidos de creencias, lo que podría permitir un razonamiento moral al proporcionar una visión del verdadero fin del hombre, de la naturaleza humana y de la sociedad. Una forma simplista de lidiar con el pesimismo de MacIntyre podría ser recurrir a otros autores que admitan el pensamiento liberal de la contemporaneidad. Por lo demás, los escritos de MacIntyre de los años setenta pueden esclarecer que las tradiciones, las narrativas, los valores y el reconocimiento de la interdependencia de la persona son siempre bienes internos de la práctica médica.

La conclusión de este trabajo dirigido a los médicos es una invitación real a actuar virtuosamente. En relación con los pacientes y con toda la sociedad en general, es un llamado a un papel más activo. Los pacientes son los que deberían comprender la medicina en sus métodos, quienes deberían aceptar su propia vulnerabilidad y su muerte, y quienes deberían desempeñar papeles menos individualistas. Los pacientes realmente activos deberían definir sus propios bienes, y bienes en un sentido teleológico.

La teleología también aplica a los médicos. MacIntyre dice: *no hay forma de responder a la pregunta ¿qué reglas morales debería respetar en esta*

situación? hasta haber respondido por primera vez la pregunta: ¿quién soy yo?²⁵

Las elecciones morales del médico no deberían basarse en acciones alternativas en situaciones particulares, sino en formas de vida completas, en formas alternativas completas de organizar roles y relaciones en contextos de práctica médica, y en los bienes que

se deben alcanzar de esta manera. Entonces, después de MacIntyre hay una nueva vía prescriptiva e interpretativa para la práctica médica y la ética médica, respectivamente. Nosotros, quienes vivimos temporalmente “Tras la virtud”, podemos beneficiarnos del esquema conceptual de MacIntyre para la ética, la ética médica, la práctica médica y la vida...

Referências

1. MacIntyre A. *After virtue: a study in moral theory*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 1981.
2. Lutz CS. Alasdair Chalmers MacIntyre (1929-). IEP [Internet]. [s.d] [acesso 7 jul 2016]. Disponível: <https://bit.ly/31RBOnm>
3. Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Nova Cultural; 1996.
4. MacIntyre A. Patients as agents. In: Spicker SF, Engelhardt HT Jr, editores. *Philosophical medical ethics: its nature and significance*. Dordrecht: D. Reidel; 1977. p. 197-212.
5. MacIntyre A. What has ethics to learn from medical ethics? *Philos Exch* [Internet]. 1978 [acesso 7 jul 2016];9(1):37-47. Disponível: <https://bit.ly/31RDOfm>
6. Gorovitz S, MacIntyre A. Toward a theory of medical fallibility. *J Med Philos* [Internet]. 1976 [acesso 2 abr 2018];1(1):51-71. DOI: 10.1093/jmp/1.1.51
7. MacIntyre A. Op. cit. 1977. p. 206.
8. MacIntyre A. The need for a standard of care. In: Francis LP, Silver A, editores. *Americans with disabilities: exploring implications of the law for individuals and institutions*. Nova York: Routledge; 2000. p. 81-6.
9. MacIntyre A. How virtues become vices: medicine and society. *Encounter* [Internet]. 1975 [acesso 2 abr 2018];45(1):11-7. Disponível: <https://bit.ly/2MRiEd2>
10. MacIntyre A. Medicine aimed at the care of persons rather than what? In: Cassell EJ, Siegler M, editores. *Changing values in medicine*. Frederick: University Publications of America; 1985. p. 83-96.
11. MacIntyre A. Ethical issues in attending physician-resident relations: a philosopher's view. *Bull N Y Acad Med* [Internet]. 1979 [acesso 4 abr 2018];55(1):57-61. Disponível: <https://bit.ly/36emaWI>
12. MacIntyre A. Theology, ethics, and the ethics of medicine and health care: comments on papers by Novak, Mouw, Roach, Cahill, and Hartt. *J Med Philos* [Internet]. 1979 [acesso 7 jul 2016];4(4):435-43. DOI: 10.1093/jmp/4.4.435
13. MacIntyre A. Theology, ethics, and the ethics of medicine and health care: comments on papers by Novak, Mouw, Roach, Cahill, and Hartt. Op. cit. 1979. p. 440.
14. MacIntyre A. Op. cit. 2000. p. 82.
15. MacIntyre A. Op. cit. 1977. p. 202-3.
16. MacIntyre A. Op. cit. 1978. p. 41.
17. Gorovitz S, MacIntyre A. Op. cit. p. 64.
18. MacIntyre A. Op. cit. 2000. p. 85.
19. MacIntyre A. Op. cit. 1975. p. 16.
20. MacIntyre A. Op. cit. 2000. p. 84.
21. MacIntyre A. *Dependent rational animals: why human beings need the virtues*. Chicago: Open Court; 1999.
22. MacIntyre A. Op. cit. 1977. p. 201.
23. MacIntyre A. Op. cit. 1985. p. 95.
24. MacIntyre A. Op. cit. 1985. p. 92.
25. MacIntyre A. Op. cit. 1978. p. 46.

Participación de los autores

Patricia Souza Valle Cardoso Pastura participó en la concepción del trabajo, la revisión de la literatura, la interpretación de datos y la redacción del manuscrito. Marcelo Gerardin Poirot Land participó en la interpretación de los datos y la revisión crítica del manuscrito. Ambos autores aprobaron la versión final.

Patricia Souza Valle Cardoso Pastura

 0000-0001-7198-1481

Marcelo Gerardin Poirot Land

 0000-0001-9792-3167

