

DE QUE MANERA LA MEDICINA LE SALVO LA VIDA A LA ETICA*

STEPHEN TOULMIN

Durante los primeros sesenta años del siglo xx, poco más o menos, dos cosas caracterizaron la discusión de las cuestiones éticas en Estados Unidos, y hasta cierto punto también en otros países angloparlantes. Por un lado, los análisis teóricos de los filósofos morales se concentraron en cuestiones de la así llamada metaética. La mayoría de los filósofos profesionales supusieron que su misión distintiva no era tomar partido en cuestiones éticas sustanciales sino más bien considerar en primer lugar, de una manera más formal, qué tipo de problemas y juicios se clasifican legítimamente como morales. Por otro lado, en círculos menos académicos, los debates éticos desembocaron repetidas veces en un estancamiento. Un grupo de dogmáticos de línea dura, que apelaban o bien a un código de reglas universales o a la autoridad de un sistema religioso o un maestro, enfrentaron a un grupo rival de relativistas y subjetivistas, que encontraban en la diversidad antropológica y psicológica de las actitudes humanas evidencias que justificaban una diversidad correspondiente en las convicciones y sentimientos morales.¹

Para quienes buscaban alguna vía “racional” de zanjar los desacuerdos éticos, se trató de un período de frustración y perplejidad.² Frente al espectáculo de campos rivales que asumían posiciones éticas pronunciadamente opuestas (por ejemplo, con respecto al sexo prematrimonial o el antisemitismo), acudieron en vano a los filósofos en busca de guía. Pese a que tenían la esperanza de encontrar comentarios inteligentes y perceptivos sobre la verdadera sustancia de tales cuestiones, sólo se les ofrecieron clasificaciones analíticas, que procuraban situar el ámbito de los problemas morales, y no resolverlos.

Dos nuevos factores contribuyeron a este distanciamiento, al hacer de la cuestión de la subjetividad un problema activo y urgente. Para empezar, los desarrollos en psicología —de los cuales no fue el menor el impacto público del nuevo movimiento psicoanalítico— concentraron la atención sobre el papel de los sentimientos en nuestra experiencia, y de tal modo fortalecieron la sospecha de que las opiniones morales tienen que ver más con nuestras reac-

* Artículo publicado en *Perspectives in Biology and Medicine* 25 (4), pp. 736-750, verano de 1973. Reproducido con el permiso del autor y de la editorial “University of Chicago Press”.

¹ Para una mayor exploración del estancamiento, véase [1].

² De hecho, fue precisamente este problema el que se me presentó cuando escribí mi disertación para el doctorado [2].

ciones emocionales a esa experiencia que con nuestras acciones en ella [3]. Así, esas opiniones llegaron a considerarse menos como asuntos de razón que de gusto, y se las juzgó con la vara del antiguo clisé, *quot homines, tot sententiae* [hay tantas opiniones como seres humanos]. Esta concepción de la ética se vio fortalecida por los argumentos de los etnógrafos y antropólogos, que hacían más hincapié en las diferencias halladas entre las prácticas y actitudes de diferentes pueblos que en el núcleo común de problemas, instituciones y pautas de vida que comparten. Como coronación de todo esto, el antropólogo Edward Westermarck adoptó el término “relatividad” de la física einsteiniana y analizó las implicaciones morales de la antropología con el título de *Ethical Relativity* [4].

Dentro de su ámbito, se consideraba que las nuevas ciencias sociales y del comportamiento del siglo xx respaldaban generalizadamente posiciones subjetivistas y relativistas en ética; esto, a su vez, provocaba como réplica una insistencia en el carácter universal e incondicionado de los principios morales; de tal modo, ambos bandos libraban una batalla que no podía tener un resultado satisfactorio. En efecto, en caso de desacuerdos sustanciales, los absolutistas no tenían más razones que proponer en favor de sus posiciones: todo lo que podían hacer era gritar con mayor insistencia o exhibir armas teológicas más pesadas. A cambio, los relativistas sólo podían alejarse con un encogimiento de hombros. Así, las respuestas finales a los problemas éticos procedían, por un lado, de principios no cuestionados y mandamientos basados en la autoridad; por el otro, de deseos, sentimientos o actitudes variables y diversas: y ningún procedimiento convenido para zanjar los desacuerdos mediante la argumentación razonable era aceptado por ambos bandos.

¿Cómo fue que la nueva atención que los filósofos comenzaron a prestar a la ética de la medicina, desde principios de los años sesenta, llevó el debate ético más allá de este punto muerto? Lo hizo de cuatro maneras diferentes. En lugar de la anterior inquietud en torno de las actitudes, los sentimientos y los deseos, apareció una nueva preocupación por las situaciones, las necesidades y los intereses, que exigía que quienes escribían sobre ética aplicada fueran más allá de la discusión de principios y reglas generales y se consagraran a un análisis más escrupuloso de los tipos particulares de “casos” en los que encontraban su aplicación; reorientó ese análisis hacia las empresas profesionales dentro de las cuales surgen característicamente tantas actividades y deberes humanos; y, por último, volvió a poner en la mira de los filósofos las ideas de “equidad”, “razonabilidad” y “relaciones humanas” que desempeñaban un papel central en la *Ética* de Aristóteles pero que posteriormente se perdieron de vista [5, en especial 5.10.1136b30-1137b32]. Aquí consideraremos uno por uno estos cuatro puntos.

La objetividad de los intereses

Los tópicos que preocuparon tanto a psicólogos como a antropólogos durante la primera mitad del siglo xx eran ajenos a las inquietudes de los médicos, y tendieron a distraer la atención de los rasgos compartidos de la naturaleza humana que definen los aspectos fisiológicos de la medicina y contribuyen con ello a determinar las exigencias éticas asociadas. Para comenzar, los nuevos descubrimientos antropológicos que ejercieron más fascinación sobre el público general fueron las costumbres o modos de comportamiento que parecían curiosos, inesperados y hasta extravagantes en comparación con los patrones normales de vida conocidos en las sociedades industriales modernas. Las características distintivas de las culturas exóticas (danzas de la lluvia, médicos brujos, ceremonias de iniciación, tabúes y cosas por el estilo) capturaron la imaginación de los lectores en general con mucho mayor intensidad que las que manifestaban la herencia común de la humanidad: la necesidad universal de comer y beber, el interés compartido por atender heridas y lesiones, etcétera. Del mismo modo, en el plano teórico los antropólogos se concentraron principalmente en las diferencias entre las culturas, y dejaron los universales de la estructura social a la ciencia hermana de la sociología. A sus ojos, lo esencial era explicar los modos de vida y actividad típicos de cualquier cultura en términos apropiados para esa cultura en particular, no en términos traídos de afuera con el propio equipaje cultural del antropólogo.

Como resultado, todo el campo de la medicina fue algo así como un obstáculo para la antropología. Si alguien estudiaba los procedimientos utilizados para manejar casos de tuberculosis entre, digamos, los pigmeos del desierto del Kalahari, bien podía resultar que éstos no reconocieran ese mal como una verdadera “enfermedad” de acuerdo con los criterios occidentales. En ese caso, tal vez fuera absolutamente inapropiado —antropológicamente hablando— comentar sus procedimientos en términos médicos. Al contrario, la medicina de los brujos debía evaluarse en términos “etnomédicos”, mediante criterios adaptados a la concepción de la práctica vigente en la cultura en cuestión.

Para quienes se interesaban en la sistematicidad interna de una cultura dada, éste podía ser un método aceptable. Al adoptarlo, sin embargo, uno se obligaba a dejar a un lado algunos de los presupuestos básicos de la profesión occidental (e internacional) moderna de la medicina: en particular, el supuesto de que los seres humanos de todas las culturas comparten, en la mayoría de los aspectos, marcos corporales y funciones fisiológicas comunes. Si bien la epidemiología de, digamos, las enfermedades cardíacas puede verse en ciertos aspectos significativamente afectada por factores culturales tales como la dieta, los males de esas enfermedades no hablan un lenguaje particular, y en

esa medida la eficacia de los diferentes procedimientos para tratar ese estado pueden evaluarse en términos transculturales.

Así, el estudio *transcultural* de la epidemiología y temas afines —lo que puede llamarse “medicina comparativa”— tiene que distinguirse nítidamente del estudio *intracultural* de la “etnomedicina”. A esta última le incumben las actitudes, costumbres y sentimientos vigentes en las culturas exóticas frente a los males que nosotros mismos conocemos como enfermedades, al margen de que los pueblos en cuestión los perciban o no de esa manera. La primera, en cambio, se refiere a los tratamientos disponibles en diferentes países o culturas, independientemente de las actitudes, costumbres o sentimientos especiales que puedan agruparse localmente en torno de esas condiciones, en uno u otro lugar. A los trabajadores de campo de la Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, les interesa la medicina comparativa y no se sienten disuadidos de investigar los vínculos entre, digamos, las enfermedades oculares y la provisión de agua contaminada por el mero hecho de que los miembros de la comunidad afectada no reconozcan esos vínculos. De tal modo, el tema central de la medicina incluye las condiciones, males y necesidades objetivas y universales que pueden afectar a los seres humanos en *todas* las culturas, en contraste con las condiciones, quejas y deseos relativos y subjetivos que son tópicos para el estudio antropológico en *cualquier* cultura dada.

Ahora estamos en condiciones de ver cuán innecesariamente se arrojaron los filósofos morales en los brazos de los “relativistas éticos” cuando adoptaron la antropología como ejemplo y fundamento. Una ética construida en torno de las diferencias culturales se convirtió rápidamente en una ética de las actitudes locales. El mismo destino alcanzó a los filósofos que buscaron su ejemplo y fundamento en las nuevas ideas de la psicología de principios del siglo xx. Puesto que muy pronto se vieron forzados a considerar que los desacuerdos éticos entre un ser humano y otro tenían sus raíces en sus respuestas y sentimientos personales sobre los tópicos en discusión: como resultado de ello, las cuestiones relacionadas con la solidez de las concepciones morales rivales quedaron sumergidas por las referidas a sus orígenes.

Contrasten, por ejemplo, la afirmación: “Ella considera incorrectas las relaciones sexuales prematrimoniales *porque* su educación mojigata la hizo celosa y censora de la juventud menos puritana de hoy” —que nos ofrece una descripción psicológica de las supuestas causas generadoras de la concepción ética en cuestión— con la siguiente: “Las considera incorrectas *por* la infelicidad que la actual oleada de embarazos adolescentes genera tanto en las madres como en su descendencia”, que expone los intereses que incumben a la concepción y las razones por las que se la sostiene. Así, la configuración de la ética según el modelo de la psicología desvía una vez más la atención de los intereses genuinos y la concentra en cambio en sentimientos lábiles y personales.

La nueva atención prestada a la ética aplicada (en particular a la ética médica) hizo mucho por disipar el miasma de la subjetividad arrojado en torno de la ética como resultado de su asociación con la antropología y la psicología. Al menos dentro de límites amplios, una ética de las “necesidades” y los “intereses” es objetiva y generalizable de una manera en que una ética de los “deseos” y las “actitudes” no puede serlo. Crudamente expresado, la cuestión de si las acciones de una persona ponen en riesgo la salud de otra es normalmente una cuestión de hecho verificable, para la cual hay una franca respuesta afirmativa o negativa, y no se trata de un asunto de moda, costumbre o gusto, sobre lo cual (como reza el dicho) “no hay nada escrito”. Siendo así, las objeciones a las acciones de esa persona pueden presentarse y discutirse en términos “objetivos”. De modo que la atención adecuada al ejemplo de la medicina ayudó a allanar el camino a la reintroducción de pautas objetivas de beneficio y perjuicio y al retorno a métodos de razonamiento prácticos sobre cuestiones morales de los que no disponen ni los dogmáticos ni los relativistas.

La importancia de los casos

Un escritor que ya contribuía a la renovación de la discusión sobre la ética aplicada en una fecha tan temprana como los años cincuenta fue Joseph Fletcher, de la Universidad de Virginia, que hace poco sufrió una dura crítica de parte de pensadores más dogmáticos por plantear la expresión “ética de la situación”.³ A juzgar por el tono de sus críticos, cabría pensar que era el vocero del relajamiento y la amoralidad, cuando en realidad pertenece a una línea muy respetable de teólogos morales protestantes (específicamente, episcopalianos). Una de las principales influencias que recibió en su juventud fue la del obispo Kenneth Kirk, cuyo libro *Conscience and Its Problems*, publicado en 1927 [9], fue una de las pocas obras sistemáticas escritas por un teólogo protestante de principios del siglo XX que empleó el “método de casos”, el cual se asocia más habitualmente con los casuistas católicos. A través de Kirk, Fletcher se convirtió entonces en heredero de la tradición evangélica más antigua de Frederick Dennison Maurice.⁴

Como sus predecesores en la consideración de los “casos de conciencia”, a Kirk le interesaba menos discutir la conducta en términos de reglas y

³ La temprana fecha de publicación de sus primeros escritos sobre este tema (1954) pone claramente de relieve hasta qué punto fue Joseph Fletcher un pionero en el lanzamiento del debate moderno sobre la ética de la medicina [6-8].

⁴ Albert Jonsen me llamó la atención sobre la obra de Kenneth Kirk y su gran precursor, el maestro evangélico de mediados del siglo XIX, F. D. Maurice [10]. Para una mayor discusión, consúltese A. R. Jonsen [11].

principios abstractos que abordar en sus detalles concretos los dilemas morales ante los cuales se encontraba realmente la gente. Como sus distinguidos predecesores —desde Aristóteles y Hermágoras a Boecio, Tomás de Aquino y los jesuitas del siglo XVII—, comprendió muy bien la fuerza de la antigua máxima que sostiene que “las circunstancias modifican los casos”. Como ésta lo indica, sólo podemos entender plenamente qué está en juego en cualquier situación humana y cómo ésta crea problemas morales para los agentes envueltos en ella si conocemos las circunstancias precisas “tanto del agente como del acto”: de carecer de ese conocimiento, no estamos en condiciones de decir nada sustancial sobre la situación, y nuestra invocación de reglas y principios generales será mera palabrería. De modo que, retrospectivamente, la introducción hecha por Joseph Fletcher de la expresión “ética de la situación” puede verse como un capítulo más de la historia de la “ética de los *casos*”, en contraposición a la “ética de las *reglas y los principios*”; ésta es otra área en que la ética de la medicina dio recientemente a los filósofos algunas indicaciones útiles para el análisis de cuestiones morales.

Permítanme mencionar aquí una de ellas, que surge de mi experiencia personal. Desde 1975 hasta 1978 trabajé como consultor y miembro integrante de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigaciones Biomédicas y Comportamentales, establecida en Washington, D.C.; me sorprendió ver hasta qué punto sus miembros podían llegar a acuerdos para hacer recomendaciones sobre cuestiones éticas de gran complejidad y delicadeza.⁵ Si los anteriores teóricos hubieran tenido razón, y las consideraciones éticas dependieran realmente de actitudes culturales variables o sentimientos personales lábiles, lo esperable hubiera sido que personas con antecedentes tan diferentes como los once integrantes de la comisión estuvieran mucho más divididas en tales cuestiones morales de lo que nunca demostraron estarlo en los hechos. Aun en temas tan espinosos como la investigación con la participación de presos, enfermos mentales y fetos humanos, los miembros de la comisión no tardaron mucho en identificar los problemas cruciales que era necesario abordar y, luego de un paciente análisis, las diferencias residuales de opinión pocas veces fueron otra cosa que marginales, en las que algunos miembros se inclinaban a efectuar recomendaciones más conservadoras y otros más liberales. Según recuerdo, sus deliberaciones nunca termina-

⁵ El trabajo de la comisión nacional generó toda una serie de publicaciones gubernamentales, principalmente informes y recomendaciones sobre los aspectos éticos de las investigaciones que involucran a sujetos de grupos especialmente “vulnerables” con una autonomía disminuida, como niños pequeños y presos. Elaboré un análisis más completo del trabajo de la comisión para un próximo libro del Hastings Center sobre la “clausura” de las disputas relacionadas con asuntos de política técnica. Como miembro de la comisión, A. R. Jones también se vio sorprendido por la índole casuista de su trabajo, lo que condujo al proyecto de investigación del cual este artículo es un resultado.

ron en un punto muerto, en el cual los partidarios de principios antagónicos quedaban trabados en sus posiciones y sin intenciones de moverse de ellas. Los problemas que había que discutir *in extenso* no surgían en el plano de los principios mismos, sino en el momento de su aplicación: cuando tenía que lograrse un difícil equilibrio moral entre, por ejemplo, las exigencias generales del descubrimiento médico y sus futuros beneficiarios y el bienestar o la autonomía actuales de los sujetos de investigación individuales.

¿Cómo era posible el consenso en la comisión? Este se asentaba precisamente en esta última característica de su agenda: a saber, su firme concentración en tipos específicos de casos problemáticos. Enfrentados a “casos difíciles”, sus miembros averiguaban qué conflictos particulares de derechos o interés se ejemplificaban en ellos, y por lo común terminaban por equilibrar esos derechos de maneras muy similares. Los integrantes de la comisión comenzaban efectivamente a tomar caminos notoriamente diferentes recién cuando cada uno de ellos pasaba a explicar sus “razones” particulares para apoyar el consenso general. Puesto que, entonces, los miembros con distintos antecedentes y convicciones “justificaban” sus votos mediante la apelación a concepciones generales y principios abstractos que diferían mucho más profundamente que sus opiniones sobre cuestiones sustantivas particulares. En vez de “deducir” sus opiniones acerca de casos particulares de principios generales que pudieran prestar fuerza y convicción a esas opiniones específicas, mostraban una certeza mucho más grande sobre los casos particulares que la que nunca podía alcanzarse en asuntos generales.

Este resultado de la comisión no resultó una sorpresa para los médicos, quienes habían meditado profundamente sobre la naturaleza del juicio clínico en medicina. En la moralidad casuística tradicional, lo mismo que en la práctica médica, el primer paso indispensable es construir una “historia clínica” suficientemente rica. Mientras esto no se haya logrado, el médico sabio mantendrá su juicio en suspenso. Si permite con demasiada ligereza que las consideraciones teóricas influyan en su análisis clínico, éstas pueden perjudicar la recolección de un registro completo y preciso del caso, y distraerlo por lo tanto de lo que más adelante se revelará como los indicios cruciales. Este resultado tampoco habría sido sorprendente para Aristóteles. Tanto la ética como la medicina clínica son ejemplos primordiales de los campos concretos de pensamiento y razonamiento en los cuales (como él insistió) el rigor teórico del argumento geométrico es inalcanzable: campos en los que deberíamos esforzarnos sobre todo por ser *razonables* más que insistir en un tipo de *exactitud* que “la naturaleza del caso” no admite [5, 1.3.1094b12-27].

Tomás de Aquino también compartió esta misma comprensión de las diferencias entre el razonamiento práctico y teórico y la incorporó en su propio tratamiento del “derecho natural” y la “moralidad de caso” [*case morality*],

con lo que se convirtió en parte de las enseñanzas establecidas de los teólogos morales católicos. Como tal, estaba en armonía con las prácticas pastorales de la confesión [12, D.3, Q.5, A.2, *Solutio*]. Así, la versión de Tomás de Aquino de la máxima fundamental se estructuró como una conminación dirigida al confesor —“como un médico prudente”— para que tomara en cuenta las *peccatoris circumstantiae atque peccati*, esto es, “las circunstancias tanto del pecador como del pecado”. Más tarde, sin embargo, la presunta ligereza de los confesores para suavizar sus juicios a la luz de “circunstancias” irrelevantes los expuso a la crítica. En particular, los jesuitas franceses del siglo xvii fueron atacados por sus correligionarios jansenistas con el argumento de que tenían con los penitentes ricos y de alta cuna una “indulgencia” que negaban a los menos favorecidos. Y cuando el jansenista Arnauld tuvo que comparecer ante un tribunal eclesiástico acusado de heterodoxia, su amigo Pascal lanzó un vigoroso contraataque a los casuistas jesuitas de su época con la publicación de unas *Lettres provinciales* anónimas que desde ese momento dieron a la “casuística” su desagradable reputación.⁶

Si miramos hacia atrás, sin embargo, podemos preguntarnos hasta qué punto se justificaba realmente esta reputación. No hay duda de que un sacerdote venal podía corromper la confesión mostrándose indebidamente favorable a los penitentes de fortuna o poder: por ejemplo, mediante la fabricación de especiosas “circunstancias atenuantes” para excusar conductas que eran básicamente inexcusables. Pero no tenemos un modo confiable de saber con cuánta frecuencia sucedió realmente esto, y la mera posibilidad de esa corrupción no cambia el argumento original, a saber, que en ética nunca pueden tomarse decisiones prácticas apelando exclusivamente a “principios autoevidentes”, y que esas decisiones se basan más bien en una evaluación clínica de los detalles significativos característicos de los casos particulares. Es indudable que tenemos la libertad de usar la palabra “casuística” —como los términos paralelos “hechicería” y “sofística”— para referirnos al “uso *deshonesto* de las artes del casuista (o el clínico)”,⁷ pero eso no desacredita el uso hones-

⁶ Las *Lettres provinciales* se publicaron periódica y anónimamente entre 1656 y 1657, pero no tardó mucho en descubrirse su autoría; tal vez sigan siendo los documentos mejor conocidos sobre el tema del “razonamiento casuista” en ética. La relación intelectual entre el vigoroso ataque contra la relajación de la moralidad casuista de los jesuitas contenido en las *Lettres* y el programa más general de la filosofía del siglo xvii merece un estudio más atento que el que se le ha dedicado.

⁷ Para la palabra “casuistry” [casuística], véase la entrada en el *Oxford English Dictionary* completo, que indica de manera reveladora cuántos sustantivos ingleses terminados en “ry” (por ejemplo “sophistry” [sofística], “wizardry” [hechicería] y “Popery” [papismo]) son despectivos. No parece ser accidental que el primer uso de la palabra “casuistry” citado en el OED date recién de 1725, esto es, después del ataque de Pascal contra los casuistas jesuitas. Esto ayuda a explicar y confirmar el actual tono peyorativo de la palabra.

to de la “moralidad de caso”, como tampoco el uso honesto de los métodos casuistas en medicina clínica.

En rigor de verdad, si avanzamos un paso más podemos ver los problemas de la medicina clínica y los de la ética aplicada como dos variedades de una especie común. Definidas en términos puramente generales, categorías éticas como “crueldad” y “generosidad” o “pereza” y “escrupulosidad” tienen cierta calidad abstracta y trivial: antes de que puedan adquirir alguna pertinencia específica, tenemos que identificar alguna persona o conducta *reales* como “generosas” o “cruels”, “escrupulosas” o “perezosas”, y con frecuencia aun este paso preliminar suscita desacuerdos. Lo que ocurre en medicina es parecido: si se las describe exclusivamente en términos generales, también las enfermedades son “entidades abstractas”, y adquieren pertinencia práctica sólo para quienes han aprendido el arte diagnóstico de identificar casos de la vida real como correspondientes a tal enfermedad y no a tal otra.

En su forma (si no enteramente en su argumento), el *arte* del juicio práctico en ética se parece así al arte del diagnóstico y la prescripción clínica. En ambos campos, las generalidades teóricas sólo nos son útiles hasta cierto punto, y su verdadera aplicación a casos particulares exige también la capacidad humana de reconocer los leves pero significativos rasgos que distinguen, digamos, el “caso” de una tensión muscular menor de una enfermedad que representa una amenaza para la vida o el “caso” de una reticencia decente del de un cobarde silencio. Una vez llevadas al lado de la cama, por decirlo así, la ética aplicada y la medicina clínica utilizan exactamente los mismos tipos aristotélicos de “razonamiento práctico”, y la elección adecuada de un procedimiento terapéutico en medicina es el tratamiento *correcto* a seguir, no sólo como una cuestión de técnica médica, sino también por razones éticas.

“Mi ubicación y sus deberes”

En las últimas décadas del siglo XIX, F. H. Bradley, de la Universidad de Oxford, expuso una posición ética que colocaba los “deberes” en el centro del cuadro filosófico, y el reciente interés de los filósofos morales en la ética aplicada (y más específicamente en la ética médica) también les ha dado una nueva comprensión de su argumentación. Era un error (sostenía Bradley) discutir las obligaciones morales puramente en términos universalistas, como si nadie estuviera sujeto a exigencias morales a menos que éstas se aplicaran a todo el mundo (a menos que pudiéramos, de acuerdo con la fórmula kantiana, “querer que se convirtieran en leyes universales”). Al contrario, personas diferentes están sujetas a diferentes exigencias morales, que dependen del lugar

en que se “sitúan” con respecto a las otras personas con quienes tienen relación, por ejemplo sus familias, colegas y conciudadanos [13].

Es decir que para Bradley la consideración central en la ética práctica era la posición, estatus o ubicación [“station”] del agente. El prefería usar el último término (vale decir, “ubicación”), lo que condujo a sus contemporáneos liberales a subvalorar sus argumentos, dado que sospechaban que Bradley suscribía los sentimientos conservadores del antiguo dístico, “Dios bendiga al caballero y sus relaciones, / Y manténganos en nuestras justas ubicaciones”, esto es, las ubicaciones a las cuales “*complugo* [más que *complacerá*] a Dios convocarnos”. No obstante, ésta era una respuesta poco afortunada, dado que, como lo comprendemos hoy, Bradley llamaba la atención sobre aspectos de real importancia. Tal como nos ha enseñado la discusión moderna sobre la ética médica, las afiliaciones e intereses profesionales desempeñan un papel significativo en la definición de las obligaciones y compromisos de un médico, y comprenderlo estimuló análisis detallados tanto del profesionalismo en general como, más específicamente, de la pertinencia de la “relación médico/paciente” para los deberes y obligaciones del profesional médico.⁸

Una vez lanzado a la palestra, el tema del profesionalismo demostró ser rico y fructífero. Condujo, por ejemplo, a un renovado interés en el análisis sociológico que hace Max Weber de la vocación (*Beruf*) y la burocracia, lo que a su vez tuvo dos tipos de implicaciones para la ética de las profesiones. Puesto que, por un lado, la manera en que los profesionales perciben su posición como proveedores de servicios influye tanto en su sentido de la vocación como, también, en las obligaciones que reconocen por esa razón. Y, por el otro, la profesionalización de la medicina, el derecho y actividades similares expone a quienes las ejercen a nuevos conflictos de intereses, por ejemplo entre los deberes de un médico para con un paciente y su lealtad hacia la profesión, como ocurre cuando se lo critica como “poco profesional” debido a que perjudica, no a sus clientes, sino más bien a sus colegas.

Como resultado, en años recientes los filósofos morales comenzaron a considerar específicamente y con mayor detalle las situaciones en que surgen típicamente los problemas éticos, y a prestar más atención a las relaciones humanas encarnadas en ellas. En ética, como en otros ámbitos, la tradición del individualismo radical alentó durante demasiado tiempo a la gente a pasar por alto las “estructuras mediadoras” e “instituciones intermedias” (familia, profesión, asociaciones voluntarias, etcétera) situadas entre el agente individual

⁸ Véase la discusión de Bledstein [14, p. 107] sobre la confusión decimonónica entre los códigos de ética y los códigos de etiqueta dentro de sociedades profesionales como la American Medical Association.

y el contexto más general de sus actos. De tal modo, en teoría política la obligación del individuo hacia el estado se vio como el único problema digno de abordarse; entretanto, en la teoría moral, se soslayaron las diferencias de estatus (o de ubicación) que en la práctica nos exponen a diferentes conjuntos de obligaciones (o deberes), en favor de una teoría de la justicia (o los derechos) que ocultaba deliberadamente estas diferencias detrás de un “velo de ignorancia”.⁹

De acuerdo con esta concepción alternativa, las únicas obligaciones justas —e incluso, propiamente hablando, las únicas obligaciones morales— son las que se aplican en un pie de igualdad a todos, independientemente de nuestra posición. Al asumir las tareas de una profesión, no hay duda de que un agente aceptará ciertos deberes especiales, pero lo mismo ocurrirá con todos. La obligación de cumplir esos deberes es “justa” o “moral” sólo porque ejemplifica obligaciones de responsabilidad más generales y universalizables, que exigen que hagamos lo que hemos emprendido. De tal modo, cualquier insistencia exclusiva en los aspectos universales de la moralidad puede terminar por distraer la atención de las cosas que, precisamente, el estudioso de la ética aplicada considera más cautivantes, a saber, las tareas y obligaciones específicas que cualquier profesión asigna a quienes la ejercen.

Hace muy poco, Alasdair MacIntyre prosiguió estas consideraciones en su nuevo libro, *Tras la virtud* [16]. MacIntyre sostiene que la discusión pública de cuestiones éticas se ha convertido en una especie de Babel, debido, en gran medida, al hecho de que hemos perdido toda noción del modo en que la *comunidad* genera obligaciones en nosotros. Una de las cosas que puede contribuir a recuperar esa noción perdida de comunidad es el reconocimiento de que, en la hora actual, nuestros compromisos profesionales han asumido muchos de los roles que solían cumplir nuestros compromisos comunitarios. Aun las personas que en general consideran ininteligible la filosofía moral reconocen y respetan por lo común las demandas éticas específicas asociadas a sus propias profesiones o trabajos, lo cual nos brinda cierto tipo de basamento sobre el cual podemos comenzar a reconstruir nuestra concepción de la ética. Puesto que nos recuerda que no estamos en condiciones de dar forma a nuestras vidas individuales meramente *como individuos*. Antes bien, nacemos en comunidades en las que las maneras de actuar a nuestra disposición están en gran medida establecidas de antemano; en las que la actividad humana asume diferentes *Lebensformen*, o “formas de vida” (de las cuales las profesiones son un caso especial), y nuestras obligaciones están configuradas por las exigencias de esas formas.

⁹ Tomo esta expresión un poco ilegítimamente de John Rawls [15], pero en [1] sostuve con mayor amplitud que *cualquier* insistencia poco equilibrada en la “universalidad” divorciada de la “equidad” es una receta para la ética de las relaciones entre extraños y no toca en modo alguno las importantes cuestiones que surgen entre personas vinculadas por relaciones más complejas.

En este aspecto, las vidas y obligaciones de los profesionales no son diferentes de las de sus hermanos legos. Las obligaciones profesionales surgen de las iniciativas de las profesiones exactamente de la misma manera que las otras obligaciones morales lo hacen de nuestras formas compartidas de vida; si discrepamos sobre la *teoría* de la ética, es porque hemos malentendido la base que la ética tiene en nuestra *práctica* real. En otras palabras, una vez más fue la medicina —como primera profesión a la cual los filósofos prestaron cuidadosa atención durante la nueva fase de la “ética aplicada” que se inició en los años sesenta— la que dio el ejemplo necesario para reanimar algunas importantes y descuidadas líneas de argumentación dentro de la propia filosofía moral.

Equidad e intimidad

Dos temas finales también suscitaron una atención especial como resultado de la nueva interacción entre medicina y filosofía. Aristóteles los presentó en términos suficientemente claros en la *Ética a Nicómaco*. Pero, como sucede a menudo, las siguientes generaciones de filósofos, que llegaron a la ética con preocupaciones muy diferentes, pasaron por alto todo el vigor de los conceptos y argumentos de Aristóteles. Los términos griegos que éste da a estas nociones son *epieikeia* y *philia*, que por lo común se traducen como “razonabilidad” y “amistad”; empero, voy a aducir aquí que corresponden más estrechamente a los términos modernos “equidad” y “relación personal” [5].

A veces, los lectores modernos tienen dificultades con el estilo de la *Ética* de Aristóteles y pierden la paciencia con el libro, porque sospechan que el autor elude las cuestiones filosóficas que ellos tienen razones para considerar centrales. Supongamos, por ejemplo, que acudimos al texto aristotélico con la esperanza de encontrar alguna descripción de las cosas que distinguen lo “correcto” de lo “erróneo”: si intentamos apremiarlo al respecto, Aristóteles siempre se nos escapará de las manos. ¿Qué hace que un curso de acción sea mejor que otro? Sólo podemos contestar esta pregunta, dice, si consideramos en primer lugar qué tipo de persona es el agente y en qué relación se encuentra con las otras personas envueltas en sus actos; comienza por explicar por qué los tipos de relación y conducta que son posibles entre “seres humanos de espíritu elevado” que comparten la misma posición social son simplemente imposibles entre, digamos, amo y sirviente o padre e hijo [5].

El lazo de *philia* entre amigos libres e iguales es de una clase, el existente entre padre e hijo de otra, el de amo y esclavo de una tercera, y no hay una escala común por la cual podamos medir los tipos correspondientes de conducta. Al hacer hincapié en este aspecto, Aristóteles llama la atención so-

bre un punto importante referido a la forma en que se clasifican las “acciones”, aun antes de que podamos decir nada ético sobre ellas. Dentro de dos relaciones diferentes, exactamente los mismos hechos o las mismas palabras pueden representar —desde el punto de vista ético— *actos* o *acciones* muy diferentes. Palabras que serían una orden absolutamente adecuada de un oficial a un recluta o una exigencia legítima de un amo a un sirviente, podrían significar una humillación si un padre las dirigiera a su hijo, o un insulto en el caso de intercambiarse entre amigos. Del mismo modo, un juez puede tener el deber positivo de decir desde el estrado cosas que nunca soñaría siquiera con expresar en una situación en que ya no actuara *ex officio*, en tanto que un médico quizá tenga la ocasión y hasta pueda estar obligado a hacerle a un paciente, durante una consulta médica, cosas que nunca se le permitirían en ningún otro contexto.

Es fácil dejarse distraer por el uso que Aristóteles hace de la “relación amo-esclavo” para ilustrar las diferencias entre distintos tipos de *philia*. Pero los aspectos que desea subrayar no tienen nada que ver con la esclavitud como tal y son igualmente válidos si se aplican, en cambio, a nuestra vieja amiga, la “relación médico-paciente”. Puesto que, con seguridad, el mismo hecho o expresión del doctor A hacia la señora B que sería una averiguación o examen de rutina dentro de una “relación médico-paciente” estrictamente profesional —por ejemplo durante una consulta ginecológica—, podría constituir una buena razón para presentar una denuncia por agresión si tuviera lugar fuera de ese contexto protegido. La *philia* (o relación) entre ellos será muy diferente en las dos situaciones y, por esta razón, las “circunstancias” efectivamente “modifican los casos” de una manera que se refleja directamente en las demandas de la ética profesional.

Con esto como antecedente, podemos abordar las ideas de Aristóteles sobre la *epieikeia* (“razonabilidad” o “equidad”). En cuanto a esta noción, Aristóteles fue pionero de la doctrina general que sostiene que, por sí mismos, los principios nunca zanján las cuestiones éticas: esto es, que sólo podemos captar la fuerza moral de los principios si estudiamos las maneras en que se aplican a y dentro de situaciones particulares. En la actividad judicial, la necesidad de ese enfoque práctico nunca es más notoria que en el ejercicio de la “jurisdicción equitativa”, por el cual se requiere que los tribunales resuelvan los casos recurriendo, no a leyes o reglamentos específicos y bien definidos, sino a consideraciones generales de justicia, “máximas de equidad”. En estas situaciones, los tribunales no gozan del beneficio de normas cuidadosamente redactadas, que se formularon con la meta específica de que fueran precisas y explicativas por sí mismas; lo que los guía, antes bien, son consignas proverbiales genéricas (frases como las “manos limpias” y cosas por el estilo). En otras palabras, las cuestiones en discusión en tales casos son muy amplias, por

ejemplo qué sería *justo* o *razonable* entre dos o más individuos cuando se han tomado en cuenta todos los hechos disponibles referidos a sus respectivas situaciones [17-19]. Desde luego, en la ética de todos los días deben encontrarse patrones situacionales y argumentales similares, y la idea aristotélica de *epieikeia* es un ancestro intelectual directo de una noción central (a la que aún se hace referencia como “*epikeia*”) en las tradiciones católicas romanas de la teología moral y la atención pastoral [11].

Tanto en ética como en derecho, las ideas de *philia* (“amistad” o “relación”) y *epieikeia* (o “equidad”) están estrechamente conectadas. Las expectativas que depositamos en las líneas de conducta de la gente diferirán notoriamente según quién se vea afectado y cuáles sean las relaciones que las partes mantienen entre sí. Lejos de considerar “correcto” o “justo” tratar a todo el mundo de una manera exactamente *igual*, como podría sugerirlo el “velo de ignorancia”, consideramos perfectamente *equitativo* o *razonable* mostrar cierto grado de parcialidad o favoritismo cuando nos relacionamos con amigos íntimos y parientes cuyas necesidades e intereses especiales entendemos. ¿Qué padre, por ejemplo, no está atento a la personalidad y los gustos individuales de sus hijos? Y, si no se trata de un claro favoritismo, ¿quién estimaría injustas esas diferencias de tratamiento? Sin duda, tampoco puede ser moralmente ofensivo discriminar, dentro de lo razonable, entre amigos íntimos y conocidos lejanos, colegas y rivales comerciales, vecinos y extraños. Somos lo que somos: entablamos las relaciones humanas que entablamos, y nuestros deberes y obligaciones morales específicos sólo pueden discutirse en la práctica en el momento en que se han reconocido y tenido en cuenta estas cuestiones de posición y relación personal.

Conclusión

Desde mediados del siglo XIX en adelante, los filósofos morales británicos y estadounidenses abordaron la ética como un campo para las investigaciones teóricas generales y prestaron poca atención a los problemas de aplicación o a los tipos particulares de casos. El filósofo que más hizo para inaugurar esta nueva fase fue Henry Sidgwick, de quien, a partir de una nota autobiográfica, sabemos que con ello reaccionaba contra la obra de su contemporáneo, William Whewell [20, 21]. Whewell había escrito un libro de texto para uso de los estudiantes de la Universidad de Cambridge, que en muchos aspectos se parecía a un manual tradicional de casuística, con secciones separadas sobre la ética de las promesas o contratos, la familia y la comunidad, la benevolencia, etcétera [22]. Por su parte, Sidgwick consideraba el análisis de Whewell demasiado desordenado: debía haber alguna manera de que

el tema adquiriera el tipo de rigor, orden y certidumbre asociados, por ejemplo, con el razonamiento matemático. De tal modo, e ignorando todas las advertencias de Aristóteles sobre las diferencias entre los modos prácticos de razonamiento apropiados para la ética y los modos formales adecuados para la matemática, comenzó a exponer los principios (o “métodos”) teóricos de la ética de una manera sistemática.

A principios del siglo XX, el nuevo programa para la filosofía moral se había estrechado aun más, con lo que se inició la era de la “metaética”. La tarea del filósofo no era ya organizar nuestras creencias morales en sistemas generales: eso habría significado *tomar partido* en cuestiones sustantivas. Antes bien, su deber era apartarse de la refriega y mantenerse a la expectativa mientras los partidarios de las distintas concepciones discutían sus diferencias de acuerdo con las reglas generales de un “debate racional” o la expresión de “actitudes morales”, según se las definía en términos *metaéticos*. Y éste era todavía el estado general de las cosas en la filosofía moral angloamericana a fines de los años cincuenta y principios de los sesenta, cuando la atención pública comenzó a volcarse a las cuestiones de ética médica. Por esa época, las preocupaciones centrales de los filósofos se habían vuelto tan abstractas y generales —sobre todo, tan definicionales o analíticas— que, en sustancia, habían perdido todo contacto con los problemas concretos y particulares surgidos de la práctica real, ya fuera en la medicina o en cualquier otro ámbito.

Sin embargo, una vez que esta demanda de discusión inteligente de los problemas éticos de la práctica y la investigación médica los obligó a prestar nueva atención a la ética aplicada, los filósofos comprobaron que su materia “volvía a la vida” en sus manos. Pero ahora no se trataba ya de un campo exclusivo para las investigaciones académicas, teóricas e incluso bizantinas. En lugar de ello, había que discutir en términos prácticos, concretos y hasta políticos, y antes de que pasara mucho tiempo los filósofos morales (o “eticistas” [*ethicists*], como comenzó a llamárselos empleando un barbarismo)¹⁰ descubrieron que estaban tan expuestos como los economistas a que los invitaran a escribir artículos editoriales para el *New York Times* o a prestar testimonio ante las comisiones del Congreso.

¿Han estado los filósofos plenamente a la altura de estas nuevas circunstancias? ¿Han hecho lo suficiente para modificar sus anteriores métodos de análisis a fin de satisfacer estas nuevas necesidades prácticas? Todavía puede haber diversas opiniones sobre estas cuestiones. Por cierto, sería temerario sostener que la discusión acerca de la “bioética” alcanzó una forma de-

¹⁰ Una vez más, el *Oxford English Dictionary* tiene algo que decir. Incluye la palabra “*ethicist*” pero, más allá de la mera etimología, “*ethics + ist*”, no le confiere la dignidad de una definición.

finitiva o excluir la posibilidad de que nuevos métodos se ganen un lugar en este ámbito en años venideros. En este mismísimo momento, a decir verdad, el estilo de la discusión vigente parece estar pasando de los intentos por relacionar casos problemáticos con teorías generales —ya se trate de la de Kant, la de Rawls o la de los utilitaristas— a un análisis más directo de los mismos casos prácticos, con el empleo de métodos más semejantes a los de la “moralidad casuista” tradicional. (Véase por ejemplo en un número reciente del *Hastings Center Report* la discusión de las cuestiones morales factibles de plantearse en los casos de la cirugía para cambiar el sexo [23, pp. 8-13].)

Sin embargo, sea lo que fuere lo que depare el futuro, estos veinte años de interacción con la medicina, el derecho y las otras profesiones han tenido efectos espectaculares e irreversibles sobre los métodos y el contenido de la ética filosófica. Al reintroducir en el debate ético los trajinados tópicos planteados por los *casos particulares*, obligaron a los filósofos a abordar una vez más los problemas aristotélicos del *razonamiento práctico*, que habían permanecido durante demasiado tiempo al margen. En este sentido, ciertamente podemos decir que, durante los últimos veinte años, la medicina “le salvó la vida a la ética”, y le devolvió una seriedad y pertinencia humana que —al menos en los escritos de entreguerras— parecía haber perdido para siempre.

BIBLIOGRAFIA

1. Toulmin, S. “The Tyranny of Principles”, *Hastings Cent. Rep.*, 1981, 11, p. 6.
2. Toulmin, S. *The Place of Reason in Ethics*, Cambridge, Cambridge University Press, 1949.
3. Stevenson, C. L. *Ethics and Language*, New Haven, Conn., Yale University Press, 1944. [Traducción castellana: *Ética y lenguaje*, Barcelona, Paidós, 1984]
4. Westermarck, E. *Ethical Relativity*, Nueva York, Harcourt Brace, 1932.
5. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*.
6. Fletcher, J. *Morals and Medicine*, Princeton, NJ, Princeton University Press, 1954.
7. Fletcher, J. *Situation Ethics*, Filadelfia, Westminster, 1966.
8. Fletcher, J. *Humanhood*, Buffalo, NY, Prometheus, 1979.
9. Kirk, K. *Conscience and Its Problems*, 1927.
10. Maurice, F. *Conscience: Lectures on Casuistry Delivered in the University of Cambridge*, Londres, 1872.
11. Jonsen, A. R. “Can an Ethicist Be a Consultant?”, en A. Abernathy (comp.), *Frontiers in Medical Ethics*, Cambridge, Bollingen, 1980.

12. Tomás de Aquino. *Commentarium Libro Tertio Sententiarum*.
13. Bradley, F. *Ethical Studies*, Londres, 1876.
14. Bledstein, B. *The Culture of Professionalism*, Nueva York, Norton, 1976.
15. Rawls, J. *A Theory of Justice*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1971 [traducción castellana: *Teoría de la justicia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1979].
16. MacIntyre, A. *After Virtue*, South Bend, Ind., Notre Dame University Press, 1981 [traducción castellana: *Tras la virtud*, Barcelona, Crítica].
17. Davis, K. *Discretionary Justice*, Urbana, University of Illinois Press, 1969.
18. Newman, R. *Equity and Law*, Dobbs Ferry, NY, Oceana, 1961.
19. Hamburger, M. *Morals and Law: The Growth of Aristotle's Legal Theory*, New Haven, Conn., Yale University Press, 1951.
20. Sidgwick, H. *The Methods of Ethics*, Introduction to 6th ed., Londres y Nueva York, Macmillan, 1901.
21. Schneewind, J. *Sidgwick's Ethics and Victorian Moral Philosophy*, Oxford y Nueva York, Oxford University Press, 1977.
22. Whewell, W. *The Elements of Morality*, 4ª ed., Cambridge, Bell, 1864.
23. "Marriage, Morality and Sex Change Surgery: Four Traditions in Case Ethics", *Hastings Cent. Rep.*, agosto de 1981.

UNIVERSITY OF SOUTHERN CALIFORNIA

Traducción de Horacio Pons
Revisión técnica: Florencia Luna

STEPHEN TOULMIN
University of Southern California
CMTS-KER 300
Los Angeles, CA 90089-7724

ABSTRACT

In this essay the author relates bioethics to Anglo-Saxon moral philosophy in the early twentieth century. According to him the direct engagement of moral philosophers with concrete cases and issues in medicine and biomedical research helped to rescue ethics from the abstract irrelevance into which much of the field had fallen.