

Virtudes en el cuidado sanitario: aportes de Pellegrino y Thomasma

Luiz Filipe Lago de Carvalho¹, Gabriele Cornelli¹

1. Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil.

Resumen

Este artículo presenta un análisis de la propuesta de Pellegrino y Thomasma de utilizar las virtudes como referencia bioética, especialmente en la bioética clínica. Los autores sugieren que una visión puramente basada en principios o deberes es insuficiente, especialmente en el cuidado sanitario. El buen profesional de la salud posee ciertas virtudes que lo empoderan y lo impulsan a seguir principios éticos y a ser una persona mejor, lo que, invariablemente, lo ayuda a alcanzar los bienes de la medicina. Así, un enfoque que considere la convergencia entre virtudes y principios impide una visión instrumentalizada de la medicina y cambia el énfasis del análisis ético hacia el profesional y a cómo su carácter y sus conductas contribuyen a los intereses del paciente, ya sean estos determinados por la medicina o por sus aspiraciones personales y valores internos.

Palabras clave: Bioética. Atención a la salud. Virtudes.

Resumo

Virtudes no cuidado sanitário: contribuições de Pellegrino e Thomasma

Este artigo apresenta uma análise da proposta de Pellegrino e Thomasma de utilização das virtudes como referencial bioético, especialmente na bioética clínica. Os autores sugerem que uma visão puramente baseada em princípios ou deveres é insuficiente, principalmente no cuidado sanitário. O bom profissional de saúde é detentor de determinadas virtudes que o empoderam e o impelem a seguir princípios éticos e ser uma pessoa melhor, o que, invariavelmente, o ajuda a alcançar os bens da medicina. Assim, uma abordagem que considere a convergência entre virtudes e princípios afasta uma visão instrumentalizada da medicina e altera a ênfase da análise ética para o profissional e como seu caráter e suas condutas contribuem para os interesses do paciente, sejam aqueles determinados pela medicina ou por suas aspirações pessoais e valores internos.

Palavras-chave: Bioética. Atenção à Saúde. Virtudes.

Abstract

Virtues in healthcare: contributions from Pellegrino and Thomasma

This article presents an analysis of Pellegrino and Thomasma's proposal to use virtues as a bioethical framework, especially in clinical bioethics. The authors suggest that a view purely based on principles or duties is insufficient, especially in healthcare. Good health professionals have certain virtues that empower and impel them to follow ethical principles and be better people, which invariably helps them achieve the goals of medicine. Thus, an approach that considers the convergence between virtues and principles moves away from an instrumentalized view of medicine and changes the emphasis from ethical analysis to the professional and how their character and conduct contribute to the interests of the patient, whether determined by medicine or by their personal aspirations and inner values.

Keywords: Bioethics. Delivery of health care. Virtues.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Lo que hoy se entiende por bioética como disciplina comenzó en la década de 1970, con la publicación de *Bioethics: bridge to the future*¹, por Van Rensselaer Potter. La propuesta original de Potter presentaba una nueva forma de preocupación por la vida humana y el medio ambiente, en la que se integraban la ética, los valores y la ciencia de la vida. Su bioética no se restringía a cuestiones biomédicas, sino que era más amplia y abarcaba otras áreas de la vida, como los impactos del desarrollo tecnológico y la biodiversidad.

Sin embargo, con la publicación del *Informe Belmont*² y, especialmente, la publicación *Principios de la Ética Biomédica*³ de 1979, la bioética comenzó a adoptar un enfoque centrado en la ética y en las prácticas médicas y se expandió por los países del llamado Norte Global, colonizadores y considerados desarrollados. A pesar de haber sido fuertemente criticada en los países del Sur Global, el enfoque basado en principios, conocido como bioética principialista, todavía se utiliza ampliamente, especialmente en contextos clínicos y de cuidados de salud.

En el mismo período en que surgió la bioética — década de 1970 —, surgieron muchas ideas nuevas sobre las virtudes e intentos de revivir una visión aretaica como contrapunto a los modelos dominantes desde la modernidad: el consecuencialismo y la deontología. En las décadas siguientes, varios filósofos y eticistas contribuyeron significativamente a la construcción de una ética cuyo objetivo sería el agente, su carácter y sus motivaciones, y que colocaría el deber y los resultados en un plano secundario.

En consecuencia, muchos profesionales de otros ámbitos han mostrado un interés creciente en aplicar, a sus respectivos campos, enfoques basados en las virtudes. En el ámbito de la ética médica, el médico Edmund Pellegrino y el filósofo David Thomasma publicaron, conjunta y separadamente, obras de gran importancia para el estudio de los fenómenos sociales, culturales y morales que influyen en la práctica de la medicina. *Base filosófica de la práctica médica*⁴, *Por el bien del paciente*⁵, *Las virtudes en la práctica médica*⁶ y *Las virtudes cristianas en la práctica médica*⁷ son parte de un proyecto continuo para desarrollar una filosofía moral coherente aplicable a la medicina.

La discusión propuesta por Pellegrino y Thomasma, a pesar de estar sujeta a críticas más actuales, revela un malestar respecto a la visión

predeterminada de la medicina y del subárea conocida como bioética clínica, que gira en torno a la década de 1990, inicio del resurgimiento del concepto original de bioética. El uso de las virtudes como marco teórico bioético demuestra una preocupación que trasciende las percepciones clásicas de la relación médico-paciente y de la instrumentalización de la medicina, en contraposición a una actuación basada en valores amorales y distantes del individuo, de su personalidad y de sus deseos.

Alternativa de las virtudes

Pellegrino y Thomasma⁶ entienden que, por más que existan varias teorías de la virtud, las posteriores a Aristóteles nada o muy poco han aportado a la teoría en su conjunto. En ese sentido, muchos filósofos contemporáneos han realizado un rescate de las virtudes antiguas para desarrollar lo que actualmente denominan ética de las virtudes. Los autores ya habían señalado que Aristóteles utilizaba con frecuencia la medicina como modelo o ejemplo para explicar su método y su ética. Esto, según ellos, sugiere una relación importante entre la salud y las virtudes que deben tener sus profesionales⁴.

Alasdair MacIntyre⁸ propuso que las virtudes deben entenderse como disposiciones o cualidades adquiridas, que se distinguen por las siguientes características: 1) son necesarias para que los humanos puedan obtener los bienes internos a la práctica común; 2) sostienen identidades comunes o comunidades por medio de las cuales los individuos puedan perseguir el bien durante toda su vida; y 3) sostienen las tradiciones que proporcionan prácticas y vidas individuales del contexto histórico necesario.

Hursthouse^{9,10} aportó la idea de un individuo virtuoso hipotético, cuya conducta sería modelo para los demás. Anscombe¹¹ y Foot^{12,13} adoptaron una visión funcionalista al rechazar un criterio de regla moral más fuerte e identificar las virtudes con base en lo que es propicio a la capacidad individual y de la sociedad para reconocer el bien. Swanton¹⁴, a su vez, la complementó con una visión pluralista de las virtudes, según la cual el objetivo de la virtud y la correspondencia de la conducta con ese objetivo son lo que define a la virtud en sí misma. Slote¹⁵⁻¹⁷, más recientemente, desarrolló una especie de ética del cuidado, que atribuye mayor importancia a las buenas motivaciones del individuo real al actuar.

En todo caso, es posible percibir que las múltiples éticas de las virtudes proporcionan un aparato teórico que se materializa en proponer una alternativa a los modelos éticos dominantes —la deontología y el consecuencialismo—, resguardando el foco en el agente y su carácter, al priorizar cualidades o excelencias en detrimento del deber o los resultados. Sus prescripciones no tienen, ni pretenden tener, el peso normativo que pretenden sus competidoras, pero proporcionan una ampliación de los factores determinantes de la rectitud de una acción, abarcando elementos que son inseparables de la vida humana y que quedan en un segundo plano respecto a los demás.

En ese sentido, un criterio de corrección de la acción, especialmente en el cuidado sanitario, no puede asegurarse simplemente con un enfoque puramente basado en principios, orientado por el deber o basado en resultados. Ni siquiera los principios morales más elevados son capaces de descartar el mal carácter o las malas motivaciones, ni pueden resguardar a un paciente de un profesional orgulloso, codicioso o simplemente despreocupado por su bienestar. Además, parece aceptable la visión de que es mejor que nuestros cuidadores estén más dedicados a algún ideal de bien colectivo que a motivaciones individualistas, es decir, que sus inclinaciones profesionales estén más fuertemente basadas en sus cualidades de carácter y motivaciones que en el deseo de fama, dinero o prosperidad⁶.

Correlación entre virtudes y principios

Lejos de defender ciegamente la infalibilidad de un sistema ético basado únicamente en las virtudes, es cierto que, así como otros modelos éticos y morales, este también tiene sus limitaciones. Quizá la más relevante es el problema de la gran variedad de definiciones de virtudes y las diferentes características o cualidades del carácter que se consideran virtudes en los distintos sistemas filosóficos.

No es difícil imaginar, por lo tanto, que superar este problema significa reconciliar puntos de vista que, originalmente, serían opuestos. MacIntyre ya calificó tal tarea como *inconmensurable* e *intransigible*⁸, pues, en una sociedad plural, hay una gran variedad de bienes morales, que son valorados dependiendo de la comunidad y de la observación.

Sin embargo, incluso en las eventuales coincidencias sobre la definición de ciertos bienes, es posible observar una cierta lógica en la ética de las virtudes. La conducta moralmente aceptada es realizada por el individuo virtuoso. Por lo tanto, un individuo virtuoso es aquel que lleva a cabo conductas moralmente buenas. Esta lógica cíclica es plenamente aceptable cuando la noción o la definición de un determinado bien es común, aceptada por la mayoría.

En un ámbito práctico, como la bioética, es apremiante encontrar el punto de intersección que ponga fin a esta circularidad entre las virtudes y el individuo virtuoso. Esta conexión, que parece haber sido olvidada con el tiempo, se encuentra en el hábito y en la elección, es decir, en la búsqueda individual de virtudes, tanto en su vida privada como profesional⁶.

Por otra parte, cuando nos encontramos ante una disonancia entre valores o entre lo que se considera bueno y lo que no, se hace necesaria una justificación más profunda de la cualidad de carácter o conducta que debe buscarse para configurar una virtud. En ese sentido, la respuesta que parece adoptar la mayor parte de las filosofías es utilizar principios como directrices para la ética.

En general, un principio es una afirmación sobre una verdad moral, fundamental y universal, que también se expresa en una guía para la acción. De este modo, el principio deriva de la consideración de una acción moral, de sus aspectos más fundamentales. Un principio no es moralmente meritorio porque sea respetado por la persona virtuosa. De hecho, respetamos a la persona virtuosa porque sabemos que es alguien en quien podemos confiar y que practicará la virtud en cuestión con una diligencia que busca la perfección⁶.

La lógica aquí es que los principios funcionan como guías generales o incluso universales para una conducta. Pueden derivar de postulados fundamentales o instituciones que han sido aceptadas por la mayoría o incluso tener el carácter *prima facie* de verdades morales, lo que significa que deben respetarse por sí mismos, a menos que haya una razón muy convincente para lo contrario⁶.

Así como los principios de un ámbito determinado de actividad o estudio deben guiar las cualidades de carácter que serán consideradas virtudes, las virtudes deben guiar los principios que serán válidos o útiles para sustentar una determinada

actuación profesional o incluso para sopesar un conflicto entre principios en una situación práctica.

En todo caso, la idea que aquí se defiende es que las virtudes y los principios deben actuar conjuntamente, pues son excelencias de carácter, que permiten al agente interpretar mejor qué hacer y cómo actuar para alcanzar los fines específicos a los que se ha sometido. Esto está en línea con la idea anterior, especialmente cuando trasladamos el debate al ámbito de la salud.

Sin embargo, no se puede ignorar el hecho de que, especialmente a partir del inicio del siglo XXI, y especialmente en las naciones del Sur Global, ha habido fuertes represalias contra lo que se ha conocido como principialismo en la bioética. Los cuatro principios propuestos por Beauchamp y Childress³ —autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia— fueron y siguen siendo objeto de diversas críticas: por su naturaleza muy abstracta, por la excesiva matematización de su uso en juicios morales e incluso por su disociación de las particularidades humanas concretas de la elección moral.

También existe la acusación común de que estos principios están demasiado dominados por una psicología moral blanca, masculina y heteronormativa de las naciones del Norte global, léase Estados Unidos y Europa occidental. Esto no significa necesariamente que estos principios sean inútiles o que deban ser completamente ignorados, sino que debemos buscar herramientas que permitan evaluar mejor los actos morales en función de los valores de las comunidades en las que están insertos ciertos agentes morales.

Así, una alternativa al sistema basado en principios puede beber de la fuente de la ética de virtudes, en el sentido de poner mayor énfasis en las personas, en los agentes y en las circunstancias, a pesar de las consecuencias o de la formalidad de las reglas. El desafío aquí es no dejar que estas alternativas caigan en el subjetivismo o en un emocionalismo exagerado.

Virtudes en el cuidado sanitario

En un período más contemporáneo, Beauchamp y Childress³ conectaron la virtud, la regla y el principio mediante la motivación. Ser virtuoso no significa solo estar dispuesto a producir cosas buenas, sino también desear lo que es bueno. Sin embargo,

no explican en términos concretos qué sería bueno. Sin embargo, los autores proponen que a cada principio corresponde una virtud. El principio del respeto a la autonomía se convierte en la virtud del respeto. La no maleficencia sería la virtud de la no malevolencia. La beneficencia, benevolencia. Y la justicia sigue siendo justicia. Sin embargo, Pellegrino y Thomasma⁶ observan que esta correspondencia consiste simplemente en convertir guías de acción en estados subjetivos y renombrarlos, sin establecer una diferencia esencial entre ellos. Incluso, Beauchamp y Childress³ admiten que tres de las cuatro virtudes cardinales —prudencia, coraje y templanza— no encajan en su modelo bioético.

Para Pellegrino y Thomasma⁶, el buen profesional, en cualquier ámbito, es aquel que logra los objetivos de la profesión con la mayor calidad posible. En el cuidado sanitario, esta valoración implica, aun, un componente moral, ya que las conductas del profesional sanitario deben ser acordes a los intereses del paciente, ya sean los determinados por la medicina, ya sean sus valores internos y aspiraciones. Para alcanzar estos fines, son necesarias ciertas cualidades de carácter, virtudes que el profesional de la salud debe poseer y desarrollar a lo largo de su práctica. En este artículo, se destacan siete de las virtudes propuestas por los autores, a saber: la fidelidad a la confianza, la compasión, la prudencia, la justicia, la fortaleza, la templanza y la integridad.

Fidelidad a la confianza

La confianza está extremadamente presente en un estado de vulnerabilidad y dependencia de la buena voluntad y de las motivaciones del otro, especialmente en la enfermedad, cuando necesitamos ayuda, curación y justicia. Para Baier¹⁸, sería el apoyo en el otro, en su competencia y voluntad de cuidar en lugar de herir. Se trata de una virtud de gran importancia en el ámbito clínico, ya que la propia existencia de la bioética demuestra que esta confianza en el ámbito del cuidado ha fracasado. Necesitamos bioeticistas que estudien las relaciones sociales y profesionales, establezcan y refuercen límites, mejoren las prácticas y critiquen los hábitos que ya no se ajustan a las expectativas. Esto implica que, como mínimo, las relaciones de confianza entre pacientes y profesionales sanitarios en general se ven estremecidas. Existe, por lo tanto, una relación de hiposuficiencia *versus* hipersuficiencia, vinculada a una situación específica.

La fidelidad a la confianza es, por lo tanto, una virtud de aquel en quien se confía, en el ámbito del cuidado sanitario, el profesional de salud⁶. Como virtud, cambia el foco del análisis moral hacia el agente, la persona responsable de merecer y ganar la confianza de sus pacientes, por medio de la formación de su carácter y profesionalización, así como de actitudes fieles. Es esto lo que permite el ejercicio de la latitud discrecional para que haya mejores posibilidades de alcanzar los beneficios de la medicina, resguardando el debido respeto al paciente en lo que respecta a obtener información adecuada sobre su situación de salud y las posibilidades de tratamiento. Si está bien ajustada, la fidelidad a la confianza es capaz de evitar, o al menos disminuir, la necesidad de alternativas deontológicas en la relación paciente-profesional de salud, como contratos, intermediarios y *ombudsman*⁶.

Compasión

En el ámbito del cuidado sanitario, la compasión es la cualidad del carácter que moldea el aspecto cognitivo de la curación para adaptarse a la perspectiva única de cada paciente. Se relaciona con la comprensión, ya que requiere que su poseedor esté dispuesto a ver, sentir y experimentar las tribulaciones de la enfermedad que aflige al paciente. Pellegrino y Thomasma⁶ definen que la compasión como virtud médica tiene un componente intelectual —la disposición habitual a acceder y comprender la singularidad de los dilemas de cómo se manifiesta la enfermedad en un paciente determinado— y un componente moral, porque, sin compartir los aspectos particulares del paciente, el profesional puede vulnerar sus valores y sentirse desanimado con relación al paciente o a su enfermedad.

En ese sentido, la compasión consiste en ayudar al paciente a sopesar su comprensión de lo que es bueno y su comprensión de la medicina. Esto requiere un cierto nivel de discernimiento sobre cuáles son, de hecho, los valores y dilemas del paciente. Además, la compasión no debe confundirse con otros sentimientos falsamente correlacionados, como la misericordia, la simpatía, la empatía y la piedad, ya que cada uno de estos sentimientos carece de uno o más elementos específicos de la compasión, como experimentar y abordar el dolor del paciente¹⁹ y el intercambio de respuestas emocionales al sufrimiento²⁰. Fundamentalmente, la compasión es muy similar a la amistad, con los

beneficios añadidos de la competencia y del conocimiento tecnocientífico que posee el profesional de la salud, a diferencia de un amigo personal⁶.

Prudencia

La prudencia tiene una larga historia de gran importancia entre los estudiosos de las virtudes, hasta el punto de que comúnmente se la considera la virtud maestra^{6,7}, la conexión entre la vida moral y la intelectual. Se trata de la capacidad de discernir los medios más adecuados para lograr determinados bienes en circunstancias específicas. La prudencia configura las demás virtudes, pues son disposiciones que deben justificarse en actos concretos, que estarán guiados por buenas elecciones morales. Es el pegamento que amalgama la competencia técnica y el juicio moral, así como la herramienta clave para equilibrar los medios disponibles, las posibilidades terapéuticas y los eventuales resultados efectivos de la actuación del profesional de la salud, elementos que nunca serán los mismos para pacientes distintos⁶.

Por lo tanto, la prudencia desempeña un papel esencial, no solo para la vida, sino también para el cuidado sanitario. Es la virtud que nos permite decidir qué otras virtudes serán importantes para la práctica profesional. Es la virtud que guía y da forma a las demás. Para el caso práctico, es la virtud indispensable. Ser un profesional virtuoso es, esencialmente, ser prudente. El profesional prudente es el más capaz de alcanzar las demás virtudes y, en consecuencia, los fines de la medicina.

Justicia

En su concepción más fundamental, la justicia significa garantizar a cada persona lo que le corresponde. En el papel de la virtud, Pellegrino y Thomasma⁶ entienden que la justicia debe basarse en el amor al prójimo; por lo tanto, los autores se abstienen de elegir una visión específica de justicia: conmutativa, distributiva, redistributiva, general o modular. Todas son aplicables a diferentes situaciones o a diferentes etapas de un mismo caso en salud. El cuidado sanitario es una forma de comprometerse con el bien del otro, lo que exige la justicia como obligación moral, en una noción que es también de naturaleza colectiva, puesto que exige una especial preocupación por los que sufren, los pobres, los oprimidos y los desviados.

Así, la justicia no se trata solo de la distribución de bienes o del respeto a los contratos, sino que implica una forma comprensiva de ver y tratar a los demás²¹, especialmente a los vulnerables. Pellegrino y Thomasma⁶ resguardaron un papel esencial a la justicia como principio bioético, como forma de resolver conflictos entre principios. Por definición, ser justo es promover el bien, no causar mal y respetar la autonomía del paciente. Sin embargo, en una realidad de salud pública en la que predomina la escasez de recursos, la justicia como virtud —no solo como principio—, mediada por la prudencia, resulta esencial para resolver problemas prácticos, como en el caso en que una excesiva autonomía o beneficencia hacia un paciente implica deficiencia hacia otro⁶.

Fortaleza

La fortaleza representa el coraje moral, la imposición de un sacrificio por un bien mayor; es la elección de actuar bien, a pesar de todas las posibles consecuencias indeseables, y la sabiduría de no dar marcha atrás demasiado pronto ni insistir hasta el punto del absurdo⁶. Es, como la prudencia y la justicia, una virtud necesaria para la adquisición de las demás. En el cuidado sanitario, es la tenacidad que permite al profesional de salud utilizar el poder que le ha sido conferido para ayudar a los pacientes de forma adecuada, incluso cuando actúa contra un sistema preestablecido que impone, sobre todo, la reducción de costos, dificultades de acceso a tratamientos más caros y la elección de los mejores pacientes⁶. En resumen, la fortaleza es la virtud médica que inspira confianza en los profesionales de salud para resistir las tentaciones de disminuir el bien del paciente, ya sea por sus propios miedos, ya sea por presiones sociales y burocráticas, y utilizar sus propias capacidades y formación de forma eficiente para lograr un bien social.

Templanza

La templanza es la virtud que controla los apetitos, que representa la victoria sobre el deseo egoísta y las tentaciones⁶. En el cuidado sanitario, el profesional de salud tiene conocimientos especializados que son importantes para el paciente, lo que le otorga gran autoridad y poder y, por lo tanto, puede hacerle caer en el paternalismo.

Actúa con templanza cuando utiliza este conocimiento para el bien del paciente por encima de cualquier otro interés individual o institucional, como cuando rechaza el uso indebido de tecnología médica en situaciones en que no se han comprobado beneficios o cuando evita el uso excesivo de intervenciones innecesarias. Es una virtud que exige —quizá más que cualquier otra— una excelente consciencia por parte del profesional de la salud de las condiciones, valores y aspiraciones de los pacientes; una relación más íntima, llamada por Pellegrino y Thomasma⁶ parsimonia terapéutica.

Integridad

La integridad define la naturaleza del individuo que abarca todas las demás virtudes. Caracterizar a alguien como íntegro es dar fe de la previsibilidad de que sus reacciones serán apropiadas a situaciones específicas y que sus juicios abarcarán los elementos más importantes para la toma de decisiones, como principios, virtudes, preceptos y similares⁶. En una situación de enfermedad, es el profesional de salud quien interpreta las circunstancias y decide cómo actuar con base en los principios éticos y bioéticos y su relación con los valores y aspiraciones del paciente. El profesional debe ser íntegro tanto en las elecciones que hace como en la forma de presentar los hechos al paciente, así como en el respeto que manifiesta hacia este⁶. Cuando esté en conflicto con cuestiones institucionales o sociales, la integridad del profesional de la salud lo motivará a permanecer fiel a sus compromisos y a sus propios valores, incluso frente a las dificultades y las tentaciones de abandonarlos²². Por otra parte, el paciente o su familia pueden requerir tratamientos no convencionales que tengan el potencial de perjudicar a este u a otros pacientes o que atenten contra la integridad moral del profesional de salud²³. En estos casos, el profesional honesto debe ser capaz de oponerse y proponer alternativas viables. Se trata, por lo tanto, de una virtud que beneficia principalmente a quien la posee, quien velará por un buen desarrollo profesional y del carácter para luego actuar en favor del otro.

Crítica a la visión de Pellegrino y Thomasma

Sin embargo, existen numerosas críticas al enfoque de las virtudes en la práctica médica. Veatch²⁴,

después de la primera publicación de Pellegrino y Thomasma⁴, presentó objeciones según las cuales existe un gran número de virtudes propuestas y analizadas a lo largo de la historia, lo que implica que están ligadas a cada cultura e impide que una teoría de las virtudes se sostenga sola en una sociedad moderna, pluralista y secular. Además, la medicina contemporánea sería una medicina de extraños²⁴, lo que exigiría, por lo tanto, una mayor preocupación por la conducta correcta, que no podría asegurarse con ningún modelo ético o moral, especialmente en situaciones de urgencia y emergencia en el cuidado sanitario.

Pellegrino y Thomasma⁶ responden a estas objeciones argumentando que, de manera similar a lo que sucede con las virtudes, los principios se interpretan según las culturas, así como ocurre con la mayor parte del sentido moral de las personas. Así, la propuesta de los autores prescribe la interpretación conjunta de virtudes y principios bioéticos, que funcionarían como elementos complementarios, para orientarse mutuamente. Además, las leyes o normas internas de las instituciones no garantizan que se evite el mal y se logre el bien, pero es preferible que contemos con profesionales que tengan cualidades de carácter que los impulsen a hacer el bien, en lugar de preocuparse primordialmente por sus propios intereses⁶.

Más recientemente, Oakley²⁵ argumentó que la perspectiva de Pellegrino y Thomasma no funciona como un enfoque autónomo de la ética de las virtudes para la práctica médica, sino solo como un complemento a las visiones deontológicas y consecuencialistas de la bioética. Obviamente, la visión de los autores está desfasada respecto al escenario actual, dos décadas después de su publicación principal. Sin embargo, parece correcto afirmar que la propuesta sirve al menos como sustrato para sustentar un modelo más contemporáneo de aproximación a las virtudes en la bioética.

Consideraciones finales

En este artículo, se explicó brevemente las razones por las cuales las virtudes pueden y deben utilizarse como referencia teórica y práctica para la práctica de la medicina y del cuidado sanitario en su conjunto, así como se presentaron las principales virtudes del profesional de salud propuestas por Pellegrino y Thomasma. La fidelidad a la confianza, la compasión, la prudencia, la justicia, la fortaleza, la templanza y la integridad, todas, son excelencias de carácter que contribuyen en gran medida al desarrollo del profesional de la salud y al logro de los objetivos de la medicina.

Al involucrarse en la práctica del cuidado sanitario, el profesional asume voluntariamente obligaciones específicas y se compromete con los fines de la medicina. De manera similar, se compromete con los principios que deben guiar sus acciones para alcanzar los fines necesarios. Las virtudes, a su vez, empoderan al agente para tomar decisiones morales de forma que, en la mayoría de los casos, conducen hacia los fines apropiados de la medicina. Esto indica que los principios y las virtudes, trabajando juntos, permiten al agente actuar tanto como fin como medio, a través de la razón adecuada para actuar.

Cabe resaltar, sin embargo, que, así como los principios bioéticos ya no se limitan a los propuestos por el *Informe Belmont* y por Beauchamp y Childress, las virtudes aplicables a la bioética, ya sea general o clínica, tampoco están restringidas a las destacadas por Pellegrino y Thomasma. La bioética, la ética de las virtudes y el cuidado sanitario han evolucionado mucho en las últimas dos décadas, lo que implica que nuevas perspectivas y nuevos principios y virtudes aún pueden contribuir mucho para mejorar el conocimiento teórico y práctico del cuidado de la salud.

En cumplimiento del art. 3 de la Ordenanza n.º 206/2018 de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior – Brasil (CAPES), solicito la inclusión de las siguientes expresiones: El presente trabajo se realizó con el apoyo de CAPES – Código de Financiamiento 001.

Referencias

1. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Hoboken: Prentice-Hall; 1971.

2. U.S. Department of Health and Human Services. Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research [Internet]. Washington DC: HHS; 1979 [acceso 7 jan 2025]. Disponible: <https://tinyurl.com/h63neyvj>
3. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 5ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2002.
4. Pellegrino ED, Thomasma DC. A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions. Oxford: Oxford University Press; 1981.
5. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. Oxford: Oxford University Press; 1988.
6. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. Oxford: Oxford University Press; 1993.
7. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Christian virtues in medical practice. Washington: Georgetown University Press; 1996.
8. MacIntyre A. After virtue: a study in moral theory. 3ª ed. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 2007. p. 181-5.
9. Hursthouse R. On virtue ethics. 2ª ed. Oxford: Oxford University Press; 1999.
10. Hursthouse R. Normative virtue ethics. In: Shafer-Landau R, editor. Ethical Theory: an anthology. London: Wiley-Blackwell; 2013. p. 645-652.
11. Anscombe GEM. Modern moral philosophy. In: Wallace G, Walker ADM, editors. The definition of morality. New York: Routledge; 2020. p. 211-34.
12. Foot P. Natural goodness. Oxford: Clarendon; 2001.
13. Foot P. Virtues and vices: and other essays in moral philosophy. Oxford: Oxford University Press; 2002.
14. Swanton C. Virtue ethics: A pluralistic view. Oxford: Clarendon; 2003.
15. Slote M. Morals from motives. Oxford: Oxford University Press; 2003.
16. Slote M. Virtue ethics. In: Lafollette H, Persson I, editors. The blackwell guide to ethical theory. 2ª ed. Hoboken: John Wiley & Sons; 2013. p. 394-411.
17. Slote M. Agent-based virtue ethics. In: Slote M. Philosophical essays east and west. Palgrave studies in comparative east-west philosophy. New York: Palgrave Macmillan; 2023. p. 83-95.
18. Baier A. Trust and antitrust. Ethics [Internet]. 1986 [acceso 9 maio 2024];96(2):231-260. DOI: 10.1086/292745
19. Smajdor A, Stöckl A, Salter C. The limits of empathy: problems in medical education and practice. J Med Ethics [Internet]. 2011 [acceso 11 maio 2024];37(6):380-3. DOI: 10.1136/jme.2010.039628
20. Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhäuser F. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. GMS Z Med Ausbild [Internet]. 2012 [acceso 15 maio 2024];29(1):1-21. DOI: 10.3205/zma000781
21. LeBar M. The virtue of justice revisited. In: van Hooft S, Athanassoulis N, Kawall J, Oakley J, van Zyl L (editores). The handbook of virtue ethics. Stocksfield: Acumen Publishing; 2014. p. 265-75.
22. Cox D, la Caze M, Levine M. Integrity. In: Van Hooft S, Athanassoulis N, Kawall J, Oakley J, van Zyl L, editors. The handbook of virtue ethics. Stocksfield: Acumen Publishing; 2014. p. 200-9.
23. Giubilini A. The paradox of conscientious objection and the anemic concept of 'conscience': downplaying the role of moral integrity in health care. Kennedy Inst Ethics J [Internet]. 2014 [acceso 20 maio 2024];24(2):159-85. DOI: 10.1353/ken.2014.0011
24. Veatch RM. Against virtue: a deontological critique of virtue theory in medical ethics. In: Shelp EE, editor. Virtue and medicine: Explorations in the character of medicine. Princeton: Springer; 1985. p. 329-45.
25. Oakley J. A virtue ethics perspective on bioethics. Bioethics Update [Internet]. 2015 [acceso 23 maio 2024];1(1):41-53. DOI: 10.1016/j.bioet.2015.10.002

Luiz Filipe Lago de Carvalho – Doctor – luizcarvalho93@hotmail.com

 0009-0001-5796-6987

Gabriele Cornelli – Doctor – gabriele.cornelli@gmail.com

 0000-0002-5588-7898

Correspondencia

Luiz Filipe Lago de Carvalho – Asa Sul Superquadra Sul 413, Bloco M, Entrada D, apto. 107, Asa Sul CEP 70296-130. Brasília/DF, Brasil.

Participación de los autores

Luiz Filipe Lago de Carvalho fue responsable de la investigación y redacción del texto. La orientación estuvo a cargo de Gabriele Cornelli.

Recibido: 6.6.2024

Revisado: 7.1.2025

Aprobado: 13.1.2025