

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen 8
Volume

Número 1-4
Number




Enero-Diciembre 2000
January-December

Artículo:




La ética de las virtudes y enfermería

Derechos reservados, Copyright © 2000:
Sociedad Mexicana de Cardiología

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



medigraphic.com

La ética de las virtudes y enfermería

RP Ricardo Paéz Moreno*

* Lic. en Medicina y Teología. Maestría en Bioética y Filosofía; Sacerdote Misionero del Espíritu Santo.

INTRODUCCIÓN

Hablar hoy de ética, de moral o de virtud, especialmente en ambientes seculares, suena a trasnochado, o al profano le parecen cuestiones de religión. Sin embargo, en medio de la secularización y pluralidad que empieza a emerger en nuestra sociedad mexicana, la voz de la ética tiene algo que decir para quien guste del uso racional como una manera de afrontar los problemas de la vida. En efecto, la ética es un invento de los griegos, una rama de la filosofía práctica para modificar aquello que puede ser de otra manera. Nosotros hoy, en una democracia germinal, mal haríamos si no tomáramos en cuenta los aportes de la sociedad ateniense, para modificar aquello que puede ser cambiado en orden a que todos seamos felices.

La enfermería es una profesión que puede hacer mucho bien o mucho mal, y esto puede ser cambiado según la disposición del sujeto. El cuidado del paciente es parte del tratamiento. Unos buenos cuidados de enfermería llevarán al paciente al restablecimiento de su salud o afrontar más dignamente su condición actual. Pero una mala práctica del cuidado puede llevar no sólo a no recuperar la salud, sino a lesionar la ya de por sí vulnerable situación de aquél que se confía a los cuidados del profesional de

enfermería. De ahí la importancia de formar en la virtud a todo aquél que se dedique a esta profesión, de tal manera que no sólo desempeñe con excelencia sus tareas, sino que además se convierta en una buena persona que haga el bien.

La ética de las virtudes es una manera de hacer bioética, y tiene su aporte específico en la formación del sujeto ético. Para un buen estudio de la virtud es necesario recurrir a la historia, particularmente a los padres de la virtud en occidente, Aristóteles y Santo Tomás. Sus aportes son invaluable para fundamentar la teoría de la virtud desde un punto de vista racional. No podemos dispensarnos de acudir a ellos en orden a fundamentar bien la ética de las virtudes.

Después del paradigma aristotélico-tomista, acontece un fuerte embate a la teoría de la virtud de parte de la modernidad. Tomas Hobbes y Nicolás Maquiavelo, entre otros, cuestionarán fuertemente el paradigma aretéico. Otros autores como Kant harán importantes aportes desde un nuevo punto de vista, la autonomía de la razón, sin embargo, rebasa este trabajo el poder estudiarlos.

La virtud dentro de la filosofía moral no se recupera sino hasta hace poco, a través de los comunitaristas. Estos filósofos buscan retornar a la tradición, particularmente a Aristóteles, de tal manera que se aspire de nuevo a la excelencia, a la vida buena dentro de la comunidad a la virtud como medio para alcanzarla.

Los representantes más destacados de la ética de la virtud en bioética son Edmund Pellegrino y David Thomasma, de la Universidad de Georgetown y de la Universidad Loyola de Chicago respectivamente.

Recibido para publicación: Abril 2001.

Aceptado: Mayo 2001.

Dirección para correspondencia:

Fax: 0136319344

te. El primero es médico y educador de profesión, el segundo es filósofo. Pellegrino y Thomasma han publicado juntos dos libros dedicados a la filosofía de la medicina, y desarrollan el trasfondo necesario para la comprensión de su teoría de las virtudes aplicada a la práctica de las profesiones sanitarias, particularmente de la medicina. Estas obras son: *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy of the Healing Professions* (1981), and *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care* (1988).

Pellegrino y Thomasma pretenden alcanzar ideales de vida buena en la comunidad a través de la práctica de las virtudes. Sin embargo, lograr esto en la sociedad es muy difícil ya que no todos piensan del mismo modo. Pero en el ámbito de la profesión médica sí es posible, porque el buen médico es aquél que realiza una práctica de excelencia.

Otros aportes recientes desde la óptica del cuidado en la enfermería son particularmente importantes. Milton Mayerhoff en su libro *On Caring* (1971) toma la idea de cuidado que habían trabajado predecesores suyos y la desarrolla desde el personalismo. Carol Gilligan en su libro *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development* (1982) hace una contribución a la ética desde lo femenino, desmascarando los sesgos a favor de lo masculino que se enmascaran en los modelos tradicionales de desarrollo moral. La enfermería como labor de cuidado puede tomar mucho de este modelo y crecer en igualdad respecto al varón. Autores como Leah Curtin, Sara Carper, Kristen Swanson, desarrollan interesantes aportes en torno al cuidado, contemplado desde una óptica actual.

Por último, la ética de la virtud no puede dejar de lado la compasión y el principio de vulnerabilidad, como dos contribuciones recientes que instan al cuidador de la salud a vivirse como un sanador herido. La óptica creyente cobra desde aquí especial relevancia, al presentar a un Dios vulnerable, que se hace contradictorio en la actitud del buen samaritano.

Que esta contribución desde el punto de vista de la ética de las virtudes sea para generar profesionales cada vez más humanos, y por lo tanto cada vez más excelentes en su desempeño profesional.

La ética de las virtudes en la enfermería a la luz del paradigma contemporáneo

La enfermería al igual que las otras ciencias, ha sufrido diversos cambios a lo largo de la historia. Cada uno de éstos obedece a un contexto histórico deter-

minado. No podemos comprender a fondo la enfermería ni fenómeno alguno, si no lo estudiamos a la luz de lo que está pasando alrededor. No existen profesiones asepticas: la historia determina a las profesiones y éstas a la historia.

Sin embargo, la enfermería ha mantenido un rasgo común a lo largo de la historia, y éste es la acción de cuidar. El quehacer de la enfermería se ha centrado siempre en un servicio de cuidado a los otros. Ahora bien, la acción de cuidar se ha realizado de maneras muy distintas.¹

1. Breve historia de la acción de cuidar

a) Primer momento: enfermería religiosa.

Cuando la acción de cuidar estaba vinculada a la profesión religiosa. Tal era el caso de la asistencia hospitalaria en los monasterios, lazaretos, refugios de peregrinos, o de una de las más decisivas influencias que ha tenido la enfermería en la historia: las Hijas de la Caridad, fundadas por San Vicente de Paúl.

b) Segundo momento: secularización de la enfermería o modelo clásico.

Esta dimensión ética ha estado presente cuando se seculariza la enfermería y la profesionalización empieza a gestarse con la llamada "matriarca" de la enfermería. Florence Nightingale (1820-1910). Fue ella la que estableció varias instituciones de enseñanza para enfermeras a las que dotaba de una sólida preparación teórica y técnica. Sin embargo, la vinculación religiosa era clara: la misma Florence animaba a sus súbditas a "hacer la obra de Dios en este mundo con corazón limpio y sencillo".

El modelo clásico de enfermería entiende el cuidado como aquella virtud que debe llevar a cabo la enfermera profesional, y es "colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él". Una enfermera profesional no médica, antes bien "cultiva todo aquello que conduce a la observación.... que es justo el camino para acabar con las aficionadas para hacer de médicos, y si los médicos les obligaran a obedecerles, ellas les ayudarían, en lugar de servirles de estorbo".²

¹ Cf. I. Barrio, *Humanización de enfermería y bioética*, En: JC Bermejo (Ed.), *humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería*. Madrid, San Pablo 1997: 51-67.

² L. Chaptal, *Le livre de l'infirmière*, Masson et Cie, París 1992, citado en: I. Barrio, *Humanización...*

La idea de cuidado que maneja Nightingale va estrechamente unida a la idea de obediencia, a la capacidad de ejecutar eficazmente las órdenes del médico. Su tarea es, entre otras, preparar al paciente física y psíquicamente para que colabore en su curación obedeciendo las órdenes del médico.

Al paciente se le considera como pasivo, para quien la “dama de lámpara” asigna un papel inactivo. Todos los deseos y necesidades del paciente son satisfechos por el sabio criterio de la enfermera. Era ésta la que decidía el bien del paciente, y éste no tenía más que acatarlo.

Respecto a las actitudes que había que desarrollar para cuidar correctamente a los pacientes, Nightingale señala el siguiente elenco de virtudes:

“Una enfermera debe ser una persona de la que se pueda uno fiar, en otras palabras, capaz de ser enfermera de *confianza*... No puede ser chismosa, ni ligera charlatana; nunca debe contestar preguntas sobre su enfermo...; debe ser estrictamente moderada y honesta, pero, más que esto, debe ser una mujer religiosa y devota; ha de respetar su propia vocación, porque con frecuencia se coloca en sus manos el precioso don de la vida; debe ser una minuciosa, fiel y rápida observadora, y ha de ser una mujer de buenos y delicados sentimientos”.³

En resumen, para el modelo clásico y para los instructores de enfermeras que han escrito hasta hace no demasiados años, es necesario que una enfermera tenga una obediencia ciega a sus superiores, una lealtad incondicional al médico, una entrega total a su trabajo, y que sea cariñosa con sus pacientes.

c) Emancipación de la enfermería

Un salto en la historia de la enfermería se da en las décadas de los 60 y 70, con una imagen de la enfermera que se autodenomina “abogada o defensora del paciente”. Para esta enfermera, los cuidados consisten en proteger y defender los derechos del paciente; preparar al paciente física y psicológicamente para que se defienda de las agresiones de médicos y estructuras sanitarias. La autonomía se reivindica sobremanera, tanto en la enfermera que defiende su

profesión como soberana e independiente, como en el paciente que se percibe amenazado en un ambiente hospitalario hostil que menoscaba sus derechos. Es un modelo muy propio de los Estados Unidos. Coincide con la del famoso Patient’s Bill of Rights, que ha revolucionado la relación médico-paciente.

En síntesis, para dar buenos cuidados, ha de ser leal e incondicional no al médico, sino al paciente; y ha de destacar por la máxima independencia profesional.

d) Enfermería como una profesión autónoma desde la compasión y el cuidado.

Nunca como en los últimos quince años se ha investigado tanto en el contenido de los cuidados de enfermería, buscando desentrañar lo que implica el cuidar. Ha sido y sigue siendo una búsqueda incansable por definir cuál es la misión de la enfermería.

2. Milton Mayerhoff⁴

Una influencia decisiva han sido las ideas de Milton Mayerhoff (1925-1979), en su libro *On Caring* (1971): cuidar de otro es ayudarlo a crecer, no importa que el otro sea persona, una idea, un ideal, una obra de arte o una comunidad; por ejemplo, la principal tarea de una madre o un padre es favorecer el crecimiento de los hijos según su propio camino.

La relación de cuidado es mutua: los padres se sienten necesitados por los hijos y les ayudan a crecer respondiendo a su necesidad de crecimiento. A su vez, los padres perciben el crecimiento de los hijos como un sentimiento de bienestar. El cuidado, según Mayerhoff, es ante todo, un proceso, no una serie de servicios orientados por metas.

El cuidado supone una sede de virtudes: dedicación, confianza, paciencia, humildad, honestidad y conocimiento del otro; respeto al proceso del otro, esperanza y valentía. El conocimiento implica la capacidad de sentir desde los “zapatos del otro” aquello que experimenta y necesita para crecer; la dedicación, que da firmeza y carácter particular al cuidado de una persona particular, implica estar ahí para el otro con valentía y consistencia. Y así las demás virtudes. Acorde a la sensibilidad del momento. Mayerhoff afirma que el cuidado pide confiar en el crecimiento del otro a su tiempo y a su manera. Esto va contra toda forma de paternalismo o contra el querer que el paciente asuma nuestro ritmo o expectativas. El cuidado pide reconocer al paciente como autónomo y respetar su modo de pensar y actuar, aunque no vaya con las expectativas del cuerpo médico.

³ Ibid. p. 60.

⁴ Cf. Reich WT. *Care: History of the Notion of Care*, In: *Encyclopaedia of Bioethics* V.1, Macmillan, New York 1995: 319-331.

La ética que propone es de la responsabilidad: en el cuidar existen valores y bienes inherentes a la misma acción. Cuando uno es cuidado, uno crece al hacerse más autónomo y escoger los propios valores e ideales inscritos en su propia existencia. No se trata de un simple conformarse a los valores morales existentes, sino de que la relación de cuidado despierte la responsabilidad hacia sí y hacia el otro. La certeza de que la vida tiene sentido corresponde con el sentimiento de ser necesitado por algo o alguien, y ser entendido y cuidado. A medida que más entendemos lo que es el cuidado, más lo hacemos central en nuestras vidas.

3. Otros aportes más actuales⁵

Nunca como en los últimos quince años se ha investigado tanto sobre el contenido de los cuidados de enfermería. Entre los aportes decisivos han estado los siguientes:

Madeleine Leininger: fue una de las pioneras que gestó la idea de que el cuidado es la esencia de la enfermería y el único objetivo de la profesión.

Leah Curtin: da un paso más cuando dice que la especificidad de la enfermería no puede localizarse en las funciones o tareas, sino en el “arte moral de la enfermería”, en su convicción moral primaria, en virtud de la cual la enfermería “está comprometida a preocuparse por los otros, así como a cuidar de ellos”.

Distintos teóricos de la enfermería dan una serie de definiciones del cuidado, las cuales abarcan los verbos: compasión, interesarse, apoyar, aliviar el estrés, aliviar y proteger.

Barbara Carper: para esta autora, la pérdida del cuidado tiene dos causas. La primera es la despersonalización de la atención sanitaria debido a la fragmentación del tratamiento especializado, la subdivisión de tareas, y la excesiva burocracia institucionalizada. La segunda es el progreso tecnológico junto con el mayor uso de la técnica, lo cual disminuye la importancia a los individuos y los reduce a objeto de abstracciones. Carper aduce que el cuidado es el ingrediente más importante en el proceso curativo, ya

que las acciones y decisiones de cuidado “hacen la real diferencia en cuanto a consecuencias curativas efectivas”. Situaciones de grave enfermedad o de proximidad a la muerte, piden hacer a un lado el significado instrumental del cuidado, y poner en el centro el aspecto más necesario y central de éste: el arte de estar completamente presente para la otra persona.

Otro aporte importante a la ética del cuidado ha sido la publicación de Carol Gilligan.⁶ In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development. Se trata del primer intento de desarrollar una ética filosófica sistemática del cuidado más allá del ámbito sanitario.

Gilligan propone que las mujeres y los hombres tienden a usar diferentes estrategias de razonamiento, y aplican conceptos y temas morales diferentes al formular y resolver problemas morales. Gilligan observó que las mujeres tienden a percibir los dilemas morales primeramente en términos de existencia o no de vínculo personal. El universo moral femenino tiende a ser primeramente “un mundo de relaciones y verdades psicológicas, donde la confianza del vínculo entre personas da origen a reconocer la responsabilidad por cualquier otra, a una percepción de la necesidad de respuesta”.⁷

Por otra parte, según Gilligan, los varones se orientan ante todo en cuestiones morales relacionadas con igualdad o desigualdad entre los individuos. El énfasis no está en la relación, sino en los ideales abstractos de la justicia y los derechos, y requiere de principios imparciales de justicia, autonomía, reciprocidad y respeto por las personas. La orientación moral más propia de las mujeres es una “ética del cuidado”, mientras que la de los varones es una “ética de la justicia.” Las mujeres han sido excluidas como sujetos de estudio en el desarrollo moral, como es el caso de las teorías de Piaget y Kohlberg.⁸ Es necesario tomar en cuenta el punto de vista femenino.

Desde el punto de vista de la enfermería, el aspecto del cuidado ha sido muy defendido como propio de esta profesión. La enfermería ha rechazado los modelos impersonales y objetivos que dominan la ética actual. El cuidado en la enfermería ocupa un papel casi fundacional (Sara Fry). Puede haber otros atributos como una buena técnica y conocimiento científico, pero no si no hay un nivel básico de cuidado y vínculo, la ética de la enfermería no existe (Benner y Wrubel).

La enfermería requiere actuar de manera que preserve la dignidad humana, restaure humanidad, y evite reducir personas al estatuto moral de objetos. El cuidado requiere específicamente, según Kristen Swanson.⁹

⁵ Cf. Reich WT. Care: Historical dimensions of an ethic in health care, In: Encyclopaedia... V.1, Op. cit., 331-336.

⁶ Cf. Jecker N. -Reich WT, Care: Contemporary ethics of care, In: Encyclopaedia... V. I, Op. cit. 336-342.

⁷ Gilligan C. In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development, citado In: Jecker N-WT Reich, Care: Contemporary ethics of care, en: Encyclopaedia... Op. cit., 337.

⁸ Ambos autores han desarrollado teorías del desarrollo: Piaget del desarrollo cognitivo en los niños; Kohlberg del desarrollo moral.

⁹ Cf. Jecker N. -WT Reich, Care: Contemporary... Op. cit., 340.

1. Conocimiento o búsqueda de entender un hecho con su significado tal cual en la vida del otro.
2. Estar con el otro, es decir, estar emocionalmente presente con el otro.
3. Hacer por el otro, es decir, hacer cuanto el sujeto haría por sí mismo(a) si fuera posible.
4. Ayudar a, o facilitar el paso del otro por transiciones de la vida o por situaciones desconocidas.
5. Mantener la fe, que se refiere a sostener la fe en la capacidad del otro de salir adelante a través de un hecho o transición, y dar la cara a un futuro pleno.

Susan Reverby ha insistido en que el cuidado ha sido central en la historia de la enfermería. En la época colonial, la enfermería se practicaba dentro de la familia, y el cuidado era un deber de las mujeres más que una vocación. Sin embargo, hay que andarse con cuidado con estas afirmaciones, ya que el riesgo de la ética del cuidado es que vuelva a encasillar a la mujer en un rol materno, de cuidados, dependiente del mundo del varón. Lo importante sería mantener el eje del cuidado tan central a la enfermería, una profesión que está empeñada en el bienestar de las personas, pero desde un paradigma de autonomía propio de la modernidad, o mejor aún, desde la ética de la responsabilidad.

Por último la Oficina Regional para Europa de la OMS, en 1993, dijo que las funciones principales de la enfermería eran:

1. Prestar y administrar cuidados de enfermería en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, curativos, de rehabilitación o de apoyo a los individuos o grupos, siendo más efectivos cuando se sigue una serie de fases lógicas como el proceso de enfermería.
2. Enseñar a los pacientes o clientes y al personal sanitario (mantenimiento y recuperación de la salud, información, campañas de educación para la salud, evaluación de programas educativos, ayudar a adquirir nuevos conocimientos y experiencias, aplicar estándares profesionales, culturales y éticos pertinentes, etc.).
3. Actuar como un miembro efectivo del equipo de salud.
4. Desarrollar la práctica de la enfermería basada en un pensamiento crítico y de investigación.¹⁰

¹⁰ Citado En: *I Barrio. Humanizar... Op. cit.*, 63.

¹¹ Ver el capítulo: *A community of Healing*, en Pellegrino ED - Thomasma DC. *Helping and healing. Religious commitment in health care*. Georgetown University Press, 1997: 105-125.

¹² Cf. *I. Barrio, Humanizar... Op. cit.*, 64.

¹³ *Ibid.*

4. Trabajo en equipo:¹¹

A partir de un modelo actual de enfermería, la profesión va entendiendo su tarea integrada en el compromiso de sustentar y promocionar la salud, misma que comparte con otros profesionales.

“Si antes el cuidado médico era más importante que el cuidado de enfermería, ahora la buena salud requiere buena enfermería y buen cuidado médico. Si antes la enfermera podía ayudar al médico hasta donde le permiten sus conocimientos, ahora el médico y la enfermera están para ayudar al paciente a que comunique abiertamente lo que le ocurre. Si antes el médico sabía más que la enfermera, ahora los buenos médicos saben más medicina que las buenas enfermeras; y las buenas enfermeras saben más enfermería que los buenos médicos”.¹²

Anteriormente, en el modelo clásico, las relaciones de la enfermera con el personal médico se caracterizaban por la obediencia y la sumisión; en el modelo de enfermera como representante del paciente, estas relaciones eran fundamentalmente de hostilidad y confrontación; el nuevo modelo de enfermería busca relaciones de *colaboración* con otras profesiones sanitarias.

“Un adecuado desarrollo de los cuidados de enfermería tiene que pasar por la estrecha colaboración con los otros componentes del equipo que trabajan en la atención a los enfermos. En el grupo de personas que se ocupan de él, *no hay más protagonistas* que el propio enfermo. Éste centra y focaliza las actividades terapéuticas que cada profesional está dispuesto a realizar. Nadie hace todo; el trabajo bien hecho es una responsabilidad compartida. La relación en el equipo interdisciplinar no es jerárquica, nadie es “subalterno”, no hay papeles secundarios. Todas las tareas son de suma importancia e imprescindibles porque abarcan distintos aspectos del bienestar y salud del paciente. El equilibrio tiene que ser una plataforma de diálogo donde todos los implicados puedan expresar su punto de vista con el fin de ofrecer una valiosa atención sanitaria”.¹³

En este trabajo en equipo no se puede olvidar el aporte que tiene, para los creyentes, una labor específicamente cristiana. Un equipo de atención sanitaria tiene también la tarea de llevar alivio espiritual al paciente que lo pida. Un hospital que toma en cuenta entre sus tareas de atención al enfermo el servicio espiritual, edifica integralmente a la comunidad. Ésta es una labor que ha decrecido últimamente debido a la comercialización de la medicina, a la secularización de la sociedad, y la pérdida del tra-

to personal con los enfermos. Sin embargo, no deja de ser un reto. Además, ha sido característico de las instituciones de asistencia hospitalaria de inspiración cristiana, atender a los más pobres y vulnerables de la sociedad. Prescindir de este servicio cristiano, corre con el peligro de llevar a olvidarnos de los más vulnerables de la sociedad.¹⁴

5. La compasión

Una última palabra sobre la virtud de la compasión. Tal parece que hablar de compasión es referirse a un sentimiento o a una emoción, y efectivamente lo es. Quién puede negar que la compasión es un sentimiento que habla de la altura y dignidad del ser humano. Sin embargo, la compasión también puede ser vista como una virtud a alcanzar. Frente a la insensibilidad que ha sembrado en nosotros la modernidad, –por ejemplo, haciéndonos cotidiano a través de los medios, el espectáculo de la desgracia ajena sin un mayor vínculo afectivo con dicha realidad; o la institucionalización de la práctica de la enfermería– la compasión es una virtud que hay que cultivar con base a atención y empeño. Así se desarrollará una capacidad que ha sido atrofiada por la cultura actual.

La palabra compasión viene del latín *compati*, y significa “sufrir con” o “experimentar con”. Según Andrew Lustig, uno de los mayores estudiosos en esta área, la compasión es una pasión visceral, un tipo de emoción o actitud emocional, una identificación intuitiva con el sufrimiento de otro, o el deber impuesto sobre el agente moral de responder al clamor de otro.¹⁵

Según W. Reich, la dialéctica entre el sujeto que sufre y el agente que se compadece, es un proceso tripartito:

1. Sufrimiento en silencio, sólo la cara del paciente lo expresa - la respuesta del cuidador es silenciosa. Sin embargo, es el espacio abierto para gestar sentido, aún sin palabras.
2. Expresión del sufrimiento, narración a través de llanto y lamento, de la experiencia del doliente - respuesta de compasión expresiva, en la que el acompañante trabaja con el doliente para encon-

trar “voz a los sin voz”; busca compartir con el sufriente pensamientos y sentimientos, en orden a que se conecte con “un espectro más amplio de sentido y valor”.

3. El doliente, hallando una voz, descubre una nueva identidad en el sufrimiento. A la vez el acompañante, al expresar compasión, logra una nueva conciencia de sí, como ser compasivo, contraria a la despersonalización y objetivación médicas.

El vocablo “enfermedad” corre el peligro de clasificar al paciente en las categorías médicas, más que en las circunstancias particulares del paciente. La nomenclatura médica tiende a generalizar en entidades a los pacientes. La tarea del cuidador será la de personalizar o individualizar a cada uno como único. Además, la compasión pide ver al paciente como persona y no como entidad clínica. Esto pide entrar en el mundo del paciente, considerar sus esfuerzos para reestablecer su integridad y sentido, y reconocer que la medicina al tocar hechos que transforman la vida, a veces pide la necesidad de encontrarse con el trascendente.¹⁶

A la compasión también puede llamársele principio de vulnerabilidad. Éste se fundamenta en la capacidad que todos tenemos de sufrir, la cual confiere derechos *prima facie*¹⁷ a todos los seres humanos a no causarles sufrimiento. Además, la comunidad tiene que ver primariamente con la beneficencia (en la cual emerge la autonomía). Luego entonces la comunidad está obligada no sólo a no causar el dolor, sino a prevenir y aliviar el sufrimiento entre sus miembros.¹⁸

La compasión emerge del saberse vulnerables. En la relación de cuidados de enfermería, el personal tiene poder sobre el enfermo, por lo tanto debe estar atento a proteger la vulnerabilidad del paciente. Al establecer la relación de ayuda, el profesional se obliga de facto, a buscar el bien del paciente, de la sociedad, de la familia, de cualquier otra entidad. La obligación a no rehuir ante un paciente vulnerable por más que éste lo sea, radica en que yo también podría participar de la misma condición en la que yo también podría necesitar ayuda. Pero además radica en que la enfermería tiene como fin esencial el cuidado, y éste naturalmente se inclinará preferencialmente del lado del más vulnerable.

Por otra parte, el misterio de la compasión lo adentra a uno en una vulnerabilidad compartida, al reconocer uno su propia herida en la herida del enfermo. El paciente también tiene la capacidad de herir, en la medida que el acompañante se adentra

¹⁴ Cf. Pellegrino ED - Thomasma DC. *Helping... Op. cit.*, 117-123.

¹⁵ Cf. Lustig A.. *Compassion, en: Encyclopaedia... V. 1. Op. cit.*, 440-445.

¹⁶ Cf. *Ibid.* 443-444.

¹⁷ Se trata de derechos que son absolutos, salvo caso de excepciones debido a circunstancias de mayor peso que los propios principios.

¹⁸ Cf. Pellegrino ED - Thomasma DC. *Helping... Op. cit.*, 54-66.

en el sufrimiento del paciente. Esto obliga al personal médico a bajar de su estatus de poder y ponerse en una relación más equitativa, de vulnerabilidad compartida.¹⁹

Desde el punto de vista cristiano, el ver por el otro tiene mucho que ver con el Buen Samaritano, que baja de su cabalgadura para atender al herido encontrado en el camino. Termino con este párrafo de Andre Hellegers, fundador del Kennedy Institute Of Bioethics, que me parece muy sugestivo al respecto:

“Conforme las ramas del cuidado de la medicina fueron gradualmente hechas a un lado por las de la curación parecieron tener menor utilidad las virtudes cristianas. Pienso que pronto volverá la necesidad de las antiguas virtudes cristianas y una vez más serán capitales. No estamos en tiempo de volver al modelo de cuidados médicos de baja tecnología.... Debemos más bien retomar las virtudes cristianas del cuidado o nos lamentaremos ser introducidos en la muerte hasta alcanzar la ‘sociedad sin ninguna incomodidad’”²⁰

BALANCE

Una vez expuesto el paradigma de la ética de las virtudes y su aplicación a la enfermería, toca hacer un balance, señalando sus principales aportes y límites así como su papel dentro de la bioética contemporánea.

Aportes:

Es indudable la falta que hace retomar la importancia de la virtud en la práctica sanitaria. Sólo la persona virtuosa es capaz de encarnar los ideales morales, los principios, los valores. Como afirman Pellegrino y Thomasma, de la formación de personas buenas inclinadas habitualmente a obrar conforme las exigencias de la moralidad, depende la realización del bien moral en la sociedad en general y en el ámbito biomédico en particular. El acto virtuoso dependerá de personas virtuosas. Sin personas que practiquen la virtud, aunque sea en grado mínimo, es impensable la vida moral.²¹

Otro aporte central de la ética de las virtudes en la salud, es el partir de la definición de la naturaleza del acto médico. La ética de las virtudes vuelve a poner en alto la dignidad de la profesión de enfermería: la

importancia que tiene el cuidado del enfermo, el valor de la relación con el paciente. Hoy día la naturaleza de la profesión se está minando por diversas causas, unas de ellas es el dominio de las políticas de mercado, que exigen atender cada vez más pacientes invirtiendo menos tiempo en cada uno. La relación de cuidado se ve cada vez más amenazada, reduciendo la enfermería a un conjunto de habilidades que hay que administrar a determinados sujetos. La ética de las virtudes propone una vuelta al ideal de la profesión de enfermería: la relación de cuidado con el paciente.

La ética de las virtudes hace recuperar la excelencia en la profesión de enfermería. Ya sea por la rutina, o por las presiones institucionales, o por la misma inclinación humana a no dar más de sí, la excelencia muchas veces queda marginada. La virtud hace de la enfermería una profesión que busque una atención de alta calidad no sólo en el aspecto técnico, sino también en el relacional. Se trata de hacer las cosas bien no sólo porque yo pudiera ser un paciente y quisiera ese buen trato sino también por que me importa la persona que tengo delante de mí por el simple hecho de ser una persona que solicita mis servicios profesionales. Además, encontrar el gusto en hacer las cosas bien, es un fruto de la virtud que estimula a seguir procediendo del mismo modo. Hoy día nos hace falta una educación para vivir en la virtud.

Los aportes actuales que se han hecho a la ética de las virtudes desde el cuidado y la compasión, son un modo muy sugerente de llevar a cabo la tarea de enfermería. Es en la misma relación con el paciente donde se pueden encontrar los valores de cuidar y compadecerse, e irse apropiando de ellos progresivamente. Basta con hacer aquello que se debe de manera profesional. De esta manera, cualquier persona aunque sea de manera incipiente, tiene a su alcance encarnar estos dos valores, sin poder aducir que sean para personas superdotadas o fuera de serie.

Otro punto a favor de esta ética es el recuperar el aporte de lo femenino en el cuidado de los pacientes. Esto no tiene que ver con ningún tipo de discriminación, como si a las mujeres les tocara el cuidado y a los varones otras actividades superiores. Lo femenino y lo masculino lo tenemos todos, seamos mujeres o varones. Lo femenino tiene mucho que ver con el cuidado y la compasión, virtudes necesarias a cultivar por todo aquél que se dedique a la enfermería o a las profesiones de la salud.

El enfoque de la ética de las virtudes es muy afín con una visión creyente de la vida. Para la persona que vive de fe, la vida virtuosa encuentra fuerza y sentido

¹⁹ Cf. Lustig A. *Compassion*, en: *Encyclopaedia...* V. 1. Op. cit., 444.

²⁰ Citado en: Pellegrino ED - Thomasma DC... *Helping...* Op. cit., 61.

²¹ Cf. Pellegrino E- Thomasma D. *The virtues*. Op. cit., 19-20.

en la trascendencia. En concreto la persona de Jesús como modelo de vida entregada, es un estímulo para vivir del mismo modo, y se convierte en gracia para todo aquél que cree que la práctica de Jesús sigue actualizándose en todo lo que se haga en favor de sus hermanos, particularmente los más pobres.

LÍMITES

Las virtudes son indispensables para la vida moral. Su recuperación en el discurso ético ha sido un logro de singular importancia. No obstante, la ética de las virtudes es, por sí sola, insuficiente. Una de sus limitaciones, en su clásica versión aristotélica, es su inevitable circularidad: el acto moralmente bueno es aquél realizado por la persona virtuosa, conforme a la virtud (es decir, como lo realizan las personas virtuosas), y, por otra parte, la persona virtuosa es aquella que realiza acciones conforme a las virtudes.²² La única manera de escapar de este razonamiento circular es aceptando que existen unos principios objetivos, con los que se debe conformar la acción humana, si ha de ser auténticamente virtuosa, por ejemplo, el principio de no maleficencia médica, o el de justicia. Otro riesgo en relación con el anterior es que la ética de las virtudes por sí sola podría caer en el subjetivismo emotivista, peligro reconocido expresamente por Pellegrino y Thomasma.

Otra crítica que se le hace a la ética aristotélica y a los comunitaristas, es la falta de universalidad. Es decir, elaboran una moral para los propios, olvidándose de los alejados, que quizás sean quienes más necesiten una guía moral. En el campo de la enfermería, podría caerse en el error de generar unos pocos profesionales virtuosos, pero olvidarse de la práctica común y corriente de la profesión como lo es en la realidad. Al paradigma aretético le escapan realidades que impiden vivir la vida virtuosa, tales como la injusticia, la pobreza extrema, la presión excesiva de trabajo, la falta de mínimos de humanidad sobre los cuales construir la vida virtuosa, etcétera.

Una tercera observación que se le hace a la ética de las virtudes es que ésta es una ética de máximos, de ideales morales, y éstos son importantes pero lo son aún más los mínimos morales expresados en principios, tales como el respeto de la dignidad humana, el no dañar, la justicia. En nuestro país los grupos conservadores han defendido morales de corte virtuoso, pero se han olvidado de los grandes re-

tos que son plataforma necesaria para que haya sujeto ético. Sin unos mínimos de dignidad no puede surgir la persona virtuosa. Por lo tanto, los mínimos morales se pueden exigir por ley a cualquier ser humano, mientras que los máximos no. Puedo exigir por ley a una enfermera que no sea maleficente, pero no que sea compasiva. A la hora de preferir, es prioritario no dañar con la profesión, a ser compasivo en la práctica de la misma.

Otra dificultad que se podría señalar es la concepción teleológica o finalista de la medicina que esta ética supone. Hoy en día la cosmovisión teleológica es inaceptable para la mayor parte de las personas, sobre todo en sociedades posmodernas, posmetafísicas, democráticas, de corte liberal. Cada día es más difícil lograr tener una concepción igualitaria sobre qué es lo bueno. Lo mismo respecto a la naturaleza de la medicina o la enfermería. Cada vez surgen más teorías y grupos que definen estas profesiones de modos distintos, por ejemplo, la enfermería como la simple prestación de un servicio regulado por las leyes de la oferta y la demanda, o como una profesión meramente burocrática al servicio de la institución. Luego entonces es muy difícil proponer un ideal acerca de la naturaleza de la enfermería, por más que la visión que presenta la ética de las virtudes sea todavía atrayente y profundamente humana para muchos.

La postura de Pellegrino y Thomasma no es ingenua y contemplan lo anterior. Ellos proponen la preservación del ideal de las profesiones de la salud como profesiones dedicadas al bien del enfermo, que pueden salvaguardar nuestros intereses cuando nos encontremos en la posición de debilidad y menoscabo propia del paciente. Teniendo en cuenta que todos seremos alguna vez pacientes, quizá haya que convenir en la importancia de mantener vivo este ideal de las profesiones sanitarias, entendido como el servicio virtuoso a los enfermos.

En definitiva, es necesario que tengamos en cuenta una teoría ética lo suficientemente abarcante. Una teoría ética completa debe incluir los conceptos de virtud, deber y principio, circunstancias y consecuencias, así como aclarar las relaciones entre ellos.

“Nuestro punto de vista... es que la ética basada en las virtudes no provee, por sí sola, un fundamento suficiente para la ética médica, dada la complejidad de esta materia hoy. Pero tampoco se puede prescindir de ella, ya que el carácter del médico (Y, por supuesto, también del paciente) está todavía en el corazón de la acción y de la elección

²² Cf. *Ibid.* 18.

morales. Es el sujeto moral quien interpreta los principios, elige los que va a aplicar o los ignora, los ordena y les da contenido, a partir de su historia y situaciones actuales de su vida. Esta realidad ha sido ignorada frecuentemente en la ética biomédica y clínica en el pasado. Es preciso establecer un balance entre la ética basada en las normas y la ética basada en la virtud, para el bien de ambas orientaciones”.²³

Como afirma Adela Cortina y varios especialistas más en ética filosófica, hoy la ética tiene que integrar distintos ámbitos corrientes de la filosofía moral. De otra manera se correrá el peligro de caer en parcialidades que no contemplen el fenómeno moral en su justa dimensión.

CONCLUSIONES

Después del recorrido hecho por el mundo de la ética de las virtudes y su aplicación al profesional de enfermería no queda sino afirmar la importancia de retomar hoy este modelo ético que proviene desde los clásicos en occidente, y más atrás en otras culturas. El paradigma aretético no puede dejarse de lado en la bioética contemporánea.

El aporte aristotélico-tomista al profesional de la enfermería le recuerda que en su práctica sanitaria, debe guiarse por la búsqueda de lo mejor, del mayor bien. Para lograrlo, debe poner en juego las virtudes que lleven a alcanzar el fin pretendido. El fruto obtenido de este ejercicio será la felicidad.

Desde un punto de vista contemporáneo y el ámbito biomédico, Pellegrino y Thomasma definen la naturaleza de la medicina y de las profesiones relacionadas, el cual es el fin a alcanzar por todos aquellos que se comprometen a través de juramento a

realizar su profesión con excelencia. Luego entonces proponen la virtud como el medio para alcanzar esa excelencia. Además, desarrollan una lista de virtudes propias para el profesional sanitario.

Otros aportes específicos al campo de la enfermería insisten en el cuidado como la esencia de esta profesión, y desarrollan lo que implica una auténtica relación de cuidado. Es de notar la importancia del aporte feminista, así como el trabajo en equipo y de desarrollar una relación terapéutica desde la vulnerabilidad.

La ética de la virtud también tiene sus límites. Los profesionales de la enfermería han de familiarizarse con otros modelos éticos de tal manera que complementen su formación, tales como la bioética de los principios. Los retos institucionales o estructurales aunque no competen directamente al profesional de enfermería, no pueden pasar de largo en su desempeño en el cuidado del paciente

BIBLIOGRAFÍA

- Aristóteles. *Ética a Nicomaco*. Universo. Lima²1970.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. *Helping and healing. Religious commitment in health care*. Georgetown University Press, Washington DC, 1997.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*. Oxford University Press, Washington DC, 1993.
- Ferrer J. *Introducción a los paradigmas teóricos en bioética*. UPCO edición privada, Madrid 1999.
- Bermejo JC. (Ed.) *Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería*. Madrid, San Pablo 1997.
- Tomas de Aquino. *Summa Theologiae I-II y II-II*. Commissio Piana Ottawa 1953.
- Reich WT. *Encyclopaedia of bioethics V.1*. Macmillan. New York 1995.
- Reich WT. *Care: History of the Notion of Care*, p. 319-331.
- Reich WT. *Care: Historical dimensions of an ethic in health care* p. 331-336
- Jecker N, Reich WT. *Care: Contemporary ethics of Care*-p. 336-342.

²³ *Ibid.*, 19.