

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

La justicia en Edmund D. Pellegrino [Edmund d. Pellegrino justice]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Ojeda, Joaquín
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-06-14 19:08:02
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/213816



LA JUSTICIA EN EDMUND D. PELLEGRINO

EDMUND D. PELLEGRINO JUSTICE

JOAQUÍN OJEDA

Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

Facultad de Medicina. Universidad Europea. Madrid.

C/ Grama 48. 28050. Madrid

Tfno: 670683358

ojedamd@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

justicia, recursos económicos, asistencia sanitaria, envejecimiento, relación médico-paciente.

Recibido: 20/01/2014

Aceptado: 24/02/2014

Edmundo D. Pellegrino dedica una significativa parte de su pensamiento a profundizar en el sentido de justicia en medicina como virtud, consciente de que una mala interpretación de ésta puede llevar a importante sufrimiento a una parte importante de la población, especialmente a los ancianos y personas sin recursos. El autor analiza el impacto que tiene los cambios sociales y el avance de la ciencia y tecnología en la relación médico-paciente, eje vertebrador de todo sistema sanitario justo.

ABSTRACT:

Keywords:

justice, economic resources, health care, elderly, patient-doctor relationship.

Edmund D. Pellegrino has dedicated a significant amount of his time analyzing the virtue of justice in medicine, aware that its misinterpretation could drive to an important load of suffering in vulnerable population, such as elderly or poor patients. The author also studies the impact of social changes as well as science and technology development in doctor-patient relationship, spinal cord of every justice-based health system.

1. Introducción

La medicina ha evolucionado en los últimos 40 años de manera vertiginosa. El día a día de la práctica médica de los médicos actuales ha sufrido un cambio evidente, lo que ha llevado al desarrollo de una ética médica condicionada por una relación médico-paciente más ho-

rizontal y por unas crecientes exigencias e imposiciones sociales y económicas.

La crisis económica y el encarecimiento progresivo de los procedimientos médicos por un lado, y la demanda creciente de la población de acceder a los sistemas avanzados de diagnóstico y tratamiento de las diferentes en-

fermedades por otro, ha detonado un intenso debate en la sociedad y en la arena política de los países desarrollados. Se están gestando cambios drásticos de modelos sanitarios a nivel nacional en los cinco continentes con el objetivo de asegurar la viabilidad de los sistemas sanitarios. Un aspecto de la ética médica de mayor relevancia en nuestros días es el relativo a la justicia.

La economía es sin duda uno de los motores del avance de la ciencia, como se refleja en la gran pujanza de las grandes empresas farmacéuticas y de biotecnología que lideran los índices bursátiles a lo largo del mundo. El coste que supone a los estados y a los ciudadanos estos avances cada día se hacen más difíciles de soportar. Todos estos fenómenos sin duda terminan recayendo en el profesional sanitario, que como parte activa en el engranaje económico-sanitario siente la responsabilidad de conjugar el buen hacer con el paciente con el uso responsable de los recursos. Es en este punto donde la virtud de la justicia se hace presente en la práctica médica, como una exigencia diaria.

Edmund D. Pellegrino dedica una importante parte de su literatura a analizar la justicia en el ámbito sanitario, consciente de su relevancia en la dignidad del individuo enfermo. Este artículo ha sido realizado basándose principalmente en dos fuentes: el libro *The Virtues in Medical Practice* (Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma. New York, Oxford University Press, 1993) y "Rationing Health care: inherent conflicts within the concept of Justice" (en *The Ethics of Managed Care: Professional integrity and Patient Right*. WB Bondeson y JW Jones (Eds). Kluwer Academic Publishers, 2002).

La justicia es una virtud compleja, entre otras cosas, como afirma Aristóteles, porque "la justicia y la injusticia pueden entenderse en muchos sentidos". Sin embargo no por ello deja de ser una virtud clave: "Todas las virtudes se encuentran en el seno de la justicia"¹.

Pellegrino nos recuerda que en la profesión médica puede existir una colisión entre la justicia conmutativa, entendida como la relación de un individuo con otro individuo —en nuestro contexto clínico, entre el médico

y el paciente y viceversa— y la justicia distributiva, que controla la relación de la comunidad con cada uno de los individuos que la componen, en el ámbito sanitario. El autor menciona también la justicia general, entendida como lo que el individuo debe al bien común en el uso de los recursos sanitarios, y por último menciona la *epikeia* o justicia que vela por la equidad entre estas tres formas de justicia.

Pellegrino nos habla de los deberes basados en la virtud de la justicia. Afirma que la justicia tiene sus raíces en el amor, es una extensión de este amor el que debemos mostrar a los demás. De esta manera se aleja de teorías actuales imperantes en las que la justicia se basa en un concepto práctico y prudencial, en una demanda personal hacia la comunidad, pues se entiende como protección del individuo contra las injusticias del prójimo. Estas teorías aseguran una felicidad para todos, siendo la justicia una obligación impuesta a la vida de la comunidad. Para el autor por el contrario, no hacer justicia, sería ceder al auto-interés, alejarse del amor al prójimo a favor del amor a uno mismo. El amor está en el origen de la demanda de ayuda del enfermo al médico, son las demandas de nuestros hermanos y hermanas en una comunidad de cuidado y compasión. Los individuos están llamados a ser amados, especialmente en los centros sanitarios.

El amor genera y transforma la justicia. El amor está en la raíz de todo bien. La justicia vivificada por el amor trasciende la justicia legalista y formal, con especial preocupación por aquellos que sufren dolor, los pobres, los preocupados, los oprimidos y los excluidos. De la práctica de la justicia en el marco de una preocupación por la comunidad, se deriva un acto de beneficencia hacia la persona concreta; es camino de amor iluminado por el compromiso hacia el paciente. No sólo el conocimiento genera justicia, sino la dedicación y preocupación amorosa hacia los cuidados a la comunidad.

Lo que convierte la profesión médica en vocación médica es el mantener el oído abierto a la llamada a vivir una vida de amor y compasión hacia el enfermo, y la respuesta consciente a esa llamada. La profesión médica significa la fidelidad a la noción de justicia permeada

1 Aristóteles. *Ética a Nicómaco*, Libro V, Trad. Julio Palli Bonet, Madrid: Gredos, 1985.

por el amor y la compasión como un obligación moral. La profesión sanitaria es una forma de compromiso personal con el bien del otro.

2. Conflicto entre autonomía y justicia

Edmund D. Pellegrino coincide con Aristóteles en que la Justicia es una de las virtudes más complejas, pues al contrario que otras, no tiene una medida, y es difícil conocer los extremos para alcanzar la media.

Afirma que, aunque se suele hablar del conflicto entre el principio de autonomía del paciente y el de beneficencia del médico, conflicto que define como más aparente que real, el conflicto más habitual y de mayor envergadura se produce entre autonomía y justicia. La autonomía del paciente puede infligir daño en terceras partes próximas o remotas al paciente. Cuando dos principios entran en colisión, debemos elegir entre ambos, e inevitablemente uno de ellos eclipsa al otro. Pero ¿cuál decidimos que eclipse a cuál?

La justicia al mismo tiempo que es una virtud es un principio. Como virtud, marca la senda para dar a cada uno lo que le es debido, con equidad al resto de individuos y al bien común. Como principio ordena la forma de actuar para con los demás, y por eso está presente en el resto de los principios: no hacer daño al resto de humanos, respetar su autonomía y hacer el bien para con ellos. La justicia goza de un status superior a la hora de determinar "lo bueno" y "lo correcto". En este sentido limita el ejercicio de nuestra propia autonomía y nuestra obligación de respetar la autonomía de los otros. La justicia pone límites a la absolutización de la autonomía, tal y como se está imponiendo como modelo de relación médico paciente en nuestra sociedad.

Pellegrino ilustra algunos ejemplos de cómo la autonomía de una persona puede resultar injusta hacia otro individuo o la comunidad: el paciente VIH que se niega a comunicar su estado a su pareja sexual, el piloto que rehúsa comunicar a su empresa que abusa de sustancias estupefacientes, el paciente que demanda estudios diagnósticos y tratamientos desproporcionados a su patología, consumiendo así recursos preciosos y escasos. Pellegrino también desarrolla cómo la falta de justicia se manifiesta

en la imposición de la autonomía del paciente por encima de autonomía moral (valores) o científica (conocimientos, *lex artis*, manejo de recursos) del médico. Critica la tendencia progresivamente dominante de pensar que el médico es un mero instrumento de la voluntad del paciente, argumentado que el médico debe dejar a un lado sus valores personales en su vida profesional. Esta tendencia no solo viola el principio de autonomía del médico, sino también el de beneficencia y el de justicia.

No resulta fácil resolver el conflicto en los principios *prima facie*, o como matiza Pellegrino, entre la interpretación que cada uno hacemos de estos principios. En estos conflictos la justicia tiene un papel superador. Es importante identificar las circunstancias en las que se produce la colisión entre la autonomía y los valores morales. Es mandatario valorar si existe un daño identificable a las partes en conflicto o una tercera parte y si se han valorado todas las medidas para proteger la autonomía de todas las partes.

En el caso de que exista una posibilidad, aunque sea mínima, de daño a terceros, la autonomía (preservación de confidencialidad en el VIH por ejemplo) debe ceder ante la obligación de evitar un daño. En otras ocasiones es difícil estimar la valoración del daño a las partes o terceros. Cuando lo que entra en conflicto es exclusivamente la voluntad del paciente y las convicciones morales del médico, incluso si la demanda es aceptada por la sociedad o incluso la clase médica, entonces el conflicto se establece entre la autonomía del médico y la del paciente. En ese caso la autonomía del médico y del paciente están al mismo nivel, ambos como agentes morales en conflicto, y sería igual de maleficente violar tanto una como otra.

De manera práctica, Pellegrino recomienda como una obligación ética e institucional, desarrollar los mecanismos que permitan al médico y al paciente abandonar esa relación conflictiva, favoreciendo de manera amigable y respetuosa la transferencia del manejo de ese paciente a otro especialista conocedor del caso. El abandono unilateral del médico de esta relación se consideraría abandono y una negligencia ética que minaría la base de la justicia y la beneficencia.

3. La justicia social y el reto de un sistema de salud universal y de calidad (Decent health care)

La asistencia sanitaria universal y de calidad en nuestro medio es uno de los principales retos de justicia distributiva en nuestros días. En Estados Unidos, la medicina más cara del mundo, uno de cada 6 habitantes carece de cobertura médica. Según la OCDE², Estados Unidos destinó en 2011 un 17% del PIB a sanidad, respecto al 13% en 2000 (el incremento en inversión duplica la subida de la inflación). Un 8,3% del PIB estaba destinado al sistema de cobertura público, del que se hace cargo el Tesoro (Medicaid —37 millones de beneficiarios con escasos recursos—, Medicare —42 millones de personas mayores de 65 años—, State Children's Health Insurance Program para población infantil). El resto procede de la cobertura privada, que cubre a 158 millones de personas (seguro médico contratado por las empresas para empleados, con extensión de los beneficios a la jubilación). En 2011 en España el sistema sanitario supuso un 9,1% del PIB (6,6% PIB destinado a la sanidad pública). En 2000 España dedicó a sanidad un 7.0% del PIB.

Este crecimiento de la inversión en sanidad se debe, en su mayor parte, al aumento del coste per cápita que supone incorporar las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, y el acceso cada día más extendido en la práctica clínica.

La falta de recursos individuales en algunos países y de recursos sociales en otros con un perfil social más desarrollado, se hace evidente en nuestros días.

De la mano de la falta de recursos, el creciente interés comercial y empresarial por el mundo de la asistencia sanitaria, ha llevado a empresas y profesionales a buscar beneficios excesivos a costa de la enfermedad de otros. Se ha incrementado el interés y la inversión a favor de la implementación de nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento, caras y con importantes márgenes de beneficio, en detrimento de los cuidados de los enfermos crónicos e incurables, y por supuesto de los desheredados y los desfavorecidos económicamente. Pellegrino menciona el caso de un investigador del NIH (Institutos

Nacionales de Salud) de Estados Unidos que fundó una empresa para tratar pacientes oncológicos graves y refractarios a los tratamientos convencionales, basado en una terapia que había desarrollado con fondos públicos durante años. El encarecimiento de la medicina por estos dos motivos ha llevado a que en Estados Unidos, la medicina más cara del mundo, uno de cada 6 habitantes no tenga cobertura médica.

Ejemplos como estos han calado en diversos bioeticistas, que han analizado este fenómeno y otros similares, generados por el hecho de que los recursos son limitados y están desigualmente repartidos. Pellegrino menciona y critica aquí las posturas de Engelhart y Rie³, que acuñan los términos "skimming" (filtro: hace referencia al hecho de que muchos centros se reservan el derecho de admisión a únicamente las personas que pueden pagar por los servicios sanitarios) y "dumping" (despeño: hace referencia al hecho de que algunos centros transfieren a pacientes sin recursos de la sanidad privada a instituciones públicas por motivos exclusivamente económicos). Esto autores consideran estos dos fenómenos como una "virtud" del sistema, fruto de una interpretación liberal de la atención sanitaria, como un derecho asociado a un status económico. Es una muestra evidente de la colisión de valores entre una teoría basada en la autonomía del individuo (Engelhart) y una teoría basada en la comunidad (Pellegrino).

Pellegrino menciona un nuevo escenario que está afectando a la raíz del actuar médico. Es el hecho de que los médicos tenemos que tener un ojo en el bien del paciente y otro en la institución para la que trabajamos (aquí se englobaría la responsabilidad del médico en la contención del gasto, ajuste a los presupuestos, etc.). A esto le llama el autor el "gate-keeping". Podría interpretarse como un enfrentamiento entre el cuidado al paciente individual y nuestra responsabilidad social para con el resto. Sin duda Pellegrino entiende que ambos extremos deben ir de la mano, y que el médico debe colaborar a un equilibrio, pues es el único escenario con contemplaría una sanidad universal de calidad. Este ob-

² http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Ver *Health expenditure and financing*.

³ Engelhardt, H., Rie, MA. "Morality for the medical-industrial complex: A code of ethics for the mass marketing of health care". *NEJM* 329 (1989): 1086.

jetivo, conseguido en muchos países de nuestro entorno, en EEUU es una quimera. Aunque sucesivas administraciones lideradas por presidentes como Clinton u Obama han hecho y siguen haciendo esfuerzos para modificar el sistema de salud con vistas a un modelo más universal y de mayor cobertura, el rechazo de gran parte de la población y de parte de la clase política, ha llevado a sucesivos fracasos, incluso de medidas de corte muy marginal. Estos sucesivos intentos de cambio, son un reflejo de que las administraciones son conscientes de que el país adolece de falta de justicia.

Edmund D. Pellegrino analiza estos intentos de reforma en EEUU y distingue dos motivaciones. Por un lado la legítima búsqueda de un sistema más justo y por otro la necesidad de un mejor control del gasto, y por ende, de la viabilidad del sistema. Muchos países —me atrevo a incluir el nuestro— han conseguido combinar ambas motivaciones, aunque no sin dificultades. Los países donde existe una mejor valoración de la sanidad son aquellos donde el sistema de financiación y de control de la sanidad es público (o mayoritariamente público)⁴.

Pellegrino asegura que la falta de acuerdo histórico en este punto no hace más que dañar la imagen y la competitividad de los productos de salud norteamericanos en el mercado mundial, y continuará deteriorando la calidad de la asistencia de todos los ciudadanos. Esta situación es destructiva tanto para el bien individual como el comunitario. Pellegrino es partidario de dos vías para reducir el coste: eliminar por un lado gastos reduciendo burocracia e intermediarios y por otro lado controlar el gasto desenfrenado y negligente. Sin embargo es consciente de que es necesario llegar a un pacto de Estado que ve imposible (y hace la analogía con el debate sobre el control de las armas de fuego).

4. Los mayores

Pellegrino hace especial hincapié en el caso especial de los mayores, consciente de que son una pieza fundamental en el puzzle: suponen una parte creciente de la sociedad, y eventualmente acaparan un importante y

también creciente porcentaje del gasto sanitario. Es evidente que las sociedades occidentales están cambiando. El respeto tradicional a los mayores está siendo sustituido por una presión social que aleja la vejez de los estándares de calidad social. La vejez se considera como una carga inasumible, y se trasmite un sentimiento de culpa en ocasiones asfixiante a las personas mayores.

Pellegrino critica las posturas de autores que quieren limitar por decreto el acceso a las prestaciones sanitarias por razón de edad, aduciendo motivos de viabilidad del sistema sanitario. Coincide con otros autores que sería moralmente indefendible dicha postura⁵.

Sin embargo no rehúye el problema que se avecina: “en 50 años el número de personas dependientes se multiplicará por 10”. Esta carga requiere un replanteamiento de los proyectos de vida individuales, y sin duda cambiará la vida de muchas personas con mayores a su cargo: “este fenómeno nos retará a remodelar nuestra concepción de comunidad, como una comunidad de cuidadores. Por ello, es necesario una revolución social porque requiere un replanteamiento de las libertades, tal como las entendemos y asignamos a cada uno”. El principal punto es desarrollar fórmulas para que los individuos puedan ganar control sobre la tecnología, a través de un sistema de cuidados en los que la familia tendría un importante peso.

Pellegrino propone sin embargo unas claves que permitan racionalizar la atención a los mayores. Habla de: “límites flotantes” en el acceso a las prestaciones, entroncadas siempre en la relación médico-paciente intacta y flexible, el trato equitativo a todas las personas con igual patología, independientemente del estatus social o económico, la participación del médico en la adecuación de las medidas terapéuticas a aplicar, un control público de los gastos, un control estricto de las decisiones del paciente a lo largo del proceso de cuidados, una puesta a punto anual de los avances médicos que puedan incorporarse, con especial atención a la salud mental y global (calidad de vida) y la prevención, por encima de la prolongación irreflexiva de los años de

⁴ http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Ver *Health Status* (fecha consulta: 07/01/2014)

⁵ Daniels N. *Why saying “no” to patients in the United States is so hard*. *NEJM* 314 (1983): 1380-1383.

vida. Concluye que estar especialmente pendientes del cuidado de los mayores es parte de la revolución social necesaria en una comunidad justa, liberada de toda discriminación por edad.

5. La relación médico-paciente y la justicia

Los cambios sociales, económicos y el nuevo ambiente científico —dominado por los avances tecnológicos— han influido en el concepto tradicional de la relación médico-paciente. Tradicionalmente, la relación médico-paciente basada en la curación (“the healing relationship”) ha estado empapada por una concepción religiosa, cercana a una concepción filosófica de los cuidados y distante de una concepción puramente biológica. Pellegrino considera la visión biológica si no antitética, insuficiente y alejada de una interpretación más integral de lo que es curar o cuidar. De igual manera, la relación de curación vista como un contrato legal o la visión paternalista radical, se alejarían de un modelo ideal. Otros modelos como el de la alianza, la amistad o la fidelidad a la promesa, se acercan más al sentido compasivo de la virtud de la justicia.

La relación médico-paciente impregnada por la justicia amorosa, requiere una actitud humilde del médico. La vulnerabilidad de la persona enferma clama y anima a la responsabilidad del médico a no aprovecharse del paciente; en un sentido más positivo a dejar a un lado sus intereses personales y su comodidad a favor de un servicio desinteresado y entregado al paciente y a la comunidad.

Referencias

- Aristóteles. *Ética a Nicómaco*, Libro V, Trad. Julio Palli Bonet, Madrid: Gredos, 1985.
- Daniels N. “Why saying “no” to patients in the United States is so hard”. *NEJM* 314 (1983): 1380-1383.
- Engelhardt, HT. Rie, MA. “Morality for the medical-industrial complex: A code of ethics for the mass marketing of health care”. *NEJM* 329 (1989): 1086.
- http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Ver Health expenditure and financing (fecha consulta: 07/01/2014).
- http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Ver Health Status (fecha consulta: 07/01/2014).