

Más allá de las deontologías: hacia una ética de la responsabilidad médica

Beyond deontologies: towards an ethics of medical responsibility

Gustavo J. Villasmil-Prieto  0000-0003-3376-2186

Recibido: 25 de marzo de 2026

Aceptado: 19 de mayo de 2026

RESUMEN

No es posible derivar verdades éticas a partir de juegos lógicos. La ciencia "pura y dura" puede mostrarnos lo que podemos hacer, pero nunca lo que debemos o deberíamos hacer. El secularismo ético no está a la altura a los desafíos morales de nuestro tiempo. Sin perjuicio de los esfuerzos y méritos de quienes apelando a su propia conciencia han dado y dan cada día testimonio de el bien hacer, la corriente principal del pensamiento y de la práctica médica venezolanas discurren hoy en un sentido muy distinto, con lo que se arriesga a degradar al rango de servicio comercial la antigua virtud médica y al de "marketing" la bondad humana, reduciendo el discurso clínico a una mera expresión de ciencia aplicada a menudo alejada de la responsabilidad moral que el médico asume ante quien le ha confiado el cuidado de su salud.

Palabras clave: ética; moral; secularismo; deontología; responsabilidad.

Beyond deontologies: towards an ethics of medical responsibility

Gustavo J. Villasmil-Prieto

ABSTRACT

It is not possible to derive ethical truths from

logic games. Science by itself actually can show us what we can do, but never what we should or ought to do. Ethical secularism is not up to the moral challenges of our time. Without prejudice to the efforts and merits of those who have given and give daily witness to good doing by appealing to their own conscience, the main stream of Venezuelan medical thought and practice today runs in a very different direction, whilst the former medical virtue is at risk of being demoted to the rank of commercial service and human goodness to marketing, reducing the clinical discourse to a mere expression of applied science often far removed from the moral responsibility that the doctor assumes towards those entrusted with the care of his health.

Keywords: ethics; morality; secularism; deontology; responsibility.

"But science cannot ever tell us what we ought to do, or what we should do"

("pero la ciencia nunca podría decirnos aquello que debemos o que deberíamos hacer")

Edmund D. Pellegrino, MD, MACP

Toda ciencia, sostuvo en su día Gastón Bachellard, desde siempre se ha provisto a sí misma de sus propias normas de verdad. En tal sentido, la medicina hizo de muy distintas métricas – ya fueran dimensiones, presiones, volúmenes, concentraciones, voltajes o gradientes- su método preferente para conocer la realidad del hombre enfermo y de la estadística aplicada el fundamento por excelencia de todos sus juicios. Nada fuera de

* Médico internista. Politólogo. Profesor asistente, Cátedra de Medicina Interna y Semiología, Facultad de Odontología, UCV. Adjunto al Servicio de Medicina II, Cátedra de Clínica y Terapéutica Médica B, Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, UCV. MTSVMI, FACP. Caracas, Venezuela.

* Correo: gustavo.villasmil@ucv.ve

MÁS ALLÁ DE LAS DEONTOLOGÍAS: HACIA UNA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

las dos desviaciones estándar de la campana de Gauss o del intervalo de confianza del cinco, o mejor aún, del uno por ciento, tenía derecho a erigirse como verdad en sus amplios dominios.¹ Hay razones para ello.

En el siguiente ensayo se examinará, apelando al método de la reflexión filosófica, la cuestión relativa a la influencia del positivismo y del neopositivismo en el pensamiento, la práctica y la deontología médica venezolana, destacando la debilidad epistémica de dichas corrientes para discernir ante los grandes desafíos morales que enfrenta la medicina de hoy. Alternativamente, se reivindican elementos de las tesis existencialistas de fundamento judío -Buber, Levinas- cristiano católico -Martini, Chesterton- e incluso aconfesional -Lipovetsky-, con especial referencia a la reflexión que desde el campo de la medicina proponen Henrique Benaim Pinto y Edmund D. Pellegrino.

INTRODUCCIÓN

El peso de la poderosa impronta del positivismo quedó marcado en nuestro espíritu desde el día en que las élites médicas del mundo —entre ellas la venezolana, con Luis Razetti a la cabeza- se abrazaran a las tesis de Augusto Comte con la pasión del naufrago que alcanza la ansiada tabla de su salvación. No se avergüence nadie por ello: lo mismo ocurrió en toda Iberoamérica. Rotos a sablazos los vínculos espirituales que nos mantenían unidos al mundo hispano católico, las nuevas naciones y sus élites pensantes no tardarían en caer de rodillas ante Francia y lo francés. Allí quedó, como testimonio de aquel tiempo, el Hospital Vargas de Caracas, decretado el 16 de agosto de 1888 por el presidente Rojas Paúl. En los términos expresados en el mencionado decreto, el nuevo nosocomio debía contar con:

“...mil camas, debiendo tener una construcción análoga y régimen similar al Hospital Lariboisière, establecido en París” (destacado nuestro).²

El positivismo signó desde entonces y de manera indiscutible en el pensamiento médico venezolano y sigue consolidando su dominio hoy como neopositivismo. Así lo testimonia el sitio de privi-

legio que desde los años 70 ocupa la corriente de la llamada “Medicina Basada en la Evidencia” entre nosotros. A su conjuero, la noción de normalidad ha dejado de ser un ideal abstracto para convertirse en una “meta terapéutica” que puede definirse de antemano con precisión matemática mediante métricas cuan más precisas. A tal fin, la variación natural entre individuos se estudia a partir del constructo de un improbable “hombre promedio” concebido por destacados estadígrafos como el belga Alphonse Quételet., contra el cual todos hemos de ser comparados.

Tan formidable credo avanzó progresivamente hasta abrazar también el campo de la moral médica. En 1928, el doctor Razetti sometió a la consideración de la Facultad de Medicina el texto del célebre juramento contentivo de los 10 principios que, a su juicio, habrían de guiar por senda segura el ejercicio a cada nueva promoción que tras la ceremonia académica de grado habría de salir al mundo a enfrentar las realidades propias de la profesión y los formidables dilemas que la rodean. Realidades que, confrontadas con el prolijo código surgido de la pluma del gran cirujano caraqueño, terminaron reduciéndolo a la dimensión de una pequeña hoja de parra que apenas si puede ya cubrir la desnudez moral de la medicina en estos tiempos en los que las grandes narrativas han perdido todo su poder de antaño.³

El dilema ético, a menudo ignorado, se impone tercamente en cada espacio del extenso campo de la práctica médica. Ningún médico puede pasar de tan amargo cáliz, rebosante de angustias y de desasosiegos. Precisamente, la grandeza de la medicina occidental, señala el gran helenista Werner Jaeger, radica en la permanente tensión que sobre ella ejercen el mundo del enfermo y un entorno que a menudo le es hostil.⁴ Se espera que el médico siempre tome partido por el lado más vulnerable del dilema: el del enfermo, actuando en función de sus intereses y conduciéndose siempre, como lo manda Hipócrates en su célebre juramento, “hasta donde tenga poder y discernimiento”.⁵

Pero el Occidente arribó a la modernidad médica sin haber resuelto muchos de los grandes

problemas morales que la rodean. Dilemas como la limitación de ciertas medidas terapéuticas en casos infructuosos, las interrogantes en torno al inicio y al fin de la vida, la investigación en seres humanos, la caracterización en términos económicos de la atención médica y la participación del médico en actos violatorios de los derechos humanos, entre muchos otros, siguen plenamente vigentes. La medicina occidental ha renunciado al ejercicio de la lógica deóntica, esa que indaga en lo más profundo del deber ser. La “manualización” de la deontología – es decir, su reducción a códigos de “buenas prácticas” elaborados y promovidos por corporaciones de negocios, asociaciones médicas y un sin fin de organizaciones- no solo están lejos de haber logrado crear un clima ético mínimo en sus respectivos ámbitos, sino que han reducido la experiencia ética a la observancia de una mera fórmula de “corrección política”.

La ética médica se resiste a esa tendencia secular desmoralizante a la que el pensador francés Gilles Lipovetsky define como la de la ética indolora” en tiempos del “crepúsculo del deber”⁶. Se hace necesario, por tanto, replantear el debate ético más allá de los catecismos deontológicos de siempre y a la luz tanto de las grandes tradiciones éticas de Occidente como de los grandes dilemas morales de estos tiempos. Frente a tal desafío, el estadounidense Michael Sandel propone un repensar sobre el mundo a partir de una permanente reflexión moral:

“Ante a esta tensión, podemos revisar nuestro juicio sobre lo correcto o repensar el principio que propusimos inicialmente. Nos encontramos con situaciones nuevas, avanzamos y retrocedemos entre nuestros juicios y nuestros principios, revisándolos uno a la luz del otro. Este giro de la mente, del mundo de la acción al reino de las razones, de nuevo, es en lo que consiste la reflexión moral” (traducción y destacado nuestros).⁷

Dos enfoques generales clásicos de la ética dominan dicha reflexión en la medicina de nuestro tiempo: el utilitarismo benthamita y el deontologismo kantiano. En su disertación sobre los fundamentos de la moral, John Stuart Mill, en su ensayo Utilitarianismo de 1861, propone que:

*“El credo que acepta como fundamento de la moral la utilidad, o el principio de la mayor felicidad, mantiene que las acciones son correctas en la medida en que tienden a promover la felicidad, incorrectas en cuanto tienden a producir lo contrario a la felicidad. Por felicidad se entiende el placer y la ausencia de dolor; por infelicidad el dolor y la falta de placer [...] El placer y la exención del sufrimiento son las únicas cosas deseables como fines”.*⁸

La tradición utilitarista anglosajona ha ganado notable influencia en la cultura médica de estos tiempos. Expresión de ello está, por ejemplo, en el concepto de “carga de enfermedad” desarrollado en la última década del siglo pasado por el estadounidense Christopher Murray, cuya tesis esencial postula el concepto de “año de vida ajustado por calidad” (“QualityAdjustedLifeYear”, QALY, en inglés). En su cálculo, el QALY integra el total de años vividos y la expectativa de años por vivir ajustados por una “tasa de actualización anual” de cada uno de acuerdo con el grado de discapacidad con el que se viva. Así, por ejemplo, un año de vida de un enfermo afectado por alguna condición hepática que le impida el trabajo, el recreo, la educación o la procreación “equivale” al 40 por ciento de un año de vida libre de enfermedad. La vida, de acuerdo con tal corriente de pensamiento, no se aprecia como valor absoluto y superior, sino en tanto se le considere más o menos “útil”.⁹

Así las cosas, el discernimiento ético se reduce a un ejercicio lógico a partir de premisas “duras” del cual surge una solución tenida por incuestionable que con frecuencia se consagra en manuales y “guías” de práctica a la manera de una norma positiva. Dos corrientes parecen derivarse de las tesis utilitaristas: la una, se caracteriza por la mutación constante del marco de principios que rigen el razonamiento ético, generalmente bajo el argumento del avance del conocimiento médicos, los cambios en las preferencias del decisor, el “enfoque práctico” de las cosas que “impone” la vida cotidiana, etc. Es el denominado relativismo ético, cuya impronta se hace notar en buena parte de las legislaciones que promueven actos médicos para poner fin a la vida de enfermos cognitivamente

MÁS ALLÁ DE LAS DEONTOLOGÍAS: HACIA UNA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

menoscabados o diagnosticados como terminales. De acuerdo con tal corriente, el de la vida no es un valor absoluto, sino que su valor se relativiza frente a otros como el de la capacidad física, jurídica, etc. La relativización de valores hasta entonces tenidos como absolutos, plantea serios desafíos morales en medicina. Al respecto señala el mexicano Mañón-Garibay:

*“Esta postura confunde el hecho de “ser un valor en sí” con el “ser condición de posibilidad”. Ciertamente, la condición de posibilidad para elegir es estar con vida; pero no por ello la vida es un valor en sí ni un valor superior al elegir. Análogamente, si una condición de posibilidad para vivir es contar con un aparato respiratorio (nariz, tráquea, pulmones) o un sistema digestivo (esófago, estómago, intestinos), esto no implica que todo ello sea un valor superior a la vida o un valor absoluto”.*¹⁰

La otra gran corriente de pensamiento ético a la que hay de hacer referencia concede al acuerdo entre pares la legitimidad para establecer qué puede o no considerarse como moralmente aceptable. En los años 80, el canadiense David Gauthier postula su “teoría contractualista” según la cual, los decisores, en tanto que racionales, pueden acordar entre sí reglas de decisión a las cuales acogerse enfrentados a un determinado dilema ético. En tal sentido diserta el mencionado autor:

*“Nuestra teoría debe generar principios racionales necesarios para la elección sin introducir presupuestos morales previos, limitaciones en la búsqueda del interés o el beneficio individual que, siendo imparciales, satisfagan lo que tradicionalmente se entiende por moral”.*¹¹

Acordar, convenir, consensuar. Son los verbos indicativos de la diversidad de aproximaciones metodológicas que actualmente se exploran en procura de guías para el bienhacer en medicina que mitiguen en quien la ejerce la angustia generada por el temor a mal proceder. En tal sentido es útil citar la presentación que de su Manual de Ética de 2018 hace el Colegio Americano de Internistas (American College of Physicians, ACP, en inglés):

“Tras una evaluación del entorno a fin de determinar el alcance de los problemas y revisio-

*nes de la literatura, en el transcurso de ocho reuniones, el Comité de Ética, Profesionalismo y Derechos Humanos (Ethics, Professionalism and Human Rights Committee, EPHRC, en inglés) evaluó cada sección del Manual a fin de decidir realizar adiciones o cambios. El borrador resultante fue revisado por miembros de la Junta de Gobernadores, de la Junta de Regentes, el Consejo de Miembros Residentes y Fellows, del Consejo de Miembros Estudiantiles y otros comités y expertos de la ACP. Dichos aportes se consideraron en las revisiones del Manual. La Junta de Regentes de la ACP revisó y aprobó el Manual el 5 de junio de 2018 (traducción nuestra)”.*¹²

Una característica a destacar en este y otros manuales diseñados con la misma finalidad es que en su mayoría, como en este caso lo admiten sus propios editores, aspiran desde un principio a expresar sus lineamientos en términos de deberes positivos:

*“La ética médica y profesional muchas veces establece deberes positivos (es decir, lo que se debe hacer) en mayor medida que la ley. La comprensión actual de la ética médica se basa en los principios de los que surgen los deberes positivos” (traducción nuestra).*¹³

Se apunta así a alcanzar consensos que se traduzcan a su vez en la definición de deberes positivos, suerte de “decálogo para el bien hacer” que se dan las comunidades médicas así mismas y que aspiran a recoger la expresión de una eticidad “de diseño” sin otro referente que lo que los hábitos y costumbres (“mours”) largamente cultivados han consagrado como “bueno”.

El pensamiento europeo continental, contrariamente, propone una base trascendente muy distinta y distante de la “practicidad” benthamita; un fundamento sin un referente práctico inmediato, sino que metafísico. Así se desprende de la reflexión de Immanuel Kant en su Fundamentación de la metafísica de las costumbres de 1785:

*“Yo no debo obrar nunca más que de modo que pueda querer que mi máxima deba convertirse en ley universal”.*¹⁴

La deontología kantiana se basa en la ética del deber. Según esta corriente de pensamiento, la moralidad de una acción no depende de las consecuencias, sino de la intención del agente. En otras palabras, lo que importa es actuar siguiendo principios tenidos por universales y el deber moral que de ellos emana, sin considerar los resultados específicos de la acción que se emprenda. Kant argumentó que la fuente de la moralidad radica en nuestra capacidad para tomar decisiones racionales y nuestra libertad de acción, más allá de deseos o emociones. Así, la deontología kantiana se centra en el deber y en la razón, sin invocar principios trascendentes. De ella deriva la idea de “ejemplaridad pública” que propone el español Gomá Lanzón, ese “ejemplo que nos golpea” y nos obliga a tomar conciencia de nuestra vulgaridad de vida”.¹⁵

Al prescindir de principios últimos que guíen su acción, el espíritu que transita una experiencia ética tan especialmente intensa y exigente como la médica se debilita. La diversidad de “manuales”, “guías para procedimientos”, “códigos de conducta profesional” y comités ad hoc que tanto abundan, ofrecen aprehender la tensión esencial de un dilema ético de los muchos que se plantean en la cotidianeidad del ejercicio médico; sin embargo, es muy posible también que sus alcances no siempre estén a la altura exigida por situaciones límite. Al respecto diserta Carlo María Martini en su célebre debate público de 1996 con Umberto Eco:

*“cuando no hay un acuerdo sobre los principios últimos, antes o después, en particular cuando se tocan los casos límite y los problemas de frontera, se desata algo que muestra que existen divergencias de fondo. Se hace entonces más difícil la colaboración y surgen también, a veces, juicios éticos contrastantes sobre puntos nodales de la vida y de la muerte...Me cuesta trabajo ver cómo una existencia inspirada por estas normas (altruismo, sinceridad, justicia, solidaridad, perdón) puede sostenerse por mucho tiempo y en toda circunstancia si el valor absoluto de la norma moral no está fundado en principios metafísicos o sobre un Dios personal” (destacado nuestro).*¹⁶

En un breve ensayo de 1922 titulado “The efficiency of the Police”, Gilbert K. Chesterton, intelectual católico inglés, advierte acerca de las insuficiencias inherentes al diseño de organizaciones “milimétricamente precisas” a cargo de imponer una “lógica policial” a la sociedad como medio para garantizar un mínimo de eticidad y de cohesión social en su seno. “Es como poner un policía detrás de cada hombre”, señala. Para Chesterton, lo moral va más allá de lo coercitivo en tanto que “siempre será superior a lo material”¹⁷. Estamos hoy ante la reducción del juicio moral a una operación meramente lógica planteada en “algoritmos” en códigos y manuales a la manera de un cuerpo de normas positivas para como tal proponerlos a una sociedad enfrentada a desafíos éticos formidables bajo la promesa de alcanzar lo que Lipovetsky llama “la virtud sin Dios”. Al respecto citemos la crítica que ante tal cometido hace el mencionado pensador francés:

*“...el hombre puede acceder a la virtud sin apoyo sobrenatural. El interés propio, los sentimientos o la razón serán suficientes para que acate sus deberes” (traducción nuestra).*¹⁸

Tal fue promesa de los ilustrados del Siglo de las Luces, renovada en el diecinueve cuando, siguiendo con Lipovetsky, la idea de una ética laica conocerá su expansión más notable de la mano de los positivistas y, en general, de los padres fundadores de la llamada “escuela republicana” francesa – en alusión a la III República – al postular que:

*“la moral se basta a ella misma y puede elevar el alma sin la idea de Dios y sin apelar al terror de las sanciones teológicas” (traducción nuestra).*¹⁹

En tales coordenadas del pensamiento se inscribe nuestra tradición deontológica médica. Ese deontologismo que prescinde de la idea de Dios correrá siempre el riesgo de degradarse en una “ética de mínimos”; ética “epidérmica” propensa reducirse a una mera expresión de esa “corrección política” a la que ya nos hemos referido, que atiende más a la necesidad de quien da que de quien recibe.

La fatiga de lo ético

La creciente “fatiga” de lo ético en medicina a

MÁS ALLÁ DE LAS DEONTOLOGÍAS: HACIA UNA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

la que asiste Occidente se manifiesta, entre otras muchas maneras, en la contemplación cotidiana de nuevos usos y costumbres adoptados por las comunidades médicas en estos tiempos y que abarcan desde prácticas de mercadeo totalmente violatorias de mandatos establecidos en el código deontológico vigente hasta el abierto abuso ejercido sobre la persona enferma sacando provecho de su buena fe. Ya se advirtió en el pasado acerca esta tendencia hacia la “levedad” – en clara evocación al conocido relato kunderiano- a expensas del gravamen que necesariamente impone el cumplimiento del deber:

*“La medicina lidia día a día con el sufrimiento humano y el dolor; dolor y sufrimiento que indefectiblemente alcanzan a todo aquel que la ejerce. Ningún médico “pasa liso” de ellos. Hablar de un ejercicio médico indoloro en el que sufrimiento no exista es oximorónico... Incurren en una contradicción en los términos aquellos que dicen ejercer la medicina, pero rehúyen encararlos”.*²⁰

La deontología médica laicista, en tanto que fórmula racional pretendidamente infalible para alcanzar un cierto ideal del “deber ser”, lleva implícita su fatal debilidad. Kant, al proponer derivar por la vía del ejercicio lógico puro la verdad moral más irrefutable, parece no reconocer que la riqueza y valor esenciales de la razón – ese “milagro griego”, como la llamó Emeterio Gómez- reside en su carácter meramente instrumental²¹. No es ni será posible nunca encontrar verdades éticas “a la manera de la geometría”, como pretendiera Spinoza. No hay ni habrá nunca “calculadoras éticas” con cuyo apoyo contar al momento de encarar un desafío ético. Desde tiempos inmemoriales, el hombre ha batallado contra el mundo en busca de ese “ideal” del que apenas tiene la visión de un lejano reflejo, como nos lo propone Platón en la bien conocida alegoría de la caverna²². La historia de Occidente es la del hombre tras la utopía, de un mundo no existe. Fueron Agustín de Hipona, Moro, Campanella los primeros y Harrington, los ilustrados, los socialistas utópicos, Marx y, en estos tiempos, los sumos sacerdotes del llamado “wokeismo” después: casi dos mil años de carrera tras la inasible idea de un mundo que ni existe ni existirá más que en el reino de la razón humana. La deontología médica ha corrido tras ese mismo vendaval.

No basta con pretender repostular a estas alturas una deontología médica fundada en la ética del deber en el sentido kantiano. “Sentido del deber” también exhibió en su día Hans Asperger cuando participara activamente del macabro plan Aktion 4 para “librar” a la Alemania del III Reich de los niños autistas, tanto como impecablemente kantiano debió ser también el proceder de Hans Reiter como oficial médico de las SS en el campo de exterminio de Buchenwald y de Otto Warburg, premio Nobel en 1931, tramitando toda costa “certificados de limpieza” en los que se desmintiera oficialmente su origen judío. Porque estallar en mil pedazos es el destino fatal de toda ética fundada en los falibles juegos de la razón y de sus tautologías.

De allí el foco que hemos puesto en un discurso deontológico en medicina que se ancle definitivamente en referentes trascendentes que le provean del fuste que ha perdido y que tan necesario le es en tiempos de marcada crisis moral como lo son estos. Los pensadores de la judeidad de los países bálticos nos ofrecen una rica reflexión al respecto en dos de sus expresiones más relevantes en el siglo XX: Martin Buber y Emmanuel Levinas. Martin Buber, a quien el venezolano Henrique Benaim Pinto estudia y cita, invita a ver en el otro no a un “ello” objetivo e insensible, sino a un “tú” subjetivo y único. La relación “yo-tú” se expresa en un diálogo abierto y mutuo. Cuando se hace referencia al “tú”, no se tiene en mente a un objeto sino una relación sin confines. Muy por el contrario, el “yo-ello” supone una relación con el mundo y sus objetos en tanto que experiencias físicas y desde un enfoque más monológico, limitado solo a lo que percibimos. El “yo-tú” que se hace presente en el drama humano que acerca al sanador con aquel que necesita ser sanado está necesariamente ausente bajo el imperio del “yo-ello” que le impone sus leyes y sus formas en una relación limitada al médico “científico” y quien es objeto de su estudio. Con arreglo a tales límites están escritas las deontologías médicas actuales y sus pretendidas cartografías éticas.^{23,24}

Solo en la aproximación genuina al “tú” del necesitado encontraremos las claves para la regeneración moral por la que nuestra medicina clama.

Ante tal cometido, el pensamiento de Emmanuel Levinas invita a superar el solipsismo propio del espíritu que dialoga solo consigo mismo llamándole a ponerse en presencia de ese otro –el “tú” del sufriente. Esa “alteridad” – que así la llama-enfatiza la importancia de reconocer la al otro en su singularidad y su humanidad. La ética de ello derivada no se basa entonces en reglas abstractas, sino en la responsabilidad ineludible que con el otro tenemos. Desde tal perspectiva, el médico, enfrentado al drama del dolor humano se redescubre en su esencial papel de sanador y entiende que no haya deber más alto que aliviarlo. Al respecto señala:

“...se establece una diferencia radical entre el sufrimiento en otro, allí donde él está, que es imperdonable para mí y que me solicita e invoca, y el sufrimiento en mí...”.²⁵

Quien solicita e invoca al médico es entonces el sufrimiento concreto del enfermo y no las “geometrías” de la razón kantiana que proponen una ética que no se obliga a ver de las consecuencias derivadas de las acciones a las que ella misma conmina; muy por el contrario, quien solicita e invoca al médico es un deber cuyo centro de gravedad está anclado en una idea trascendente que se materializa frente a la expresión de dolor humano y que en nuestra reflexión la situamos cercana a esa a la que la teología moral católica tiene como la más elevada de todas las virtudes: la de la caridad.

Al proponer una responsabilidad ética del sujeto hacia su prójimo, Levinas reivindica a la ética como esa filosofía primera que nunca debió dejar de ser. La medicina no existe para gloria de nadie sino para el bien del enfermo que sufre. La única justificación del papel social del sanador está en su poder de mitigar el sufrimiento del enfermo a partir de medios racionalmente ideados y empíricamente probados, pero sin que ello les abroge el derecho a ser tenidos por suficientes por sí en tanto que, siguiendo al médico y pensador francés Georges Canguilhem, en medicina el “pathos” siempre habrá de anteceder al “logos”.²⁶

Reflexiones finales

Es necesario llamar la atención de los deontólogos acerca de las acuciantes realidades sanitarias

de Venezuela que superan por mucho el marco normativo y las capacidades de comités, manuales y “guidelines” que ahora tanto abundan pese a abrogarse para sí la exclusividad para conocer y discernir sobre los más diversos dilemas con una suficiencia que no tienen. Se requiere de un esfuerzo formidable para regenerar éticamente a Occidente y a su medicina; esfuerzo que debe tener un foco principalísimo en nuestras escuelas y facultades de Medicina.

No hay ni habrá verdades éticas derivadas de juegos lógicos, como lo pretendiera la filosofía spinoziana. La ciencia, siguiendo al gran Pellegrino, puede que nos diga lo que podemos, pero nunca lo que el médico debe o debería hacer.²⁷ Todos los viejos códigos que Occidente se ha dado han resultado burlados y sus llamados desatendidos. El laicismo deontológico no está a la altura de los desafíos éticos de estos tiempos. Sin desmerecer el esfuerzo y mérito de quienes sin más amparo que su propia conciencia han dado y aún dan testimonio diario de bien hacer, la corriente principal del pensamiento y la praxis médica venezolanas va por rumbos muy distintos, con el acto médico propendiendo a degradarse a un servicio mercadeable, la otrora virtud médica desplazada por la levedad del tecnicismo y el mercadeo y la bondad humana reducida a una mera expresión estadística con frecuencia lejana a la responsabilidad superior para con ése quien ha confiado al médico el cuidado de su salud.

Financiamiento: el autor declara carecer de fuente de financiamiento.

Conflicto de intereses: el autor declara no tener ningún conflicto de intereses relevante.

Protección de personas y animales: el autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos: el autor declara haber seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

MÁS ALLÁ DE LAS DEONTOLOGÍAS: HACIA UNA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: el autor declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

REFERENCIAS

1. Bachelard G. La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective. 5e éd. Paris: Librairie philosophique J. Vrin, Bibliothèque des textes philosophiques, 1967. p.184 y sucs.
2. Sánchez D. A 125 años de la fundación del Hospital Vargas. GacMed Caracas. 2016.
3. Razetti L. Moral médica. Caracas: Imprenta Nacional. 1951;I:1-13.
4. Jaeger W. La medicina griega considerada como paideia. En: Paideia. México: Fondo de Cultura Económica; 1995. p. 783.
5. Sánchez-Salvatierra JM, Taype-Rondan A. Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? Rev. Méd. Chile [Internet]. 2018 Dic [citado 2024 Ago 18]; 146(12):1498-1500.
6. Lipovetsky G. Le crépuscule du devoir. Paris: Gallimard; 2000. p. 11 y sucs.
7. Sandel MJ. Justice: What's the Right Thing to Do? New York: Farrar, Straus and Giroux; 2009. p.20.
8. Mill JS. El utilitarismo. Guisán E, trad. Madrid: Alianza; 2002. p. 50.
9. Murray CJ. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. Bull World Health Organ. 1994;72(3):429-445.
10. Mañón Garibay GJ. La eutanasia: derecho a la muerte digna. Hechos y Derechos. 2016 nov-dic;36.
11. Campbell R. Gauthier's Theory of Morals by Agreement [Review of Morals by Agreement, by D. Gauthier]. The Philosophical Quarterly. 1988;38(152):343-364. <https://doi.org/10.2307/2220134>
12. Sulmasy LS, Bledsoe TA; ACP Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. American College of Physicians Ethics Manual: Seventh Edition. Ann Intern Med. 2019 Jan 15;170(2_Suppl):S1-S32. doi: 10.7326/M18-2160. PMID: 30641552.
13. Sulmasy LS, Bledsoe TA, op.cit.
14. Kant I. Fundamentos de la metafísica de las costumbres. Traducido por García Morente M. Madrid: Espasa-Calpe; 1967. p.41.
15. Gomá Lanzón J. Ejemplaridad pública. Madrid: Taurus; 2009. p.241.
16. Eco U, Martini CM. ¿En qué creen los que no creen? 1a ed. México: Santillana Ediciones Generales, S.A. de C.V.; 1997. p.99.
17. Chesterton GK. The efficiency of the Police. Illustrated London News. 1922 Apr 1. In: Alhquist D, editor. In defense of sanity. San Francisco: Ignatius Press; 2011. p. 312
18. Lipovetsky G. op.cit.p.37.
19. Lipovetsky G. op.cit.p.37.
20. Villasmil-Prieto GJ. Medicina: entre la levedad y el deber. TalCual [Internet]. 2024 Mar 16 [citado 2024 Ago 20]. Disponible en: <https://talcualdigital.com/medicina-entre-la-levedad-y-el-deber-por-gustavo-j-villasmil-prieto/>
21. Gómez E. ¿Qué es lo Humano... en ti? Caracas: CONINDUSTRIA; 2009. p. 27.
22. Platón. República. Libro VII. Madrid: Ed. Gredos; 1992. Traducción de C. Eggers Lan, p.338.
23. Benaim Pinto H. Significación de la queja en la relación del médico con el paciente y del paciente con el médico. Caracas: UCV, Ediciones del Rectorado; 1983. p.139.
24. Wodehouse H. Martin Buber's 'I and Thou.' Philosophy. 1945;20(75):17-30. doi:10.1017/S0031819100004939.
25. Levinas E. Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro. Madrid: Pre-Textos; 1993. p. 118.
26. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México: Editorial Siglo XXI; 197. p.160.
27. Giordano J. FoniPhronimos. An interview with Edmund D. Pellegrino. Philos Ethics Humanit Med. 2010 May 16.