ÉTICA MÉDICA SEGÚN EDMUND PELLEGRINO

Esta página es continuación y punto final a la obra de Edmund D. Pellegrino (1920-2013) sobre filosofía y ética de la medicina, basada en la obra de F. Torralba i Roselló, *Filosofía de la Medicina. En torno a la obra de E.D. Pellegrino*, Institut Borja de Bioètica-Fundación Mapfre Medicina, Madrid, 2001.

1. INTRODUCCIÓN: FUNDAMENTOS DE ÉTICA MÉDICA

La ética, según Pellegrino, es una rama de la filosofía cuyo fin consiste en el análisis y la búsqueda del Bien, la Felicidad y el Sentido, desde una exploración racional, formal y sistemática. No hay que confundirla con la "etiqueta médica", centrada en la defensa de intereses individuales y gremiales. El prestigio, la profesionalidad y la excelencia del médico es proporcional a su actitud para favorecer la centralidad de la persona enferma como núcleo de la relación asistencial y origen de la ética médica.

1.1. Reconstrucción de la ética médica

Esta tarea exige desarrollar los siguientes módulos: 1º) precisar cuál es la posición personal y crítica de cada profesional ante los desafíos de la ética médica contemporánea, o sea, frente al aborto, la inseminación artificial, la eutanasia…; 2º) analizar las raíces filosóficas que sostienen la propia posición ética; 3º) analizar el trasfondo metafísico de la medicina, es decir, los fundamentos del sentido de la profesión médica y de la praxis sanitaria; 4º) demostrar que el bien del paciente, su salud y recuperación, constituyen la clave del arte terapéutico en las grandes culturas de la Humanidad; y 5º) tomar conciencia de que la defensa de la dignidad de la persona y de sus derechos fundamentales constituyen el patrón ético de cualquier acción humana, incluida la praxis sanitaria.

1.2. Naturaleza ética de la medicina y sus valores axiales

La ética médica es, además, una disciplina simbiótica que incluye medicina y ética simultáneamente o, con otras palabras, la ética no es algo externo que se añade a la medicina, sino que es intrínseca al ejercicio de la medicina y forma parte esencial de la misma. En ese sentido, es muy importante conocer los valores axiales cuyo desarrollo garantiza el sentido ético de la acción terapéutica:

- <u>La persona individual</u>: es el eje de la ética médica, el punto de referencia y de medida para dilucidar la moralidad de los actos sanitarios. La persona concreta, el ser humano enfermo, es el centro de la relación asistencial. No hay otro.

- La salud de la persona: es otro valor axial por cuanto el médico debe buscar y velar por la recuperación de la salud comprendida no en términos biológicos u orgánicos, sino sociales, psicológicos y espirituales: noción holística de salud.
- La corporeidad humana: otro valor axial con el que se pone de relieve el significado simbólico, expresivo y comunicativo de la corporeidad en cada persona y, dado que la finalidad terapéutica es curarla y cuidarla, ello exige al médico tratar cada cuerpo con el respeto que merece la persona misma.

2. LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA MÉDICA

Ya sea dicho más atrás que la medicina es la práctica de la decisión y la deliberación, lo que exige tener siempre como referencia una serie de principios éticos para ponderar razonadamente lo que se debe o no se debe hacer.

2.1. Principio de Beneficencia

Es una categoría fundamental en el pensamiento de Pellegrino y la expresa en términos de "beneficencia-en-confianza" (beneficence-in trust), es decir, una beneficencia practicada desde la confianza entre médico y paciente como un proceso caracterizado por la empatía, la comunicación y el diálogo, con los siguientes requisitos: 1º) respetar el sistema de valores del paciente, 2º) buscar el bien del paciente a partir de la relación de confianza asistencial, y 3º) admitir la libertad del paciente para discernir su bien.

Según nuestro autor, el bien del paciente se puede interpretar de diversas maneras:

1º. El bien biomédico
Se refiere a la corporeidad humana: es un bien fisiológico, orgánico, solicitado por el paciente, y está contenido en la expresión "por indicación médica", o sea, depende de la competencia médica. Sin embargo, este bien no es un fin en sí mismo. Es de carácter instrumental y el ser humano es capaz de supeditarlo a otros bienes de rango superior. La tendencia a absolutizarlo termina mutilando la realidad personal reduciéndola sólo a cuerpo, a un número de Historia Clínica, a una estadística de morbilidad y, en última instancia, a un mero objeto de estudio.

2º. El bien percibido por el paciente
Se trata en este caso del bien definido subjetivamente por la persona enferma. Se distingue del bien biomédico en que aquel radica en la percepción subjetiva del enfermo, mientras que éste se mide a partir de los instrumentos técnicos de la medicina que proporcionan objetividad. El bien subjetivo del paciente es insustituible a la hora de tomar decisiones clínicas puesto que sin él sería imposible la beneficencia-en-confianza.

3º. El bien del paciente como persona capaz de juicios
Este tipo de bien procede de la capacidad racional para elaborar juicios, tomar decisiones y comunicarlas a través del diálogo con el profesional sanitario. Requiere, por lo tanto, personas competentes. Se diferencia del bien biomédico, fundado en la corporeidad, y del bien percibido, fundado en la subjetividad, porque la capacidad de elaborar juicios y tomar decisiones se basa autonomía personal, es decir, en la libertad como su condición de posibilidad. Este tipo de bien es anterior al bien percibido y al bien biomédico.

4º. El último bien
Pellegrino afirma que el bien último (perspectiva aristotélica) es el horizonte de realización que adquiere en cada ser humano una dimensión u otra en función de su sistema de valores y creencias. La persona enferma también aspira a un fin último y nadie está legitimado para impedirlo. Velar por el bien del enfermo significa ayudarle a conseguir su bien último, o sea, ayudarle a ser lo que él ha decidido ser y no lo que yo decida que sea. Este bien es el más general, el más elevado, el foco orientador de la toma de decisiones y la referencia para ponderar el bien biomédico y el subjetivo.

Pellegrino es crítico con el paternalismo médico. Sea cual sea la intensidad con que se ejerce, constituye una exageración indeseable del principio de beneficencia y una vulneración de la autonomía del paciente. Hay un paternalismo "fuerte" o despótico (ignorar los derechos del paciente competente) y un paternalismo "suave" (decidir por el paciente en función de su estado de incompetencia). El primero es hoy insostenible; el segundo puede aplicarse en casos puntuales, pero no puede convertirse en regla general.

2.2. Principio de Autonomía

Pellegrino está convencido de que la autonomía ha desplazado a la beneficencia como primer principio de la ética médica. Como resultado, la relación médico-paciente es ahora más franca, abierta y respetuosa con la dignidad humana. Sin embargo, es necesario reinterpretar este principio con el fin de evitar reduccionismos. La autonomía es la capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales que les permite elegir y actuar de forma razonada o, con otras palabras, es la capacidad de los seres humanos para pensar, ponderar y decidir sobre lo que consideran bueno para sí mismos.

Pellegrino investiga sus raíces filosóficas deteniéndose en J. Locke, I. Kant y J.S. Mill, reconociendo también las de índole política y social que se plasman en la toma de conciencia y progresiva defensa de los derechos civiles a principios de los años 70 del siglo pasado. Y asume que, aun teniendo evidentes connotaciones legales, va mucho más allá de las normas jurídicas porque implica un êthos concreto que consiste en conjugar autonomía, confianza y beneficencia en el lugar arquetípico de la medicina: la relación médico-enfermo. Quedarse más acá, conformándose con un cumplimiento legalista de la autonomía, conduce a una "medicina defensiva", contraria a la ética médica.

1º. Crítica filosófica al principio de autonomía

Pellegrino se opone a una autonomía ideal y abstracta, desarraigada del contexto asistencial y de la experiencia de la enfermedad. Y analiza sus limitaciones:

- Internas: Las provocadas por lesiones, traumatismos o falta de lucidez mental originada por diversas causas. En esas situaciones la autonomía queda afectada y hasta puede ser necesario reconocer la incompetencia del enfermo.
- Externas o contextuales: Para comprender a alguien, sus decisiones y sus actos, hay que comprender su "mundo vital" (Husserl) o sus "circunstancias" (Ortega y Gasset), donde puede haber muchos y diversos motivos que limitan la autonomía.
- Existenciales: La práctica de la autonomía está también limitada a lo largo de la propia existencia por los contornos de la misma vida personal, es decir, el sistema de valores, creencias e ideas que configuran la trayectoria vital de cada uno.
- Conceptuales: El concepto de autonomía es polisémico, varía según escuelas y sensibilidades, y queda afectado por las transformaciones y cambios de la vida humana, como sucede con el hecho de la dependencia física y psíquica o con la dificultad de comprender la información a causa de la propia enfermedad.

En resumen, Pellegrino defiende un concepto realista, gradual y limitado de autonomía, y critica el autonomismo radical. No hay por qué considerarlo de modo excluyente en la práctica médica, sino verlo junto a los principios de beneficencia, integridad y justicia. La práctica de la autonomía no puede atentar contra el bien de la propia persona o la de un tercero, ni contra su integridad física, moral y psicológica y, por supuesto, tampoco contra la justicia. Por tanto, la jerarquía de principios es la siguiente: la beneficencia, posteriormente el de integridad, luego el de justicia y, en último término, la autonomía. Absolutizar la autonomía conduce al atomismo, el privatismo y la anarquía.

2º. Competencia e incompetencia

Competencia es la capacidad de elaborar decisiones conscientes y razonadas en materias relacionadas con la asistencia sanitaria. La cuestión básica no es saber si el paciente tiene competencia en sentido abstracto, sino indagar si "tal" paciente concreto, con nombre y apellidos, es capaz de tomar decisiones conscientes y razonar en este instante, en este contexto y en torno a este tratamiento. Requisitos básicos de la competencia:

- Capacidad de recepción, o sea, de comprender, retener y recoger información en torno a uno mismo y a su estado.
- Capacidad para percibir la relación entre la información recibida y la enfermedad, es decir, lo que realmente tiene que hacerse o no respecto a la enfermedad.
- Capacidad para integrar, ordenar y relacionar la información recibida con una percepción realista de las necesidades y en función del propio sistema de valores.

- Capacidad para elegir una decisión, así como justificarla razonadamente y mantenerla con coherencia.
- Y capacidad para comunicar esta decisión de manera inequívoca.

Aun contando con los obstáculos que aparecen, como diversas formas de coacción, información errónea, miedo, angustia…el médico tiene tres obligaciones: 1ª) indagar a fondo la competencia del enfermo y ayudarle a ejercerla hasta donde sea posible, mediante un proceso de diálogo e información; 2ª) respetar el derecho del paciente a no ejercer su autonomía, o a no ser informado o a "no saber", lo que conduce a depositar la confianza en su médico para que decida por él sólo en función de su bienestar; y 3ª) poner en práctica la autonomía subrogada o prestada, en caso de comprobada incompetencia, teniendo en cuenta los intereses del paciente y no los de quien lo representa.

En suma, la autonomía hay que situarla e interpretarla desde el concepto de beneficencia fiduciaria o beneficencia-en-confianza. Cuando se actúa así, nunca se cae en el despotismo o el autoritarismo impuesto por convicciones paternalistas.

3º. Ejercicio del consentimiento informado

La palabra consentimiento tiene a la vez un significado emocional e intelectual. Cuando alguien da su consentimiento significa que conoce intelectualmente lo que acepta y siente en su interior que debe aceptarlo. Así las cosas, el consentimiento es fundamental en la relación asistencial, es su condición de posibilidad ética, no sólo legal. El médico está obligado a obtener el consentimiento informado del paciente, que lo otorga basándose en la confianza en el médico y en su habilidad para sanarlo o, al menos, para no perjudicarlo.

Pellegrino es crítico frente a una visión meramente legalista o judicialista del ejercicio del consentimiento. Sin dejar de lado la obligación jurídica, la complejidad del consentimiento, que es a la vez exterior e interior, intelectual y emotivo, puede quedar muy reducida cuando se comprende sólo en términos de legalidad. Consentir es mucho más que firmar. Es un proceso de diálogo, que necesita tiempo, lenguaje adecuado, paciencia y respeto a la singularidad de cada persona enferma. El consentimiento informado pone a prueba la altura ética y humana de los profesionales sanitarios.

2.3. Principio de Integridad

Este principio no figura entre los cuatro grandes principios de la bioética estándar, al menos tal como se ha desarrollado en el ámbito anglosajón y se ha difundido luego en Occidente. Pellegrino le otorga un lugar especial a la hora de tomar decisiones clínicas. Procedente del latín *integritas* (integridad = totalidad), y relacionado expresamente con la unidad psicosomática de la persona, obliga a tratarla con respeto porque es una realidad intacta, unitaria…íntegra. Hay que distinguir varios tipos de integridad: 1º) corporal,

referida a un organismo fisiológicamente apto para lograr objetivos personales de manera eficiente y eficaz (le enfermedad rompe esta integridad); 2º) psicológica, referida a la vida psíquica de la persona como vida anímica unitaria y coherente (la enfermedad mental desintegra esta integridad); 3º) axiológica, referida a la coherencia entre el sistema de valores del enfermo y sus decisiones prácticas (la incoherencia entre valores y vida práctica es una enfermedad "moral", dice Pellegrino); y 4º) integridad de la decisión, muy relevante en la práctica sanitaria, dado que el médico debe respetar hasta el límite de sus posibilidades las decisiones íntegras del enfermo (la integridad axiológica) como expresión de su autonomía personal.

1º. Relación entre integridad e intervención

Las actuaciones sanitarias intervienen y alteran la integridad del enfermo (corporal, psicológica, axiológica). Por tanto, la integridad queda protegida cuando se actúa basándose en la confianza entre médico y paciente, es decir, cuando se interviene desde el principio de beneficencia-en-confianza, porque sólo la confianza del enfermo acepta, tolera o permite el acto asistencial de "tocar" la integridad de la persona.

2º. Relación entre integridad y autonomía

La integridad es más compleja y englobante que la autonomía, pues la capacidad autónoma de la persona es dependiente de su integridad. Abarca la autonomía porque la pérdida de ésta impide actuar como seres humanos unitarios y coherentes (íntegros). Por eso hay que velar por la integridad corporal, psicológica y axiológica de la persona, con el fin de que sus decisiones personales subjetiva y objetivamente autónomas (íntegras). Según Pellegrino, si se considera la autonomía vinculada con la integridad de la persona, y no como un principio aislado, entonces el presunto conflicto entre autonomía y beneficencia desaparece. El principio de integridad protege a la persona del paternalismo y resulta ser el fundamento de la autonomía. El paternalismo viola la integridad de la persona e impide por completo la beneficencia-en-confianza.

3º. Integridad, comunidad y respeto

Esto significa que la protección de la integridad ajena exige una actitud moral de respeto y un clima de comunidad y no un mero individualismo o, de otra manera, la integridad y la autonomía hay que interpretarlas desde el sentido de la comunidad que actúa como contrapunto a la integridad y a la autonomía personal. Exigir y utilizar recursos sanitarios escasos para tratamientos inútiles o buscar beneficios desproporcionados respecto a los costes, por ejemplo, es actuar sobre la base del individualismo y sin contar con la comunidad, cuyo tejido económico y social pueden verse amenazados.

2.4. Principio de Justicia

Nuestro autor concibe la justicia como equidad y, por ello, como una exigencia básica de la ética médica, aunque su puesta en práctica conlleva tensiones y problemas. La igualdad en dignidad y derechos de todos los seres humanos debe traducirse en una atención

singular y personalizada, donde cada cual sea tratado según sus necesidades y sin ninguna clase de discriminación. La justicia no sólo debe ser un principio orientador en la toma de decisiones clínicas, sino una virtud que acompaña siempre a la práctica sanitaria.

1º. Desafíos de la medicina gestionada y el racionamiento

Por una parte, la medicina gestionada consiste en un sistema organizado de asistencia diseñado para configurar decisiones clínicas en orden a conseguir algún fin específico distinto de la satisfacción de los intereses del paciente. Y, por otra parte, se entiende por racionamiento el establecimiento organizado, sistemático y deliberado de límites de acceso a la asistencia sanitaria de acuerdo con algún principio que no sea el bien del paciente. En uno y otro caso están latiendo dos ideas estratégicas: 1ª) demostrar si con esos procedimientos se consigue, o no, proteger y aumentar el bienestar de los pacientes, verdadera piedra angular de cualquier política sanitaria; y 2ª) controlar a los profesionales sanitarios, en particular a los médicos, como "guardianes" para gestionar los recursos, contener los gastos y limitar las prestaciones.

2º. Conflictos éticos en la distribución

Pellegrino no quiere decir que no se necesita contener el gasto, ni niega los aspectos positivos de la medicina gestionada. Lo que se propone es discutir algunos supuestos de las reformas cuando están impulsadas más por la economía que por la ética, dado que es ésta, y no la economía, la que debe ser el criterio para medir y valorar los resultados de cualquier reforma en la sanidad. Los conflictos éticos provocados por el sistema de medicina gestionada o de limitación de prestaciones son las siguientes:

- Lealtades contrapuestas: la actuación médica está afectada por diversos intereses (colegio profesional, centro sanitario, política sanitaria, empresas farmacéuticas…), que pueden convertir al médico e agente doble o triple de lealtades contrapuestas. Sin embargo, todos esos intereses deben estar supeditados a la lealtad principal, es decir, el paciente y su salud.
- Complicidad moral: los médicos están obligados a buscar información para consensuar cuáles son los recursos más eficaces, establecer y aplicar criterios para una medicina de calidad o definir prácticas económicamente ruinosas. En cualquier caso, todo eso debe estar al servicio de la relación de confianza con el paciente a quien se debería informar sobre la gama existente de opciones terapéuticas y su correspondiente coste económico.
- Los valores y prejuicios del médico: las convicciones filosóficas y el sistema de valores de cada médico influyen en su actitud para controlar el gasto sanitario y la limitación de prestaciones. Asimismo, los prejuicios que pudiera tener el médico referente a la raza o al estilo de vida, por ejemplo, no deberían incidir en la utilización de unos u otros recursos sanitarios, al contrario, está obligado a prestar asistencia competente e imparcial y no convertirse en juez de la vida de nadie.

3º. La función del médico en la contención del gasto
El médico debe corresponsabilizarse con esta tarea, denominada por Pellegrino como "función de guardián" respecto al papel del médico como intermediario para tramitar o no el acceso a los recursos sanitarios. También suele denominarse "gestor de pacientes", "administrador de fondos", "economista clínico", todo ello relacionado con el papel de "ahorrador" del gasto aplicado al médico con mayor o menor acierto o desacierto…, pero con el peligro de desfigurar su tarea esencial, es decir, la de establecer y cultivar una relación asistencial cuyo centro es la persona enferma y cuyo objetivo primordial es la beneficencia-en-confianza.

La función de "guardián de recursos" obliga a practicar una medicina racional, o sea, utilizar y ordenar las pruebas y los tratamientos de manera adecuada y prudente, sin olvidar que la medicina más económica sigue siendo una buena medicina o, con otras palabras, la obligación de proporcionar y ofrecer sólo aquello que tiene una buena base científica y resulta eficaz y efectivo. Es por eso que el médico ha de ser siempre consciente de que: 1º) es <u>sanador</u> y, en consecuencia, asesora y aconseja a sus pacientes y a la sociedad sobre la posible efectividad, beneficio, coste, incertidumbre y peligro de los tratamientos existentes, negándose a cooperar con las políticas sanitarias que sean nocivas; 2º) es <u>experto técnico</u> y, por tanto, conocedor de las habilidades necesarias para hacer el bien a sus pacientes, que es su tarea primordial y no la de ser "tecnólogo"; 3º) es <u>miembro de una comunidad moral</u> definida y, por ello, comparte un êthos profesional, unos valores, principios y normas de acción que están recogidas en su propio código deontológico; 4º) y es un <u>ciudadano</u>, por lo que, como un ciudadano más, tiene sus propias convicciones al respecto y la posibilidad de defenderlas públicamente.

Se podría decir, en suma, que cuando la primacía y centralidad del enfermo está subordinada, sustituida o suplantada por el beneficio económico o el lucro, entonces la ética médica queda aparcada en un reducto con olor a rancio. Es esa la actitud crítica que exige poner en práctica el principio de justicia. Si se olvidara o se supeditara a intereses bastardos, quedaría ninguneado el derecho a la protección de la salud, la igualdad de consideración y respeto que merece todo ser humano, la protección de los grupos humanos vulnerables y el trato de favor que siempre es obligado dar a los menos favorecidos. Si eso no se plasma en programas, planes y pautas concretas de acción…la justicia sería una farsa de los ricos para "distraer" el mal vivir y la falta de atención a los pobres… que no son ficción demagógica. Son reales, con nombre y apellidos.

3. ÉTICA DE LAS VIRTUDES Y MEDICINA

A lo largo de su obra, E.D. Pellegrino reitera la necesidad de introducir la ética de las virtudes en la ética médica como algo sustantivo, y no meramente accidental, siguiendo las pautas de la tradición occidental iniciada por Aristóteles, luego por Santo Tomás de

Aquino y, actualmente, por A. MacIntyre (*Tras la virtud*, Crítica, Barcelona, 2001), entre otros autores. La aceptación de este planteamiento no exige la participación en ninguna clase de confesionalidad, sino la comprensión de la acción humana y de la excelencia en términos de racionalidad filosófica. En síntesis, no basta con los principios éticos para un óptimo desarrollo de la práctica médica, ni tampoco con los que dicen los códigos éticos... Se requiere algo más, se necesita cultivar determinadas virtudes éticas (hemos dicho algo al respecto en E.D. Pellegrino: la virtud en la ética médica).

Pellegrino utiliza el significado del término griego areté (perfección, mérito, excelencia) como un modo de ser adquirido por hábito o costumbre. Así pues, la virtud implica una disposición interna que se adquiere a base de acciones repetidas hacia un determinado objetivo, es decir, un hábito, cuyo desarrollo perfecciona al ser humano y lo dirige a una vida de plenitud o excelencia. De hecho, la benevolencia, la confianza, la amistad, la verdad, la justicia…son virtudes cuyo fin es la vida buena y por eso van más allá de la ética de los principios, basada en una serie de deberes mínimos y compartidos por todos. La ética de las virtudes persigue un orden ideal y reivindica la necesidad de educar en la cultura del esfuerzo, la autoexigencia y la excelencia profesional.

3.1. Benevolencia

Es un vocablo que significa deseo de bien o voluntad de bien referida a cualquier ser humano. Al médico se le presupone esa benevolencia porque es condición imprescindible para practicar la medicina y porque es lo que el paciente da por sentado. Conviene tener en cuenta, sin embargo, que no es lo mismo beneficencia que benevolencia. Ser beneficente significa hacer el bien a otro en una determinada acción objetiva y comprobable, mientras que ser benevolente significa tener voluntad y deseo de bien. El primero se mueve en el plano de la acción concreta y el segundo en el de la voluntad y el deseo. Al médico se le presupone, además de benevolencia o buenas intenciones, beneficencia, o sea, hacer el bien realmente.

3.2. Confianza

Es una virtud central en la práctica médica, puesto que sin ella resulta difícil entender y vivir la relación asistencial terapéutica. El médico debe hacerse digno de confianza o, con otras palabras, el paciente debe tener buenas razones para confiar en él y poner la propia vida en sus manos. La confianza, añade Pellegrino, sólo puede depositarse en otro cuando demuestra integridad moral y coherencia de actos.

3.3. Fidelidad

Practicar la fidelidad significa no abandonar al paciente, sino estar con él y acompañarlo a lo largo de todo el proceso asistencial. No es un instante o un momento. Es un continuum que se mantiene en el tiempo. Significa, asimismo, mantener la palabra y tomar sobre uno

mismo las pérdidas que, en caso contrario, exigiría también al otro. Es la firmeza resultante de haber tomado algo bajo la propia responsabilidad y mantenerlo por encima de los cambios, daños y amenazas de la vida. La base de la confianza.

3.4. Veracidad

El médico está obligado a decir la verdad al paciente por respeto a su derecho a ser informado y a su capacidad de comprensión. Del mismo modo, está obligado a saber callar cuando el enfermo reivindica su derecho a no saber o no ser informado. En cualquier caso, la mentira es una forma de perder la confianza y el respeto del paciente, mientras que la verdad, tal difícil y desagradable de comunicar en tantas ocasiones, es una virtud que debe cultivar cualquier médico que busque la excelencia profesional. Es necesario añadir dos cualidades a la veracidad: la precaución respecto a quien escucha (el paciente) y el valor cuando la verdad es difícil de decir. Va estrechamente unida a la honestidad como la virtud de actuar con transparencia, claridad y sin andar con rodeos, o sea, diciendo las cosas como son y no ocultar información por motivos extraprofesionales. Donde hay coherencia entre la palabra y el gesto, hay honestidad, concluye Pellegrino.

3.5. Prudencia

Es la virtud fundamental de la ética aristotélica y también del corpus hipocraticum: el médico debe ser prudente en el juicio y en la toma de decisiones que afectan al paciente y no debe dejarse presionar por factores externos, ni por miedos o tensiones.

3.6. Competencia

Es el horizonte específico de la medicina referido a la complejidad, el conocimiento científico, la experiencia terapéutica y la unidad del saber médico. Es una exigencia ética prioritaria de actualización y formación permanente y, al mismo tiempo, un aprendizaje de la capacidad especializada de otros. Además, la praxis sanitaria entraña la obligación de ponderar los pros y los contras de una decisión antes de adoptarla, es decir, exige ser capaces de examinar lo que es clínica y razonablemente más práctico y bueno para el enfermo o, con otras palabras, exige deliberar para decidir la mejor acción posible, o sea, la acción prudente (la phrónesis aristotélica). La prudencia se aprende practicándola, deliberando con los demás, equivocándose muchas veces y corrigiéndose otras tantas… porque aprender de los propios errores es la escuela de la excelencia.

3.7. Coraje

Tomar decisiones en la práctica médica, y ponerlas en práctica, no suele ser una tarea fácil en circunstancias adversas y en momentos rodeados de incertidumbre. Se requiere para ello coraje, que no tiene nada que ver con la imprudencia sino con la valentía de llevar adelante las propias decisiones libres y responsables en beneficio del enfermo.

3.8. Justicia

El médico practica la justicia cuando actúa de igual manera con los conocidos y los desconocidos, los cercanos y los lejanos, o sea, cuando no discrimina a nadie bajo ningún concepto. Justicia es también, para Pellegrino, ese tipo de orden que permite a cada persona formar un juicio cabal sobre sí mismo y lo que le rodea, asumir convicciones que sepa defender razonadamente, ser dueño de sus decisiones y participar en la construcción de una sociedad sin desigualdad ni exclusión. Esto es lo que hace cualquier profesional sanitario cuando actúa correctamente cada día con sus pacientes.

En resumidas cuentas, y como conclusión general, la obra de Edmund D. Pellegrino ocupa un lugar singular y original en el conjunto de reflexiones sobre la filosofía y la ética de la medicina. Es un trabajo coherente y armónico. Ha tenido y tendrá defensores y detractores, como sucede con cualquier otro autor, pero hay algo que permanecerá vigente: su capacidad para hacernos pensar y cuestionarnos a nosotros mismos.

(Recuérdese que este artículo es complementario de Filosofía de la medicina)