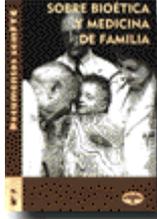


**SOBRE BIOÉTICA Y MEDICINA DE
FAMILIA**

SOBRE BIOÉTICA Y MEDICINA DE FAMILIA



Autores:

Rogelio Altisent Trota

M.^a Teresa Delgado Marroquín

Luis Jolín Garijo

M.^a Nieves Martín Espíldora

Roger Ruiz Moral

Pablo Simón Lorda

José Ramón Vázquez Díaz

Índice

- Introducción
- Justificar la bioética en el contexto de la medicina de familia
- Algunos conceptos claves
- Apunte histórico sobre el desarrollo de la Bioética
- ¿Qué es hacer una buena medicina de cabecera?
- La ética como impulso para la mejora continua del modelo sanitario
- Dilemas éticos en la práctica clínica
- El consentimiento informado
- Confidencialidad y secreto médico

1.Introducción*

La Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) promovió la constitución de un grupo de trabajo que reflexionara sobre Bioética y Medicina de Familia en torno a las Jornadas de Primavera convocadas en Palma de Mallorca en Mayo de 1996. A corto plazo, el grupo de trabajo tenía como objetivo elaborar un documento que hiciera llegar estas reflexiones a los socios de la semFYC, al tiempo, que sirviera para crear un núcleo de discusión sobre ética en atención primaria. También sería de interés, ofrecer este documento como un marco de diálogo con otras áreas y especialidades del ámbito sanitario, e incluso de las humanidades, en relación con la dimensión ética de las ciencias de la salud.

Para este primer proyecto sobre bioética, se quiso contar con recursos internos de la semFYC. Quiere decirse, que no se vió conveniente incorporar expertos en bioética «profesionales», ajenos a la semFYC. Esta decisión ha supuesto una serie de inconvenientes evidentes, pero también, la ventaja de que el aterrizaje en el campo de la atención primaria, desde la abstracción de la filosofía moral, puede resultar más rápido y sencillo, teniendo en cuenta que los miembros del grupo de trabajo están estrechamente vinculados a la práctica clínica.

Se ha intentado elaborar un documento exploratorio del campo de la ética aplicada a la Medicina de Familia, que sea de utilidad para los médicos que trabajan en atención primaria de salud¹. Los exploradores siempre corren riesgos; se pueden perder ellos mismos, y lo que es más peligroso, pueden dar pistas equivocadas, desorientando a la comunidad que les han enviado. Se han procurado minimizar estos riesgos. En primer lugar, tomando en el grupo la precaución de respetar y fomentar una dinámica de trabajo en equipo, con el ejercicio de mutua orientación que esto supone. En segundo lugar, aclarando que se ofrece un boceto de señales y no un mapa detallado y sistemático, cuya elaboración constituiría una empresa intelectual de mayor calado que se intentará más adelante.

No se pretende, por tanto, un texto sistemático, ni, en modo alguno, concluyente. Se intenta ofrecer un material que pueda motivar al lector a seguir con interés nuevas lecturas relacionadas con la ética, pero sobre todo que le ayude a desvelar y discernir los momentos éticos de su práctica diaria. Tomemos como ejemplo un tema clásico de bioética en medicina de familia como es la información que se debe dar a un enfermo con mal pronóstico vital: ¿qué y cuánta información debe darse? ¿quién debe darla y cómo? ¿qué papel debe jugar la familia en las decisiones? Es evidente que nos encontramos ante cuestiones donde, además de la competencia técnica entra en juego la esfera ética.

Hablar de ética es tratar sobre cómo se debe actuar, es hablar de valores que deben ser defendidos y respetados, planteándose en ocasiones dilemas que exigen respuestas responsables. La responsabilidad está necesariamente presente en la dinámica moral. Hay que estar en condiciones de responder de las decisiones personales. En otras palabras, actuar éticamente tiene que ver con la justificación y con las razones que soportan la decisión adoptada. Queda claro, por tanto, que no bastan las buenas intenciones; los comportamientos y sus resultados también deben orientarse de acuerdo con principios y valores sólidos.

El estudio de la ética había sufrido un cierto abandono, tanto en la Universidad como en la formación postgraduada, y sin duda en la formación continuada de los profesionales de la salud. Y como nadie reconoce lo que no ha conocido antes, existe el riesgo de tratar cuestiones éticas como si fueran cuestiones técnicas, ante las que quizá nos podríamos sentir más seguros.

Veamos un caso real. Un anciano con una coronariopatía (vive con su esposa, estando ambos casi inválidos), sufre frecuentes cuadros nocturnos de angor inestable. Ha sido visitado por diferentes médicos que atienden las urgencias domiciliarias en horario de noche, quienes han indicado repetidamente el traslado en ambulancia al hospital, donde, tras unas horas de valoración se le ha remitido de nuevo a su casa. El médico de familia valora la situación y comprueba que desde el punto de vista cardiológico, el beneficio esperable de nuevos ingresos hospitalarios por causa del angor es mínimo, mientras que la carga de ansiedad y el trastorno que suponen los traslados es tremendo para ambos ancianos. Después de comentar las alternativas, de manera prudente y comprensible, con el paciente, su esposa y los familiares más próximos, el enfermo decide que, en adelante, los cuadros de angina se tratarán en el domicilio. No es el momento de analizar el caso con el detalle que merece, pero parece claro que la posición adoptada por el médico de familia ha favorecido un curso de acción que seguramente va a suponer una mayor calidad de vida para el anciano. Técnica y legalmente hubiera sido correcto, y por supuesto más cómodo para el médico de familia, seguir recomendando el ingreso ante sucesivos cuadros de angor inestable. Sin embargo, la «calidad total» de la decisión tomada en este caso, que incluye criterios éticos (ponderación de las preferencias del anciano), ha sido posiblemente superior.

La preparación científica que hemos recibido nos ha proporcionado magníficos métodos para el estudio de las variables cuantitativas, pero las dimensiones no biológicas del ser humano se resisten a dejarse atrapar por las redes de la estadística y del método experimental. Llama la atención ver con qué facilidad seguimos denominando «material» a las personas que participan en nuestros trabajos de investigación. Quizá sea este el síntoma de un déficit en formación humanística que deberíamos corregir tanto en el pregrado como en el postgrado y en la formación continuada².

Este documento se ha estructurado buscando una senda lógica. El grupo de trabajo discutió ampliamente el esquema y la orientación de los contenidos de los capítulos que cada redactor se encargó de plasmar con su acento personal. En primer lugar se presenta una justificación de por qué nos debemos ocupar de desarrollar una bioética orientada desde la medicina de familia (R.Altisent)*. A continuación se refrescan algunos conceptos de uso frecuente (R.Altisent)*. Una historia de la bioética, breve pero rica en matices, resulta de enorme interés y aporta elementos imprescindibles para su comprensión (P.Simón)*. Un capítulo sobre filosofía de la medicina de familia discutirá los modelos que compiten actualmente por situarse como referencia para el análisis ético (R.Ruiz)*. La metodología para afrontar dilemas éticos es el tema del siguiente capítulo que ofrece una propuesta para su análisis (N.Martín)*. A continuación se dedica un capítulo al marco institucional en el que se desarrolla la Atención Primaria – una auténtica empresa de servicios – y su interacción con la sociedad, lo que obliga a encarar cuestiones éticas muy interesantes y novedosas – distribución de recursos escasos, trabajo en equipo, responsabilidad en la competencia profesional, etc –, que afectan al Médico de Cabecera (J.R.Vázquez)*.

A continuación, se introducen una serie de temas de presentación frecuente en la práctica clínica de cualquier médico de familia, que le ofrecen la cotidiana oportunidad de hacer frente a cuestiones éticas: Consentimiento informado (P.Simón)*; Confidencialidad (M^a.T.Delgado)*; El paciente difícil y los cambios de médico (N.Martín)*; Ética en la prescripción y en la relación con la industria farmacéutica (L.Jolín Garijo); Modificación de estilos de vida (M^a.T.Delgado)*. Estos temas se han seleccionado por su relevancia, pero no se ha pretendido presentar aquí un desarrollo ético definitivo de los mismos, sino más bien, suscitar la motivación y fomentar su estudio. Sería muy interesante que estas cuestiones se fueran incorporando a las sesiones clínicas de los equipos de atención primaria.

En los últimos capítulos se ofrecen unas consideraciones sobre la docencia de la bioética en Atención Primaria de Salud, donde se ofrece una propuesta de programa (N. Martín)* y una bibliografía básica.

Por supuesto, quedan otras muchas cuestiones éticas en medicina de familia, tanto o más importantes, que no han podido ser consideradas en este documento. Tenemos el convencimiento de que en el futuro irán surgiendo médicos de familia que sientan la atracción por estos estudios.

El desarrollo de una disciplina filosófica aplicada, como es la bioética en medicina de familia, en el contexto de la sociedad española, precisa unas etapas de gestación, sistematización y consolidación. Este documento pretende ser una aportación para seguir caminando hacia esa sistematización.

NOTAS:

(*) *Rogelio Altisent*

- (1) *A lo largo del documento se utilizarán indistintamente los términos: médico de familia, médico general, médico de cabecera, médico de atención primaria, incluyendo a los médicos pediatras; considerados como conceptualmente sinónimos desde la función profesional que se analiza a lo largo del documento. Aplicando la analogía, bastante de lo que se dice podría ser aplicable a otros profesionales que trabajan en atención primaria de salud, aunque no se pretende ninguna inferencia en este sentido.*
- (2) *Altisent R. Filosofía para médicos. Med Clin (Barc) 1994; 102: 335-336. En este editorial se recogen distintos argumentos y ejemplos sobre la necesidad de incorporar la formación humanística al currículum del médico.*

2. Justificar la bioética en el contexto de la medicina de familia*

Como se verá en el capítulo de este documento dedicado a la historia de la bioética, uno de los puntos de arranque para el desarrollo de la moderna bioética ha sido una serie de casos médicos conflictivos, algunos de los cuales se han convertido en auténticos debates públicos. La bioética se ha conocido y popularizado a partir de temas como la prolongación artificial de la vida, eutanasia y encarnizamiento terapéutico, aborto, diagnóstico prenatal, esterilización, técnicas de reproducción asistida, experimentación con seres humanos, terapia genética, etc. Todas estas cuestiones, sin duda dramáticas, se relacionan con los límites del uso de la técnica y pueden verse bastante alejadas la medicina de familia, al menos de su práctica habitual. Sin embargo, junto a los desafíos éticos suscitados por los avances de la técnica, en el lanzamiento de la bioética también ocupan una posición central los derechos del paciente y los nuevos paradigmas de la relación clínica, lo cual entra de lleno y de manera específica en el mundo de la atención primaria de salud.

En el XIV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria celebrado en Madrid en 1994 se celebró la primera actividad científica sobre bioética, que podría considerarse en cierto modo oficial dentro de nuestros Congresos, tras más de 15 años desde la implantación de la Medicina Familiar y Comunitaria en nuestro país. Allí nos cuestionábamos que este tiempo de demora se podía interpretar como algo paralelo a la madurez de nuestra especialidad en España. Lo cierto es que durante estos años, la demanda de formación en bioética ha experimentado un notable crecimiento entre los médicos de familia.

Ya se ha escrito en nuestro medio justificando la necesidad de una bioética pegada al terreno de la práctica habitual del médico de familia¹. Sin embargo, conviene recoger aquí un marco de referencia con algunos ejemplos que sirva para dar amplitud de horizontes, precisamente porque los profesionales de atención primaria se enfrentan a diario con una gama muy amplia de cuestiones que tienen implicaciones éticas muy ricas en matices.

Quienes ejercen la medicina de familia y la atención primaria, constituyen de algún modo una comunidad moral, en el sentido de que comparten una serie de valores, más o menos explícitos, que configuran a la vez un perfil de actitudes que se esperan del profesional. Por ejemplo, se considera que el médico de familia debe asumir un cierto grado de responsabilidad en la actividad preventiva con la población que le corresponde atender, como consecuencia de compartir una visión de la salud. Otro valor muy característico de la atención primaria sería la equidad, que lleva a trabajar por evitar la discriminación entre los pacientes, procurado dedicar más atención a quienes más lo necesitan. Estos dos ejemplos nos presentan valores que, a su vez, exigen el desarrollo de unas cualidades en el profesional que los hagan operativos.

Con frecuencia la práctica clínica y organizativa en el centro de salud pueden plantear dilemas. Siguiendo los ejemplos que acabamos de proponer, veamos dos casos prácticos:

1. Al recomendar una dieta baja en grasas a un paciente con dislipemia, éste nos manifiesta que no piensa seguir nuestro consejo, solicitándonos que se le prescriba directamente un hipolipemiente; ¿debemos acceder a esta petición?
2. Un equipo de atención primaria recibe directrices organizativas desde la gerencia que condicionan y dificultan seriamente la realización de consultas programadas en varios cupos ¿cuál debe ser la respuesta?

Si hacemos un ejercicio mental de posibles cursos de acción en cualquiera de las anteriores situaciones, vemos que se podrían adoptar conductas profesionales intachables desde el punto de vista de la competencia técnico-legal que serían criticables desde una valoración de la calidad ética. Esto podría ocurrir por tres razones:

- a. por una inadecuada actitud de base por parte del profesional (ej. considerar que la actividad preventiva no entra en las responsabilidades del médico de familia)
- b. por una repuesta imprudente al dilema presentado (ej. el médico se niega a prescribir el hipolipemiente y fuerza a que el paciente cambie de médico, sin explorar los motivos que tiene para rechazar la dieta)
- c. por inhibición personal ante el imperativo ético (ej. los profesionales del EAP consideran que dejar a un sector de la población sin acceso a consultas programadas es una clara discriminación, pero temen las represalias y no adoptan ninguna medida para resistir a las presiones de la Gerencia).

La medicina de familia tiene un perfil definido que justifica plenamente su consideración con rango de especialidad², con un campo asistencial específico que se extiende desde el individuo a la familia y la comunidad. Tiene una manera de entender la atención a la salud, que lleva al médico de familia a preocuparse por sus pacientes antes de que lleguen a serlo en el sentido clásico del término, practicando la medicina preventiva y, por fin, a permanecer a su lado cuando la medicina curativa ha agotado sus recursos y hay que proporcionar cuidados paliativos. Esta continuidad en la asistencia también alcanza la relación con otras especialidades y con el hospital. No es difícil deducir que las cuestiones éticas que brotan en este terreno son bastante características y propias del escenario de la atención primaria.

El cuadro se completa, si añadimos la profundidad que, en la práctica, aportan los acontecimientos vitales que rodean los procesos de salud y enfermedad. Estas circunstancias de la vida supone en ocasiones situaciones complejas y ricas en matices que se presentan ante el médico de familia cuando atiende a sus pacientes, constituyendo un nuevo campo de cuestiones éticas muy frecuentes en la consulta diaria. Cualquier profesional con un mínimo de experiencia podría ofrecer una larga lista de ejemplos: desempleo y fracasos profesionales, crisis familiares y sentimentales, pérdidas de seres queridos (incluidos animales domésticos), cuadros psicósomáticos reactivos a problemas vitales bien definidos, etc. La actitud ética del médico ante este tipo de situaciones influirá en el tipo de intervención. En este campo se presentan dilemas, como cuando se recibe una petición de consejo no estrictamente médico por parte del paciente o sus familiares, lo cual exige una buena dosis de prudencia y sensatez.

En la tabla 1 se presenta una serie de cuestiones éticas que no pretende ser exhaustiva pero que resulta útil para mostrar la amplitud de temas que pueden ser objeto de estudio e

investigación, teniendo en cuenta que una buena parte de ellos se pueden considerar específicos de la Atención Primaria de Salud.

Tabla 1.

Cuestiones éticas más frecuentes en atención primaria	
Cuestiones con relación al paciente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confidencialidad^c ▪ Autonomía disminuída o ausente^c ▪ Comunicación de malas noticias^c ▪ Consentimiento informado^c ▪ Modificación de estilos de vida^c ▪ Denegación de recetas o partes de baja^c ▪ Atención a pacientes crónicos desplazados^c ▪ Cuidados paliativos en el domicilio^c
Otras cuestiones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajo en equipo^c ▪ Distribución de recursos^c ▪ Relación con la gerencia^c ▪ Responsabilidad en la formación continuada^c ▪ Actividad investigadora^c ▪ Relación con la familia^c ▪ Relación con otros niveles asistenciales^c ▪ Actitud ante las actividades preventivas^c
<small>(c): Comunes a otros niveles (e): Específicas de Atención Primaria</small>	

Consideramos que queda suficientemente justificada la necesidad de desarrollar una bioética en Medicina de Familia, y no precisamente como un anexo o apéndice de la bioética primitiva que tuvo un claro acento hospitalario. Este desarrollo hace necesario discutir y definir una auténtica filosofía de la Medicina de Familia, tal como se hace en un capítulo de este documento.

NOTAS:

(*) *Rogelio Altisent*

(1) *Las publicaciones en revistas científicas que en España comentan y justifican la conveniencia de impulsar el desarrollo de la bioética en el ámbito de la atención primaria han aparecido recientemente, en los tres últimos años:*

- *Altisent R. Cuestiones de bioética en atención primaria. Jano 1993; 44: 2309-2332.*
- *Martín Espildora M^a. N. Aspectos éticos de la pediatría en atención primaria. Jano 1993; 45: 331-350.*
- *Ogando Díaz B. Etica en la práctica de la medicina general. Atención Primaria 1994; 14: 848-851.*
- *Revert i Font M. Bioética i atenció primària. bioetica 8 debat 1995; n.º 3: 1-3.*

(2) *En 1994 un Grupo de trabajo semFYC elaboró el documento titulado «Perfil profesional básico de la medicina de familia» que sistematiza el conjunto de actitudes, conocimientos y habilidades que caracterizan al médico de cabecera en el contexto español, así como las áreas de asistencia, docencia e investigación que justifican el rango de especialidad que la medicina de familia tiene en nuestro país, al igual que en otros muchos.*

3. Algunos conceptos claves*

El término «**ética**» procede de la palabra griega «**étos**» que significa costumbres o conducta, y tiene etimológicamente un significado equivalente al término «**moral**» que deriva del latín «**mos, moris**». Aunque ambas palabras tienen un mismo significado, a la moral se le suele atribuir una connotación religiosa, mientras que la ética se aplica más en un sentido civil o secular. Sin embargo, en la práctica se pueden utilizar indistintamente para referirse a la disciplina filosófica que estudia mediante la razón «**cómo debemos vivir**», tal como diría Sócrates, considerado como el primer gran filósofo moral.

La **Ética Filosófica o Filosofía Moral** como disciplina estudia la moralidad de los comportamientos libres. Se trata de buscar un razonamiento sistemático sobre cómo debemos vivir y porqué. Se pretende dar razones y respuestas del porqué una acción es buena o mala, correcta o incorrecta. La Ética como ciencia filosófica se somete de este modo a la crítica de la razón¹. En Ética es muy importante este «**porqué**», que de hecho subyace a lo largo de este documento con un mensaje que se podría formular del siguiente modo:

en la tarea de consolidación de la Medicina de Familia como especialidad científica, conviene desarrollar un soporte ético-filosófico capaz de razonar el «porqué» de toda una tradición ética acerca de los fines y valores que los profesionales de atención primaria podrían asumir colectivamente.

También merece un comentario la «**Deontología**», término que viene del griego *déon*, *deontos*, que significa deber, obligación, y que a veces se ha utilizado como sinónimo de ética y moral. Pero hay que hacer algunos matices ya que históricamente la Deontología se ha referido al conjunto de deberes de una profesión expresado en un código de normas éticas que afectan a los profesionales de un determinado colectivo. Se supone que el código deontológico ha sido oficialmente aprobado por la corporación correspondiente (Colegio de Médicos, de Enfermería, etc), que debe vigilar por la calidad del ejercicio de la profesión y su prestigio social.

El **Derecho**, por otro lado, lo constituyen las leyes que los ciudadanos de una determinada colectividad están obligados a cumplir. El Derecho tiene vínculos con la ética o por lo menos debería tenerlos en su fundamento, pero en la práctica pueden darse leyes inmorales. Por tanto, no se debe confundir legalidad y moralidad, aunque sería deseable la máxima coherencia entre ambas.

Mientras la legalidad mira al fuero externo de las personas, la ética mira más al fuero interno, a la conciencia. La moral suele ser más exigente que el derecho, que tiende a señalar unos mínimos en la organización de las libertades.

Por último recordaremos aquí que la sociología se propone describir cómo es la realidad social y no cómo debería ser. La sociología, por tanto, no es fuente de moralidad en sentido estricto².

NOTAS:

(*) *Rogelio Altisent*

- (1) *Conviene aclarar que para actuar éticamente no es imprescindible saber filosofía moral, del mismo modo que ser un experto en bioética tampoco constituye un seguro de honestidad. Na cosa es la ciencia moral, como disciplina filosófica, y otra diferente la vida moral como dimensión esencial de la existencia humana, que lleva a tomar decisiones cotidianas a partir de un conocimiento ético espontáneo y a enfocar el sentido de la propia vida.*
- (2) *Aunque esto no lo aceptaría un defensor radical de la teoría moral del Relativismo Cultural, para quien se podría justificar cualquier conducta si la propia cultura la asume como correcta. Esta visión de la moralidad puede resultar atractiva y tolerante a primera vista, pero plantea serios inconvenientes cuando se aplica a todos los valores. Pensemos por ejemplo, en el riesgo que supone un auténtico y coherente relativista para quien también la tolerancia sería un valor relativo.*

4. Apunte histórico sobre el desarrollo de la Bioética*

La bioética es una disciplina que, sólo desde hace poco tiempo, ha comenzado a ser conocida por los sanitarios españoles. A ello contribuye sin duda el que en realidad sea una disciplina muy joven: apenas cuenta con 25 años de existencia. También ha influido en este desconocimiento la peculiar situación política que ha vivido nuestro país hasta hace no muchos años. Precisamente la década de los 70, que es el momento en que se fragua la bioética como área específica de conocimientos, es también la época más convulsa de la historia reciente del Estado español. Ello ha propiciado que, sólo a partir de la mitad de la década de los 80, se haya iniciado un lentísimo proceso de incorporación del colectivo sanitario al debate sobre los conflictos éticos de la medicina y la biología modernas.

Ciertamente el que la Bioética como disciplina apenas tengan 25 años de existencia no quiere decir que antes no existiera ninguna clase de reflexión sobre este tipo de conflictos. La historia de la ética médica es tan antigua como la medicina misma, ya que de hecho es uno de los elementos clave en el desarrollo de ésta como «profesión». Pero la historia de la bioética pertenece al siglo XX. Hay varios motivos para ello.

1. Un primer aspecto a considerar es el hecho de que la medicina ha avanzado infinitamente más en el último siglo que en los 40 siglos precedentes. Nuestra capacidad de intervención en los procesos de salud y enfermedad de las personas tiene hoy un calibre que era impensable hace tan sólo 100 años. Pero estas posibilidades de intervención tienen también sus lados oscuros. Estos se producen porque la tecnología médica es cada vez más capaz de introducirse en las esferas más esenciales del ser humano: aquellas que atañen a la cantidad y calidad de su vida, y al momento y forma de su nacimiento y su muerte. Dicha potencialidad es la que ha ido generando progresivamente la pregunta sobre el cuándo y el cómo hay que poner coto a esa «invasión» de la biografía de los sujetos. Ésta es, al fin y al cabo, una pregunta moral: si todo lo que técnicamente se puede hacer, se debe éticamente llevar a cabo.

Ya en el mismísimo primer tercio del siglo XX surge el primer aviso serio sobre las posibilidades de intervención de la medicina y la biología en la vida y la muerte tanto de los individuos como de sociedades enteras. Nos referimos a las doctrinas eugenésicas que por aquellos años hacen furor en la práctica totalidad de los países occidentales¹. Ciertamente en la «ciencia eugénica» de aquel período se mezclaban aspectos positivos y negativos, planteamientos científicos y posiciones ideológicas, buenas intenciones con otras más dudosas.

No es este el momento de hacer una valoración profunda y ponderada de estas cuestiones. Lo que es innegable es que el desarrollo hasta las últimas consecuencias del lado más oscuro de estas doctrinas en el Régimen Nazi va a mostrar la ineludible necesidad de articular mecanismos que garanticen la calidad ética de la medicina y biología. El Código de Nüremberg es la mejor expresión de este primer momento de preocupación. A partir de Nüremberg, ésta irá «en crescendo» a medida que progresa el desarrollo científico y tecnológico de la medicina.

2. Un segundo factor decisivo en el surgimiento de esta disciplina aparece en la década de los años 60 de nuestro siglo XX, cuando el progreso de la medicina fragua realmente el modelo médico-tecnológico que vertebra nuestros sistemas sanitarios, y convierte a estos en un instrumento decisivo de la política social de todos los países. El desarrollo exponencial de los sistemas sanitarios, su creciente complejidad, universalidad y capacidad de consumo de recursos es un elemento decisivo para comprender por qué se produce el nacimiento de la bioética.
3. Pero es el tercer factor el que quizás resulta más interesante y novedoso de todos: es la progresiva toma de conciencia de las sociedades occidentales de la necesidad de salvaguardar la autonomía de los sujetos tanto en el espacio público como en el privado, frente a todas las instituciones sociales y estatales que históricamente han tratado de controlar la libertad personal en las diversas facetas de la existencia. Esta toma de conciencia se canaliza de muchas maneras («movimiento hippie», «liberación sexual», movimientos pacifistas, movimientos estudiantiles, etc), pero con frecuencia se explicita como reivindicación de derechos civiles: derechos de las gentes de color, derechos de la mujer, derechos de los consumidores, etc, y también, claro está, derechos de los pacientes.

En el ámbito concreto de la medicina esta revolución va a implicar que los pacientes van a comenzar a dejar de verse a sí mismos como seres pasivos, sin capacidad para decidir qué debe hacerse con su cuerpo enfermo, con su vida y con su muerte. De ahí nace la reivindicación de su derecho a apropiarse de su propio proyecto vital y a decidir por sí mismos, como seres autónomos adultos, qué, cómo, cuándo y por quién desean ser cuidados durante su enfermedad². Los médicos, tradicionalmente, desde la época hipocrática – s. IV a. d. C.–, han considerado que son ellos los que están más capacitados para decidir qué es lo mejor para el paciente – como el buen padre decide por sus hijos menores –. Tanto es así que incluso se ha considerado aceptable la imposición del tratamiento mediante la coacción, ya que habitualmente el paciente ha sido considerado eso, un «in firmus», un ser sin firmeza, incapaz de comprender y decidir. No es pues de extrañar que esta clásica bondad médica paternalista empezara a chocar frontalmente con una concepción que hacía del paciente un adulto autónomo. Este fue uno de los puntos principales de origen de la bioética, como intento para solventar ese potencial conflicto permanente entre esas dos visiones – la del sanitario y la del paciente –, tan distintas y a menudo tan antagónicas, acerca de la manera correcta de actuar en las situaciones clínicas. Y ello porque ese conflicto no es más que un conflicto de valores, un conflicto de cosmovisiones morales. Sin embargo, ya que implican a la totalidad del ser humano, el abordaje de dichos conflictos sólo puede hacerse desde una perspectiva multidisciplinar: Medicina, Biología, Enfermería, Derecho, Ética o Filosofía Moral, Teoría Política, Economía, Sociología, «Teología Moral» (católica, protestante, judía, musulmana, etc), Pedagogía, Psicología, etc, todas las ramas del Saber tienen elementos que aportar en la búsqueda de soluciones a los dilemas de la ética biomédica³.

En cualquier caso, el primer lugar donde estos tres elementos confluyeron de forma decidida para dar origen a la bioética fueron los Estados Unidos. «La bioética es un producto típico de la cultura norteamericana», ha dicho acertadamente Diego Gracia⁴. Ello se explica fácilmente por varios motivos. Uno por el papel hegemónico que esta nación ha tenido en Occidente en todos los órdenes de la vida – económico, político,

industrial, científico, militar, tecnológico, etc – a partir del final de la II Guerra Mundial. Así, como la medicina occidental, también la bioética ha llegado a estar patroneada por el coloso norteamericano.

Otro motivo fundamental es que este país ha sido de los primeros que han tenido que afrontar el problema que produce el pluralismo cuando un mismo hecho tiene que ser enjuiciado éticamente por varias personas con credos morales diferentes. Por ello, la bioética norteamericana es la respuesta al reto planteado por la convivencia en un mismo centro sanitario de médicos, enfermeras y pacientes con convicciones éticas absolutamente dispares. Esta disciplina es, por tanto, el intento de articular soluciones a los dilemas éticos que puedan resultar mínimamente satisfactorias para todos los implicados.

La hegemonía norteamericana en este campo tiene, lógicamente, sus ventajas y sus inconvenientes. La mentalidad utilitarista, pragmática e individualista que respira su bioética en la mayor parte de las ocasiones no siempre es trasplantable a Europa, donde las tradiciones intelectuales judeo-cristiana y racionalista ilustrada aún tienen mucho peso. El contexto histórico y cultural es también radicalmente diferente. Por esto hay que señalar el esfuerzo que algunos países europeos y afines – como Canadá – están haciendo por reelaborar muchas de las aportaciones norteamericanas – siempre cruciales – a la luz de otros presupuestos, de entre los que destacan la ética dialógica de Apel y Habermas y el personalismo⁵.

En cualquier caso, merece la pena detenerse a continuación, en un primer apartado, en algunos de los acontecimientos que jalonan el nacimiento y desarrollo de la bioética, fundamentalmente en los Estados Unidos. Un segundo apartado resumirá brevemente la situación de la bioética en nuestro país.

NOTAS:

(*) Pablo Simón Lorda

- (1) Cif. Ambroselli C. *Que sais-je? L'éthique médicale*: PUF, 1988. Kevles DJ. *La Eugenesia, ¿ciencia o utopía?* Barcelona: Planeta, 1985
- (2) Gracia Guillén D. *Los cambios en la relación médico-enfermo*. *Med Clin (Barc)* 1989; 93:100-102
- (3) Callahan D. *Bioethics as a Discipline*. *Hastings Cent Rep* 1973; 1(1): 66-73.
- (4) Gracia Guillén D. *La bioética: una nueva disciplina académica*. *JANO* 1987; XXX/// (781):69-74
- (5) Gracia Guillén D. *The Intellectual Basis of Bioethics in Southern European Countries*. *Bioethics* 1993; 7 (2/3): 97-107.

Una cosa importante a señalar es que el término «personalismo» encierra unas ambigüedades muy peligrosas. Un primer factor distorsionador se debe a que en el lenguaje coloquial se utiliza como sinonimo de «individualismo», de «egoísmo» o de «protagonismo». Lo cierto es que la corriente filosófica llamada «personalismo» es precisamente la antítesis de todo ello, pero la confusión esta asegurada. Otro segundo problema estriba en que hoy día, en el mundo filosófico, todo el mundo se reclama «personalista». En especial, algunos sectores católicos lo utilizan con un trasfondo "neoescolástico", y hablan de "bioética personalista". Pero la tradición "personalista" a la que se hace referencia aquí es a la que une a Mounier, con Nedoncelle, Marcel, Ricoeur, Buber, Rosenzweig y Lévinas, y, a su modo, con Zubiri.

4.1. Algunas fechas decisivas para la gestación de una nueva disciplina: la Bioética

El primer antecedente de la necesidad de revisar las bases y el desarrollo de la ética médica clásica tuvo lugar con la promulgación en 1948 del Código de Nuremberg como conclusión de los procesos judiciales contra los médicos nazis. Dicho Código fue el primer protocolo internacional de la historia sobre ética de la investigación en humanos y la semilla de la bioética, cuyo desarrollo siempre ha estado estrechamente vinculado al desarrollo de los conflictos éticos en la investigación biomédica.

El segundo antecedente decisivo se produce diez años después, cuando en 1957 el Tribunal Supremo del Estado de California promulga la sentencia del caso *Salgo v. Leland Stanford Jr. University of Trustees*. Dicha sentencia es la que utiliza por primera vez el término «consentimiento informado», una expresión sintética que enuncia el derecho de los pacientes a recibir información acerca de los procedimientos médicos a los que van a someterse y a decidir libre y voluntariamente si desean o no someterse a ellos. La teoría judicial norteamericana del consentimiento informado va a ser a partir de entonces un elemento decisivo en la configuración de la bioética, ya que ésta constituye el intento de resituar los conflictos de la relación médico – paciente en el ámbito ético y desbordar el estrecho marco de la legalidad.

Pero, como antes dijimos, es la década de los sesenta la que constituye el proceso directo de gestación de la bioética. En 1961 la catástrofe del somnífero Contergan (talidomida), productor de graves malformaciones congénitas, reaviva la polémica sobre los procedimientos de investigación y control de fármacos, lo que lleva en 1964 a la 18.^a Asamblea Médica Mundial a promulgar la Declaración de Helsinki, como actualización de las normas éticas que deben guiar la experimentación con humanos. En 1966 el teólogo protestante norteamericano Joseph Fletcher publica el libro «*Situation Ethics: The New Morality*»⁶. La «ética de situación» que en él propone va a ser uno de los puntos de partida del desarrollo de la bioética en cuanto ética laica y pluralista. Y ese mismo año Henry K. Beecher publica en la revista *New England Journal of Medicine* un decisivo artículo donde denuncia 22 estudios que se estaban realizando en EE.UU. en condiciones no-éticas⁷. La crisis desatada en aquel país en torno a esta cuestión y la agudeza de los problemas que la medicina en proceso de expansión y tecnificación producen pone de manifiesto la necesidad de crear espacios de reflexión serena sobre todas estas cuestiones. Por eso en 1969 Daniel Callahan (filósofo) y Willard Gaylin (psiquiatra), fundan en Hastings-on-the-Hudson (Nueva York-USA) el «*Institute of Society, Ethics and the Life Sciences*», actualmente conocido como Hastings Center, posiblemente el centro de investigación en bioética más importante e influyente del mundo⁸.

Y así es como en 1971 se bautiza por primera vez a esta nueva criatura que ya está generando páginas y páginas de literatura. Rensselaer Van Potter, un investigador del cáncer, utiliza por primera vez el término BIOÉTICA en un libro titulado «*Bioethics: Bridge to the Future*», donde reflexiona sobre los retos que plantea el desarrollo de la Biología a nivel medioambiental y de población mundial. Tan sólo un año después, André Hellegers – experto en fisiología fetal – funda en Washington D.C. (USA) otro centro de investigación en bioética de enorme prestigio internacional: el «*Kennedy Institute of Ethics*», actualmente vinculado a la Universidad de Georgetown.

El período que va desde los primeros años de los años setenta a los primeros años de los ochenta es el tiempo en que la bioética adquiere un cuerpo disciplinario definido. Son, por tanto, los años más importantes. En 1972 se produce otro hito de la teoría judicial norteamericana sobre consentimiento informado, la sentencia del caso *Canterbury v. Spence*. Esta sentencia es decisiva porque por primera vez va a obligar a los médicos de aquel país a tomar conciencia clara de que las relaciones con sus pacientes debían cambiar, y ello produce que muchos se vuelvan hacia la nueva disciplina de la bioética para buscar la forma adecuada de hacerlo. Sólo un año más tarde, en 1973, la Asociación Americana de Hospitales promulga la primera Carta de Derechos del Paciente⁹ que servirá de modelo a todas las Cartas de Derechos de pacientes del mundo occidental. Con ella el concepto de paciente adulto y autónomo irrumpe de manera definitiva en el campo de la toma de decisiones médicas.

Pero el área más conflictiva sigue siendo la de la investigación. Aquel mismo año de 1972 una portada del *New York Times* informa al mundo entero del Estudio de Sífilis de Tuskegee. Se trataba de un estudio realizado en el Condado de Macon, una zona muy pobre del estado de Alabama (USA), para observar la evolución natural de la sífilis. El estudio había comenzado en 1932 y se estaba realizando en 400 varones de raza negra con sífilis. Otro grupo de 200 sujetos funcionaba como grupo control. Ningún individuo había sido informado, y tampoco se les había suministrado terapia alguna para combatir la enfermedad – a pesar de que desde 1941 estaba disponible la penicilina –. En el momento de publicarse la información el estudio todavía continuaba. La tremenda polémica generada por el conocimiento de este estudio y de otros similares, como el de Willowbrook -donde se infectaba artificialmente a niños deficientes con destilados de heces para investigar la hepatitis – llevó a la administración norteamericana a la convicción de que era urgente revisar toda la normativa sobre investigación en seres humanos.

En 1976 una nueva cuestión bioética desata la polémica. El Tribunal Supremo del Estado de New Jersey se pronuncia favorablemente en favor de la petición de los padres de Karen Ann Quinlan de que se desconecte el respirador artificial a su hija, en estado vegetativo persistente desde 1975. A esta medida se oponía el personal médico del hospital. Karen seguirá respirando espontáneamente hasta su muerte en el año 1985. En su decisión el Tribunal sugiere la conveniencia de que se establezcan en los hospitales «comités» que permitan manejar adecuadamente situaciones similares. Y también en ese mismo año se produce la primera aportación teórica importante a la nueva disciplina: Howard Brody – médico de familia publica el libro «*Ethical Decisions in Medicine*», donde esboza un primer procedimiento de toma de decisiones en ética clínica, inspirado en la teoría de la decisión racional¹⁰.

En 1978 se publica el Informe Belmont, fruto del trabajo realizado por la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences (USA) entre 1974 y 1978¹¹. Esta comisión había sido encargada por el Congreso norteamericano de elaborar un guía acerca de los criterios éticos que debían guiar la investigación con seres humanos. Este Informe constituye el acta fundacional de lo que ha venido a ser la corriente más potente de la bioética: la bioética de orientación principialista, esto es, la que afirma que los problemas éticos de la medicina pueden analizarse evaluando el cumplimiento o la ruptura de varios principios éticos generales. No obstante, el texto fundamental del principialismo verá la luz un año más tarde, en 1979, cuando T.L. Beauchamp y J.F. Childress publiquen el libro «*Principles*

of Biomedical Ethics». Esta obra va a ser el manual de bioética más influyente en EE.UU – y por extensión en el mundo occidental entero – en los 10 años siguientes¹². También en 1978 ve la luz la «Encyclopedia of Bioethics», un trabajo colectivo en 4 volúmenes coordinado por W.T. Reich¹³. En su elaboración, impulsada por el Kennedy Institute, participaron los bioeticistas más importantes del momento. Consiste en una recopilación del estado de la cuestión en torno a los problemas bioéticos fundamentales, y de alguna expresión es la expresión más granada del grado de desarrollo que, en menos de una década, había alcanzado ya la disciplina.

El broche final del período constituyente de la bioética podemos ponerlo en 1983, cuando finalice sus trabajos la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, convocada por el Gobierno norteamericano en 1980. Publicará 9 informes – algunos de varios volúmenes – dedicados a cuestiones muy diversas. Estos informes, junto con todo el material de trabajo que los acompaña, se consideran hoy en día un punto de referencia ineludible para abordar un gran número de problemas bioéticos.

A partir de los primeros años de 1980 los problemas éticos planteados en el ámbito de la medicina no harán sino dispararse, y la bioética se convertirá en una herramienta de trabajo imprescindible en el mundo sanitario, no sólo norteamericano, sino de todo el planeta. El aborto, las técnicas de reproducción asistida, la eutanasia y el suicidio asistido, la retirada o el no inicio de tratamientos de soporte vital, los cuidados paliativos, el sida, la ingeniería genética, el control de natalidad en la población, la codificación del genoma, la genética clínica, la distribución de recursos sanitarios, el consentimiento informado, la investigación en humanos, los trasplantes, etc, serán sucesivamente objeto de atención y debate en el ámbito de la bioética clínica. En 1986 ve la luz la primera obra dedicada monográficamente a tratar los problemas de bioética en la práctica de la medicina de familia, *Ethical Issues in Family Medicine*, de los canadienses Ronald J. Christie y C. Barry Hoffmaster¹⁴.

Actualmente la bioética es una disciplina consolidada. En Estados Unidos prácticamente todas las Facultades de Medicina tienen Departamentos o Centros de Bioética o Ética Médica – como los tienen de Medicina de Familia –, y el entrenamiento de los alumnos y de los médicos residentes en el manejo de los problemas éticos de la práctica diaria constituye un elemento curricular habitual.

NOTAS:

- (6) Fletcher J. *Situations Ethics: The New Morality*. Filadelfia: Westminster Univ. Press, 1966. (Trad. esp., *Ética de Situación. La nueva moralidad*. Barcelona: Ariel, 1970).
- (7) Beecher HK. *Ethics of Clinical Research*. *N Engl J Med* 1966; 274:1354-1360.
- (8) Abel F. *Bioética: Origen y Desarrollo*. En: Abel F, Boné E, Harvey JC, eds. *La vida humana: origen y desarrollo*. Barcelona- Madrid: Instituto Borja de Bioética- UPCM, 1989. 13-26.
- (9) Beauchamp TL, Walters LeRoy, eds. *Contemporary Issues in Bioethics*. Belmont (CA-USA): Wadsworth Publishing Co., 1978.
- (10) Brody H. *Ethical Decisions in Medicine*. Boston: Little Brown 8 Co, 1976.
- (11) Comisión Nacional para la protección de personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta. «The Belmont Report». En: *Ensayos Clínicos en España (1982-1988)*. Monografía Técnica n^o 17. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990. Anexo 1. 75-78.
- (12) Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 1.ª ed. New York: Oxford Univ. Press, 1979.
- (13) Reich WT, ed. *Encyclopedia of Bioethics*. 4 vols. New York: Free Press – Macmillan Publishing Co Inc, 1978.
- (14) Christie RJ, Hoffmaster CB. *Ethical Issues in Family Medicine*. New York: Oxford Univ. Press, 1986.

4.2. La Bioética en España

En nuestro país el desarrollo de la bioética ha sido mucho más tardío¹⁵. Los sucesos importantes de esta historia realmente acontecen a partir de mediados de los 80, y se agolpan con inusitada rapidez a partir del inicio de los 90. Su desarrollo está marcado por el contexto cultural mediterráneo en que se inserta nuestro país, que imprime a la bioética de todos los países que a él pertenecen, una serie de características que han sido muy bien señaladas por Diego Gracia¹⁶. Siguiendo su línea de análisis puede decirse que en el desarrollo histórico de la bioética española hay cuatro cuestiones que llaman poderosamente la atención.

Una el dominio inicial de la Deontología clásica, con un gran tradición histórica entre nosotros, la cual representa un esfuerzo valioso pero insuficiente de afrontar las cuestiones éticas de la medicina y la enfermería modernas¹⁷. Sus planteamientos, con frecuencia cercanos a las morales religiosas y sustentadores del paternalismo, van a resultar difícilmente asumibles por unos profesionales necesitados de marcos éticos más pluralistas y racionales¹⁸.

Una segunda cuestión que llama la atención es el papel desempeñado por un buen número de moralistas católicos como impulsores de un acercamiento multidisciplinar y pluralista a las cuestiones bioéticas. Curiosamente han sido ellos, a veces incluso trabajando a contracorriente de las posiciones eclesíásticas oficiales, los que han estimulado en buena medida el que en este país se haya empezado a discutir sobre bioética.

Una tercera cuestión importante es la preponderancia del abordaje jurídico sobre los planteamientos éticos, lo que está íntimamente ligado al cuarto hecho significativo: la ausencia casi total de un reflexión bioética laica, racional, multidisciplinar y elaborada fundamentalmente desde la experiencia profesional asistencial e investigadora. Estas dos últimas cuestiones son en gran parte producto de nuestra historia político-social reciente. La transición política nos permitió recuperar libertades pero al parecer no una reflexión ética pluralista sobre sus formas de ejercicio y sus límites. Como bien denuncia Adela Cortina¹⁹, a la desaparición de la moral del nacionalcatolicismo no sucedió otro marco ético democrático de reflexión, sino un espacio vacío que ha propiciado la creencia de que no es posible argumentar racionalmente en ética, de que estas cosas son totalmente subjetivas y privadas. Para esta creencia la única forma de establecer marcos éticos intersubjetivos es legislar. La absorción de la Ética por la Ley es al parecer inevitable. Pero judicializar totalmente la vida de las personas es imposible a no ser que se produzca una nueva forma de totalitarismo. En la práctica clínica esto es evidente: no se puede pretender tener preparadas soluciones legales para todos los problemas que los sanitarios afrontan en su quehacer diario. Por ello resulta imprescindible crear marcos de reflexión que permitan establecer acuerdos, racionales y fundamentados, entre los sanitarios, los pacientes, los administradores y la sociedad, acerca de lo que en cada situación concreta parece más adecuado hacer, siempre respetando mínimos éticos exigibles a todos por igual – que con frecuencia tenderán a estar legalmente establecidos –.

El año 1986 es muy importante para la bioética española por la aprobación de la Ley General de Sanidad, que además de generalizar el acceso a los sistemas sanitarios en

condiciones de igualdad, enuncia la primera Carta de Derechos y Deberes del Paciente (Art. 10). Con ella la teoría del Consentimiento Informado se introduce nominalmente en la práctica sanitaria española, y se crea un espacio nuevo para reconsiderar las relaciones entre médicos y pacientes desde la perspectiva de la autonomía de éstos. En 1989 Diego Gracia publica su obra *Fundamentos de Bioética*, que es el primer texto hispánico dedicado a sentar las bases de una bioética laica, pluralista y racional. El autor apelará a la obra de Xavier Zubiri como punto de partida para desarrollar esta tarea²⁰, que continuará en 1991 con el breve texto *Procedimientos de decisión en ética clínica*²¹, donde propone una metodología de análisis de los problemas bioéticos. La labor de Diego Gracia, Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid ha sido decisiva para la introducción de la bioética en nuestro país, aunque es menester señalar también autores como Francesc Abel, director del Instituto Borja de Bioética y pieza clave para el desarrollo de la Bioética en Cataluña, o Javier Gafo, director de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid. Desde la perspectiva de la Deontología médica es necesario reconocer el decidido esfuerzo realizado por Gonzalo Herranz, durante su etapa de Presidente de Comité Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, por renovar los planteamientos de la deontología médica española y acercarla a la bioética²².

Actualmente la bioética española está en plena expansión. Por doquier se multiplican cursos, mesas redondas y conferencias que abordan esta temática. Los planes de formación continuada de los centros y áreas sanitarias también se esfuerzan por incluirla entre sus objetivos. Asimismo, en el proceso de reforma de los planes de estudio, varias Facultades de Medicina han incorporado la bioética como asignatura. Trata de recuperarse así la formación de los alumnos en las dimensiones éticas inherentes a todo acto clínico. Esta formación se había perdido al suprimir hace años la «Deontología médica» del currículo, si bien es cierto que el planteamiento de esta materia era difícilmente sostenible en una sociedad que, por aquel entonces, se abría tímidamente al pluralismo. Varias Universidades poseen ya «Títulos Propios» de postgrado sobre esta materia. También hay que señalar que las revistas clínicas nacionales cada vez son menos renuentes a acoger entre sus páginas artículos de bioética situándose así en sintonía con las grandes publicaciones internacionales, donde este tipo de trabajos tienen un peso más que notable. Por último, las administraciones sanitarias también han comenzado a interesarse por esta disciplina. Los servicios catalán y vasco de salud y el INSALUD no transferido cuentan ya con normativa que regulariza el funcionamiento y acreditación de los Comités Asistenciales de Ética en los centros hospitalarios, y posiblemente otros servicios autonómicos los seguirán pronto. La bioética en la Atención Primaria todavía espera, sin embargo, un desarrollo sistemático en nuestro país. La labor del Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud de Zaragoza constituye sin duda un punto de partida fundamental para esta sistematización, en el que deberían implicarse todos los profesionales de la Atención Primaria y sus organizaciones científicas.

NOTAS:

- (15) Abel F. *Dinamismo del diálogo bioético en una España en transición*. En: *Organización Panamericana de la Salud. Bioética: Temas y Perspectivas*. Washington: OPS/OMS, 1990. *Publicación Científica N.º 527*. 158-165.
- (16) Gracia D. *The Intellectual Basis of Bioethics in Southern European Countries*. *Bioethics* 1993; 7(2/3):97-107.
- (17) *Para hacerse una idea panorámica de los autores históricamente relevantes de la Deontología médica española, desde la Edad Media hasta los años setenta, así como del proceso de gestación del Código Deontológico español véase el texto de «Presentación» del Código de Deontología Médica de la OMC (1979), redactado por D. Jorge Pérez del Bosque, Presidente entonces de la OMC. Cif. Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Madrid: OMC, 1979; 71-16.*

Un estudio más detallado de los contenidos de la reflexión deontológica en los primeros años del presente siglo se encontrará en Couceiro Vidal A. Ética y Deontología médica en España (1900-1936). [Tesis de licenciatura]. Madrid: Facultad de Medicina UCM, 1986.

(18) Simón Lorda P. Sobre bioética clínica y deontología médica. Cuadernos de Bioética 1992; (12) :34-37.

(19) Cortina A. Ética Mínima. Madrid: Tecnos, 1986.

(20) Gracia Guillén D. Fundamentos de Bioética. Madrid: EUDEMA, 1989.

(21) Gracia Guillén D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: EUDEMA, 1991.

(22) Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Pamplona: EUNSA, 1992.

5. ¿Qué es hacer una buena medicina de cabecera?

Implicaciones éticas de los distintos modelos teóricos*

El objetivo del presente capítulo es fundamentar y esbozar la perspectiva ética que debe dirigir la práctica clínica de la medicina general/ de familia (MG/F). Para esto proponemos un esquema de argumentación en el que se precisa, por una parte, saber cuales son los objetivos que la práctica clínica de la medicina general se plantea en última instancia, y por otra, conocer la naturaleza y el funcionamiento de nuestro objeto de estudio. En el esquema de la tabla 1 queremos resaltar la estructura general que proponemos: desde un punto de vista genérico, diremos que para toda actividad práctica humana necesitamos de un conocimiento básico (descriptivo y quizás también explicativo) sobre cómo son o cómo funcionan las cosas, las denominaciones "teorías positivas" y una finalidad u objetivo a alcanzar. Con éstos dos ingredientes debe surgir una determinada norma de acción para los agentes humanos, es decir una "teoría normativa" que lo que hará será prescribir comportamientos o intervenciones humanas. Toda teoría normativa bien fundada tendrá siempre como base a cualquier teoría positiva cuando -y sólo cuando- se le añadan los fines u objetivos a alcanzar.

Este modelo de razonamiento será muy importante tenerlo presente porque la argumentación que a continuación desarrollamos se enmarca en él.

Tabla 1.

Tipos de Teorías	
1. Teoría Positiva:	Si A, entonces B
2. El Objetivo:	B
3. Teoría Normativa:	Hacer A
4. Conclusión:	(1) es la base de (3)

¿Cuales son las características fundamentales de la medicina general/de familia?

El primer paso para clarificar cómo actuar adecuadamente en nuestra práctica clínica habitual será la identificación de aquellos rasgos que caracterizan a la medicina general. Animamos al lector a buscar estas características en los diferentes documentos o libros generales sobre la MG/F. Las fuentes que nosotros principalmente hemos utilizado para su confección son las siguientes: los textos de Fry ('83)¹, Rakel ('90)², Morrell ('91)³, Taylor ('91)⁴, Fraser ('92)⁵ y McWhinney ('95)⁶. Como documentos más significativos destacamos el documento de la semFYC de 1994 sobre el «Perfil profesional básico de la medicina de familia»⁷, nuestro propio Programa Nacional de la Especialidad ('93)⁸, el autorizado documento de la WONCA ('91)⁹, el del grupo Leeuwenhorst ('75)¹⁰, y el recientemente aparecido informe del US Institute of Medicine sobre Atención Primaria (Donaldson MS, Vanselow NA '96)¹¹. Cada uno de estos textos enfatiza distintos aspectos de la MG/F. A continuación los comentamos muy brevemente:

1. *La globalidad y el generalismo*: caracterizada por la integración de un conocimiento de naturaleza no sólo biológica sino psicológica y social, con la capacidad para tomar decisiones según el problema que presente cada paciente

- en cada situación. Amplia perspectiva del médico sobre el sistema sanitario y papel de comunicador central.
2. *La función de atención primaria*: Como puerta de entrada al sistema sanitario, primer nivel de atención, en contacto con la comunidad. Conlleva un especial tipo de problemas de salud: los autolimitados, los más prevalentes; un gran número de pacientes con síntomas y sin enfermedad. Uso de la estimación de probabilidades en el trabajo diario (el «imperativo epidemiológico» de Morrell). Oportunidad y responsabilidad en diagnósticos tempranos. Toma de decisiones con altas cotas de incertidumbre.
 3. *Compromiso con la persona mas que con un determinado tipo de enfermedad, órgano o tecnología*: La atención a personas concretas destacándose la perspectiva humana y subjetiva en la práctica diaria, ha sido enfatizada en el presente siglo sobre todo desde los trabajos de Balint ('89)¹². Implica el dar un papel nuclear a la relación médico/paciente, reconocer la importancia del autoconocimiento del médico y la integración de la información biopsicosocial a la hora de identificar los problemas.
 4. *Prevención y Promoción de la salud*: Derivada de su responsabilidad con la población y compromiso con la comunidad. Implícita en la denominación española de médico de familia y comunitario.
 5. *Orientación familiar*: reconocimiento del valor decisivo de la familia en el proceso salud-enfermedad. Esta perspectiva es destacada sobre todo por FJ Huygen ('82)¹³: la familia será la unidad de acción para el médico de familia. Implícita en la denominación americana y española del médico de cabecera como médico de familia.
 6. *Contexto*: El médico se encuentra con el paciente en su propio contexto. La relación médico-paciente es un contexto propio, la comunicación entre ambos descansa en gran medida en significados implícitos (de alto contexto). El reconocimiento del valor del contexto sociocultural en el proceso salud-enfermedad ha sido resaltado en medicina general entre otros por CG Helman ('84)¹⁴.
 7. *Enfermedades crónicas*: Adquieren un papel relevante en la práctica clínica del médico de cabecera por su alta prevalencia, por el envejecimiento de la población en los países industrializados, por la declinación de responsabilidades por parte de otras especialidades médicas.
 8. *Promoción de la autonomía del paciente*: Basada en la idea de que una dependencia excesiva del sistema de salud y del médico es contraproducente para la salud. El generalista jugaría un papel importante en el equilibrio de responsabilidades entre los servicios y el paciente.

Lo primero que llama la atención de esta revisión es el gran número de compromisos que tiene el médico general y la enorme amplitud de su campo de conocimiento y de actuación: parece que todo está en nuestro ámbito, pero a su vez se revela una total capacidad para ser reemplazado. Existen sin embargo a primera vista al menos un par de graves inconvenientes que en el fondo pueden poner en tela de juicio a la propia MG/F especialmente en aquellos países donde, como en el nuestro, no existe una tradición de generalista potente:

1. No existen consideraciones, en ninguno de los documentos y textos, sobre las naturales restricciones intelectuales, de tiempo y posibles solapamientos con otras especialidades.

2. Esas diferentes responsabilidades parecen incluir distintas perspectivas teóricas que implican distintos modelos de práctica cada uno con su propia definición de lo que está bien y mal y que en muchas ocasiones se encuentran enfrentados.

Del primer problema, aunque relacionado, no vamos a ocuparnos ahora, nuestro hilo argumental retomará el segundo.

Los diferentes modelos implicados en la Medicina de Familia

P Toon ('94)¹⁵ ha llegado a ver cinco diferentes modelos teórico-prácticos entremezclados en la MG/F: el biomecánico, el preventivo, el familiar, el hermenéutico y el clientelista. Cada una de estas opciones tiene su propio concepto de calidad, de lo que debe ser la relación médico-paciente, de autonomía, y lleva implícito un conjunto de valores asociados: su propio concepto de lo que es justo o no (su postura ética). Todo esto hace difícil definir el enfoque de nuestra atención profesional, y es lo que hace confuso el trabajo diario del médico de cabecera. A éstos se les pide hacer cosas que muchas veces son incompatibles: las consecuencias éticas de elegir un modelo u otro son diferentes y muchas veces contrapuestas.

En un esfuerzo por concretar aún más, los diferentes enfoques barajados por el médico de familia pueden resumirse en dos grandes y diferentes perspectivas: la biomédica-preventiva (esta última sería complementaria a la primera) y la humanista o hermenéutica. En la tabla 2 se resaltan las características fundamentales de cada una de ellas.

Estos razonamientos nos han colocado de cara al problema principal: tenemos, al menos, dos muy diferentes perspectivas que son, o deben ser (la biomédica ya lo es), el núcleo de teorías positivas distintas y cuyos objetivos son también diferentes, lo que en gran medida conlleva formas de actuación que en muchos casos serán incompatibles. Algunos autores McIntyre ('77)¹⁶ han mostrado su escepticismo sobre si inicialmente se puede definir de una forma unitaria lo que es hacer una buena MG/F, y ante la falta de un modelo coherente proponen que la salida podría estar en que cada médico ofrezca un tipo de práctica y cada paciente elija el que crea que le conviene (incluyendo en la oferta los valores morales que rigen esa práctica!). Existe, sin embargo, otro punto de vista más integrador, el cual pasaría ineludiblemente por la adopción de una postura filosófica clara como única vía para reconciliar en la medida de lo posible las diferencias entre modelos, lo cual debe ser la base para sólo aceptar valores morales de peso y suficientemente justificados. P Toon ('94)¹⁷ ha definido esta postura con la aseveración de que en realidad «lo que necesitamos no es obtener más y mejor información de la investigación sino tener una mejor filosofía».

Esta última postura nos resulta más atractiva ya que debido a la gran tradición que en la cultura occidental tiene la medicina general (mucho mayor que la medicina especializada) parece que existiría un concepto intuitivo de lo que está bien en este campo. Además, el médico de familia tiene la sensación de que ofrece algo único y de valor a la sociedad.

Parece ineludible la necesidad clara de elegir una perspectiva. En MG/F deberíamos considerar como punto de partida unos objetivos distintos del mero curar en el sentido biomédico del término. Esto es el meollo de toda la cuestión que aquí nos trae. El alivio

del sufrimiento sería el núcleo central, el objetivo primordial del médico en general y del de cabecera en particular. El aforismo popular «curar rara vez, aliviar frecuentemente, reconfortar siempre» lo define con claridad, delimitando la distinción invocada cada vez con más frecuencia en la literatura entre curar y sanar.

Tabla 2.

Características de los enfoques biomédico-preventivo y humanístico

	Enfoque Bio-preventivo	Enfoque Humanístico
Cuerpo de salud	Cuerpo sin alteración biológica	Equilibrio biopsicosocial de la persona
Concepto de la medicina	Actividad mecánica para curar cuerpos o evitar que éstos lleguen a dañarse	Persona que ayuda al paciente a entender su dolencia para hacer más fácil el tratamiento y para que pueda superarla
Valores	<p>E. Biomédico: centrado en la enfermedad como alteración biológica, la enfermedad es una realidad por si misma. El diagnóstico fisiopatológico llega a ser un fin y no sólo un medio.</p> <p>E. Preventivo: centrado en la comunidad. La realidad es la enfermedad en la comunidad: las tasas. El paciente es visto como un medio para modificar las tasas.</p>	<p>Centrado en la dolencia, apoyo personal en el marco de la relación profesional.</p> <p>La dolencia es parte de la vida (es una experiencia vital). Cualquier cambio subjetivo que mejore la vida del paciente es válido (el propio encuentro médico/paciente puede conseguir este fin)</p>
Autonomía	Poco considerada. El médico es paternalista	Medicina centrada en el paciente. La búsqueda de acuerdos se convierte en un objetivo a alcanzar
Relación médico-paciente	Impersonal y asimétrica. Episódica. Tendencia a la medicalización de la vida (sobre todo el enfoque preventivo)	Fundada en la interacción y el compromiso entre el médico y el paciente. El involucramiento del médico inevitable. Continuidad en la atención

La perspectiva humanista: el modelo hermenéutico

Es evidente que un objetivo de esa naturaleza lleva implícito la consideración de los seres humanos no exclusivamente como organismos sino como sujetos conscientes. El asumir esta segunda perspectiva incluye a la primera, lo contrario, sin embargo, no ocurre. Al priorizarse la perspectiva humanista, hacia la persona, la biomédica pasa a

ocupar una posición secundaria y aditiva. La perspectiva humanista se convierte así en el marco genérico en el que se debe construir la teoría que guíe la acción y la reflexión del médico de cabecera.

Los antecedentes recientes de esta tendencia en la medicina occidental se encuentran ya en «la introducción del sujeto en medicina» de Viktor von Weizsäcker en los años veinte. Pedro Laín Entralgo ('83)¹⁸, la denomina «mentalidad antropopatológica» o «patología personal» y para este autor, su problema central consiste en saber de qué modo se personaliza el cuerpo, cómo los procesos somáticos se integran en la vida personal del paciente. Desde el propio Weizsäcker se han buscado los fundamentos teóricos de esta patología personal sobre los que inmediatamente esbozaremos algunas ideas.

Mientras que en la perspectiva tradicional biomédica la aplicación del esquema propuesto: teoría positiva.....(teoría normativa).....objetivo, resulta relativamente simple (en la medida en que sólo se considera un nivel de la realidad); el problema en la perspectiva humanista radica en la complejidad real del ser humano lo que hace difícil tanto encontrar teorías positivas válidas y generalizables como definir el objetivo con claridad: el verdadero sentido de sanar o reconfortar.

La construcción de una teoría desde esta perspectiva pasa por delimitar algunos conceptos básicos. L Luna y R Ruiz Moral ('95 y '96)^{19,20} han distinguido la necesidad de ir construyendo tres tipos de teorías positivas, una sobre la dolencia, otra sobre el significado de la dolencia y una tercera sobre la práctica clínica, que deben incluir una determinada concepción del hombre y de lo que es la salud y la enfermedad. Los materiales conceptuales para tal empresa pueden ser tomados de distintas fuentes: de la Teoría General de Sistemas, (las propuestas de Engel ('77)²¹ y de Foss y Rothemberg ('88)²² son ejemplos de esto), de la antropología filosófica (como la de Heidegger u Ortega), de la antropología psicoanalítica (como la de Jung o el propio Balint) o de la psicología fenomenológica de Husserl y sus seguidores (este campo está siendo especialmente fértil en los últimos años, con las aportaciones como las de, por ejemplo, KToombs ('92)²³ y C Rudebeck ('92)²⁴ desde el campo de la medicina de familia). Además de estos conceptos teóricos generales habrá que tener siempre en cuenta una orientación teleológica: ¿cuál es el propósito de la vida?, para ello el proyecto personal de cada paciente adquiere un mayor peso.

La teoría normativa: un esbozo

En líneas generales la norma de actuación se atisba. La común humanidad se revela como la base para el consenso. La enfermedad, como fuente de sufrimiento genera una alteración de la humanidad del paciente, lo que según E Pellegrino ('82)²⁵ debe delimitar las obligaciones morales del médico. Para este autor, «la fuente de la moralidad profesional proviene de la fenomenología de la dolencia: es decir, de la experiencia de la dolencia en la persona. La autenticidad moral del acto médico se mide con el grado en que remedia el estado de aflicción del ser humano». Para conseguir esto parece imprescindible la adopción de una especial actitud por parte del médico: la que hace a éste tratar al paciente como merecedor de un trato similar al que pretende para si mismo. Esta «actitud de decosificación del otro» se alcanzaría cuando en la «ejecutividad» de la interrelación entre dos personas, cada una de ellas trata al «otro», no como un «tú» o «él», sino como un «yo» J. Ortega y Gasset ('87)²⁶. Todo esto se relaciona claramente

con el imperativo de Kant y la máxima inmortal del Evangelio («trata a tu prójimo como a ti mismo»); lo que nos lleva genéricamente a definir al buen médico como un «buen hombre». Quizás no pueda ser de otro modo. Este enmarque, aún reconociéndolo demasiado general e inespecífico, nos parece muy oportuno y merecedor de ser resaltado y desde nuestro punto de vista debe ser el referente de cualquier «investigación» ética. Una correcta actuación tendría mucho que ver con una actuación justa, una práctica clínica justa, en el sentido de virtuosa; quizás lo que necesitamos sea, siguiendo a McIntyre ('87)²⁷, una ética de la virtud como parte de las bases morales de la medicina general. En este contexto, la historia vital y el proyecto personal de cada sujeto ocupa un primer plano, y parece necesario renunciar a la construcción de una ética formal (cuya posibilidad siempre ha sido puesta en entredicho – WH Walsh 76 –)²⁸. Sin embargo, ésto no implica una renuncia a explicar de forma coherente conceptos importantes para nuestra práctica clínica como los de la relación entre el médico y el paciente y los de autonomía personal, entre otros.

NOTAS:

(*) Roger Ruiz Moral

- (1) Fry J. *Common diseases. Their incidence nature and care*. MTP, London 1983.
- (2) Rakel R. *Textbook of family medicine*. Saunders, Philadelphia 1995.
- (3) Morrell D. *The art of general practice*. Oxford University Press. Oxford UK, 1991.
- (4) Taylor RB. *Medicina de familia. Principios y práctica*. Doyma, Barcelona 1991.
- (5) Fraser RC. *Clinical method. A general practice approach*. Butterworth-Heinemann, Oxford UK 1992.
- (6) McWhinney I. *Medicina de Familia*. Mosby-Doyma, Barcelona 1995.
- (7) *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Perfil profesional básico de la medicina de familia*. semFYC 1994.
- (8) *Programa Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria*. Ministerio de educación y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1993.
- (9) WONCA. *WONCA statement on the role of general practice/family practitioner in the health care systems*. WONCA 1991.
- (10) Leeuwenhorst Group. *The general practitioner in Europe. Statement 1975*.
- (11) Donaldson MS, Ianselov NA. *The nature of primary care*. *J Fam Pract* 1996;42:113-6.
- (12) Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Libros Básicos, Buenos Aires 1989.
- (13) Huygen FJ. *Family medicine. The medical life history of families*. Brunner Mazell, New York 7982.
- (14) Helman CG. *The role of context in primary care*. *J R Coll G Pract* 1984;34:547-50.
- (15) Toon P. *What is good general practice?*. RCGP, *Occ Pa* 65, London 1994.
- (16) McIntyre A. *Patients as agents. In Philosophical medical ethics, its nature and significance*. De Reidel D, Boston, Dordrecht 1977. 17 Op. Cit.
- (17) Lain Entralgo P. *La relación médico-enfermo*. Alianza, Madrid 1983.
- (18) Luna Cabañero L, Ruiz Moral R. *Theoretical renewal of family medicine*. *Theoretical Medicine*. Unaccepted manuscript 1995.
- (19) Luna Cabañero L. *Towards a conceptual classification of new proposals in general practice/ family medicine*. 3rd. WONCA European Congress, Stockholm, Sweden, July 1996.
- (20) Engel G. *The need for a new medical model*. *Science* 1977;196:129-36.
- (21) Foss L, Rothemberg K. *The second medical revolution. From biomedicine to infomedicine*. New Science Library, Boston 1988.
- (22) Toombs K. *The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Kluwer Academic Publisher, Dordrecht 1992.
- (23) Rudebeck CE. *General practice and the dialogue of clinical practice*. *Scan J Prim Health Care* 1992; Suppl I.
- (24) Pellegrino ED. *Being ill and being healed. Some reflections on the grounding of medical morality*. In Kestembaum V: *The humanity of the ill. Fenomenological perspectives*. The University of Tennessee Press, Knoxville 1982
- (25) Ortega y Gasset J. *La deshumanización del arte*. Espasa Calpe, Madrid 1987.
- (26) McIntyre A. *Tras la virtud*. Crítica, Barcelona 1987.
- (27) Walsh WH. *La ética hegeliana*. Fernando Torres-editor, Valencia 1976

6. La ética como impulso para la mejora continua del modelo sanitario*

Aunque sólo fuera de un modo intuitivo, a todo el mundo se le puede ocurrir que ética y calidad deben ser dos conceptos íntimamente ligados y directamente relacionados entre sí.

Es clásica la afirmación de que una de las fuerzas que deben de mover a los médicos a mejorar la calidad de su práctica ha de ser la ética y con toda seguridad eso es cierto. Pero cierto es también que muchas veces esa afirmación se queda en ese nivel de inconcreción y no se suele entrar a descubrir lo que hay detrás de ella. Tal vez por obvia, se admite y utiliza tal cual.

Podemos decir que tanto el imperativo moral de hacer el bien, como los principios de justicia social, nos proporcionan suficientes razones para justificar la asociación ética-calidad, proporcionando también el impulso necesario para que los médicos midan, analicen y mejoren su práctica.

Escudriñar en qué se materializa o debería de materializarse el impulso ético hacia la mejora es ciertamente un reto, porque un reto es dar respuesta a las múltiples preguntas que nos surgen en ese camino: ¿es posible la calidad al margen de la ética?, ¿es imprescindible el impulso ético para mejorar la calidad?, ¿qué aporta la ética a la mejora de la calidad?, ¿qué parte del servicio sanitario sería mejorable apelando a dichas razones?... etc. Pero no son éstas unas preguntas que tengan fácil respuesta.

6.1. Ética y calidad de servicio

La práctica de la medicina ha sufrido profundos cambios en los últimos años y sigue inmersa en ese proceso.

Los principios éticos y morales médicos, en la sociedad occidental, están dentro del marco de la ética tradicional hipocrática. Nace la Deontología médica como una respuesta ética a la confianza que, cada enfermo en particular y la sociedad entera, depositan en la profesión médica y en cada uno de sus médicos¹.

Durante mucho tiempo los principios hipocráticos rigieron, casi de modo exclusivo, la relación del médico con su paciente. Podemos decir que según la moral de la época, el médico se veía obligado a utilizar todos los recursos a su alcance – que eran muy escasos – para salvar la vida de sus pacientes.

Según estos principios y hasta los años 70, los médicos se veían obligados a hacer todo lo que estaba a su alcance para beneficiar al paciente. El médico debía de mantener con vida a sus pacientes, incluso a pesar de que el propio paciente o su responsable creyeran que no se le estaba produciendo ningún beneficio.

Es evidente que esta actitud extremadamente paternalista del médico violaba el valor ético actual de la autonomía y tal vez hacía una lectura del principio de beneficencia alejada de la que hoy impera.

Con el tiempo la situación cambia y, según avanza nuestro siglo, los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles aumentan de un modo espectacular, como también aumenta su efectividad y su coste. Los recursos pasan de ser escasos a ser abundantes, pero limitados, y su uso pasa de tener una repercusión individual a tenerla, además, social.

Progresan enormemente la medicina científica y empezamos a ser conscientes de cuán injusto y equivocado puede ser en ocasiones el instinto del médico. Aparecen los ensayos clínicos, los estudios de resultados, la evaluación de la calidad de la práctica médica, la evaluación de la calidad del servicio ... etc., que tratan de ayudar al médico en la mejora de sus actuaciones. Pero ese progreso produce más cambios. Hay un declinar del médico individual, dueño y señor de sus propias decisiones y aparecen las instituciones, primero los hospitales y luego los centros de salud, donde los médicos forman parte de equipos de trabajo. La institución en su conjunto comienza a asumir una buena parte de la responsabilidad sobre el servicio que presta.

Como vemos, se produce un gran cambio del concepto de la medicina. La salud comienza a ser un valor para la sociedad y su mantenimiento pasa a ser, en muchos países, un proyecto solidario que, en parte, es responsabilidad del Sistema Sanitario Público. Los Estados asumen dicho mandato y, por tanto, comienzan a administrar los recursos que la sociedad desea dedicar, globalmente, al mantenimiento de la salud.

Aparecen los administradores de los Sistemas de Salud. Ellos operan bajo unos principios éticos que difieren del mandato clínico hipocrático, incluso a pesar de sus modificaciones posteriores. Los administradores se rigen, en general, por el principio utilitario de maximizar el beneficio neto para la población en su conjunto.

Todos estos acontecimientos ponen a prueba muy seriamente los clásicos principios hipocráticos que son, de algún modo, revisados para incorporar el derecho de los pacientes a declinar la oferta de servicios² y también para sustituir o reforzar el juicio individual del propio médico con un, más objetivo, «estándar de práctica», obtenido del análisis de los resultados de grandes series o, en su defecto, de los consensos.

Pero también surgen puntos de conflicto, dado que el alcance del compromiso ético que el médico adquiere en la defensa de la salud del paciente, como individuo, entra con frecuencia en colisión con el compromiso que el administrador asume con la sociedad en su conjunto³.

Si bien los estándares, las guías de práctica o los consensos no han escapado al control de los médicos, dado que éstos van reemplazando paulatinamente su concepto de individualismo profesional por el poder del asociacionismo, lo cierto es que en los últimos diez años se está produciendo una fuerte presión desde las estructuras gestoras para disminuir el grado de autonomía del médico o, visto en sentido positivo, para hacerle partícipe de una parte del compromiso que los administradores adquieren con la sociedad en su conjunto. El médico ya no es sólo responsable del mantenimiento de la salud de cada individuo, sino de toda la comunidad que tiene asignada, y para ello debe de administrar adecuadamente los recursos que esa sociedad pone a su disposición⁴.

En todo este contexto comienza a aparecer el concepto de servicio y las dimensiones que definen su calidad.

Las actuales tendencias en gestión de la calidad hacen más hincapié en los objetivos que se desea conseguir y en las metas, que en los atributos clásicos de la calidad (efectividad, eficiencia, aceptabilidad, accesibilidad). Estos se convierten en un medio para lograr un fin que es la satisfacción. Por tanto hay que recalcar de nuevo que la meta y el objetivo básico de cualquier estrategia de mejora continua de la calidad es producir satisfacción. Es decir satisfacer las necesidades de atención a la salud a nivel individual (usuarios, beneficiarios, clientes...) y también global. Como se puede ir apreciando, la situación del médico dentro del Sistema Sanitario, sus funciones, sus dependencias e interrelaciones son diametralmente diferentes a las que tenía hace relativamente poco tiempo. Como hemos visto hay una serie de coordenadas que se están modificando, lo que determina una situación de cambio casi constante en el escenario de la práctica médica, en la definición de su calidad y en la contribución de los valores éticos a su desarrollo⁵.

6.2. Calidad, cambio y práctica médica

El actual cambio en el desarrollo de la práctica de la medicina y en la producción de servicios sanitarios puede estar determinado, al menos, por cuatro grandes grupos de variables interrelacionadas, que serían el desarrollo social, el desarrollo científico y tecnológico, la estatalización e institucionalización de la asistencia sanitaria y los cambios que todo ello produce en la profesión médica.

En la segunda mitad de este siglo hemos asistido a un desarrollo socioeconómico y cultural sin precedentes que conlleva un aumento del poder del ciudadano que se materializa, entre otras cosas, en su mayor capacidad para decidir tanto quien le gobierna como qué productos consume o qué servicios utiliza. Este poder creciente del ciudadano produce una fuerte reacción de competitividad en el mercado – no olvidemos que para bien y para mal, estamos en una sociedad de consumo – que se resuelve – cuando las reglas del mercado funcionan bien – a través de un aumento en la calidad y/o una disminución en los precios. Esto hace que haya un movimiento constante hacia la mejora en la oferta de productos y servicios al ciudadano y, por tanto, que el nivel de exigencia de éste aumente.

Pero un nuevo acontecimiento está emergiendo en Occidente y es la crisis del estado del bienestar, determinada en buena medida por la internacionalización de los mercados. Esto hace que lleguen a nuestro mercado productos de países en los que la salud no es un valor ni su protección un derecho, productos cuyo precio no soporta la carga que supone el mantenimiento de las conquistas sociales de Occidente.

La defensa de las empresas ante esta nueva situación, si no quieren ser expulsadas del mercado, es aumentar la calidad y disminuir los costos mediante un aumento de la productividad, una mejora en los procesos y una disminución de las cargas que no tienen que ver directamente con el proceso productivo, es decir las cargas sociales, entre otras.

Como se puede ver esto afecta directa y profundamente al mundo sanitario, que reacciona aumentando su faceta utilitarista, al menos en dos áreas: poniendo un límite a las prestaciones, es decir, disminuyendo prestaciones no básicas o poniendo barreras en

el acceso (tiket moderador, tasas por medicamentos ... etc.), y aumentando la eficiencia en la producción de los servicios sanitarios.

El desarrollo científico y tecnológico ha incidido de modo determinante en la sanidad, al igual que en otros muchos sectores, de tal manera que asistimos en la actualidad a un gran aumento de los recursos diagnósticos y terapéuticos, a un gran aumento de costes y a un creciente desarrollo de las «tecnologías» relacionadas con la prevención y promoción de la salud. Por un lado esta situación proporciona al médico una mayor capacidad de actuar, pero ello también le somete a un mayor número de dilemas y, la incertidumbre y su manejo, pasan a ser un elemento central en la actuación médica y más en la del médico de familia. A su vez, el creciente desarrollo de la tecnología preventiva y de promoción de la salud, permite al médico y a otros profesionales sanitarios actuar sobre los hábitos y costumbres de la poblaciones, elemento de gran trascendencia, no sólo desde el punto de vista de la salud si no también desde el antropológico, sociológico y ético.

Tanto el gran desarrollo tecnológico como la extensión de la cobertura asistencial a toda la población, han ido haciendo necesaria la creación de instituciones que permitieran organizar adecuadamente la producción de los servicios sanitarios. Se crean inicialmente los hospitales y a continuación, unos años después, los centro de salud. Unos y otros, aunque con distinta magnitud, presentan unas características comunes, que han ido apareciendo en las organizaciones sanitarias: equipos de trabajo, concepto de calidad asistencial, creciente interdependencia funcional dentro del equipo y entre diversos equipos, aparece el concepto de cliente, tanto interno como externo, la gestión de los procesos se hace fundamental, aparece la gestión de la calidad del servicio y los conceptos de calidad total en los que el cliente, y no el proveedor, se convierte en el centro del sistema.

6.3. Un nuevo escenario para el impulso ético

La profesión médica no podía quedar ajena a todos estos cambios que se están produciendo en los distintos niveles de nuestra sociedad y efectivamente ha sufrido profundas transformaciones en diversos aspectos. El médico pasa de ser un profesional mayoritariamente liberal a convertirse en un asalariado público. La forma de trabajo, pasa de ser individual a realizarse en equipo y en instituciones.

La estatalización e institucionalización de la medicina condicionarán y modificarán la relación del médico con el sistema del que forma parte, de tal manera que si su relación previa era de una gran independencia, en la actualidad, el médico, está unido por estrechos vínculos a la institución, que le exige un papel activo en la consecución de los objetivos globales de la misma y una coparticipación en la gestión o administración de los recursos a su disposición. Todo esto determina, a su vez, que se esté produciendo un cambio de objetivo. Si bien hasta hace poco el gran esfuerzo se realizaba en conseguir o en aumentar la efectividad de las actuaciones médicas, hoy es necesario además lograr una mayor eficiencia de las mismas⁶.

Como vemos se está dibujando un nuevo escenario para la aplicación de los principios éticos y deontológicos que rigen las actuaciones médicas. No se modifican los cuatro ejes de Beauchamp y Children⁷ sino el modo de aplicarlos y también, con toda seguridad, los dilemas que nos vamos a encontrar en su aplicación.

Dado que los recursos sanitarios son un bien público, se está produciendo una tensión entre el interés individual de recibir cuidados y atención y el interés general de la accesibilidad y equidad, en los que se basa la justa distribución de los recursos existentes. Es decir, una tensión entre la justicia conmutativa y la distributiva. En el medio de estos dos vectores se encuentra el médico, cada vez más, en un papel modulador de la tensión que entre ambos se produce⁸.

6.4. Ética en el mantenimiento y mejora de la competencia

Vivimos aún en una etapa en la cual es fundamentalmente el médico quien establece un control sobre su propio nivel de competencia⁹. Esa situación, si bien deseable, no resulta suficiente y tiende a cambiar con una gran rapidez, dado que ese autocontrol ejercido por el propio médico es, por definición, heterogéneo y subjetivo y los ciudadanos demandan, cada vez con mayor insistencia, que la competencia de sus médicos sea garantizada con un carácter general¹⁰.

En este sentido, podemos encontrar claras referencias en el Código Deontológico¹¹. Pero si bien las razones éticas y deontológicas deben ser razones poderosas, no sólo existen éstas y vemos que en la legislación que marca las reglas del «juego sanitario» y de la convivencia civil también existen claras consideraciones sobre los aspectos de la competencia profesional y la calidad asistencial que de ella deriva¹².

Los sistemas de garantía de la calidad sobre el mantenimiento y mejora de la competencia varían en función de quienes los ejerzan y en qué ámbito o con qué extensión se apliquen, dado que puede ser la propia sociedad a través de sus instituciones la que establezca ese control (Ministerio de Sanidad o de Educación) o ser las propias organizaciones médicas (Colegios, Asociaciones ...) las que lo sustenten como paso intermedio entre el autocontrol y el control social¹³.

En función de quien o quienes establezcan dichos sistemas de control y cómo estos se articulen, podremos hablar de sistemas de acreditación y sistemas de recertificación.

Sistemas de acreditación: Son sistemas que se centran fundamentalmente en garantizar la calidad de las actividades de formación continuada y en acreditar el «esfuerzo» realizado por mantener o mejorar el nivel de competencia.

Son en general de carácter voluntario, suelen estar promovidos por los propios profesionales en torno a sus asociaciones. Podríamos decir que forman parte del esfuerzo de un colectivo médico en su conjunto por mejorar su nivel de práctica, hecho que a su vez refuerza su legitimación social.

Suelen estar realizados y controlados por los propios profesionales, a través de sus asociaciones científicas o colegios y tienen como objetivo primordial mejorar la calidad de la práctica del médico centrándose fundamentalmente en garantizar la calidad del proceso.

Sistemas de recertificación: Son sistemas que tratan de evaluar el nivel de competencia del médico con el fin de revalidar ante la sociedad la autorización – recertificar – que esta le ha concedido – certificado o título – para ejercer como tal o en una determinada especialidad. Estos sistemas, existentes en pocos países, no siempre

son de carácter obligatorio y con frecuencia suelen tener alguna repercusión – parcial o total – sobre la habilitación para el ejercicio de la medicina.

NOTAS:

(*) José Ramón Vázquez

- (1) Herranz G. *El código de ética y deontología médica. Cuadernos de Bioética* 1994; 4:238-240
- (2) En este sentido se recomienda la lectura de: Reguat M. *El médico de cabecera ante el paciente que rechaza la atención. FMC* 1996; 3 (2): 71-72 y Serrat D. *Responsabilidad legal y ética ante un paciente que rechaza la atención sanitaria en atención primaria. FMC* 1996; 3 (2): 111-121
- (3) Povar G. *Profiling and performance measures. What are the ethical issues?. Med Care* 1995; 33 (1): JS60-JS68. En este artículo el autor se centra en el análisis ético aplicado a la realización de estándares y perfiles de práctica como apoyo a la identificación de potenciales conflictos en la interrelación médico-paciente y con los objetivos de las políticas de salud.
- (4) Bengoa R. *El futuro de la relación entre los médicos y los gestores. 7DM* 1996; 295: 54. El autor desarrolla en este artículo la idea de la pérdida de autonomía del médico en su toma de decisiones a favor del administrador sanitario. De este tema se volverá a hablar más adelante.
- (5) Altisent R. *Introducción a la bioética en medicina familiar y comunitaria. Jano* 1993; 1041: 43-54. Es aconsejable su lectura y contraste con los otros dos artículos referenciados. El autor, en este artículo, además de hacer un didáctico repaso a los aspectos éticos más importantes que afectan al médico de familia, nos habla de las cuestiones éticas de actitud, decisión y ejecución y se refiere al alcance y consecuencias del compromiso médico en la defensa de la salud del paciente.
- (6) Revert M. *Bioètica i atenció primària. Bioètica & debat* 1995; 3: 1-3. En este artículo la autora advierte de los problemas que el objetivo de la eficiencia puede tener para la práctica de la medicina de familia en lo que se refiere a la relación médico-paciente y a la defensa de los intereses del paciente ante unos recursos limitados.
- (7) Autores del libro: Beauchamp TL, Children FJ. *"Principles of biomedical ethics"*. Nueva York: Oxford University Press, 7989. Vienen referenciados en: Gracia D. *Principios y metodología de la bioética. Quaderm CAPS* 1993; 19: 7-17. Los principios *prima facie* universalmente aceptados en la bioética serían el de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.
- (8) Veatch RM. *The role of ethics and accountability initiatives. Med Care* 1995; 33 (1): JS69-JS76. Se refiere en su artículo a la confrontación entre los principios éticos de los médicos y de los administradores sanitarios, unos más centrados en el individuo y otros en el conjunto del sistema.
- (9) San Martín JA. *EL médico en el trabajo profesional. Cuadernos de Bioética* 1994; 3: 232-233. Se refiere al sentido de la responsabilidad profesional como un elemento fundamental del trabajo médico, definiéndolo como «... hacerlo lo mejor que se sabe y lo mejor que se puede....». Como se viene diciendo, si bien esos elementos son necesarios, no resultan suficientes para garantizar una práctica excelente.
- (10) Prieto A. *El mantenimiento de la competencia profesional del médico de familia: recertificación y acreditación. Aten Primaria* 1993; 12 (8): 437-438
- (11) *Código de ética y deontología médica y compendio de doctrinas internacionales. Madrid: Consejo General de Colegios de Médicos de España, 1990: art. 5: ... El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y un rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición Art 23 del Capítulo V, dedicado a la calidad de la atención médica nos dice:que el ejercicio de la medicina es un servicio basado en el conocimiento científico, cuyo mantenimiento y actualización es un deber deontológico individual del médicos; y un compromiso ético de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión...*
- (12) *Vease RD 737/84 y Ley General de Sanidad:El Real Decreto 137/84, art. 5. «...serán funciones de los equipos ... evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos ...» y Ley General de Sanidad (Cap 2, Art. 18: 14,15,16)*
- (13) Vázquez-Díaz JR. *El mantenimiento y mejora de la competencia profesional. Libro de Ponencias y Comunicaciones. IX Jornadas de la Sociedad Canaria de Medicina de Familia y Comunitaria. Puerto de la Cruz: SoCamFYC, 1996*

7. Dilemas éticos en la práctica clínica*

En la consulta se presentan a menudo cuestiones éticas que pueden, incluso, no ser reconocidas como tales, y que se resuelven de forma intuitiva (según la ciencia, conciencia y experiencia del médico). Pero en otras ocasiones se plantean auténticos dilemas éticos, es decir, problemas cuya solución se encuentra entre dos proposiciones que parecen oponerse entre sí y constituir ambas un deber para el médico. En estos casos conviene seguir un método sistemático de reflexión que permita elegir una solución correcta en relación a principios éticos universales. Estos procedimientos no aseguran la certeza de la respuesta pero, al menos, garantizan que todos los datos relevantes serán tenidos en cuenta, para que el médico no decida empujado por la presión del momento.

Los métodos para resolver problemas éticos en la práctica clínica son variados y relacionados con las teorías expuestas en el capítulo sobre historia de la bioética, por lo que comentaremos directamente lo referente al análisis de casos.

La mayoría de los métodos para el análisis de dilemas, están pensados para ser aplicados en el ámbito hospitalario y sobre todo en unidades donde la toma de decisiones es conflictiva por la urgencia del caso o por su severidad. Sin embargo, en atención primaria contamos con el factor «continuidad» y, aunque haya que actuar con agilidad, generalmente no es preciso tomar decisiones drásticas; puede adoptarse una postura que sea correcta inicialmente, y, si no se resuelve la situación, dar un segundo paso en la misma dirección. Además, el conocimiento que habitualmente tiene el médico acerca del paciente y sus circunstancias familiares, ayuda a tomar decisiones prudentes y a hacer recomendaciones sensatas.

En general, y simplificando notablemente, se puede decir que la Bioética norteamericana se preocupa más de los procedimientos para tomar decisiones; busca el modo de acción más adecuado, sin fundamentar los principios que propone. Influye en esto su pragmatismo y las presiones legales, que exigen ser muy cautelosos. En cambio la Bioética europea, aunque influida por la norteamericana, está más orientada a la metabioética, es decir, a definir las ideas que sustentan los modelos bioéticos. Ésta no es una cuestión simple pues, si bien se puede estar de acuerdo en afirmar que es esencial el respeto a la vida humana, la libertad individual o el bien común, no es tan fácil reconocer los límites naturales de la vida humana, fijar los límites de la libertad individual, o decidir cómo se debe enfocar el bien común¹.

Cada corriente bioética tiende a diseñar su propia metodología para analizar los problemas éticos y, a veces, se presentan como si estuvieran en competencia, aunque en cierto modo pueden considerarse complementarias.

Resumiendo se podría decir que:

- a. La *Bioética de los principios* se plantea resolver los conflictos basándose en unos principios éticos universales que guían la actuación del médico (no-maleficencia, justicia, beneficencia, autonomía).

- b. La *Bioética de las virtudes* propone como cuestión fundamental el «buen hacer profesional», estrechamente conectado con el «bien del paciente», que es el fin prioritario de la actuación del médico y anterior a sus intereses personales.
- c. El casuismo analiza las situaciones concretas en función de sus circunstancias, sin recurrir a teorías éticas de carácter universal.

7.1 Propuesta metodológica para la toma de decisiones difíciles

En el esquema que se presenta en la tabla 1 se tienen en cuenta los cuatro principios que acabamos de mencionar, por considerarlos útiles para el análisis racional de los problemas éticos. Probablemente estos principios se pueden aplicar mejor en Atención Primaria, por conocer más al paciente y tener con él una relación prolongada en el tiempo, lo que permite reflexionar adecuadamente². Se intenta ofrecer una metodología integrada que analice las circunstancias del caso concreto, elaborando unas normas específicas para esa situación determinada a la luz de los principios generales. En todos los momentos del esquema interviene la prudencia, que une la formación y la experiencia (sabiduría práctica), para matizar el análisis y la toma de decisiones con el «buen hacer» médico.

Hay una FASE DE FORMACIÓN que, en realidad, es previa: se dirige al desarrollo de una sensibilidad ética en el profesional («saber para actuar»). Después viene propiamente la FASE DE ANÁLISIS, que incluye la INFORMACIÓN necesaria para formular el mejor juicio posible («actuar en el saber»).

El **marco de referencia**, que en algunos autores no está definido, es lo que hace variar la interpretación de los principios generales. En nuestro caso es el personalismo ontológico: implica que por el sólo hecho de ser, todo hombre es persona (sujeto moral y jurídico de derechos) lo que se refleja en el modo de considerar los principios éticos y aplicarlos en pacientes concretos. De este modo el análisis también tendrá en cuenta los derechos humanos, basados en la dignidad personal que existe en todo ser humano, que no se pierden por el estado de enfermedad ni otras circunstancias.

Tabla 1.
Método integrado para el análisis de dilemas en bioética

I. FASE DE FORMACIÓN	1. Marco de referencia	<ul style="list-style-type: none"> • Personalismo ontológico • Derechos humanos
	2. Principios o guías generales	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel universal <ul style="list-style-type: none"> ○ No maleficencia ○ Justicia • Nivel particular <ul style="list-style-type: none"> ○ Beneficiencia ○ Autonomía
II. FASE DE FORMACIÓN Y ANÁLISIS	1. Recogida de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de problemas y definición de los términos • Búsqueda de experiencias semejantes • Estudio de las circunstancias más relevantes
	2. Examen de posibles cursos de la acción	<ul style="list-style-type: none"> • Sujetos <ul style="list-style-type: none"> ○ Profesional competente ○ Paciente capaz/Familiares • Actuación específica <ul style="list-style-type: none"> ○ Correcta (en relación al marco y principios éticos) ○ Adecuada (circunstancias) • Consecuencias <ul style="list-style-type: none"> ○ Positivas, previsibles, queridas... ○ Negativas, imprevisibles, no queridas...
	3. Toma de decisión y ejecución	<ul style="list-style-type: none"> • Elección de un comportamiento • Justificación respecto a los principios • Realización, aunque requiera esfuerzo

Los **principios éticos** de autonomía, beneficencia, justicia y no-maleficencia, son guías generales de la actuación; para llevarlos a la práctica se deducen normas de comportamiento, puesto que la Ética es una ciencia normativa, no sólo descriptiva. En esta derivación o en su aplicación posterior puede haber discrepancias, más que en los mismos principios. Estas normas incluyen derechos y deberes que afectan al médico y al paciente, como: consentimiento informado, confidencialidad, veracidad etc.

Diversos autores han propuesto jerarquizar estos principios desde diferentes puntos de vista. Resulta especialmente interesante la aportación de Diego Gracia³, que recogemos a continuación, diferenciando dos niveles. Dos de los principios se colocan a nivel universal; son presupuestos éticos de la relación médico-paciente, es decir, previos a ella y por tanto independientes de la voluntad del paciente:

- *El principio de no-maleficencia* se refiere a la inocuidad de la Medicina («Primum non nocere»): Hay que respetar la vida física de cada persona, no porque agote toda su riqueza, sino porque es el fundamento en que se realiza.
- *El principio de justicia* exige tratar a todos con la misma consideración, sin hacer discriminaciones. Tiene en cuenta que la vida y la salud son bienes no sólo personales, sino también sociales. Este principio pretende conseguir el bien social, refiriéndose a la sociedad en general y a las personas en torno al médico y al paciente. Tiene en cuenta la equidad, que lleva a proteger más a los más desfavorecidos.
Los otros dos principios se encuentran a nivel particular, y son los elementos éticos que constituyen la relación médico-paciente. Aunque algunos autores han intentado jerarquizarlos, pueden considerarse relativos uno al otro, y se debe tener en cuenta a ambos al analizar cada caso:
- *El principio de beneficencia* pretende que la actuación del médico sea beneficiosa para su paciente. En el ámbito personalista el bien del paciente no es mera corrección técnica; el respeto a la persona no consiste sólo en llegar a un acuerdo o elegir lo que más se adapte a la situación, sino que incluye el bien objetivo⁴.
- *El principio de autonomía* tiene en cuenta la libertad y responsabilidad del paciente, que decide lo que es bueno para él. En caso de conflicto, un profesional no puede hacer bien al paciente en contra de la voluntad de éste, pero tampoco es posible obligar al médico a hacerle un mal (o lo que considera como tal), pudiendo llegar a romperse la relación profesional. Además del desacuerdo (en pacientes con capacidad de decisión) pueden surgir problemas cuando falta la autonomía, como en los niños⁵, pacientes mentalmente incapaces, en coma, etc. Hay que saber respetar la autonomía, aunque se encuentre reducida, y buscar la persona más adecuada en su entorno para colaborar en la decisión.

Una vez expuesto el marco de valores y principios morales que conservan su objetividad frente al sujeto, pasamos a comentar la segunda parte del esquema:

En la **recogida de datos**, incluimos:

- *Detección de problemas*. En la realidad lo esencial y lo secundario se presentan entremezclados. Si es posible, interesa jerarquizar los problemas por orden de importancia, destacando lo principal. Cuando sea preciso, hay que separar los aspectos éticos de los técnicos. En ocasiones habrá que definir términos como, por ejemplo, «enfermo terminal» (se puede estar discutiendo si un tratamiento es aplicable o no a un paciente determinado en fase terminal y resultar que no reúne los criterios que lo definen como tal).
- *Búsqueda de experiencias semejantes*. Suele ser de notable ayuda la experiencia personal acumulada, también la consulta con compañeros y, en tercer lugar, la bibliografía. En las situaciones que se incluyen en el Código Deontológico conviene consultarlo, especialmente una edición comentada⁶. La legislación vigente puede ayudar marcando, más bien, lo que no debe hacerse, pero no suele indicar lo que se debe hacer.

- *Estudio de las circunstancias.* Deben tenerse en cuenta las más relevantes en relación con la enfermedad, recogiendo las circunstancias generales del caso, familiares, personales (edad, cultura, profesión, nivel socio-económico, creencias, estado anímico, etc.), y también las del profesional responsable. Aunque a veces pueden no influir sustancialmente en las decisiones a tomar, siempre ayudan a encontrar la forma más adecuada de llevarlas a la práctica.

El **examen de posibles cursos de la acción** es el punto crucial, junto con la toma de decisión, y el que requiere mayor formación en bioética. Se estudiarán las posibilidades de acción más viables (con sentido común) y las que solicite el paciente, considerando los elementos que configuran la moralidad de los actos libres: el fin subjetivo (intención del sujeto que actúa) la acción en sí misma, y las consecuencias derivadas de la actuación.

- *Sujeto*, referido tanto al profesional sanitario como al paciente (o familiares), puesto que los dos llevan a cabo la toma de decisiones. Por ambas partes se debe actuar con *intención recta*, buscando el bien del paciente, sin dejarse llevar por intereses económicos, comodidad (por ejemplo, al derivar determinados pacientes), motivos supuestamente humanitarios, etc. Por parte del médico entrarían en juego las disposiciones y cualidades que tiene como persona y como profesional; aquí sólo lo vamos a mencionar, pero es elemental el deber de seguir la propia conciencia y, por supuesto, preocuparse de adquirir una formación consistente. Además:

El médico debe ser *competente* para resolver el caso, es decir, la persona idónea, a quien incumbe decidir. Habitualmente el responsable de un paciente es su médico de cabecera, y no el sustituto por unos días o un especialista con el que consulta puntualmente.

El paciente debe ser *capaz*, es decir, con suficiente discernimiento para decidir y aptitud legal para hacerlo. Esto incluye la edad, inteligencia y voluntariedad, supliendo su ausencia con familiares o tutores (aunque consideramos que en estos casos siempre hay una corresponsabilidad por parte del médico). Cuando existe cierta capacidad, aunque no sea total, las opiniones del paciente deben ser valoradas, especialmente en las decisiones importantes.

- *Actuación específica:* Hay que preguntarse:
¿Es correcta?, es decir, ¿está de acuerdo con el marco de referencia y los principios éticos?
¿Es la más adecuada en esas circunstancias? Por ejemplo, si un médico ha decidido que va a comunicar un mal pronóstico a un paciente a pesar de la oposición de su familia, tendrá que pensar cómo le informa, en función de las circunstancias por las que esté pasando el enfermo y la familia.
- *Consecuencias:* Toda acción puede traer consigo unos efectos positivos y otros negativos, queridos y no queridos, previsibles e imprevisibles (obviamente, éstos no se pueden tener en cuenta), etc. Es una exigencia de responsabilidad tratar de evitar las consecuencias negativas en lo que sea posible, pero no se puede supeditar a ellas la opción a seguir, ya que es imposible conocer todas las

consecuencias que pueden derivarse de una acción, ni hasta qué límite deben investigarse.

Los efectos *previsibles* revisten especial importancia en atención primaria, al llevar a cabo las actuaciones de medicina preventiva. Éstas tienen una relevancia ética especial, porque las decisiones que se toman repercuten en personas generalmente sanas, afectan a un número mayor de personas que las actuaciones terapéuticas, y los resultados tardan más en poder evaluarse. En muchas ocasiones es difícil determinar si una de estas decisiones es buena en sí misma y, por lo tanto, las consecuencias adquieren mayor peso. Algunos autores se han interesado por estos temas⁷, pero en general se les ha prestado escasa atención en bioética.

A la **toma de decisión y ejecución** se llega a través de los puntos anteriores: si se han tenido en cuenta se puede justificar la elección de un comportamiento respecto al marco de referencia y principios éticos, considerando especialmente los de carácter universal.

Se debe realizar lo que se ha visto claro aunque exija esfuerzo, tanto si las consecuencias son desagradables para el paciente o la familia como si lo son para el médico. En muchas ocasiones lo que más cuesta es, precisamente, poner los medios necesarios para ejecutar lo que se ha decidido.

En todo el esquema debe estar presente la prudencia, que da unidad al análisis: ayuda a profundizar en la reflexión inicial para aplicar correctamente los principios éticos y, a la vez, que el juicio ético subjetivo se adapte al valor objetivo.

Como podemos apreciar, la metodología para analizar dilemas éticos en la práctica clínica no resulta sencilla, y exige un ejercicio intelectual que puede ser arduo. Quizás con un ejemplo nos parezca algo más sencilla. A continuación se presenta un caso real que se puede encontrar, con pequeñas variantes, en la práctica diaria. Tanto si se discute un caso cerrado como abierto, se trata de reflexionar sobre posibles soluciones para ver cuáles de ellas se ajusta mejor a la Ética, ya que ésta pierde su interés cuando deja de educar para la acción y se queda en un tratado de buenas intenciones.

En la práctica, se puede utilizar el esquema anterior resumido en seis pasos, tal como se recoge en la tabla 2.

Tabla 2.

Breve esquema para el análisis de dilemas en bioética
1. Detección de problemas.
2. Búsqueda de experiencias semejantes
3. Estudio de las circunstancias.
4. Examen de posibles cursos de la acción.
5. Toma de decisión y justificación
6. Ejecución (dificultades).

7.2 Presentación de un caso práctico

La Sra. F., de 42 años, acude a la consulta del Dr. C solicitando unas recetas, acompañada de su hijo de 11 años. El médico hace las recetas de la madre, pero observa que el chico presenta hematomas en brazos, piernas y mejilla izquierda; además le parece que su talla es inferior a la media para su edad. Pregunta a la Sra. F. cómo se ha hecho esos golpes, a lo que ésta responde que es muy bruto con la bicicleta. Con la excusa de hacerle el reconocimiento correspondiente a su edad, cita al muchacho en consulta programada, pero no acude a la cita. Al examinar su historia comprueba que ha seguido muy irregularmente los controles programados, presentando una curva de crecimiento en el percentil 3. Con anterioridad, la pediatra que lo atendía había sospechado problemas familiares y posibles malos tratos, según una nota presente en la historia, momento a partir del cual los padres no lo habían vuelto a llevar al médico.

Examinemos los datos de este caso, planteando posibles cursos de la acción a seguir, tratando de analizarlos según el esquema adjunto, y tomando una decisión que sea coherente.

1. Detección de problemas:

- Posibilidad de malos tratos.
- En un menor (dependiente de sus padres).
- Sospechados con anterioridad por el pediatra.

2. Búsqueda de experiencias semejantes:

- *Bibliografía*: Es abundante sobre el tema de malos tratos en la infancia y la posibilidad de descartar otras causas de lesión mediante pruebas diagnósticas, pero no ayuda a enfocar de modo práctico este caso.
- *Experiencia práctica*: Es muy difícil confirmar las sospechas en un caso así pero, si se deja pasar, puede perderse de vista al niño y aumentar el maltrato.
- *Legislación*: Ante la sospecha de cualquier delito hay que ponerlo en conocimiento de la autoridad competente. Este deber es más grave en ciertas profesiones como la medicina.
- *Código deontológico*: En su art. 30.2 hace referencia al deber de denunciar los malos tratos conocidos acerca de «cualquier persona, y más aún si es menor o incapacitado, para cuya asistencia ha sido requerido». Aunque el final de esta frase podría dejar dudas (al no haber sido solicitada consulta para el niño), no hay que olvidar que es también su paciente y que, en todo caso, el médico lo es de toda la familia.

3. Estudio de las circunstancias:

- El problema es conocido de modo fortuito, a raíz de una consulta de la madre.
- El médico no conocía al niño con anterioridad.
- La iniciativa del interrogatorio parte del médico, y la madre responde con evasivas.
- La asistencia a consulta programada se supone voluntaria.
- El niño dejó de acudir a consulta de pediatría al querer indagar el problema.
- Todos los miembros de la familia son ahora pacientes del mismo médico.

4. Examen de posibles cursos de la acción:

- *Sujetos*: La intención del médico es recta, al querer investigar una posibilidad de maltrato infantil. No así la de la madre puesto que, aunque pensemos que probablemente sólo pretende encubrir a su marido, no ha tenido en cuenta el bien del niño al no volver a llevarlo a la consulta.
 - El médico es competente para interesarse por su paciente.
 - El niño posee cierta capacidad por su edad, pero en problemas de malos tratos la víctima suele desempeñar un papel pasivo. En un caso así se puede dudar de la capacidad de los padres para hacerse cargo de su hijo, aunque sean legalmente responsables.
- *Actuación específica*. Consideraremos las siguientes posibilidades:
 - A. Anotar la observación hecha en las historias clínicas del niño y de su madre con la contestación dada por ésta, así como la no asistencia a la visita programada, y esperar que acudan espontáneamente a la consulta de demanda.
 - B. Llamar por teléfono a la madre por si había olvidado la cita, dándole otra.
 - C. Hablar con el trabajador social para que se ocupe de seguir este caso.
 - D. Acudir al juzgado y poner los hechos en conocimiento del juez.

Respecto a cada posibilidad se valora (esquemáticamente) si es correcta, es decir, ajustada a la ética, y, en este caso, si es adecuada.

- A. Aunque aparentemente pueda parecer correcta (por reflejarlo en la historia, etc.), pensamos que no lo es, ya que hay motivos claros para sospechar malos tratos y esta actitud, en la práctica, es de inhibición.
 - B. De entrada es correcta, si hay un seguimiento del caso. Puede ser insuficiente en estas circunstancias.
 - C. Es una actitud correcta, si no se abandona el caso. Será más adecuada si el trabajador social tiene referencias de esta familia o puede conseguirlas.
 - D. Puede ser correcta si, en conciencia, la sospecha es muy intensa. Parece inadecuado adoptar, de entrada, esta actitud.
- *Consecuencias*. Mencionaremos algunas de las previsibles:
 - A. Positivas: Se respetan los deseos de los padres.
Negativas: Probablemente el niño continúe recibiendo malos tratos. Puede haber repercusión legal para el médico.
 - B. Positivas: Para todos los que intervienen en el caso.
Negativas: A la vez, la situación es incómoda para los padres y el médico.
 - C. Positivas: Se puede abordar de forma global la situación social y el problema de base (alcoholismo)
Negativas: Se puede prolongar la situación.
 - D. Positivas: Pueden terminar los malos tratos para el niño.
Negativas: Ruptura de la relación clínica. Sufrimiento del niño si es separado de sus padres.

5. Toma de decisión y justificación:

B y C conjuntamente, con seguimiento del caso. De este modo, moviéndonos dentro del marco de referencia:

- Se protegen los derechos del niño (principios de no maleficencia y justicia). Se respetan, mientras no se opongan a los anteriores, los deseos de los padres (autonomía).
- El médico cumple con su deber (principio de beneficencia).

Con esta actuación no se perjudica al niño, se respeta la justicia, y se guarda un equilibrio entre beneficencia y autonomía.

6. Ejecución (dificultades):

- Obstáculos por parte de los padres.
- Dificultad para probar los hechos.
- En conjunto, aparición de problemas muy difíciles de resolver.

NOTAS:

(*) M.^a Nieves Martín Espildora

- (2) *En nuestro país, Diego Gracia observa: «Pobre procedimiento aquél que no esté bien fundamentado, y pobre fundamento el que no dé como resultado un procedimiento ágil y correcto.(...) Nada más útil que una buena fundamentación, y nada más fundamental que un buen procedimiento». En: Gracia D. Procedimientos de decisión en Ética clínica. Madrid: Eudema, 1991; p. 96*
- (3) *Altisent R, Delgado MT, Martín MN. Unidad de Bioética y Atención Primaria. Curso de Metodología práctica del trabajo en Atención Primaria. Universidad de Alicante, 1996*
- (4) *La primera fase de este esquema recoge elementos del planteado en: Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989, pp. 505-506. Ver también: Gracia Guillén, G. Principios y metodología de la bioética. Quadern CAPS 1993; 1: 7-17*
- (5) *Algunos autores norteamericanos identifican beneficencia y paternalismo, oponiéndolo a la autonomía del paciente y prefiriendo ésta en caso de conflicto. En el mismo ámbito Pellegrino y Thomasma comparten el rechazo hacia el paternalismo, que no es sinónimo de beneficencia; ésta debe ir unida a la confianza, sin anular la autonomía del paciente. En: Pellegrino ED. y Thorriasma DC. For the patient's good. New York: Oxford University Press, 1988*
- (6) *Este tema se trata en la segunda parte del artículo: Martín Espildora M.^a N. Aspectos éticos de la Pediatría en Atención Primaria. JANO 1993; 45: 331-350*
- (7) *Puede resultar interesante por sus matizaciones la obra de Gonzalo Herranz: Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Pamplona: Eunsa, 1992.*
- (8) *Doxiadis S. Ethical Issues in Preventive Medicine. NATO ASI Series, 1985*

8. El consentimiento informado*

1. El consentimiento informado como nuevo modelo de relación médico-paciente

Es muy frecuente que los profesionales sanitarios – tanto de Atención primaria como de Atención especializada – entiendan el consentimiento informado desde un punto de vista fundamentalmente legal, como un elemento de la denominada «medicina defensiva». Y es cierto que los componentes legales del consentimiento informado son ya muy relevantes, tanto en el plano legislativo como en el jurisprudencial. Entre los profesionales de Atención primaria es además muy generalizada la opinión de que el consentimiento informado es una cuestión típica, propia y exclusiva del ejercicio hospitalario. Tal confusión suele tener su origen en la desafortunada identificación del consentimiento informado con los formularios escritos, con los papeles, con las firmas, cuyo uso suele estar limitado a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos de uso casi exclusivamente hospitalario.

Ambas percepciones de lo que sea el consentimiento informado son profundamente erróneas. Lo cierto es que el consentimiento informado es mucho más que un mero requisito legal, que es una cuestión directamente relacionada con la Medicina de Familia, y que los formularios escritos también tienen sentido en la Atención Primaria si se sabe utilizarlos. Por decirlo aún con mayor claridad: el consentimiento informado constituye, de hecho, la columna vertebral del comportamiento ético de todo profesional de Atención primaria, incluso con mayor radicalidad aún que en el caso de un profesional hospitalario. El consentimiento informado no es pues una cuestión potestativa, sino un derecho del enfermo, y por tanto una obligación ético – jurídica central en la definición de la Medicina como profesión y un parámetro fundamental de medida de la calidad asistencial.

En realidad el consentimiento informado constituye el núcleo de todo un nuevo modelo de la relación médico – enfermo que implica un profundo cambio de actitudes (morales) en los profesionales sanitarios. Este nuevo modelo viene a sustituir al que tradicionalmente ha dominado la práctica médica: el modelo paternalista en el que el enfermo era un minusválido físico, psíquico y moral, incapaz de tomar decisiones por sí mismo, y donde el médico actuaba como hace un padre con sus hijos, decidiendo en su lugar lo que entiende que es lo mejor para ellos. El modelo de relación médico enfermo que propone el consentimiento informado es sin embargo bien diferente. Parte de la convicción de que, mientras no se demuestre lo contrario, las personas son seres racionales autónomos, capaces de tomar decisiones en todo lo relativo a su salud y su enfermedad, a su vida y a su muerte. Y puesto que son capaces, son ellos quienes tienen que hacerlo, y no el médico en su lugar. La tarea del profesional es en este modelo muy distinta a la del anterior: su obligación moral no es ahora procurar el mayor beneficio posible tal y como el médico lo entiende independientemente de lo que opine el paciente, sino ayudar al paciente a descubrir y decidir qué es lo que le parece lo más beneficioso para sí mismo. Esto es, el profesional ofrece ahora al paciente un punto de partida: lo que desde su perspectiva como profesional de la salud con sus conocimientos y experiencia, estima que es la decisión clínica más acertada. A partir de ahí se inicia un proceso dialógico, donde el intercambio mutuo de información es un aspecto decisivo, que culmina cuando el paciente autónomamente decide qué opción diagnóstica o terapéutica acepta y cuál rechaza. El único límite inicial a la decisión personal del

paciente viene dado por aquello que la sociedad en conjunto haya definido como dañino o maleficente (lo médicamente contraindicado) o injusto (lo económicamente no equitativo), acciones tales que un profesional no puede realizar aunque sean solicitadas autónomamente por el paciente. Por ejemplo, un profesional no puede acceder a la no rara insistencia de un paciente con una migraña común de que se le realice un TAC, porque ello supone una gestión deficiente de los recursos y es injusto, y ello por más que el paciente la solicite autónomamente.

La idea de «proceso» es crucial en la teoría del consentimiento informado porque aporta una idea dinámica, histórica, al concepto de consentimiento informado. Se opone pues a la idea de «acto», hecho aislado, que es la noción que habitualmente se tiene del consentimiento informado, ejemplificada por la lectura y firma ritualizada de un frío formulario escrito. Frente a esta simplificación el proceso de consentimiento informado es la historia de una relación, una historia que puede narrarse, leerse a través de la historia clínica. Y una de las peculiaridades del consentimiento informado en Atención primaria, es que resulta una historia siempre abierta, un proceso continuo y continuado, aunque construido a través del acumulo de las pequeñas porciones de tiempo que aporta cada visita, y de la suma del conjunto de las decisiones concretas que hay que realizar en cada momento. Esta narración viva permite construir un contexto de sentido que vaya concretando la autonomía del enfermo y la beneficencia del profesional, cosa que en la Atención especializada, con un tiempo total de relación más recortado – aunque a menudo vitalmente más impactante – resulta más difícil de perfilar.

2. Los elementos fundamentales del consentimiento informado

Estos elementos se agrupan en tres grandes apartados: elementos normativos, excepciones y herramientas de aplicación práctica.

2.1. Los elementos **normativos** comprenden:

- a. Un *proceso* continuo, dialógico (hablado), que en ocasiones requiere apoyo escrito, y que tiene que ser registrado de manera adecuada. En este sentido el médico de Atención primaria debería acostumbrarse a incluir en su historia el reflejo de los acontecimientos que componen el proceso de información y consentimiento igual que anota el motivo de consulta, la exploración o el plan terapéutico.
- b. *Voluntariedad*, esto es, un proceso no coaccionado y no manipulado. La coacción se puede ejercer de muchas maneras, si bien es cierto que en el ámbito de la Atención primaria es más difícil que en la hospitalaria, en la que, por ejemplo, la amenaza del alta voluntaria puede ser un procedimiento coactivo. Pero sí se puede manipular a los pacientes, y con bastante facilidad. Por ejemplo presentando la información de tal manera que se precipite la decisión que el profesional estime como más deseable por el motivo que sea. Un ejemplo paradigmático de esto es la información presentada en forma de porcentajes probabilísticos. Por ejemplo, si sólo se dice a una paciente seropositiva embarazada que de cada 100 niños de madres seropositivas que nacen, hasta 30 tendrán la enfermedad, posiblemente se esté condicionando a la mujer a favor del aborto, una decisión siempre trágica se mire como se mire. Pero si sólo se le dice que de cada 100 niños de madres seropositivos que nacen, hasta 70 estarán sanos, se la estará probablemente induciendo a minimizar un riesgo de contagio de su hijo que es muy real. Ambas informaciones

son sin embargo ciertas, y precisamente por eso ambas deben de ser expuestas simultáneamente si se desea que la mujer decida en libertad. Lo contrario sería manipularla.

- c. *Información suficiente.* En general todo el mundo acepta que hay que explicar al paciente la naturaleza y objetivos del procedimiento, sus riesgos y efectos secundarios posibles, y las alternativas que existen, con sus *pros y contras* respectivos. Donde más conflicto ha existido siempre es en la extensión con la que hay que detallar los riesgos y efectos secundarios. Es ya muy sabido que la teoría judicial norteamericana ha usado tres criterios: el del *médico razonable*, el de la *persona razonable* y el *subjetivo*¹. De los tres, el que sigue siendo más influyente en EE.UU, es el primero, a pesar de haber sido muy criticado. En nuestro país, desde el punto de vista legal no existe claridad en la materia. Se habla con frecuencia del criterio del riesgo típico, que dice que hay que informar de los riesgos típicos, esto es, de los muy frecuentes y de los muy graves. Sin embargo, desde el punto de vista ético, puestos ya en una forma de entender el consentimiento informado como un proceso abierto, parece lógico que la información que haya que dar tiene que ser la que el paciente subjetivamente necesite para poder tomar una decisión. Evidentemente las posibilidades reales de realizar procesos de consentimiento informado en la consulta de Atención primaria depende de la realidad de la demanda asistencial diaria que viva cada médico. No se pueden pedir milagros, pero en cualquier caso el médico tiene la obligación moral y legal de realizar dichos procesos en la medida de lo posible, como todas las demás actividades preventivas, educativas o de control que se realizan en una Atención primaria de calidad. En volúmenes de demanda diaria de tipo medio o bajo los procesos de consentimiento informado deberían ser una práctica rutinaria, adaptada a cada caso. Obviamente en función del tipo de decisión clínica que deba de tomarse, el profesional puede precisar más tiempo. En tales casos la salida es volver a citar al enfermo de forma programada y disponer así de tiempo suficiente para la comunicación y la toma de decisiones.
- d. *Información comprensible*, adaptada a las peculiaridades socioculturales del paciente. Esto es muy importante porque los médicos se deslizan con gran frecuencia hacia el uso de un lenguaje altamente tecnificado; también los médicos de familia. El uso correcto del lenguaje verbal, no verbal y del lenguaje escrito constituye por tanto una habilidad éticamente irrenunciable para el proceso de consentimiento informado.
- e. *Competencia* (capacidad) por parte del paciente para comprender la información, evaluarla y comunicar su decisión. No nos detendremos mucho en esta cuestión, a pesar de ser un elemento fundamental, pues es de una gran complejidad. Baste con decir que en nuestro país todavía tenemos que clarificarnos acerca de los criterios, estándares y protocolos de evaluación de la capacidad. En cualquier caso, cuando un paciente que llega a la consulta es claramente incapaz – lo cual puede tener repercusiones legales muy importantes – son otros los que tienen que tomar decisiones en su lugar, con lo que se inaugura el complejísimo campo de la ética de las decisiones de representación, que no se abordará ahora aquí.
- f. Finalmente el paciente toma una *decisión*, que es de aceptación o rechazo de la medida diagnóstica o terapéutica propuesta por el profesional, y que con frecuencia

es el punto de comienzo de un nuevo proceso de toma de decisiones. Los sanitarios toleran mal las decisiones de rechazo de los pacientes. Pero lo cierto es que si esa decisión cumple todos los requisitos anteriormente señalados debe de ser respetada. Tampoco la decisión de rechazo debe de conllevar el abandono del paciente, sino reiniciar el proceso de información y consentimiento para buscar la decisión más aceptable para ambos. Si la decisión adoptada por el paciente es en conciencia inaceptable para el médico, entonces éste tiene la obligación de dirigir al paciente a otro médico con el que pueda proseguir el proceso de atención.

2.2. Las **excepciones** clásicas a la teoría del consentimiento señalan aquellas situaciones en las que se considera justificada la no obtención del consentimiento informado en un caso determinado. El sanitario que quiera apelar a ellas carga con la prueba de demostrar fehacientemente que su aplicación constituye el «mal menor» desde el punto de vista moral. Son las seis siguientes:

- a. Urgencia vital que requiere actuación profesional inmediata y no existe tiempo o posibilidad de comunicarse con el paciente;
- b. Incompetencia del paciente, lo que obliga a que el proceso de consentimiento informado se realice con sus representantes;
- c. Grave riesgo para la salud pública, lo que puede incluso legitimar actuaciones sanitarias coactivas, aunque no corresponde al médico adoptarlas por su cuenta;
- d. Imperativo legal o judicial;
- e. Renuncia expresa, voluntaria e informada, a recibir información o a tomar decisiones, delegando tales funciones en el sanitario; aunque el paciente es el que tiene finalmente que consentir o no al procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- f. «Privilegio terapéutico»: Aquella situación en la que el médico le oculta información al paciente o no le pide su consentimiento para una actuación diagnóstica o terapéutica porque estima que ello le produciría al enfermo un daño psicológico grave.

2.3. Las herramientas de aplicación práctica que permiten realizar un proceso de consentimiento informado son fundamentalmente tres:

- a. Las *técnicas de entrevista clínica y relación de ayuda*, que permiten estructurar el encuentro médico – paciente de una forma metodológicamente adecuada.
- b. Los *protocolos de evaluación de la competencia o capacidad*, que nos permiten saber cuándo un paciente no está en condiciones de tomar decisiones y son por tanto otros los que deben hacerlo en su lugar.
- c. *Los formularios escritos de consentimiento informado*, que sirven para apoyar el proceso oral – si están bien diseñados-, para registrarlo y monitorizarlo y, por último, para probar legalmente que se dió información y se obtuvo el consentimiento. Como se decía al principio, la Atención primaria no es necesariamente ajena al empleo de formularios escritos. De hecho puede tener contacto con los formularios escritos de consentimiento informado por tres vías distintas.
 - Una porque los pacientes lleguen a la consulta para que se les explique el contenido un formulario escrito que el especialista del ambulatorio a quien habían sido derivados, les ha ordenado, sin dar más explicaciones, que traigan firmado cuando vuelvan para hacer la prueba o intervención en

cuestión. En esta circunstancia el contacto del médico de primaria con el formulario obedece a un mal uso del formulario por parte del especialista, que ha pervertido totalmente su sentido. Ello no quiere decir que aquel pueda obviar su responsabilidad moral, que consiste, por un lado, en ayudar al paciente a comprender el sentido de lo escrito, y por otro, en señalar al especialista lo inadecuado de tal actitud poniendo en marcha para ello los procedimientos que se estimen oportunos.

- La segunda consiste en que los equipos de atención primaria y los especialistas ambulatorios consensúen algunos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren formularios escritos y decidan un procedimiento de uso del formulario. Tal uso podría consistir por ejemplo en que, ante la oferta de indicación de una prueba de ese tipo, el médico de familia debe de facilitar al paciente la lectura y discusión del formulario, hasta que todo se comprenda adecuadamente y se tome una decisión final. Una vez hecho esto el paciente será derivado al especialista que tenga que efectuar la prueba o intervención, quien volverá a revisar con el paciente la información y obtendrá finalmente su consentimiento, firmando ambos el formulario.
- La tercera vía es mediante la puesta en marcha de formularios escritos para su uso en determinadas procedimientos de uso directo en Atención primaria. Por ejemplo, el test del VIH².

NOTAS:

(*) Pablo Simón Lorda

- (1) Simón Lorda P, Concheiro Carro L – El consentimiento informado: Teoría y Práctica. (I y II). *Med Clin (Barc)* 1992; 100: 659-663; 101:174-182.
- (2) Sobre el test de VIH ya hemos propuesto un modelo de formulario en otro lugar. Cif. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. *Bioética, información e infección por VIH Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1994; 1(5):299-309.

9. Confidencialidad y secreto médico*

En términos generales, el principio de la CONFIDENCIALIDAD hace referencia al derecho del paciente, y al deber que tiene el médico, de guardar silencio sobre todo aquello que conozca en el ejercicio de su profesión.

Este deber obliga al médico y a toda persona que, por su profesión (enfermeras, auxiliares, estudiantes, administrativos, celadores...) o situación personal (cónyuges, hijos etc.), tengan conocimiento de materias objeto de secreto, siendo responsabilidad del médico que atiende al paciente que estas personas conozcan y cumplan su deber¹.

La evolución histórica de la relación médico-enfermo hasta la actual relación equipo de profesionales de la salud-individuo que solicita un servicio, ha influido, de algún manera, en el alcance y contenido del término confidencialidad. En las instituciones sanitarias a la historia clínica de un paciente tienen acceso muchos profesionales que, con rectitud de intención, eso en principio no se duda, pueden llegar a conocer muchos datos pertenecientes a la esfera más íntima de la persona. Esta tiene el derecho de saber quién y qué datos sobre sí misma son conocidos e, igualmente, el derecho a que estos sean respetados². Una más de las instituciones sanitarias en las que un individuo es atendido por un equipo multidisciplinar es el Centro de Salud³.

Marco legal de referencia

El secreto profesional, y el médico en particular, está legislado tanto civil⁴ como penalmente⁵. La Ley también especifica los casos en los que debe revelarse el secreto profesional⁶ y las penas derivadas de no hacerlo⁷.

Marco deontológico de referencia

Desde el Juramento Hipocrático hasta nuestros días todos los códigos deontológicos han recogido el secreto médico como un deber de primer orden en el ejercicio de la medicina⁸. El CODIGO DE ETICA Y DEONTOLOGIA MEDICA⁹, constituye la regulación más detallada y precisa del secreto médico en nuestro país. Dedicó todo un capítulo, el IV, al secreto médico, refiriéndose a él, además, en otros artículos.

Marco ético de referencia

De todo lo anterior podemos concluir que, en general, se acepta que el secreto médico es una obligación inquebrantable, excepto en determinadas situaciones que lo limitan como derecho de la persona:

1. Cuando hay consentimiento por parte del paciente
2. Cuando revelarlo suponga un bien para el enfermo
3. Cuando sea imprescindible para la protección de terceras personas
4. Por imperativo legal

No obstante, siguen planteándose dilemas éticos, respecto al segundo y tercer puntos fundamentalmente (conflictos de jerarquización entre principios éticos)¹⁰, y respecto al cuarto punto en lo referente a cuánta información sobre un paciente debe darse al ser requerida por la autoridad competente.

Como vemos el dilema se plantea una vez más al tener que establecer una jerarquía entre los cuatro principios clásicos: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia. En este sentido, resulta siempre útil la aplicación de un método adecuado de análisis de casos, que considere, además de estos principios, las circunstancias concretas de cada situación, las consecuencias de los posibles cursos de acción y los problemas derivados de su ejecución.

En general, la posibilidad bien fundada de que se perjudique seriamente a terceras personas concretas (no a terceros en general), constituye la justificación ética más importante para divulgar información confidencial¹¹. En muchos casos la persona que se beneficiará o resultará protegida si se divulga la información es un miembro de la familia (probablemente también paciente del mismo médico de APS al que se le plantea el dilema). Sin embargo, cualquier intento de conseguir el objetivo buscado sin divulgar información confidencial debe ser considerado éticamente correcto. Utilizaremos tres ejemplos tomados de la literatura¹² para apoyar lo expuesto:

- Caso I: Un hombre de 46 años, que corre un riesgo inminente de infarto de miocardio le pide a su médico de cabecera que no le diga nada a su esposa.
- Caso II: Un hombre de 32 años al que se le diagnostica Corea de Huntington pide al médico que no informe a su esposa al respecto. El médico sabe que la esposa quiere tener hijos.
- Caso III: Un hombre de 43 años ha de ser tratado de gonorrea 10 días después de volver de un viaje de negocios. El paciente insiste en que no se informe a su mujer.

El Caso I no sería un ejemplo de revelación justificada del secreto médico salvo en circunstancias insólitas. El Caso II presenta una «mayor justificación»; respecto al caso III contaría con la mejor justificación, siempre que se haya intentado solucionar el problema sin revelar datos confidenciales, sin éxito.

Para terminar expondremos algunas situaciones concretas que plantean dilemas éticos respecto a cuestiones de confidencialidad en APS:

Actuaciones imprudentes debidas al desconocimiento de las normas legales y deontológicas por parte de los diferentes miembros del equipo.

Los diferentes estamentos sanitarios reciben formación sobre Ética y Deontología profesional durante la educación pregrado. No suele incluirse formación explícita sobre responsabilidad sanitaria y normativa legal durante la carrera. Por otra parte, el personal no sanitario que forma parte de los equipos de APS puede no estar al corriente de su deber de sigilo. Además hay que recordar que desde el pasado 24 de mayo la revelación del secreto profesional constituye un delito penado por la ley. En este sentido, la práctica, no excepcional, de hacer comentarios sobre las personas atendidas en consulta y sus circunstancias, en áreas abiertas al público de los Centros Sanitarios, o celebrar sesiones clínicas en las salas de café, donde tiene acceso personal no sanitario, probablemente no conocedor del deber de discreción, constituyen comportamientos poco recomendables, que pueden acarrear consecuencias graves.

Historia clínica y confidencialidad en su elaboración, acceso, conservación, informatización y reclamaciones judiciales¹³.

Desde un punto de vista médico y legal, la historia clínica tiene como sujeto al paciente y se elabora en beneficio suyo. Es el resultado de la actuación del o de los profesionales que ponen sus conocimientos al servicio del enfermo; de éste, que proporciona su persona y su información, y de la institución sanitaria, que proporciona el marco físico y los medios necesarios para la atención. A efectos éticos y jurídicos el paciente tiene derecho a acceder a su historia y a que ésta se custodie debidamente, garantizando su intimidad. Igualmente el médico está obligado «a solicitud y en beneficio del enfermo» a proporcionar a otros colegas los datos necesarios para el diagnóstico y seguimiento. En este mismo sentido, aunque en distinto plano, habría que considerar con delicadeza la elaboración de informes a los servicios de inspección del INSALUD cuando nos demandan sobre la situación clínica y la capacidad laboral de los pacientes.

En cuanto a la informatización de datos de la historia clínica ningún médico debería participar en la creación ni el mantenimiento de sistemas de elaboración, archivo o informatización de datos clínicos sin la garantía de que se respetará el derecho del paciente a la intimidad, exponiéndose en caso contrario a posibles reclamaciones, extensivas a la Dirección del Centro, como responsable último de su correcto funcionamiento¹⁴. Algunos autores se plantean la duda de si el acceso rápido y sencillo a los datos médicos de una persona, mejora realmente su atención sanitaria o meramente «agiliza el papeleo», conllevando, eso sí, un riesgo importante de comprometer la esfera privada de los pacientes¹⁵.

Respecto a los problemas procesales de la historia clínica el profesional debería ser prudente y no suministrar más datos que los estrictamente relacionados con el litigio, manteniendo confidencial el resto de la historia clínica del paciente, pudiendo atenerse al artículo 445 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal si los datos solicitados son manifiestamente inconducentes para la comprobación de los hechos objeto de sumario.

Atención a pacientes adolescentes que reclaman su derecho a la intimidad¹⁶.

Surge el conflicto cuando un adolescente que vive en casa de sus padres (habitualmente también atendidos por el mismo médico de cabecera) presenta una problema de salud y se niega a que éstos sean informados. A la hora de tomar una decisión habría que considerar, entre otras circunstancias, que el adolescente es una persona, con todas sus consecuencias éticas y legales, su nivel de madurez y el hecho de que violar la confidencialidad puede constituir una barrera para que acceda a la debida atención sanitaria, en ésta y en futuras ocasiones.

Seropositividad VIH y confidencialidad¹⁷.

El dilema surge cuando un paciente VIH positivo se niega a advertir del peligro de infección a las parejas identificables que ha tenido o tiene y que no sospechan esa posibilidad. Respecto a la pareja actual lo importante sería la posibilidad de prevenir el contagio, y, de haberse producido éste, iniciar el abordaje terapéutico lo antes posible. En estos casos, el profesional tiene el «privilegio de revelar» – dada la posibilidad bien fundada de que resulten perjudicadas seriamente personas concretas –, no una imposición legal de alertar.

NOTAS:

(*) M.^a Teresa Delgado

- (1) *Para más información sobre las causas, objeto, extensión y fundamentos del secreto médico es interesante el capítulo de Gisbert Calabuig J. El Secreto Médico. En: Polaino Lorente A. Manual de Bioética General. Madrid: RIALP, 1994: 298-310.*
- (2) *Dentro de los derechos fundamentales de todas las personas, también de las que son atendidas en centros sanitarios está el derecho a la intimidad, que supone la posibilidad de saber qué datos sobre uno mismo, quién y a quién pueden ser desvelados, incluyendo familiares, amigos y personal sanitario y parasanitario. Algunas Cartas de Derechos del Paciente elaboradas por escrito y suministradas en centros hospitalarios extranjeros recogen explícitamente este derecho. No acostumbra a ser el caso en España, aunque si que se considera de forma implícita en la normativa administrativa y legal, fundamentada en disposiciones deontológicas. Para más información es interesante la ponencia de los profesores Moya Pueyo V, Abenza Rojo J, Ladrón de Guevara L. Los Derechos del Enfermo. Libro de ponencias de las XI Jornadas Médico-Forenses Españolas. Badajoz, nov. 1983*
- (3) *La Atención Primaria de Salud (APS) constituye un ámbito de trabajo con personalidad propia. Los profesionales de APS nos preocupamos de la salud de las personas ya antes de que se encuentren enfermas (en este sentido el registro de hábitos y estilos de vida puede ser imprescindible), si bien los cuidados al enfermo crónico y al paciente en situación terminal recaen igualmente bajo nuestra responsabilidad. Tampoco debemos olvidar la dimensión comunitaria de nuestra actividad. Por otra parte, se ofrece una atención integral e integradora. Las personas que acuden a la consulta viven en su familia, con sus condiciones socioeconómicas y relatan vicisitudes y conflictos a la largo de sus múltiples visitas en el tiempo. Precisamente este tipo de relación prolongada en el tiempo constituye uno de los elementos específicos de la relación médico de cabecera-individuo, permitiendo el manejo de los valores, más importantes que los hechos a la hora de tomar decisiones. Estas características distintivas de la APS van a determinar algunas de las situaciones conflictivas que se plantean respecto al secreto médico. Por esta razón se ha propuesto la formación de un grupo de trabajo sobre cuestiones de confidencialidad en APS.*
- (4) *Constitución Española de 1978: art: 18, 20 y 36.
Ley Organica de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, de 5 de mayo de 1982.
Ley General de Sanidad de 1986: art: 10.3 y 61.
Normativas especiales:
RD 426/80 sobre Extracción y Transplante de órganos.
RD 1910/84 sobre receta médica.
Ley 35/88 sobre Técnicas de Reproducción Asistida.
RD 944/78 sobre Ensayos Clínicos.
Ley 5/1992 sobre regulación del tratamiento informatizado de los datos de carácter personal.
Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social.*
- (5) *Nuevo Código Penal: Título X, Capítulo primero: Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio. En concreto el Artículo 199 punto 2 regula el secreto profesional.*
- (6)
 - a. *DERECHO PENAL: *Artículos 259, 262, 410, 417, 421 y 445 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.*
 - b. *ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA: Anexo de la Resolución de la Dirección de Salud Pública de 22 de diciembre de 1981.*
- (7) *Artículo 716 de la LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL
Artículos 326 a 332 y 576 del CODIGO PENAL Para más información acudir a los textos legales y/o a los artículos:
García Miró F. Legislación y secreto médico. JANO 1992, 43: 1567-1570
Secreto en la esfera médica. En: García Macho R. Secreto Profesional y libertad de expresión del funcionario. Valencia: Tirant lo Blanch 1994:94-123*
- (8) *En el artículo de Gutiérrez Maldonado J. La deontología. JANO 1992; 43: 1573-1577, se recogen y comentan los diferentes Códigos Deontológicos, en lo referente al secreto médico.*
- (9) *Presentación del nuevo Código de Ética y Deontología Médica. JANO 1990, 38:2020-2028. Herranz G. Comentarios al código de ética y deontología médicas. Pamplona: Eunsa 1993.*
- (10) *Ante estos dilemas, la fórmula propuesta por el profesor Gisbert Calabuig es la derivada de la respuesta a dos preguntas: 1ª. Al revelar el secreto, ¿beneficio al paciente?. Una respuesta positiva podría justificar desvelar datos confidenciales, respetando en lo posible la autonomía del paciente. 2ª. Al revelar el secreto, ¿hay un beneficio social cierto?. Si el beneficio es cierto y no sólo probable, el principio de justicia justificaría revelar el secreto.*
- (11) *Bioética. Bol of Sanit Panam 1990; 108(5-6):605.*
- (12) *Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics. NY: MacMillan, 1986*
- (13) *Muy interesantes al respecto las aportaciones de D^a María Castellano Arroyo en la sección Comisión Deontológica de la revista Aragón Médico, marzo 1996:26-29.*

- (14) *Pérez I/icante A, Bueso Magriña C, Jabbour Neemi SH. El secreto profesional y la informática. JANO 1992;43:1561-1564.*
- (15) *Confidentiality of information on NHS network must be addressed. BMJ 1996;312:579 (editorial).*
- (16) *Aporta consideraciones interesantes el artículo: Silber TJ. Consideraciones éticas en el tratamiento médico del paciente adolescente. JANO 1989; 37:839-840.*
- (17) *Existe mucha bibliografía al respecto. En castellano son interesantes, entre otros, los artículos: Gracia D. Los médicos y el SIDA. Problemas éticos de la asistencia médica a enfermos de SIDA. JANO 1989;36:2261-2266. Bayer R, Gostin L. Aspectos legales y éticos relativos al SIDA. Bol of Sanit Panam 7990;708(5-6):473-488. Castillo García A. El secreto médico. Cuadernos de Bioética 1996;2:202-209.*

semFYC

Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

Secretaría

Portaferrissa, 8 pral.

Tel.: 93 317 03 33 - Fax: 93 317 77 72

www.semfy.com

e-mail: semfy@semfy.com

08002 BARCELONA