

Maria A. Carrasco

## Juicio clínico, juicio técnico y juicio moral

**RESUMEN:** En este artículo se argumenta que, por las exigencias internas propias de la medicina, un buen juicio clínico no es solo el juicio técnicamente acertado, sino que debe ser, al mismo tiempo, un juicio recto en lo moral. En consecuencia, la formación de médicos de excelencia no puede limitarse a la competencia científica y técnica, sino que requiere necesariamente la educación en virtudes médicas, que son las que proporcionan el carácter y la competencia práctica para que el médico pueda percibir espontánea y certeramente el bien particular para el paciente que trata en esas circunstancias concretas.

**PALABRAS CLAVE:** Educación médica; Virtudes médicas; Profesionalismo médico.

### Clinical judgment, technical judgment, moral judgment

**ABSTRACT:** In this paper I argue that, due to the internal demands of medicine, good clinical judgments cannot be only technically correct judgments but must, simultaneously, be morally right judgments. Henceforth, medical education cannot be limited to scientific instruction and technical training, but necessarily requires formation in medical virtues. Virtues provide the physician with the practical competence to perceive spontaneously and accurately the particular good for this particular patient in these specific circumstances.

**KEYWORDS:** Medical Education; Medical Virtues; Medical Professionalism.

---

Artículo [SP] | ISSN: 2386-3994 | Recibido: 16-Diciembre-2019 | Aceptado: 27-Diciembre-2019.

### Introducción

Durante estas últimas décadas, por los avances tecnológicos y la cultura heredada de la modernidad, la medicina ha ido redefiniendo su lugar en la sociedad. Hoy es una ocupación más dentro del mercado; el médico es contratado por el paciente para proveerle servicios de salud (Eberly y Frush 2019, p. 420), y su responsabilidad moral se limita a poseer la competencia que declara y explicitar sus conflictos de interés (Pellegrino 2006, p. 2). Aunque el cambio ha sido gradual, la acelerada tecnificación y homogeneización del pensamiento de este último tiempo ha extremado la sustitución de la tradicional relación personal, de confianza y de cuidado por otra contractual y anónima.

► **María A. Carrasco**, Instituto de Filosofía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile. **Autor de correspondencia:** (✉) [mcarrasr@uc.cl](mailto:mcarrasr@uc.cl) — iD <http://orcid.org/0000-0001-9578-3500>.

Desde la bioética, sin embargo, hay quienes denuncian que la cientifización y la transacción traicionan la naturaleza de la actividad médica. La medicina es praxis, y por ello inevitablemente moral. El médico no es un proveedor de servicios moralmente neutros sino un promotor de bienes intrínsecos de sus pacientes (Eberly y Frush 2019, p. 423). Ni la competencia técnica basta para ser un buen médico ni la ciencia médica basta para un buen juicio clínico. El razonamiento médico es razonamiento práctico, busca instanciar un bien en una realidad particular (cada paciente con sus circunstancias irrepetibles), por lo que requiere empezar reconociendo ese bien específico. Esto es percepción moral y solo se alcanza con virtudes. Es decir, la razón práctica solo acierta cuando la persona que juzga tiene las disposiciones afectivas adecuadas. ¿Pero pueden las escuelas de medicina enseñar virtudes? ¿Y corresponde que lo hagan? En este artículo argumentaré que no solo pueden sino que deben hacerlo, pues sin ese compromiso ético la medicina no solo es mala medicina (no cumple sus fines) sino medicina inmoral.

### **Medicina: ciencia y arte**

Con la modernidad, la revolución de las ciencias y el cambio en el paradigma del conocimiento, la medicina —que junto con la actividad del estadista o del legislador se consideraban «artes» por antonomasia— fue «cientifizándose» cada vez más. Según Aristóteles, ciencia (teoría) y arte (técnica) son diversos modos de operar de la razón. La primera busca el conocimiento por sí mismo, su fin es comprender y su objeto son las esencias y leyes universales. El arte, en cambio, se centra en la actividad, busca cambiar la realidad y su objeto es siempre un particular concreto. Recién en la modernidad se comenzó a identificar el arte con las llamadas «bellas artes», pues antes aludía a nuestra capacidad de producir resultados por medio de acciones racionalmente planificadas. En este sentido, la medicina es arte, pues produce la salud del paciente. Todo arte es intencional, está inclinado a un fin o busca un bien. El médico busca curar cuando es posible, aliviar el sufrimiento y promover la salud del paciente (Pellegrino 2002, p. 381).

Pero la medicina también es ciencia, o al menos se funda en ella. El problema es que hay cierta tensión entre arte y ciencia, pues el ámbito de lo particular y mutable nunca puede ser totalmente aprehendido por la ciencia (Wieland 2014, p. 105). El médico, entonces, debe lidiar tanto con el conocimiento

universalmente válido de las leyes científicas, como con los pacientes individuales en situaciones específicas. Ese es precisamente su arte: salvar el hiato que necesariamente se da entre la universalidad de la teoría y la particularidad del paciente que trata. El salto entre estas realidades, la acción que el médico decida realizar para lograr la salud del paciente, no procede deductivamente de la ciencia ni de leyes generales de aplicación. Solo la facultad de juicio, la sabiduría práctica o *phronesis* aristotélica, es capaz de dar este salto para determinar en cada caso cómo se debe actuar.

Por consiguiente, el juicio clínico es un juicio práctico, adecuado para ese paciente singular, que no procede de leyes pero que tampoco es posible sin conocer la ciencia médica. Por eso requiere del arte para salvar la distancia entre las leyes universalmente válidas de la teoría y la condición concreta del paciente individual. Esto hace que la medicina sea originaria y esencialmente una práctica, pues todo arte es también praxis, y en consecuencia posee irreductiblemente un componente moral (Rhonheimer 2007, p. 55). Quien actúa no solo produce un (buen o mal) resultado externo, sino que al decidir cómo actuar el médico elige un fin y orienta su voluntad y afectos hacia él (*EN II*, 6, 1006a 15–19). Si el médico busca y se determina hacia el bien de la salud del paciente, hará —en principio— un juicio clínica y moralmente correcto.

Pero no basta la buena intención. El médico necesita estudio, ejercicio y experiencia para acertar con el bien. El arte médico surge de la experiencia que le enseña a aplicar las reglas universales a cada individuo concreto. No la experiencia replicable que se sintetiza en principios generales, sino la que confiere habilidad para evaluar correctamente realidades complejas, y que se correlaciona con una disposición que el médico concibe y va estabilizando un su propio carácter: una virtud (Wieland 2014, p. 116).

La medicina, entonces, es intrínsecamente práctica, una praxis racional que se basa en la ciencia y la supera. La medicina se orienta a la acción, decide sobre pacientes individuales en situaciones particulares, con información y tiempo limitados. Por ello «la medicina sin arte es medicina sin médico» (Wieland 2014, p. 121); y también por ello, la estructura del acto médico genera una relación práctica y personal entre médico y paciente, una que comporta grandes exigencias normativas.

## Relación, profesión y moral

Sea cual sea su fundamento, las exigencias y obligaciones morales se nos revelan en los llamados sentimientos morales, que dan luego lugar a los juicios de alabanza o reproche. Fenomenológicamente, estos sentimientos son actitudes reactivas que surgen espontáneamente en las relaciones personales por la expectativa y demanda de algún grado de consideración o buena voluntad por parte del otro (Strawson 1974). Por ejemplo el resentimiento, que está en la base del reproche moral, surge en el pecho de quien siente que el otro no lo está tratando con la consideración o respeto que merece; vale decir, el resentimiento muestra que en la relación hay una exigencia y una demanda de un determinado trato, que esta vez no se cumplió y amerita reprensión o castigo. Así, estos sentimientos evidencian que en la interacción nos hacemos implícitamente demandas recíprocas y esperamos que todos las cumplan; son exigencias que imponemos a otros y que a nosotros también nos obligan (por eso el sentimiento de culpa cuando no cumplimos).

Pues bien, si «la medicina es primera y fundamentalmente una relación» (Sulmasy 2014, p. 107), debe al menos ser objeto de las exigencias normativas de cualquier interacción. Sin embargo —este es el punto que más destacó Edmund Pellegrino, uno de los fundadores de la bioética— las características de la relación y del acto médicos hacen que su exigencia moral sea mucho mayor que la de un intercambio ordinario. El acto médico comienza en el encuentro clínico, o la relación que se establece entre un enfermo que busca ayuda y un médico que profesa ser capaz de ayudar y curar. Pellegrino explicitó el significado profundo de la noción de «profesar» (y con ello la reivindicación del profesionalismo médico), que en su sentido original —como la profesión de una fe— llega a las raíces de la identidad práctica de quién la hace. La medicina no es una ocupación cualquiera, que se realiza y se puede dejar de realizar, porque el médico hace una promesa pública y privada que invita a tener confianza. En primer lugar, el juramento Hipocrático es la instancia formal de profesión, cuando el médico se compromete públicamente a utilizar los conocimientos adquiridos para el bien del paciente. En segundo lugar, en el encuentro diario con cada paciente actualiza tácitamente el juramento, profesando tanto su competencia para ayudarlo como su voluntad de ponerla al servicio del bien de ese paciente específico (Pellegrino 2002, p. 379). Con este compromiso el médico se obliga a cumplir lo que declara, es decir, invita al paciente a confiar en él poniendo a toda la sociedad de testigo.

La profesión del médico, entonces, es la primera característica que confiere una exigencia moral especialmente profunda a esta relación. La segunda es que el paciente, por definición, es un doliente, necesita ayuda. La enfermedad lo hace extremadamente vulnerable y no tiene más opción que ponerse en las manos del médico, confiando en su promesa. En la relación médica hay una gran asimetría de poder, pues una de las partes está sana y tiene conocimientos para curar; y la otra necesita cura y no puede hacerlo sola. Como esta distribución de fuerzas podría ocasionar grandes abusos, las expectativas y demandas implícitas son mucho más elevadas que cuando hay una distribución más equitativa (como en la relación de quienes celebran un contrato voluntario de compraventa).

Por último, el tercer rasgo que hace que esta relación sea esencialmente moral es que en ella se realiza una intencionalidad compartida. En otro tipo de relaciones (contratos, transacciones, etc.) cada parte busca su propio interés. A la relación médica, en cambio, el enfermo acude con la intención de mejorar su salud, y el médico también acude con la intención de mejorar la salud del enfermo (Sulmasy 2014, p. 107). Ambos tienen la misma intención, tienden al mismo bien, replicando la estructura de la praxis y convirtiéndola en una práctica inherentemente moral. El bien al que tiende el acto médico es la cura de este paciente particular en sus circunstancias específicas; y esa es la intención compartida del médico y paciente, y la que el médico ha prometido cumplir. De ahí que las expectativas del paciente y la comunidad no sean solo de eficiencia en los resultados, sino también expectativas morales: su acción debe ser realizada por el bien del paciente o su acto médico será inmoral.

En suma, la medicina es una práctica moral. Su fin es el bien del paciente, y el médico profesa poder alcanzarlo. Para hacerlo, declara tener la competencia técnica y la voluntad de ponerse al servicio del enfermo. Sin embargo, poner sistemáticamente el bien de otro por sobre los propios intereses no es tarea fácil, y esa es la razón por la que Pellegrino, al destacar tanto la idea de profesión, debió también profundizar en las virtudes médicas, i.e. aquellas disposiciones habituales que permitan al profesional médico cumplir su fin. En sus múltiples escritos Pellegrino destacó, como virtudes, la fidelidad a la promesa; la honestidad y sinceridad; la compasión; la benevolencia, la fortaleza y la justicia. Estas virtudes morales, junto con la competencia técnica, son los medios para lograr el fin del acto médico al que los profesionales se comprometen (Pellegrino

2006, p. 9). El problema que se plantea, sin embargo, es saber si acaso la virtud se puede enseñar, y si una escuela de medicina tiene esa responsabilidad.

## Educación moral

La competencia ética es tan importante y exigible como la competencia técnica para la profesión médica. Formar en ella, sin embargo, es más difícil ya que no es una competencia exclusivamente racional, aunque sí es también racional. Por eso conviene complementar la enseñanza de teoría ética con la formación del carácter. Los cursos teóricos son necesarios para concientizar a los alumnos, mejorar su habilidad de razonamiento ético, darles confianza para enfrentar dilemas y enseñar cómo resolver problemas habituales de ética clínica (Sulmasy 2000, p. 515). Pero aunque así se promueva la reflexión crítica, nunca será suficiente pues, como ya vimos, la teoría no alcanza nunca al particular concreto ni puede, por sí sola, guiar la acción.

El salto entre lo universal y lo particular lo realiza la facultad de juicio, con el que en el ámbito moral llamamos «juicio de conciencia» y que se puede definir como «el mejor y último juicio de lo que la persona cree que es correcto» (Eberly y Frush 2019, p. 417). Es interesante que en la actualidad se esté reivindicando la conciencia, alejándola de la interpretación moderna de preferencias y sentimientos privados, e insertándola en la tradición clásica que la entiende como la capacidad de razonar moralmente. En cuanto racional, el juicio de conciencia debe poder explicarse y justificarse públicamente, es comunicable, puede desafiarse y, como toda verdad racional, debe poder revisarse ante nuevas evidencias.

Pero es todavía más interesante para el ámbito de la formación médica conocer las condiciones para que este juicio de la razón práctica acierte en el actuar correcto. Toda acción tiende a un bien, y ese bien se reconoce en el juicio. Podemos «saber» lo que es bueno en general (teoría) pero debemos percibir y reconocer lo bueno en el actuar concreto. Los juicios sobre la acción son juicios sobre lo que tendemos, y por eso los afectos («tendencias sentidas») tienen una importancia fundamental para la praxis (Rhonheimer 2007, p. 44). De ahí que Aristóteles subraya la importancia de aprender a complacerse con lo objetivamente bueno y contristarse con lo malo (*EN II*, 2 1105a 6–7), pues aunque no solo actuamos por placer, este sí puede desorientar el juicio. Es

fundamental entonces la adquisición de la virtud de la prudencia (sabiduría práctica o *phronesis*), virtud intelectual que se inserta en la dinámica afectiva y guía cognitivamente las tendencias. Se acierta con el bien práctico cuando se hace lo que haría el hombre virtuoso, es decir, cuando se actúa siguiendo al juicio racional co-guiado por la afectividad.

¿Cómo se adquieren las virtudes, especialmente las del buen médico? Se sabe que es por repetición de actos, buenos ejemplos y modelos (Pellegrino 2006, pp. 11–15; Sulmasy 2000). Pero aprender virtudes no es automatizar conductas sino adquirir una connaturalidad afectiva con el bien, una «orientación de la voluntad y de las tendencias sensibles a lo que es conforme a la razón» (Rhonheimer 2007, p. 221). Naturalmente la orientación afectiva estable que facilita la percepción del bien concreto es personal e intransferible. De ahí que para adquirir virtudes se requiera, primero, reconocer la autoridad de otros, pero no un reconocimiento que solo lleve al cumplimiento externo de mandatos sino que se le reconozca por la benevolencia del superior hacia el educando. Se forma así una relación de amistad entre el educador y el estudiante, y el último hace lo que le dicen y busca seguir su ejemplo, antes que nada, para agradar a esa autoridad (Rhonheimer 2007, pp. 226–227). Solo la realización y repetición de un acto libre puede ordenar su voluntad y afectos hacia el bien, hasta que él, por sí mismo, ame y tienda a lo mismo que el profesor tendería. En definitiva, la educación de virtudes es «una especie de ‘transmisión’ de [ellas] mediante la relación afectiva entre personas» (Rhonheimer 2007, p. 228). Y esto explica que los bioeticistas insistan tanto en el ambiente de confianza y cuidado que debe existir en las escuelas de medicina (Sulmasy 2000), donde el razonamiento moral debe cultivarse en comunidad (Eberly y Frush 2019, p. 429), y donde lo principal es que los maestros clínicos sean buenos modelos de virtud médica (Pellegrino 2006, p. 11).

### **Conclusión: virtud es poder**

El juicio clínico no es solo es técnico sino que tiene un componente moral intrínseco que no se puede omitir. Debe acertar en los hechos pero en estos interpretados a la luz del bien del paciente particular. El fin de la práctica médica es un bien moral objetivo, no cualquier fin que acuerden entre el médico y el paciente. La relación médica, por ello, no se ajusta al modelo de contrato o

prestación neutra de servicios. Quien la profesa se subordina a una estructura dada que es en sí misma moral.

La percepción del bien de este paciente particular se garantiza con la virtud. No es que sea imposible percibirlo sin ella, pero solo el orden de los afectos posibilita reconocer espontánea y certeramente el bien práctico en cada ocasión nuevamente. Si el juicio clínico no se subordina a ese bien, el juicio será clínicamente equivocado (pues no cumple con el fin de la medicina) y será también un juicio inmoral. Por ello, si como decía Francis Bacon «el conocimiento es poder», en el ámbito de la práctica, dando por descontado el conocimiento especializado, la virtud es la que confiere competencia, pericia y poder al profesional médico. Y es por ello el mayor desafío de quienes preparan a los estudiantes para profesar.

#### Referencias

- Aristóteles (1983). *Ética Nicomaquea*, edición y notas de Alfonso Gómez Robledo. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Eberly, John Brewer y Frush, Benjamin (2019). «Integrity in Action: Medical Education as Training in Conscience». *Perspectives in Biology and Medicine* 62, no. 3: pp. 414-433. doi: 10.1353/pbm.2019.0024
- Pellegrino, Edmund (2002). «Professionalism, Profession and the virtues of the Good Physician». *The Mount Sinai Journal of Medicine* 69, no. 6: pp. 378-384.
- Pellegrino, Edmund (2006). «Character Formation and the Making of Good Physicians». En *Lost Virtue: Professional Character Formation in Medical Education*, editado por Nuala Kenny y Wayne Shelton. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, pp. 1-15. doi: 10.1016/S1479-3709(06)10001-1.
- Rhonheimer, Martin (2007). *La perspectiva de la moral. Fundamentos de la ética filosófica*. Trad. de José Carlos Mardomingo. Madrid: Rialp.
- Strawson, Peter (1974). *Freedom and Resentment and Other Essays*. Yorkshire: Methuen & Co.
- Sulmasy, Daniel (2000). «Should Medical Schools be Schools for Virtue?». *Journal of General Internal Medicine* 15, no. 7: pp. 514-516. doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.05007.x
- Sulmasy, Daniel (2014). «Edmund's Pellegrino Philosophy and Ethics of Medicine: An Overview». *Kennedy Institute of Ethics Journal* 24, no. 2: pp. 105-112. doi: 10.1353/ken.2014.0015
- Wieland, Wolfgang (2014). *Medizin als praktische Wissenschaft. Kleine medizintheoretische Schriften*, editado por Rainer Enskat y Alejandro Vigo. Hildesheim: Georg Olms Verlag.