

Ética de las virtudes aplicada a la deontología médica

Anor Sganzerla¹, José Eduardo de Siqueira¹, Teri Roberto Guérios¹

1. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil.

Resumen

La ética médica adoptó diferentes perspectivas a lo largo de la historia. Parece existir actualmente una indiscutible supremacía de que la ética normativa es la que mejor responde a las necesidades de los profesionales médicos y sus pacientes. Por tanto, esta investigación buscó evaluar las posibles contribuciones de la ética de las virtudes para que la deontología médica pueda ser eficaz y virtuosa con vistas al bien del paciente. Para comprenderla, se realizó una investigación bibliográfica teórica-conceptual narrativa y crítica. Se partió de la hipótesis de que cuando la deontología, a pesar de ser la guía más aceptada y practicada en la relación del profesional con el paciente, no va acompañada de una ética de las virtudes destinada a guiar la conducta médica, no está garantizado que el mero cumplimiento de las reglas la haga virtuosa con respecto al bien del paciente.

Palabras clave: Ética médica. Virtudes. Teoría ética.

Resumo

Ética das virtudes aplicada à deontologia médica

Ao longo da história, a ética médica assumiu diferentes perspectivas. Na atualidade, parece haver indiscutível supremacia do entendimento de que a ética normativa é aquela que melhor atende às necessidades da relação de profissionais da medicina com seus pacientes. Nesse contexto, esta pesquisa buscou investigar como a ética das virtudes pode contribuir para que a deontologia médica possa ser eficaz e virtuosa com vistas ao bem do paciente. Para buscar essa compreensão, realizou-se pesquisa bibliográfica de caráter teórico-conceitual narrativa e crítica. A hipótese levantada é de que, embora a deontologia seja o guia mais aceito e praticado na relação do profissional com o paciente, se não for acompanhada de uma ética das virtudes para orientar a ação médica, não há garantias de que o mero cumprimento da regra seja virtuoso no que tange ao bem do paciente.

Palavras-chave: Ética médica. Virtudes. Teoria ética.

Abstract

Ethics of virtue applied to medical deontology

Throughout history, medical ethics has taken on different perspectives. Nowadays, the indisputable understanding seems to be that of the supremacy of normative ethics as the one that best meets the needs of the relationship between medical professionals and their patients. Given this context, this investigation sought to understand how the ethics of virtues can contribute so that medical deontology can be effective and virtuous targeting the well-being of patients. To seek this understanding, a bibliographic search of narrative and critical theoretical-conceptual character was carried out. The hypothesis is that although deontology is the most accepted and practiced guide in the professional-patient relationship, if it is not accompanied by an ethics of virtue to guide medical action, there is no guarantee that the mere fulfillment of the rule is virtuous with regard to the patient's well-being.

Keywords: Ethics, medical. Virtues. Ethical theory.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés

La formación del profesional de salud, principalmente la de los médicos, prioriza la capacitación y la formación que se relacionan con los aspectos técnicos y científicos. Así, la falta de formación en cuestiones éticas y bioéticas que se relacionan con la práctica hace que el conocimiento del médico en esta área, en general, se limite a una disciplina impartida en las primeras etapas del curso de grado. Una vez formados, la mayoría de estos profesionales solo tienen contacto con cuestiones éticas y bioéticas que se relacionan con las directrices del Código de Ética Médica (CEM)¹, principalmente cuando un colega o profesional médico se involucra en la violación de algunos de estos principios y lo sucedido se vuelve a conocimiento público.

En la formación médica continuada, igual a lo que pasa en eventos científicos y congresos, en sus diferentes campos y especialidades, las cuestiones éticas y bioéticas no ocupan un lugar central. En general, estas discusiones se dan de manera informal, en ruedas de conversación, principalmente cuando hay casos prácticos que involucran a otros colegas.

Esta comprensión reduccionista de la ética y de la bioética por parte de los profesionales de salud, que se limita al CEM, es muy perjudicial, porque fortalece la idea de que se debe guiar la medicina solo con la ética deontológica, con sus sanciones y penas previstas en el propio CEM. En otras palabras, la estructura académica y científica actual fortalece la cultura médica de que hay un único enfoque ético para ser conocido y temido: la deontología definida por el CEM, del Consejo Federal de Medicina (CFM).

Sin embargo, se sabe que un profesional médico, en el ejercicio de la profesión, se enfrentará a muchos problemas y dilemas éticos y bioéticos, sin tener la formación adecuada para ello, lo que perjudica su capacidad de deliberación con vistas al bien del paciente². En este contexto, este artículo señala que, teniendo la medicina como *télos* o fin último para hacer el bien al paciente, como destaca el *Juramento Hipocrático*, para lograr este propósito, es necesario que los médicos tengan una formación que incluya cuestiones éticas y bioéticas, que van mucho más allá de la formación deontológica que se limita al CEM.

Se partió de la premisa de que una formación basada en la ética de las virtudes, que contribuya al carácter del médico, permitiría el cumplimiento

de la ética deontológica no como un instrumento coercitivo y temeroso, sino como una guía que busca el mejor camino para el bien del paciente. Además, se buscó analizar históricamente la ética médica deontológica y su presencia como guía ética exclusiva en la conducción del CEM en su más reciente¹ edición. Se trata de la reflexión de tipo teórico-conceptual a partir de la revisión de la literatura narrativa y crítica basada en textos de filosofía y ética médica.

Ética médica y sus cambios desde una perspectiva histórica

Por mucho tiempo, la ética médica se fundamentó en el paradigma de que el médico tenía una superioridad técnica, ética y religiosa. Esta condición le aseguraba el ejercicio de la medicina de manera patriarcal, es decir, además de la capacidad y del saber técnico-científico, el médico tenía el poder moral de saber qué era lo mejor para el paciente. Al paciente solo le quedaba la sumisión al saber y al poder del médico³.

Esta superioridad de los médicos también se encontraba en otros profesionales, como políticos, jueces y sacerdotes, cada uno en su respectivo campo de actuación y una de las características de estas profesiones es que no se medían por estándares morales comunes⁴. Por otro lado, los pacientes pertenecían al cuerpo social común y, por lo tanto, respondían a una moral ordinaria. Así, como eran considerados incapaces de decidir lo que sería mejor para sí mismos, a los pacientes solo les quedaba seguir las decisiones y recomendaciones que los médicos establecían.

En este contexto, Gracia recuerda que, durante toda la Antigüedad y la Edad Media, la ética de las virtudes griega conducía la medicina y que *la virtud griega era aristocrática*⁵. Solo al médico se le atribuía la elección de lo que sería benéfico, como se puede ver, igual que el paternalismo con respecto a Hipócrates y su juramento⁶.

La sociedad en la que vivió Hipócrates era aristocrática y se influía profundamente por la ética de las virtudes de Sócrates y Platón. Debido a que era anterior a Aristóteles, construyó su *Corpus hippocraticum* bajo los preceptos éticos de los dos filósofos mencionados y de la cultura de su tiempo⁶. El *Juramento Hipocrático* fue un texto escrito en

coordinadas determinadas de tiempo y lugar, y solo ahí tiene sentido⁷. Por lo tanto, el juramento tiene carácter eminentemente extrajurídico, entendiéndose como irrevocable, a diferencia de un contrato jurídico, que se puede revocar y disolver de común acuerdo de ambas partes.

En este sentido, desde la Antigüedad y hasta la Baja Edad Media y el inicio de la Edad Moderna, la responsabilidad clasificada como fuerte o moral sería la que perteneciera al médico, al jurista y al sacerdote, y la responsabilidad débil o jurídica, la que se ligara a todas las demás actividades, llamadas de oficios. En este sentido, la moral común, débil o jurídica podría considerarse revocable ya que, al estar de común acuerdo, las partes disolverían sus lazos morales³. Sin embargo, la moral del médico, por su carácter irrevocable, era una antípoda de la moral jurídica.

El *Juramento Hipocrático*, marcadamente sacerdotal, fue el único norte moral de la medicina durante más de 15 siglos. Según la comprensión griega presente en el juramento, el compromiso del médico con el paciente se hace en un nivel de virtuosismo que lo hace irrevocable, porque, si fuera revocable, la ética médica necesitaría someterse a una ética jurídica con respecto a los demás oficios³. Ese rol se caracteriza por tener el dominio de la beneficencia, que se comprendía como paternalismo en la Grecia Antigua.

El cambio de este paradigma se dio de manera seminal en la Baja Edad Media, cuando estudiantes se formaron en las universidades para ejercer actividades que tenían el *status* de profesión: teología, derecho y medicina. Al final de aquella época y con el inicio de la Modernidad, tras la Revolución Francesa, empezaron a repensar y a cuestionar la autoridad moral médica. En esta fase, el Estado moderno se solidificó bajo el reconocimiento de las leyes establecidas y de su derecho de mando y del ejercicio de la autoridad del Estado³.

Se sustituyó lentamente la autoridad moral por la autoridad legal y el dominio empezó a basarse en las leyes de las que surge el sistema de burocratización y mando del Estado. La medicina empezó a comprenderse como actividad laboral común sujeta a las premisas éticas de cualquier otro oficio y subordinada a la deontología de las normas sociales, comerciales y jurídicas comunes a todos.

Se sustituyeron los juramentos clásicos por los códigos de ética, y la ética se convirtió en deontología. Gracia afirma que *el mundo moderno surge cuando las personas empiezan a comprenderse a sí mismas como realidades morales y no físicas*⁸, que el autor clasifica como una crisis de paradigma. En otras palabras, el cambio del paradigma social forzó el cambio en el paradigma ético de la medicina.

Con el inicio de la Modernidad y los cambios socioeconómicos y políticos de la época, se fortaleció la idea de libertad económica basada en el entendimiento de que cada uno produce lo máximo para beneficio de todos³. En este modelo liberal se buscaba un cierto control del Estado, al someter la sociedad a normas éticas y jurídicas razonables. La diferencia ya no era entre el estado de naturaleza, como se define en Hobbes⁹, y la sociedad civil, sino entre el ámbito público (civil) y el ámbito privado (personal y familiar), entonces empezó a valorarse más la autonomía que el paternalismo.

Aunque los cambios sociales, económicos y políticos de la Modernidad fueron el contexto para también exigir cambios en la medicina, se puede decir que esta, de cierta manera, resistió a los cambios de la modernidad y que solo en el siglo XX se produjo una revisión más amplia de la medicina.

En la década de 1970, comenzó el llamado movimiento de derechos de los pacientes y los malos profesionales, que se clasificaron como *espiritualmente perversos*¹⁰, y recibieron muchas críticas. Por otro lado, aunque lentamente, la relación médico-paciente, que era vertical y paternalista desde el inicio de la práctica de la atención con la salud, poco a poco se horizontalizaba, así como otras relaciones sociales, como la de padres e hijos y empleadores y empleados. En lugar del mando paternalista, surgió la responsabilidad compartida, y, poco a poco, desapareció esa concepción de moralidad superior e inferior⁴.

La moralidad que se forma se da a nivel público o en una idea de ética mínima y común a todas las profesiones y ocupaciones y debe regirse por los principios de no maleficencia y justicia, teniendo el requisito de la responsabilidad jurídica como guía fundamental. Mientras que a nivel privado, con la perspectiva de ética máxima, debe prevalecer el principio de la autonomía y de la beneficencia. Así, independiente de la ocupación, se debe actuar bajo

el velo del mismo modelo ético, respetando la autonomía de los agentes sociales y permitiéndoles definir lo que comprenden por beneficencia⁴.

Las profesiones clásicas ya no podían basarse en el viejo paradigma paternalista y, a la vez, tenían dificultad para adaptarse a un nuevo modelo. Muchas veces esta inseguridad de cómo se debe actuar acaba en desgaste de la profesión, desmoralización y enfrentamiento entre los polos involucrados en esta relación.

El movimiento de los derechos del paciente también aseguró la concesión al consentimiento informado. Así, también se respetarían el derecho y la voluntad del paciente, asegurando el modelo liberal, en el que se comprende la libertad de elección como un derecho. Esto se asegura por ley y se defiende en los tribunales, y tales normas deben darse a nivel público o en una idea de ética mínima y común a todas las profesiones⁴.

Fundamentos éticos presentes en el Juramento Hipocrático

Se construyó el *Juramento Hipocrático* bajo el velo social, cultural y ético del mundo griego, con una fuerte tendencia paternalista y sacerdotal. Inspirado en la ética de las virtudes de Sócrates y Platón, Gracia afirma que el juramento *es un texto escrito en coordenadas determinadas de tiempo y lugar, y solo ahí tiene sentido*¹¹.

Más tarde, Aristóteles sistematizó el modelo de la ética de las virtudes, en especial a partir de su obra *Ética a Nicómaco*. En el pensamiento de la sociedad griega y en las bases culturales sobre las que se fundamentó toda la filosofía de Sócrates, Platón y Aristóteles, los individuos nunca serían considerados iguales entre sí. Las diferencias entre ellos se aceptaron como naturales en la *physis*, y a través de ellas se realizarían innumerables actividades humanas en los más diferentes niveles de importancia y complejidad¹².

En el ámbito en que Hipócrates redactó el juramento, *el médico (...) se compromete a una gran responsabilidad, de carácter sacerdotal*¹³, con una entrega total, absoluta y perpetua. Es decir, una entrega como la que se espera de los padres a sus hijos o del sacerdote a sus seguidores, lo que caracteriza su carácter eminentemente

extrajurídico: *el compromiso del juramento no es jurídico, sino sacerdotal. Y este sentido sacerdotal impone una impunidad jurídica*¹⁴.

Como es un juramento que se basa en la virtud (*areté*), su ética es mayormente beneficiosa, ya que la actitud moral de la acción médica genera beneficio al paciente. Por lo tanto, el profesional médico debe ser virtuoso o, tanto en términos antiguos como actuales, tener excelencias morales e intelectuales. A partir de la comprensión del *ethos* griego, el médico es quien debe y puede decir lo que es bueno para el paciente.

La actitud de los pacientes se sostenía en la seguridad de que los médicos, por ser más virtuosos, buscarían su bien. En este sentido, se identifica que las palabras presentes en el *Juramento Hipocrático* se refieren a un paternalismo que impide el ejercicio de la autonomía y de la deliberación del paciente⁶.

Ética deontológica

El conocimiento que se acumuló a lo largo de la historia se expresa en forma de leyes y normas que se deben aprehender, comprender y seguir para la vida en sociedad. Se conduce, se induce, se capacita y se direcciona a los individuos a seguir las normas: a esto se llama deontología. Hasta el siglo XVI, aunque había códigos jurídicos y religiosos de sesgo totalmente deontológicos, la ética, durante su estudio filosófico, se basaba sobre todo en la llamada ética de las virtudes, que llegó a través de la filosofía de Sócrates, Platón y Aristóteles. Una alternativa para este modelo solo se encuentra en Immanuel Kant¹⁵, con la ética de la razón, en el siglo XVIII.

Diferente de los griegos, Kant buscaba, sin recurrir a Dios, algún concepto que fuera común a todos los individuos. Para el pensador, se puede encontrar este parámetro en la razón, ya que somos diferentes de los animales porque somos dueños de la razón¹⁵. Esto permite aceptar que todos los seres humanos tienen la posibilidad de tener un marco ético común, de manera a reconocer lo que es seguro realizarse, siempre que se base en su razón.

Esta especulación filosófica permite comprender que la razón es la responsable por motivar el individuo a cambiar el enfoque mundano de la voluntad, y, así, ya no verla como

puramente un sinónimo de libertad, sino comprenderla como fruto de una reflexión que viene de la razón: libertad es poder hacer todo lo que es racionalmente permitido y, así, se comprende la razón como sinónimo de libertad. Así, para Kant¹⁵, la voluntad se convertiría en una voluntad buena. Se logra la libertad plena al actuar en el cumplimiento de lo que se debe hacer, que se da a partir de la voluntad buena, y esta, a su vez, empieza a conducir las acciones con vistas al cumplimiento del deber.

La existencia de conceptos morales *-a priori*, universales- que basan la ética permite que el individuo defina lo que es bueno o malo, incluso sin experiencia previa, afirma Kant¹⁵. Al creer que los conceptos morales forman parte de la racionalidad de todos, el filósofo establece que la acción moral se basa solo en la razón¹². La razón del individuo es el motor de su autonomía y, cuando se mueve por la razón, lo llevará a elegir opciones moralmente más correctas para sí mismo y para la colectividad en la que vive. Por lo tanto, la razón humana conducirá, de manera autónoma, la acción de los seres humanos bajo la égida de las máximas del deber¹⁵.

Kant solo consideraría alguna ley o norma moral como máxima si pudiera probarla y tener éxito ante las reglas generales de la moral, las que definió como imperativo categórico, es decir, un mandamiento de la razón: *solo actúa conforme la máxima que se puede a la vez querer que se convierta en ley universal*¹⁶. De esto se deduce que, al ligarse al cumplimiento de leyes y normas probadas y aprobadas por el imperativo categórico, empezaría a respetarse racionalmente por todos los seres humanos, sin distinción. Con esto, su modelo ético se clasifica como ética deontológica.

La deontología parte de la idea de que la ley o norma determina el bien o el mal, lo correcto o lo equivocado. Es decir, el bien y el mal no son previos a la ley moral, pero en ella se definen, y solo la ley moral convierte algo en digno de clasificarse como bien o mal.

En el Occidente, donde desde hace mucho se comprende que lo correcto y lo equivocado se establecen por alguna ley o regla, no es de extrañar que una guía bioética médica se convirtiera en el conductor de la ética biomédica. Esto fue lo que pasó con la obra de Beauchamp y Childress, de 1979, llamada *Principios de Ética Biomédica*¹⁷. Se inspiraron en el *Informe Belmont* (1978), cuyo

equipo de Beauchamp participó como miembro, los autores afirman que los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia deben guiar la ética biomédica¹⁷.

Aunque los autores no establecen ninguna jerarquía entre los principios y afirman que, en caso de conflicto, es necesario analizar caso por caso, la opción teórica de los utilitaristas, e incluso de Kant, permite reconocer que los principios en defensa del individuo priman sobre el colectivo. Beauchamp y Childress evocan a Kant: *violación de la autonomía de una persona es tratarla simplemente como un medio, según los objetivos de los demás, sin tener en cuenta los objetivos de la propia persona*¹⁷.

La no maleficencia mencionada por Beauchamp y Childress se acerca al precepto hipocrático *primum non nocere*, del cual se comprende, sobre todo, a no causar daño. Los autores entienden por beneficencia (...) *una acción que se realiza en beneficio del otro (...) el principio de la beneficencia se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de los demás*¹⁸.

A su vez, la concepción de justicia que Beauchamp y Childress establecieron contiene elementos de diferentes concepciones de justicia, como justicia distributiva, justicia equitativa y proporción del justo, que se resumen a la idea de que las personas deben tratarse de manera equitativa. Los autores afirman que existe una situación de justicia (...) *siempre que corresponda a las personas beneficios o responsabilidades en virtud de sus propiedades o circunstancias particulares, como el hecho de ser productivas o de haber sido perjudicadas por acciones de otra persona*¹⁹.

Tras su sistematización, el principialismo que Beauchamp y Childress propusieron se difundió rápidamente por todo el mundo, al ser reconocido como una alternativa práctica para guiar los conflictos en el campo de la salud y, principalmente, conducir la práctica clínica. Aunque representa una gran conquista para la humanidad, una conquista de la que no se puede renunciar, ante la complejidad de situaciones y valores que involucran la vida humana, el principialismo también se demuestra insuficiente en determinadas circunstancias.

Engelhardt²⁰ afirma que *las personas son moralmente autónomas porque tienen carácter auto legislador* y, al vivir en una sociedad pluralista y

democrática, que se caracteriza por la diversidad de valores, la relación entre las personas –y, en este caso, entre el médico y el paciente– puede que no sea de amigos morales, que comparten la misma escala de valores, sino de extraños morales.

Sin embargo, mediante la pluralidad y diversidad de valores que permean el mundo contemporáneo, el simple seguimiento de las bases que el principialismo propone, no siempre hace que la acción sea virtuosa. La diversidad de valores exige que los profesionales de salud sean capaces de cuestionarse: aunque es esta la orientación del modelo principialista, en este caso, ¿cómo puedo ser virtuoso con vistas al bien del paciente? ¿Debo seguir la norma o violar la orientación para poder lograr el bien del paciente?

Diferente del modelo principialista, en el que se obliga a seguir los principios, Kant¹⁵ consideró que el verdadero motor moral no era actuar por obligación a una ley, sino por voluntad propia, lo que llamó actuar por voluntad buena. Por otro lado, este enfoque filosófico de actuar por deber no es lo que motiva la idea de una ética médica jurídica, porque, para el jurista, el deber no cumplido no implica una sanción moral filosófica, sino una coerción penal.

Esta diferenciación se sobresaie porque la sociedad aún se basa en la idea de que toda acción moral se liga al binomio derecho/deber. La consecuencia de la acción, es decir, la acción correcta (en este caso, de conformidad con la Ley), no depende de ningún valor individual o elección del individuo. Se dará por una normalización ética que está por encima de la opinión individual, ya no autónoma, sino heterónoma.

El Código de Ética Médica

El nuevo CEM (Resolución CFM 2.217/2018)¹ añadió un nuevo principio fundamental. Hay un total de 26 principios fundamentales, con 11 normas que definen los derechos del médico en el ejercicio de su profesión. Todos los 117 artículos empiezan con la expresión “está prohibido al médico”, que se refiere a una normalización moral negativa, en la que prohibir se acerca a “no permitir”. En este sentido, así como en muchos otros códigos de conducta, el negativo se destaca más que el positivo.

Según Dall’Agnol, este detalle semántico se debe a (...) *una acción en la que el “no” es una consecuencia directa de las creencias y normas subordinadas al sujeto activo, en este caso el médico, sino una acción coordinada por reglas, ley o normas externas al sujeto. Es decir, una acción deontológica, en la que no se actúa por convicción personal o interna, sino por respeto a reglas externas al individuo. Aquí, se podría inferir una acción correcta dentro de la ley por obligación jurídica y por miedo a la pena. Una acción que no se sostiene por convicciones, sino por miedo a la coacción. No por autonomía, sino por heteronomía*²¹.

Así, se concluye que el CEM, en consonancia con su objetivo de regulación, propone ser un código de conductas deontológicas y heterónimo. En este sentido, el CEM no es diferente de los códigos de las demás profesiones, cumpliendo algo mucho más coercitivo y prohibitivo que educativo.

Sin embargo, este es el aspecto que desarrolla esta reflexión, es decir, no se trata de reducir la importancia del CEM o incluso cuestionar su validez, sino mostrar que, para que se cumpla el código de manera virtuosa, y no como un simple instrumento formal, es necesario que el médico también tenga formación en lo que se llama ética de las virtudes. Es decir, si el CEM se presenta como una normalización que trae muchas prohibiciones, como algo heterónimo, la ética de las virtudes permite que las acciones se basen en la idea de que es mejor actuar de esa manera, porque es mejor para el bien del paciente. En otras palabras, hay dos perspectivas: una prohibitiva, de carácter negativo, y otra positiva, que corresponde a la misión de la propia medicina.

Fundamentos de la ética de las virtudes

En esta sección, se pretende demostrar como la ética de las virtudes puede guiar la conducta deontológica de profesionales de la salud, tanto en su formación como en su práctica, de manera que las decisiones, aunque todavía se toman basándose en la deontología de los códigos, son las más virtuosas posibles. Así, se afirma que, ante la diversidad de valores y del pluralismo moral de la actualidad, además de cumplir los deberes de la deontología, también es necesario buscar actuar

teniendo en cuenta el universo de valores de cada individuo. Por lo tanto, el bien que se realiza no debe comprenderse en el sentido de que se cumplió con el deber de la deontología, sino como un deber moral de la profesión.

La ética de la virtud que propuso Aristóteles, aunque no defendiera una igualdad entre las personas, no impedía que el virtuosismo moral se enseñara por hábito y para todos y que se mejorara y se aprendiera¹². El filósofo afirmaba que solo una vida virtuosa podía hacer feliz al individuo. Al establecer la diferencia entre virtudes intelectuales y morales, Aristóteles afirma que las primeras se enseñan, mientras que las segundas se adquieren por hábito²².

Al problematizar el tema de la ética de las virtudes a la medicina, Pellegrino y Thomasma afirman que, para ella, la ética de las virtudes es más necesaria que la ética deontológica. Según los autores, *[la medicina] en sí misma es un ejercicio de sabiduría práctica –una manera correcta de actuar, en circunstancias difíciles e inciertas, buscando un fin específico, es decir, el bien de una persona particular que está enferma. Es cuando la elección de una acción buena y correcta se vuelve difícil, cuando las tentaciones del interés propio son más fuertes, cuando surgen matices inesperados del bien y del mal, y cuando nadie está viendo, que las diferencias entre una ética que se basa en la virtud y otra que se basa en la ley y/o deber pueden distinguirse claramente*²³.

Tomando como referencia los cuatro principios que Beauchamp y Childress propusieron, Pellegrino y Thomasma²³ se oponen a la idea de que no existe una jerarquía de principios y establecen la beneficencia como un primer y mayor principio. Los autores afirman que solo siguiendo la beneficencia se logrará el fin mayor de la profesión médica, es decir, hacer el bien. Según ellos, hay niveles de beneficencia, y ella se puede entender como mucho más que una no maleficencia.

Para los autores, *la beneficencia es el principio ético que motiva al médico a desencadenar sus compromisos morales y apoyo personal a los pacientes, en lugar de solo respetar sus derechos*²⁴. Ellos siguen afirmando que, aunque las virtudes no tienen valor por sí mismas, ellas tienen valor instrumental, porque los médicos más virtuosos van a seguir mejor las reglas.

Fortaleciendo esa idea, Petry afirma: *(...) sin embargo, se puede argumentar que las virtudes en el principialismo no solo fortalecen la práctica que se basa en principios, sino también, a menudo, constituyen la condición para su aplicación correcta, dada la variedad de circunstancias que pueden pasar y porque los principios no pueden proporcionar una directriz clara a seguir, y corresponde al agente juzgar lo que se debe hacer. En este caso, por ejemplo, sería necesaria la virtud del discernimiento*²⁵.

En su obra, Pellegrino y Thomasma²³ ofrecen lo que llaman de una mejor solución para el debate entre kantismo y utilitarismo, y afirman que el valor esencial de la medicina es el bien del paciente, lo que no se representa totalmente en la tradición deontológica ni en la utilitarista. En contraste con la tradición kantiana y su elección de supremacía de la autonomía, los autores señalan que, aunque están de acuerdo en que la libertad es importante en una sociedad pluralista, no se puede verla como la condición mayor de moralidad.

Al tratar la concepción de autonomía, los autores afirman que, para Aristóteles, la ética forma parte de la política y la autonomía es como un regalo que se da de uno a otro, con vistas al bien común. Así, *la autonomía nos impone al menos dos obligaciones: nos obliga a usar nuestra libertad porque determina lo que debemos hacer, y nos obliga a usar nuestra libertad para promover el bien social y maximizar el bien de sus compañeros*²⁶.

Al tratar de la beneficencia que se basa en la confianza, Pellegrino y Thomasma recuerdan que existe un contrato fiduciario en las relaciones médico-paciente, que se respalda exclusivamente en la confianza, y resaltan que *una ética de las reglas no puede asegurar que se cumplirán sus reglas*²⁷. La confianza debe surgir de la beneficencia. Solo en una relación que se respalda en la beneficencia, tanto el médico como el paciente mantienen la confianza entre ellos en la búsqueda de los mejores intereses que vienen de esta relación.

Al tratar del bien, Pellegrino y Thomasma²³ resaltan la idea de que el bien del paciente es el motor principal y más antiguo que se asocia a la medicina. Y, al definir lo que es el bien del paciente, los autores recurren a la tradición aristotélica, según la cual el bien es intrínseco a las cosas buenas que, a su vez, deben fomentar el

engrandecimiento del ser humano. Además, aunque el bien puede adquirir diferentes sentidos, para el paciente el bien es lo que busca poseer, y para el médico, significa cumplir su deber de siempre hacer lo mejor para el paciente.

Así, el bien generador de benevolencia es fundamentalmente diferente de la benevolencia paternalista que se liga a Hipócrates. Según Pellegrino y Thomasma²³, el profesional médico debe buscar no solo lo que se puede llamar bien médico, sino también el bien del paciente. Así, es evidente que la benevolencia contemporánea considera que el bien que se contrasta a la actitud del médico en actuar técnicamente en la búsqueda de la cura debe complementarse con la comprensión de bien del propio paciente, teniendo en cuenta sus intereses y, principalmente, sus creencias y su escala de valores.

Los autores²³ afirman que el bien supremo debe ser el punto de partida del razonamiento moral de una persona, un bien que se compone de cuatro componentes. Son, en orden descendente: 1) el bien último, el *télos* de la vida, tal como lo concibe el paciente; 2) el bien que se basa en la capacidad del paciente para razonar y elegir; 3) los mejores intereses del paciente; y 4) el bien biomédico o clínico²³.

Al tratar del buen profesional médico, Pellegrino y Thomasma diferencian benevolencia de beneficencia. Para los autores, benevolencia significa desear el bien del paciente, mientras que beneficencia significa hacer el bien. Así, una persona que hace lo correcto y lo bueno relaciona hacer el bien con el respeto a los derechos inherentes del otro ser humano y con el reconocimiento de los deberes y obligaciones. Los autores resaltan que solo la virtud del médico puede asegurar de manera definitiva que el bien del paciente se respetará y se desejará²³.

Por lo tanto, se espera confiadamente que el médico virtuoso profese lo correcto y el bien intrínseco a su práctica, porque la virtud se vincula a la voluntad de hacer el bien, que es el fin último de la medicina. En contraste a los que argumentan que el verdadero bien al paciente se limita a la aplicación correcta del conocimiento médico, los autores recuerdan que *el fin inmediato de la medicina no es solo el rendimiento técnico competente, sino el uso de este rendimiento para lograr un buen fin, el bien del paciente*²⁸. El bien del paciente contempla su proyecto de vida, sus creencias, sus valores y su visión de mundo.

Beauchamp y Childress¹⁷ reconocen la necesidad de la ética de las virtudes cuando presentan las bases del principialismo. Para los autores, sin una ética de las virtudes, se vuelve más difícil lograr el *télos* de las actividades biomédicas de hacer el bien. Los autores también dicen que solo actuando en la búsqueda del bien el sujeto actuará conforme las normativas que se dieron por alguna deontología.

Así, se afirma que ser virtuoso no significa actuar basándose en la virtud que entendían los griegos, sino reconociendo que el paciente es portador de una moralidad, de una visión de mundo y de valores que necesita respetarse. O, como dicen Beauchamp y Childress: *la moralidad, sin rasgos de carácter, reacciones emocionales e ideales mayores que los principios y reglas, sería fría y sin entusiasmos*²⁹.

La complejidad de intereses y situaciones que involucran la relación médico-paciente hace que algunos médicos adopten algunas medidas cautelares, mediante documentos firmados conjuntamente por ambas partes, lo que se conoce como medicina defensiva. Ante esta realidad, Beauchamp y Childress proponen el concepto de integridad moral, y le atribuyen el significado de firmeza, fiabilidad, integridad, integración de carácter moral. Para ellos, la integridad moral es *un rasgo de carácter de una integración coherente de valores morales justificables, y lealtad a estos valores cuando se trata de juicios y acciones. Un aspecto vital de ella, es la lealtad a las normas básicas de obligación*³⁰.

Los autores¹⁷ reflexionan que las virtudes establecen expectativas en cualquier relación humana digna, pero, en los tiempos contemporáneos, la excelencia moral no es más que un *hobby* u otro proyecto relacionado con el propio agente, porque la sociedad se alejó de la directriz aristotélica de una vida admirable por la realización moral.

Consideraciones finales

Al final de esta reflexión, que buscó analizar como la ética de las virtudes puede contribuir para que el médico use el CEM de manera virtuosa, con vistas al bien del paciente, y no solo como un instrumento jurídico de defensa del médico, se concluye que la falta de formación académica y continua de los médicos, que se relaciona con el

mundo de los valores, no capacita a estos profesionales a evaluar la esencia de la propia profesión y, consiguientemente, sus acciones.

La lógica de la sociedad actual se basa en lo que se puede llamar la era de los derechos. Así, si en la historia pasada de la medicina el paciente no tenía derechos, porque el médico era el que tenía el saber técnico, científico, moral y religioso, hoy en día el paciente tiene el derecho de que le informen y le aclaren de manera adecuada acerca de su enfermedad, de elegir el tratamiento al que quiere someterse, de que respeten su religiosidad y la escala de valores que guían su vida.

Estos dos contextos, es decir, la formación médica inadecuada en el mundo de los valores y la era de los derechos del paciente, generan situaciones conflictivas y de desconfianza en la relación médico-paciente. Por parte del médico, existe el miedo a que su paciente lo procese jurídicamente a causa de algún procedimiento que consideró inadecuado; y por parte del paciente, existe el miedo a que el médico no actúe buscando su bien, sino por intereses personales, económicos o incluso institucionales. Para hacer frente a esta desconfianza, se instituyó el CEM con el objetivo de enfatizar la misión de la medicina y de proteger al paciente. Sin embargo, en la práctica el CEM se utiliza más como instrumento de protección jurídica del médico que del paciente.

Y así, el CEM fortaleció la idea presente en la medicina de que la acción virtuosa depende del seguimiento de reglas y normas como algo heterónimo, sin ninguna referencia a los valores individuales del profesional. En este sentido, ante la complejidad que involucra el mundo actual de los valores, una complejidad que se manifiesta

en cada paciente, se puede concluir que la obediencia ciega de los profesionales médicos al CEM puede representar una actitud inmoral, contraria a los ideales y a la misión de la medicina, aunque puede ser legal.

Con este artículo, no se pretende reducir la necesidad y la importancia del CEM, proponer una revisión de sus principios y normas, ni tampoco suspenderlo, sino resaltar que su uso solo será virtuoso si los profesionales que utilizan el código también lo son. Por lo tanto, la ética de las virtudes representa complementariedad, y no una oposición.

En *Fundamentos de bioética*, Gracia titula su epílogo “El médico perfecto”, y afirma que *el médico solo se vuelve “bueno” y “perfecto” cuando convierte su virtuosismo técnico y su virtud moral en una especie de segunda naturaleza, en una forma de vida. El médico perfecto es el médico virtuoso*³¹.

En otro contexto, al compartir sus acciones como profesor del curso de medicina, Gracia afirma que, al estimular a sus alumnos a buscar el valor intrínseco de las cosas, la experiencia mostró que ellos *encuentran un nuevo mundo, cosas fundamentales, no solo para su actividad profesional, sino también para su vida y para la vida. En ellos se produce una transformación que no se olvidará*³².

Así que el reto no es mejorar el código, sino ofrecer una formación cualificada en el mundo de los valores, tanto en la formación académica como en la formación continua a todos los médicos, de manera que puedan lograr la excelencia moral de su profesión y, así, puedan deliberar de manera a considerar el bien del paciente. La adquisición de la excelencia moral lo convertirá no solo en un buen médico, sino también en un médico bueno.

Referencias


1. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, n. 211, p. 179, 1 nov 2018 [acesso 13 nov 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3MbOz3i>
2. Neves WA Jr, Araújo LZS, Rego S. Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 14 jan 2022];24(1):98-107. DOI: 10.1590/1983-80422016241111
3. Gracia D. Fundamentos de bioética. 2ª ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2007. p. 47.
4. Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Loyola; 2010.
5. Gracia D. Op. cit. 2007. p. 47.

6. Cairus HF, Ribeiro WA Jr. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. (Coleção História e Saúde).
7. Gracia D. Op. cit. 2007. p. 70.
8. Gracia D. Op. cit. 2007. p. 163.
9. Hobbes, T. Leviatã. São Paulo: Abril Cultural; 1978.
10. Gracia D. Op. cit. 2010. p. 298.
11. Gracia D. Op. cit. 2007. p. 71.
12. Dall'Agnol D. Ética. Florianópolis: UFSC; 2014.
13. Gracia D. Op. cit. 2007. p. 72.
14. Gracia D. Op. cit. 2007. p. 89.
15. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes. Lisboa: Edições 70; 2007.
16. Kant I. Op. cit. 2007. p. 59.
17. Beauchamp TI, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2002. p. 143.
18. Beauchamp TI, Childress JF. Op. cit. p. 282.
19. Beauchamp TI, Childress JF. Op. cit. p. 352.
20. Engelhardt HT Jr. Fundamentos da bioética. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2008. p. 42.
21. Dall'Agnol D. Op. cit. p. 87.
22. Aristóteles. Ética a Nicômaco. Poética. 4ª ed. São Paulo: Nova Cultural; 1991. (Coleção Os Pensadores)
23. Pellegrino ED, Thomasma DC. Para o bem do paciente. São Paulo: Loyola; 2018. p. 122.
24. Pellegrino ED, Thomasma DC. Op. cit. p. 43.
25. Petry FB. Princípios ou virtudes na bioética? Controvérsia [Internet]. 2005 [acesso 14 nov 2021];1(1):49-65. p. 65. Disponível: <https://bit.ly/3efMwzY>
26. Pellegrino ED, Thomasma DC. Op. cit. p. 55.
27. Pellegrino ED, Thomasma DC. Op. cit. p. 63-64.
28. Pellegrino ED, Thomasma DC. Op. cit. p. 139.
29. Beauchamp TI, Childress JF. Op. cit. p. 495.
30. Beauchamp TI, Childress JF. Op. cit. p. 508.
31. Gracia D. Op. cit. 2007. p. 780.
32. Gracia D. Construindo valores. Madrid: Triacastela; 2013. p. 259. Tradução livre.

Anor Sganzerla - Doctor - anor.sganzerla@gmail.com

 0000-0001-8687-3408

José Eduardo de Siqueira - Doctor - eduardo.jose@pucpr.br

 0000-0002-7381-0421

Teri Roberto Guérios - Magíster - teriguérios@uol.com.br

 0000-0002-5002-7848

Correspondencia

Anor Sganzerla - Rua Urbano Lopes, 366, ap. 702, Cristo Rei CEP 80050-520. Curitiba/PR, Brasil.

Participación de los autores

Los autores redactaron y revisaron el texto conjuntamente.

Recibido: 28.3.2022

Revisado: 17.8.2022

Aprobado: 23.8.2022