



- I. INTRODUCCIÓN**
- II. OBJETIVOS DE LA UNIDAD**
- III. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, UN ÁMBITO CON PROPIA PERSONALIDAD**
- IV. UNA BIOÉTICA PARA LAS CUESTIONES COTIDIANAS**
- V. CLARIFICANDO LOS CONCEPTOS**
- VI. LAS RAÍCES Y LOS INICIOS DE LA BIOÉTICA**
- VII. FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DE LA BIOÉTICA**
- VIII. ¿QUÉ PUEDE ESPERAR DE LA BIOÉTICA UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SU CONSULTA?**
- IX. LA ACTITUD ÉTICA EN EL MODO DE ENTENDER LA MEDICINA DE FAMILIA**
- X. EL CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA**
- XI. ALGUNAS CUESTIONES PRINCIPALES DE ÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA**
  - 1. ACTITUD ANTE LA MEDICINA PREVENTIVA
  - 2. LA INFORMACIÓN AL PACIENTE
  - 3. CONFIDENCIALIDAD
  - 4. CONOCER A LA FAMILIA Y LA RELACIÓN CON FAMILIARES
  - 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

**RESUMEN**

**CITAS BIBLIOGRÁFICAS**

**BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA**



## INTRODUCCIÓN

La sociedad occidental ha vibrado con el progreso científico. El alcance de los avances de la medicina hacía necesario poner al día la ética aplicada y la bioética ha recibido este encargo. Laín Entralgo habló de la doble faz de la ciencia: una que promete y otra que amenaza. Desde que se inventó el hacha de sílex siempre el hombre ha debido hacer menos de lo que técnicamente le era posible. A la bioética se le encarga poner brújulas en los bolsillos de los investigadores para que no dejen de trabajar al servicio de la humanidad: ingeniería genética, fecundación asistida, energía nuclear, células madre, etc.

En el contexto de la alta tecnología los problemas afectan a pocas personas pero con gran dramatismo, como ocurre cuando, por ejemplo se está en la línea del comienzo o del final de vida. Pero nos queda la medicina cotidiana, la que no tiene aspiraciones a salir en el telediario, la que tiene que ver con el denominador de las estadísticas: nos situamos en el primer nivel de la asistencia sanitaria, donde hay sanos y enfermos, donde la medicina puede ser preventiva, curativa o paliativa, donde la médula es la relación clínica.

Se suelen definir tres factores históricos decisivos para la consolidación de la bioética: a) los avances científico-técnicos de la biomedicina, b) la conciencia y el desarrollo de los derechos del paciente, y c) la organización sanitaria con sus nuevos modelos sociales. De manera esquemática pero pedagógica se puede decir que cada uno de ellos se corresponde con los principios que la bioética ha popularizado: a) los avances científico-técnicos con los principios de beneficencia y no-maleficencia; b) los derechos del paciente con el principio de autonomía; b) la organización sanitaria con el principio de justicia, entendido como equidad.

La bioética como disciplina interdisciplinar está dedicada al análisis filosófico de las cuestiones morales que suscita el desarrollo de las ciencias biológicas. Este amplio campo de estudio necesita ir en coalición con la Deontología médica con toda su tradición de sabiduría moral. La profesión médica tiene un cuerpo de doctrina deontológica que ha de ser conocido y estudiado. Es necesario recuperar los ideales que recoge el Código de Ética y Deontología. Tal como afirma Gonzalo Herranz esto ayudaría a los médicos a crecer profesional y humanamente, y a tratar a nuestros pacientes con más compasión y respeto. Estudiar la ética médica es un ejercicio de humildad intelectual que conviene tanto a médicos jóvenes como a los veteranos, y que tiene un saludable efecto preventivo sobre algunos errores prácticos.

La relación de la deontología con la bioética puede ser un tema de discusión en ambientes especializados, pero al médico que no aspira a ser un experto en la materia le interesan más la aplicación práctica que las disquisiciones teóricas. La tendencia de la docencia en el campo de la ética médica es la de integrar los contenidos de la tradición deontológica clásica con los principios y metodología propios de la moderna bioética. En cualquier caso, se puede decir que la bioética, en la terminología al uso, se ha hecho dominante y está englobando contenidos que en sentido estricto pueden ser deontología médica o de enfermería. Aunque es evidente también que la bioética como ética filosófica aplicada a la biología y las ciencias de la salud, tiene un enfoque interdisciplinar, y por tanto un campo de estudio más amplio que el estrictamente médico.

La atención primaria necesita la ayuda de esta disciplina que se ha dado en llamar bioética para garantizar un nivel de calidad excelente. Pero la bioética también necesita, para su completo desarrollo, reconocer en la medicina de familia y su entorno un campo de aplicación del máximo nivel.



## OBJETIVOS DE LA UNIDAD

El objetivo general de éste módulo docente es familiarizar al alumno con la teoría y la práctica de la ética aplicada en el contexto asistencial de la medicina de familia, con los siguientes objetivos específicos:

- a) Desarrollar intuición para reconocer los problemas éticos que se le presentan al médico de atención primaria en su práctica clínica.
- b) Adquirir método para razonar y argumentar ante la toma de decisiones cuando se presentan problemas éticos en el ejercicio profesional.
- c) Motivar para el estudio y la reflexión de las cuestiones éticas a partir de principios éticos fundamentales, del Código de Ética y Deontología Médica y de otros textos normativos.



## ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, UN ÁMBITO CON PROPIA PERSONALIDAD

En los sistemas nacionales de salud la Atención Primaria de Salud (APS) ha ido creciendo en protagonismo, tanto en los países avanzados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. La APS se ha definido como un espacio asistencial característico, el más próximo al ciudadano, donde se ofrece una visión de la sanidad centrada en la salud, ya antes de que la persona se encuentre enferma, lo cual supone incorporar la promoción y la prevención de la salud al tradicional planteamiento de la medicina curativa. Por otro lado, ya está fuera de discusión que la APS es el lugar natural para atender al enfermo crónico y al que se encuentra en una fase incurable o terminal de la enfermedad. Todo ello se contempla en España en un modelo que gira en torno al equipo de atención primaria, donde las tareas asistenciales se desarrollan de modo que la actividad del médico de familia se integra con el personal de enfermería y otros trabajadores de la salud, con un enfoque interdisciplinar y coordinado con los demás niveles asistenciales del sistema.

En síntesis, se puede afirmar que desde la teoría, pero todavía más en la práctica, los profesionales que trabajan en la primera línea de la asistencia sanitaria tienen un modo propio de ver la salud y la enfermedad, con unas señas de identidad que les diferencian de otras especialidades, lo cual tiene significativas consecuencias. Esto quiere decir, por ejemplo, que ya no se puede ser médico de cabecera por defecto, es decir, porque no se ha hecho una especialidad como podía ocurrir hace unas décadas. El médico de APS tiene actualmente un campo propio de asistencia, de investigación y de docencia que le confiere el rango que pueda tener cualquier otra especialidad, adoptando en nuestro país la denominación oficial de médico de familia. Pero todavía más importante, y éste es precisamente el objetivo de la presente unidad, es tener presente que la actividad profesional en APS tiene un perfil propio de responsabilidad y de compromiso moral con las personas que reciben la atención a su salud en el nivel primario. En otras palabras: está plenamente justificado el desarrollo de una bioética con personalidad propia en el ámbito de la APS.



## UNA BIOÉTICA PARA LAS CUESTIONES COTIDIANAS

Desde hace ya unos años la bioética se ha incorporado al acervo cultural del ciudadano medio y por supuesto del médico, pero generalmente en relación con situaciones dramáticas que aparecen los medios de comunicación, envueltas en un clima de polémica social. Se debate quién será la madre de un embrión congelado que dio a luz una madre de alquiler; se discute en qué circunstancias se puede desconectar una respiración asistida, o quién tiene prioridad entre varios candidatos ante un único órgano disponible para el trasplante.

En la práctica diaria del médico de familia se suceden, sin embargo, situaciones sencillas y cotidianas en las que, como decía Laín Entralgo, también entra en juego la decisión ética. Toda una serie de pequeños acontecimientos y actuaciones que no llegarán a ocupar las páginas de un periódico, pero que se encuentran cargadas de altas dosis de sentido ético. Algunos ejemplos pueden servir para entrar en materia:

### *Caso A.*

Al recomendar una dieta baja en grasas a un paciente con dislipemia, éste nos manifiesta que no piensa seguir nuestro consejo, solicitándonos directamente la prescripción de un determinado hipolipemiente de última generación. ¿Debemos acceder a esta petición?

### *Caso B.*

Un equipo de atención primaria (EAP) recibe directrices organizativas desde la gerencia que dificultan seriamente la realización de consultas programadas en varios cupos, que deben compartir espacios físicos con horarios que se superponen en la práctica. ¿Cuál debe ser la respuesta?

Intuitivamente podríamos buscar diferentes alternativas ante estas cuestiones éticas y probablemente encontraríamos conductas profesionales que siendo intachables desde el punto de vista legal serían criticables desde una valoración ética mínimamente exigente. Pensemos en el Caso A, si el médico accediera directamente a prescribir el hipolipemiente, o en el Caso B si en el EAP se aceptara sin más la imposición de reducir la actividad asistencial a unas consultas de demanda de alta velocidad ("esto es lo que hay"). Es evidente que no se podría recriminar nada desde el punto de vista legal a estos médicos, pero un análisis sensato de ambas conductas profesionales nos llevaría a un diagnóstico de escasa calidad ética y deontológica. Estudiar por qué esto es así requiere argumentar y dar razones de peso capaces de rebatir una posición contraria, de tal modo que no es suficiente decir "yo actúo así porque estas son mis ideas y punto". Precisamente este análisis constituye la tarea propia de la bioética como disciplina académica. No es difícil entender, por tanto, que si ésta es la labor de la bioética, tan necesaria va a ser para el estudio de una cuestión relativa a la investigación del genoma como para analizar un asunto que afecta a la APS como podría ser la confidencialidad en el manejo de la documentación clínica en un centro de salud.



## CLARIFICANDO LOS CONCEPTOS

El término "ética" procede de la palabra griega "éthos" 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, también denominada Filosofía Moral, es la disciplina que estudia la moralidad de los comportamientos libres. Se trata de buscar un razonamiento sistemático sobre cómo debemos vivir y por qué. Se pretende dar razones y respuestas del por qué una acción es buena o mala, correcta o incorrecta. La Ética como ciencia filosófica se somete de este modo a la crítica de la razón<sup>1</sup>. Nos interesa mucho subrayar que en bioética es muy importante este "por qué", que de hecho subyace a lo largo de esta unidad.

También merece un comentario la "Deontología", término que viene del griego déon, deontos, que significa deber, obligación; por lo que etimológicamente sería casi sinónimo de ética y moral. Pero hay que hacer algunos matices ya que históricamente la Deontología se ha utilizado para referirse al conjunto de deberes de una profesión expresado en un código de normas éticas que afectan a los profesionales de un determinado colectivo. Un Código Deontológico ha sido oficialmente aprobado por la corporación correspondiente (Colegio de Médicos, de Enfermería, etc.), que por encargo de la sociedad recibe la misión de velar por la calidad del ejercicio de la profesión y su prestigio social, recibiendo para tal fin el reconocimiento como institución de derecho público, como ocurre con la Organización Médica Colegial que integra los Colegios Provinciales Oficiales de Médicos.

---

*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. Una 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.*

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 hacia el 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 que garanticen la convivencia pacífica.

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 estricto<sup>2</sup>.

---

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.



## LAS RAÍCES Y LOS INICIOS DE LA BIOÉTICA <sup>1</sup>

Se empieza a hablar de bioética en los comienzos de los años 70 en Estados Unidos donde se producen una serie de acontecimientos que conviene conocer. En 1974 el Congreso de los Estados Unidos creó la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, con el encargo de que identificara los principios éticos básicos que deberían dirigir la investigación biomédica. Cuatro años más tarde esta comisión hizo público el *Informe Belmont* donde se propusieron tres principios fundamentales que hoy se han hecho populares: autonomía, beneficencia y justicia, de los cuales se derivan respectivamente el procedimiento del consentimiento informado en la investigación con seres humanos, la ponderación de riesgos y beneficios, y la selección equitativa de los sujetos de experimentación. Se trata, por tanto, de una propuesta que inicialmente no estaba pensada para su aplicación a la ética clínica.

Pensando ya en los problemas éticos relacionados con la medicina asistencial, Beauchamp y Childress publicaron inmediatamente, en 1979, un libro que ha ejercido una enorme influencia en el desarrollo de la bioética a nivel mundial: *Principles of Biomedical Ethics*, donde se ofrece un modelo ético basado en los principios del *Informe Belmont* (añadiendo el principio de no-maleficencia) aplicable a la resolución de dilemas éticos en la práctica asistencial. En este momento se configuran los cuatro principios que ya es un clásico de la bioética. Estos autores buscaron un procedimiento para la resolución de casos donde se puedan encontrar y dialogar las diferentes tradiciones morales que conforman el pluralismo sociológico contemporáneo. La empresa intelectual es muy atractiva y atrevida desde el momento que parte de las diferentes convicciones de los autores. Tom Beauchamp es utilitarista y James Childress deontologista. El utilitarismo fundamenta la moralidad en las consecuencias y el deontologismo en los principios. Para conciliar posiciones tan distanciadas recurren a Sir David Ross un profesor de filosofía de Oxford fallecido en 1971, que define los deberes *prima facie* como aquellos que son obligatorios de manera absoluta mientras no entren en conflicto entre sí a la hora de ponerlos en práctica, momento en el que se podría justificar la excepción. La fórmula que proponen Beauchamp y Childress ha tenido éxito en cuanto que se ha universalizado un esquema de análisis y una terminología que facilita el diálogo. Sin embargo, no se puede afirmar que su método garantice el pleno consenso

de las tradiciones morales. De hecho, la solución que estos autores adoptan cuando los principios entran en conflicto consiste en justificar las excepciones únicamente por las consecuencias, resultando al fin una ética utilitarista maquillada con adornos deontologistas <sup>2</sup>.



## FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DE LA BIOÉTICA<sup>1</sup>

La tétrada de principios de la bioética son un intento de alcanzar una regla de oro de aceptación universal. El disenso explicitado en torno al juramento hipocrático en la segunda mitad del siglo XX no podía dejar las decisiones éticas de la medicina únicamente al socaire de opiniones personales o de las circunstancias culturales. Es cierto que las culturas ejercen una enorme influencia en los códigos morales, pero aceptar que absolutamente todos los valores morales están en función de las características culturales supone anular la capacidad de crítica intercultural e incluso intracultural. Cuando la vara de medir la moralidad sólo la tiene la propia cultura se cierran las puertas al progreso moral. Cuando un régimen político fundamentalista dictamina la segregación social de las mujeres de acuerdo con la tradición de la mayoría de la población, según la teoría ética del relativismo cultural la actitud de Occidente debería ser la de limitarse a constatar esta peculiaridad. En el fondo la sociología pasa a ocupar el lugar de la ética.

Llegados a este punto nos encontraríamos con que algo tan esencial para el juicio moral en bioética como es la dignidad y los derechos humanos fundamentales pasarían a ser el resultado de un acuerdo según la teoría del Contrato Social. Esta doctrina filosófica defiende el pacto social como una necesidad para la coexistencia pacífica de los hombres. En el ámbito político esto puede funcionar bien, pero el problema viene cuando el pacto se convierte en la única fuente de moralidad. Una crítica demoledora al Contrato Social podría llegarle precisamente desde la medicina al recordar que no queda garantizado que en la negociación del acuerdo estén presentes todos los afectados, llevándose la peor parte del contrato los más débiles (niños, enfermos, ancianos, incapacitados, incultos, etc.) que son precisamente los más necesitados de protección y los que no suelen acudir a la mesa de negociación. Un buen ejemplo lo tenemos en Atención Primaria cuando comprobamos la facilidad con que nos deslizamos hacia los cuidados inversos, prestando más atención a quienes más demandan, que no siempre son los que más lo necesitan.

Una corriente filosófica que presta un sólido fundamento a la dignidad humana sería el personalismo ontológico, que considera a todos los seres humanos igualmente valiosos, definiendo a la persona como fin en sí mismo y por tanto nunca utilizable sólo como medio.

La bioética debe tener en cuenta las convicciones de los agentes morales y las consecuencias de las acciones, pero quedaría incompleta si no se prestara atención a las cualidades que el buen profesional debe desarrollar en su trabajo diario para hacer efectivo el empeño por cultivar la dignidad humana. De hecho, Beauchamp y Childress en su obra describen las virtudes o cualidades que se corresponden con los principios, las normas y los ideales éticos, pero no llegan a incorporar lo más sustancial de la ética de la virtud: que la moralidad de las acciones repercute también en quien las realiza. Lo expresaba muy bien Platón en Gorgias cuando decía que la injusticia perjudica también a quien la comete, incluso en mayor medida que a la víctima; o también Kant cuando decía que el mentiroso llega un momento en que es incapaz de distinguir la verdad y la mentira. Digámoslo de manera positiva: quien actúa justamente beneficia a los demás, pero también sale mejorado como persona e inclinado a seguir actuando con justicia.

En fin, el debate mundial que existe en el ámbito de la filosofía moral se ha trasladado a la bioética. En este apartado tan sólo se pretende dejar constancia de ello. Existen amplios campos de acuerdo entre las diferentes corrientes filosóficas, pero también importantes diferencias. La gran aportación de la bioética en su faceta más académica consiste en ofrecer instrumentos de diálogo para construir consensos y clarificar divergencias.



## ¿QUÉ PUEDE ESPERAR DE LA BIOÉTICA UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SU CONSULTA?

Los objetivos de una actividad docente de ética aplicada en medicina de familia podrían ser:

- a) Desarrollar intuición para reconocer los problemas éticos que se presentan en el ejercicio profesional.
- b) Adquirir método para la toma de decisiones coherentes con las propias convicciones.
- c) Activar capacidades para movilizar los recursos que pueden hacer efectiva la decisión adoptada.

Veámoslo en unos ejemplos de la práctica diaria:

### *Caso C.*

Mujer de 82 años con diagnósticos previos de obesidad, dolores en rodillas secundarios a gonartrosis e hiperuricemia. Acude a la consulta porque desde hace un mes presenta molestias epigástricas durante gran parte del día, que le llegan a dificultar el sueño; en los últimos días se ha añadido anorexia y sensación nauseosa al ingerir algún alimento. Viene acompañada por su hija de unos 50 años, que desde el principio de la consulta, toma la palabra y responde una por una, a todas las preguntas que el médico de cabecera va haciendo para delimitar el cuadro clínico. La auténtica paciente no habla, adoptando una actitud de resignación y asentimiento. Ante la propuesta de practicar una gastroscopia para llegar a un diagnóstico definitivo, es la hija quien responde afirmativamente y sin vacilar.

En ocasiones acuden a nuestras consultas enfermos adultos y competentes, acompañados de un familiar que, con aparente buena voluntad y en presencia del médico de cabecera, comete continuos y consumados asaltos a la autonomía del paciente. El acompañante relata los síntomas como si el paciente fuera mudo o deficiente mental, le acusa de sus fechorías dietéticas o asiente sin ningún género de duda a propuestas como la de introducir el endoscopio en alguna parte del tubo digestivo -del paciente, por supuesto-. En una primera aproximación no es difícil captar que en este caso ofrece mayor dificultad el abordaje ético que el técnico. La realización de una endoscopia ante un diagnóstico diferencial que justifica su indicación no es el problema; lo que plantea dudas es la validez del consentimiento por parte del paciente. Pero hace falta captar que nos encontramos ante una cuestión ética que nos exige un razonamiento y unos recursos diferentes a lo que tradicionalmente se estudia en la patología digestiva.

#### *Caso D.*

Un varón de 69 años acude solo a la consulta de su médico de cabecera, relatando pérdida de peso progresivo de varios meses de evolución. Acepta realizar un estudio gastroduodenal con bario que el servicio de radiología practica a las 48 horas, informando de una imagen de probable carcinoma gástrico. Se consulta al servicio de digestivo donde recomiendan realizar una gastroscopia con biopsia para decidir el tipo de cirugía más conveniente. El médico de cabecera se entrevista con la familia para explicar la situación y comentar el modo de informar al paciente. Pero se encuentra con una rotunda oposición de los hijos para darle a conocer la verdad de su diagnóstico, alegando que no lo iba a soportar, pues su esposa murió de un cáncer hace 4 años, con grandes dolores y en medio de una situación familiar de derrumbamiento moral. Sugieren que le expliquemos que se le han encontrado piedras en la vesícula de lo que habrá que operarle de todos modos.

Siguiendo el anterior esquema de objetivos docentes, el médico se enfrentaría a varias cuestiones:

- a) La percepción de que la información al paciente plantea un dilema ético.
- b) El conflicto entre el derecho del paciente a gobernar su vida, conociendo la verdad de su enfermedad [autonomía] y su propio bienestar, mediante la ocultación de su mal pronóstico evitándole un sufrimiento que, según la familia, le sería insoportable [beneficiencia].
- c) Cualquiera que sea la decisión adoptada, su eficacia vendrá condicionada por la manera de dar la información y por el modo de conducir la dinámica familiar.

Adoptar una decisión con tensión ética exige prudencia. La virtud se aprende pero no se enseña. Se aprende a ser prudente en la toma de decisiones, pero ¿quién enseña la prudencia? No existen cátedras, ni cursos de prudencia. Esta cualidad se adquiere, como la experiencia, en la vida; pero con una disposición que exige esfuerzo. El estudio y entrenamiento con casos prácticos tiene como objetivo acelerar y conservar el desarrollo de la prudencia en el profesional.

Hay dos tipos de decisiones éticas problemáticas que no debemos confundir:

*Tipo a)* Decisiones cuyo principal problema se plantea ante el dilema de decidir entre varias opciones (por ejemplo: un paciente en situación terminal presenta una infección respiratoria. El médico duda si debe indicar o no un tratamiento con antibióticos).

*Tipo b)* Decisiones cuyo problema radica en la dificultad por llevarlas a la práctica, porque exigen coraje para hacerlas efectivas ante los obstáculos que se presentan (por ejemplo: un profesional plantea objeción de conciencia ante una disposición legal, exponiéndose a perjuicios económicos o perder posibilidades de progresar en la carrera).

Pueden igualmente presentarse situaciones con una mezcla de problemas (por ejemplo: en el Caso D hay que decidir sobre el tipo de información que se debe suministrar al enfermo (*tipo a*), pero si se decide actuar contra la opinión de la familia la naturaleza de la dificultad es de otro orden (*tipo b*).

La respuesta a interrogantes de carácter ético, ligados siempre a condiciones nuevas y complejas no se puede encontrar en un manual de casuística. No sería posible un vademecum o un programa informático capaz de contemplar infinidad de variables, porque resolver un dilema ético no es sólo un problema de agilidad mental.

La prudencia del profesional es algo así como madurez de juicio para optar decididamente por la solución óptima, que no se encuentra en ningún prontuario. Hay que diseñar la respuesta coherente ante la interrogación de cada caso, que vendrá coloreado por circunstancias diversas.



## LA ACTITUD ÉTICA EN EL MODO DE ENTENDER LA MEDICINA DE FAMILIA

La interpretación que el profesional tiene de lo que es o debe ser la medicina de familia va a dar lugar a que acontecimientos ordinarios, considerados como irrelevantes desde un enfoque rutinario, aparezcan llenos de significado. Ante una misma situación un médico puede cruzarse de brazos o adoptar una posición que le "complique la vida", según cuál sea su visión de la profesión. Veremos a continuación algunos casos que, más que plantear dilemas, pretenden interpelar la actitud del médico.

### *Caso 1.*

La señora T de 55 años, casada, sin hijos, acudió a la consulta preocupada por un sangrado vaginal de varios días. Su médico de cabecera la remite con urgencia al ginecólogo, que diagnostica un carcinoma de cuello de útero. Se interviene quirúrgicamente y a los dos meses la propia paciente acudía personalmente a la consulta para recoger los partes de baja laboral, mostrando buen estado de ánimo ante lo que ella describe como lenta pero sensible mejoría. Mientras tanto, su hermana comunica al médico de cabecera que en la operación encontraron "metástasis" por lo que están preparados para lo peor. A lo largo de un año el deterioro físico se hace progresivo, con repetidos ingresos hospitalarios cada vez más prolongados por su mal estado general. Durante este periodo se le concede la jubilación por enfermedad, con lo que la relación entre enferma y médico de cabecera es prácticamente nula, ya que éste no recibe los informes de alta hospitalaria, pues cuando sufre un empeoramiento la familia llama directamente a la planta del hospital donde le gestionan el ingreso. La enferma llega a un estado de situación terminal y el equipo que la atiende en el hospital comunica a la familia que ya no pueden hacer nada más por ella.

Conviene delimitar el alcance del compromiso que se adquiere en la defensa de la salud del paciente. Se puede ir desde la actitud pasiva de quien se limita a atender las demandas del usuario, hasta la asunción de la protección de toda la familia, o incluso de la comunidad. Nos podemos plantear ante este Caso 1 si el sistema que actualmente tiene la sanidad pública para asignar médico de cabecera es suficiente, desde la óptica del usuario para garantizar una relación que implique a los profesionales en una responsabilidad que vaya más allá de la asistencia ante la demanda.

Asumir el modelo bio-psico-social supone valorar los "acontecimientos de la vida" que tantas veces se superponen a los problemas médicos tradicionales. Pero esto plantea frecuentes dilemas sobre el alcance que debe tener nuestra intervención.

### *Caso 2.*

Doña P tiene 66 años y lleva una vida activa como ama de casa. Frecuenta la consulta de demanda unas dos veces al mes con quejas inespecíficas y variadas: artralgias, cefalea... , que en ocasiones responde bien a analgésicos suaves, pero sus síntomas son recurrentes. Un día planteó en la consulta su situación familiar, llena de pequeños disgustos que le afectan y le deprimen: su hija y su yerno le recriminan duramente sus excesivos mimos a la nieta de 7 años, pero al mismo tiempo se la dejan para que la cuide cuando salen con los amigos a cenar todos los fines de semana. Su marido le exige que tenga la casa arreglada y la comida a su hora, pero nunca tiene una palabra de agradecimiento. Además, le da el dinero para la compra con "cuentagotas". Se siente incomprendida y muy desgraciada, manifestando al médico de familia que ha llegado a pensar en el suicidio, que rechaza por sus convicciones religiosas. "- Doctor, ¿podría usted hablar con mi marido para que cambie un poco y sea más cariñoso? El le aprecia y le haría caso; pero que no se entere de que yo le he contado estas cosas-".

El grado de compromiso con la salud del paciente se llega a convertir en algo así como una opción personal cargada de consecuencias. El compromiso del médico de familia se establece con una persona en el cuidado de su salud, mientras que el de otros especialistas se establece con un enfermo en la solución de una enfermedad. Esta es una de las señas de identidad de la atención primaria de salud.

### *Caso 3.*

La señora L tiene 67 años y disfruta de una buena posición social. Se encuentra en tratamiento por una cardiopatía hipertensiva. Fue remitida por su médico de cabecera al urólogo a causa de una incontinencia urinaria, que prácticamente le obliga a llevar pañales por la calle. "-Doctor, vengo de visitarme con el urólogo y me ha dicho que si estoy dispuesta me podría operar dentro de un mes. La verdad es que no se que hacer, porque me da mucho miedo, pero así tampoco puedo ir a ningún lado. Mire, yo confío en usted , de manera que haré lo que usted decida y así salgo de dudas-".

A veces en los equipos de atención primaria también podemos encontrar a varios profesionales implicados en la toma de una decisión relativa a un paciente con relación problemática.

### *Caso 4.*

La enfermera plantea si debe seguir citando en su consulta programada de control de obesidad a una paciente de 47 años, que desde hace 6 meses no acude puntual a ninguna cita, solicitando consultas fuera de hora, en las que suele pedir recetas para su madre, una anciana con obesidad severa y diabetes tipo II, que desde hace un año precisa tratamiento con insulina. Para discutir el Caso se reúne con el médico, que a su vez solicita la presencia del trabajador social, para adoptar una decisión conjuntamente.

Los anteriores cuatro casos tienen como objetivo suscitar la reflexión personal y estimular el recuerdo de otras situaciones similares de la propia experiencia profesional, de tal modo que se puedan explicitar las actitudes fundamentales que de acuerdo con la personal visión sería recomendables o imprescindibles para trabajar en APS.



## EL CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA 3

"La Deontología Médica es el conjunto de los principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico". Así comienza textualmente en el Artículo 1. el Código de Ética y Deontología Médica (CEDM) de la Organización Médica Colegial de España aprobado en 1999. Si en la formación de un médico se considera importante la atención a la dimensión ética de la profesión, el conocimiento y manejo del CEDM resulta básico. Uno de los objetivos de esta unidad docente es estimular la consulta y lectura crítica del CEDM, a partir de unas preguntas de elección múltiple que, sin ofrecer gran dificultad requieren, sin embargo, rebuscar lo que dicen determinados artículos, con la intención de familiarizar al alumno con estas páginas llenas de sabiduría moral. El CEDM no es ni nunca será un texto dogmático, pero ofrece un magnífico fundamento para la dignidad de nuestra profesión. (**CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA**).

Hay dos consideraciones de orden general que al estudiar la Deontología Médica en el marco de la bioética conviene hacer para entender la naturaleza y el alcance del CEDM. Para ello recogemos unos textos tomados de Gonzalo Herranz en su libro "Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica" (Eunsa, 1990)<sup>(3)</sup>:

### *1ª) ¿Qué debe entenderse por deontología médica en el contexto del CEDM?*

"Para algunos, el término deontología, no parece estar bien escogido, porque es ambiguo: tiene, aparte de su acepción profesional, otra filosófica. Si se tomara en este último sentido, podría entenderse que la Organización Médica Colegial impone a sus colegiados una determinada opinión filosófica entre las muchas que, acerca de la naturaleza y estructura de la Ética, se dan en el mundo pluralista de hoy. Y una imposición así no parece estar en sintonía con el respeto debido a la libertad personal del médico, ni, en último término, a la de los enfermos que los médicos han de tratar.

En efecto: se llaman deontológicas en Filosofía moral ciertas corrientes doctrinales que coinciden en sostener que la calidad moral, buena o mala, de las acciones humanas nace de su concordancia con ciertos principios predefinidos, anteriores a esas acciones, e independientes de los efectos y consecuencias que ellas tengan. Esos principios predefinidos y determinantes de la buena conducta son los deberes morales. Lo propio de la vida moral, dice la doctrina deontologista, es cumplir con el deber, hacer cada uno sus obligaciones, pues sólo haciendo lo que se debe se puede llevar una existencia moralmente recta.

A las corrientes deontologistas se oponen las de tipo consecuencialista, que determinan la moralidad o inmoralidad de las acciones por los efectos que ellas producen, por las ventajas o daños que de ellas se derivan. Para el consecuencialista, son acciones buenas las que redundan en más beneficios y en mayores ventajas (bienestar, placer, utilidad, poder) para más gente, mientras que son moralmente erróneas las acciones que producen daño o limitan la creación y difusión de esos beneficios y ventajas.

Sucede además, que, en filosofía moral, deontología no es un término unívoco: no hay una sino varias teorías deontológicas, que difieren entre sí en lo relativo a un punto capital: quién establece los deberes morales, cómo puede uno determinarlos en cada caso. Ciertos deontologistas sostienen que las reglas morales son las establecidas por quienes tienen autoridad y, por ello, deben ser seguidas siempre y sin excepción. Para otros deontologistas, la norma no está dada por una autoridad externa: es justamente la propia conciencia de cada uno la que, en cada situación, descubre y establece esa norma, porque sólo cuando la conciencia se marca una pauta moral y las acciones se adaptan a ella, solo el hombre es entonces leal consigo mismo y cumple lo que es su deber.

Obviamente, el Código aunque se llame de Deontología ni es producto de ninguna escuela deontologista, ni sigue de modo consistente ninguna tendencia filosófica. Es cierto que bastantes de sus normas tienen una apariencia deontologista, pues marcan al médico la conducta que debe seguir ante ciertas situaciones. Pero más que mandar, el Código prefiere recomendar y aconsejar: aspira a que el médico acepte y haga suyas las normas porque son razonables y propias de la vocación profesional; espera que el colegiado se las imponga a sí mismo como un deber que no sólo le compromete, sino que

le garantiza también la calidad humana y técnica de sus servicios. De otra parte, son muchos los artículos del código que tienen fuertes matices consecuencialistas, pues incitan a buscar el mayor bien para el enfermo y para la comunidad social, e insisten en que la medida de la calidad moral del médico y el objetivo de sus acciones consiste en obtener la máxima eficacia de su trabajo profesional.

En cierto modo, un código de deontología médica es una guía de conducta profesional que contiene los compromisos éticos que los médicos contraen públicamente para garantizar a la sociedad un adecuado nivel de calidad de sus servicios profesionales. De ese pacto e intercambio mutuo de concesiones y garantías entre sociedad y corporación profesional deriva, de un lado, el carácter público del Código y del sistema de disciplina que le es anejo, y, de otro, el reconocimiento en conciencia por parte de cada médico de que su libertad y autonomía profesionales han de moverse dentro de las coordenadas éticas establecidas por el Código. De ese compromiso social nace la deontología codificada."

## 2ª) *¿Cuál es la fuerza obligatoria de los artículos del CEDM?*

"Las normas y recomendaciones contenidas en el Código no son todas del mismo rango o carácter. Unas son la versión al lenguaje deontológico de un precepto legal y, de ese modo, obligan por doble motivo: legal y ético. Todas las normas son impuestas a título colegial, es decir emanan de la propia profesión. De ellas, algunas imponen una conducta determinada bajo pena de incurrir en sanción disciplinaria. Las restantes aconsejan en materia profesional, para fomentar en el médico un comportamiento de elevada calidad ética; sin que, de no seguirlas, se derive penalización o censura.

Las normas que poseen doble carácter, legal y deontológico, son relativamente pocas, porque, de hecho, al compás de la formalización de las reglas de conducta profesional en las sociedades modernas, se ha ido produciendo una progresiva separación entre legalidad y moralidad. Es natural que algunos aspectos de la actividad de los médicos, los que desbordan la esfera de lo meramente privado y tienen, por tanto, efectos sociales y públicos, hayan sido objeto de regulación mediante leyes y disposiciones, en el campo del Derecho Civil, Penal o Administrativo. En su conjunto, esas normas legales forman el Derecho médico, cuya tutela está confiada a los tribunales ordina-

rios de justicia. Lo que pretende principalmente el Derecho, incluido el Derecho médico, es regular la mera convivencia pacífica de los ciudadanos: sólo indirectamente intenta mantener un mínimo de dignidad moral en la sociedad.

Hay, sin embargo, tanto en la relación médico-enfermo como en las relaciones de los médicos entre sí o de los médicos con terceros, aspectos, y algunos de ellos muy significativos, que no pueden ser regulados mediante disposiciones legales, porque, en el fondo, poseen el carácter de deberes y derechos puramente formales. No es posible, por ejemplo, imponer por ley la intensidad con que un médico ha de ser abnegado en el servicio de sus enfermos, ni señalar cuánto tiempo ha de dedicar al estudio de la Medicina, o cuán crítico ha de ser de su propia conducta. Son esos deberes morales los que constituyen el campo más propio de la ética y deontología médicas del Código. Los preceptos de éste tienen preferentemente un talante positivo: su objeto principal no es prohibir o condenar ciertas acciones, sino inspirar y animar al médico a practicar la Medicina con dignidad y competencia. Hay quienes opinan que un Código de conducta profesional debería limitarse a enumerar las acciones prohibidas o desaconsejables, pues son las únicas que pueden ser objeto de infracción y corrección disciplinaria. Pero dar al Código un tono preponderantemente penal equivaldría a privarlo de sus mejores posibilidades. Un código de prohibiciones es incapaz de elevar la conducta profesional del médico. La deontología ha de ejercer la función de inspirar la conducta entera del médico."



## ALGUNAS CUESTIONES PRINCIPALES DE ÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Procedemos ahora a presentar una serie de cinco cuestiones básicas en la práctica de la medicina de familia, que no intenta ser ni sistemática ni exhaustiva. Se pretende hacer una exposición introductoria con unos breves comentarios acompañados de casos y cuestiones para la discusión.

### *XI.1. ACTITUD ANTE LA MEDICINA PREVENTIVA*

Ya hemos visto cómo el modo de entender la atención primaria y la medicina de familia marca de hecho la actitud de los profesionales ante las actividades preventivas y de promoción de la salud. La tradicional sobrecarga asistencial que el médico de cabecera tiene que soportar en España ha enmarañado el debate sobre la puesta en marcha de una efectiva medicina preventiva en el ámbito de la atención primaria.

Se afirma: "-no se le puede pedir a un médico desbordado por la demanda asistencial que se dedique a la práctica del diagnóstico precoz o a la detección de factores de riesgo-". La experiencia está demostrando que hay médicos de AP que trabajan en condiciones de trabajo supuestamente ideales en el tiempo y en el espacio, que tampoco manifiestan entusiasmo por esta labor; mientras que otros con déficit de equipamiento logran introducir actividades de prevención secundaria, movidos por el "ideal" de que un buen médico de familia no se puede limitar a la actividad puramente asistencial. Quizá la reflexión nos puede llevar de nuevo al fuerte carácter ético del ejercicio de la medicina de familia, pues en efecto el problema no tiene fácil arreglo únicamente con incentivos económicos ni con preceptos legales.

## ***XI.2. LA INFORMACIÓN AL PACIENTE***

Un médico de cabecera se encuentra varias veces al año en el trance de notificar una información perturbadora. Tal vez la comunicación de un diagnóstico de cáncer sea lo más común. Hay quien cree que el médico tiene dispensa para ocultar la verdad o incluso para mentir. Se ofrecen varios argumentos: a) no causar una pena innecesaria a una persona enferma, b) no dejar sin esperanza a un enfermo en el tiempo de vida que le pueda quedar, c) mejorar las posibilidades de curación cuando se considera que un optimismo despreocupado puede ser una forma de terapia, d) la creencia de que el paciente no quiere conocer malas noticias <sup>4</sup>.

Otros razonamientos pueden operar en la mente del médico, como es el temor al error diagnóstico o pronóstico, o el pensamiento de que el paciente no va a entender lo que tiene.

Aceptar la posibilidad de mentir por el bien del paciente, estará sin duda cargado de buena intención, pero esto no hace a la mentira éticamente válida. Engañar a un paciente por su bien es sin duda un acto de paternalismo por parte de un profesional que decide lo que conviene al enfermo, pero sin contar con él. Hay que estar alerta ante los problemas éticos que hemos denominado tipo b, donde la dificultad no está en el dilema de la elección, sino en el apuro que sufre el profesional para llevar a término lo que parece ser razonable. Con una mentira "piadosa" podemos en el fondo esquivar el oneroso deber de dar información verídica al paciente sobre "su" vida, porque esta actuación obliga a dar un adecuado soporte psicológico. Respetar el precepto de no mentir es una exigencia moral que se paga en moneda de competencia y compromiso profesional.

Pero decir la verdad no es arrojarla a la cara. Debemos además ser muy cautos para discernir los hechos de las opiniones. Demasiadas veces se hacen pronósticos rotundos sin suficiente base científica. La prudencia -una vez más- debería guiar al profesional para ir dando progresivamente la información veraz que el enfermo puede ir asimilando. Es el momento de poner en juego el arte de la medicina, la intuición, la experiencia vivida y el buen juicio.

### ***XI.3. CONFIDENCIALIDAD***

Parece de sentido común para el médico custodiar la información relativa a un paciente que nunca se puede desvelar, salvo para evitar un daño al paciente o a terceros, por razones de salud pública o por imperativo legal con las debidas restricciones que el Código de Deontología establece. Sin embargo, en la práctica se dan casos donde surge la duda.

#### ***Caso E.***

La señora Carmen es una madre de familia de 50 años que acude a la consulta de su médico de cabecera para conocer los resultados de un análisis con protocolo de serología practicado a su hijo M de 23 años, adicto a drogas por vía parenteral, que está casado y vive teóricamente en otro domicilio. Sin embargo, pasa temporadas en la casa de los padres con el fin de recibir apoyo para el tratamiento rehabilitador que desea emprender. La madre le ha encontrado algunas jeringuillas usadas en casa y está preocupada por los hermanos pequeños.

El médico de familia se encuentra a menudo con interrogantes que debe despejar en soledad. Afortunadamente, con la puesta en marcha del trabajo de equipo en atención primaria, hemos encontrado el apoyo que en un hospital ofrece el hecho de estar encuadrado en un servicio. Aún con todo, hay que estar preparados para dar una respuesta sensata a la pregunta súbita, o al menos tener la habilidad de demorar la solución para poder reflexionar y consultar.

#### ***Caso F.***

Luis tiene 30 años y había solicitado un análisis para determinar anticuerpos contra VIH. Acude a la consulta para recoger los resultados acompañado de su novia. "- Doctor, le presento a mi novia. Nos vamos a casar pronto y de común acuerdo hemos decidido conocer mutuamente nuestros historiales médicos, así como los resultados de unos análisis con la prueba del SIDA. ¿Podría usted leer mi historial en voz alta delante de los dos?-" . El resultado del último análisis con serología anti VIH y otras pruebas de ETS había sido negativa. Pero en la hoja de curso clínico figuraba como primera anotación de hacía dos años: blenorragia.

Otro capítulo dentro de la confidencialidad de la información es el que se refiere a la custodia de los registros (historias clínicas, acceso a las bases de datos informáticas, manejo de impresos dirigidos a especialistas). Parece claro que se pueden hacer mejorar las cosas en cuanto a las medidas para asegurar la confidencialidad. Convendría revisar la cadena de transmisión de la documentación de un centro de salud para comprobar que todo el personal implicado (incluido el personal que hace sustituciones), ha recibido las oportunas instrucciones.

#### ***XI.4. CONOCER A LA FAMILIA Y LA RELACIÓN CON FAMILIARES***

El médico de familia necesita moverse con soltura en el entramado de la dinámica familiar, que bien modulada puede jugar un papel insustituible en los cuidados de salud. Sin ir más lejos, las circunstancias familiares determinan el tipo de dieta de sus miembros, que va a influir decisivamente en la génesis y/o control de importantes problemas de salud (obesidad, dislipemias, hipertensión arterial, diabetes, etc).

Cuando aparece la enfermedad en un miembro, toda la familia se activa como un microcosmos excitado, con sus polos positivos y negativos. Ante la dificultad y el sufrimiento emergen las cualidades admirables de muchas gentes para quienes si no existiera el Cielo habría que inventarlo. El desgarró y la desesperación pueden hacerse presentes en quienes ven saltar hechos pedazos sus proyectos hechos a "ras de tierra". Todos los médicos de cabecera deberían escribir sus memorias; si lo hicieran reflejarían sin duda las grandezas y miserias de las familias en "apuros" por la enfermedad.

Nos encontramos con hechos a primera vista insignificantes, que ante una mirada atenta revelan interesantes relaciones dentro de la dinámica familiar.

##### ***Caso G.***

El señor Benito de 35 años, trabajador en una cadena de montaje, acude a menudo con su esposa a la consulta por diversos motivos. Desde hace varios meses traen a sus dos hijos gemelos de 8 años que presentan unos cuadros de abdominalgias intermitentes, especialmente uno de ellos. Tras un estudio completo, el médico de cabecera no obtuvo ningún dato objetivo y ante el buen estado general de los chicos decidió tranquilizar a la familia aconsejando una prudente conducta expectante, ofreciéndoles la posibilidad

de acudir de nuevo a la consulta siempre que les preocuparan las quejas abdominales de sus hijos, como de hecho hicieron en alguna otra ocasión. El señor B sufrió un accidente en la mano, por lo que tuvo que acudir semanalmente a la consulta para recoger el parte de baja laboral. En una de esas ocasiones el médico le propuso aprovechar la ocasión para realizar un examen de salud (toma de tensión arterial, índice de masa corporal, cuantificación del consumo de tabaco y alcohol, determinación de colesterolemia y GGT), en el que se le detectó como único problema un consumo habitual de alcohol reconocido de 60 gramos al día en cerveza, al que no daba ninguna importancia, y una elevación ligera de la GGT. Se le aconsejó reducir el consumo de alcohol a menos de la mitad, explicándole los problemas que podría presentar con el tiempo si mantenía su actual ingesta. Al cabo de unas semanas, al ser dado de alta por su lesión de la mano, comentó que desde aquella conversación sobre el riesgo de la bebida, había decidido dejar totalmente la cerveza, que se encontraba más tranquilo y mucho mejor, pues le habían desaparecido unos cuadros de diarrea que hacía dos años se habían catalogado como "intestino irritable". A los tres meses el residente revisó la historia clínica del señor B, con ocasión de un estudio de evaluación de actividades preventivas, y comentó: "- Hace tiempo que no vemos a los gemelos de los señores B con aquellas abdominalgias-".

En nuestra sociedad cuando alguien sufre una enfermedad importante, afortunadamente suele recibir la ayuda de parientes que no pertenecen al núcleo familiar básico. En ocasiones suponen un gran apoyo para la atención del enfermo, aportando serenidad y sentido común a una familia desbordada. Muchas veces estos familiares se convierten en interlocutores muy válidos en la relación con el equipo asistencial. Pero también se dan casos en los que el aterrizaje de un familiar "cargado de experiencia" en cuestiones sanitarias se convierte en un elemento distorsionador y desconcertante. El médico de familia tiene que desarrollar intuición para discernir cuándo un familiar del enfermo es el interlocutor autorizado, tanto para darle información como para permitirle intervenir en las decisiones.

### *Caso H.*

María tiene 33 años, está casada y tiene un hijo de 2 años y medio. Al poco tiempo de dar a luz se le diagnosticó un carcinoma de recto, practicándose una resección paliativa. La evolución ha sido lenta pero actualmente se encuentra en fase terminal en su domicilio, donde vive con su marido y su suegra. Lleva tratamiento con solución oral de morfina cada 4 horas para controlar el dolor. El médico de cabecera, que mantiene un seguimiento del proceso con visitas casi diarias, está extrañado por la respuesta atípica del dolor a los incrementos de la dosis de morfina y se mantiene en contacto con el servicio de oncología, donde M recibió unas tandas de quimioterapia. En su última visita al hospital, ante su mal estado y una posible infección respiratoria, le ofrecieron la posibilidad de ingresar, a lo que M se negó, pues quería estar en su casa. Un día el médico recibe la visita en la consulta de dos hermanos de la enferma que se han desplazado de otras ciudades para colaborar en la asistencia de los últimos días de su hermana. Le plantean que su hermana está desatendida en casa porque su marido se encuentra incapacitado para dar unos cuidados razonables, llegando incluso a perder el control delante de la enferma. Afirman que no se le administra la morfina a las dosis prescritas y que ante esta situación se la debería ingresar en el hospital. "-Sabemos que nuestra hermana no quiere ir al hospital. Sólo le haría caso a usted. Venimos a pedirle que la convenza-".

En ocasiones el médico de familia se puede sentir por unos momentos ante la disyuntiva de ser juez e intervenir o actuar como notario y abstenerse.

### *Seguimos con el Caso H.*

En una de las visitas domiciliarias el médico de cabecera se ha quedado charlando a solas con María, que se pone a llorar y dice que desearía ver a su hijo de 2 años, que se han llevado a casa de unos tíos hace una semana, al sufrir la madre un empeoramiento que se consideraba definitivo.

## ***XI.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ATENCIÓN PRIMARIA <sup>5</sup>***

Vamos por último a dedicar una especial atención a este apartado porque la noción de consentimiento informado se encuentra actualmente en el corazón de la medicina. Cada vez tenemos una mayor percepción de que los problemas de salud son más humanos que técnicos. Esto justifica la introducción de criterios éticos y legales específicos a la hora de evaluar la calidad y la competencia de la asistencia sanitaria, lo cual plantea nuevas preguntas que la bioética como disciplina intenta responder.

Históricamente, la capacidad de decisión de los médicos ha gozado de un considerable reconocimiento social. Por otro lado, el respeto hacia el paciente siempre ha presidido la práctica de la medicina, pero con la peculiaridad de que la capacidad de las personas para consentir o decidir no venía recibiendo un valor ético significativo; la propia denominación de paciente es buena muestra de ello.

El profesional sanitario ejerce como experto en el cuidado de la salud, estableciendo para tal fin una alianza con sus pacientes. En la relación médico-paciente de nuestros días, salvo contadas excepciones, ya no se acepta el paternalismo duro, entendido como la intervención contraria a la voluntad de un paciente capaz y bien informado, con el objeto de beneficiarle<sup>6</sup>. Este cambio conceptual que se ha experimentado en el modo de entender la relación clínica se ha explicado desde la ética filosófica como parte y resultado de un proceso de maduración moral que en occidente se ha traducido en leyes que intentan proteger la autonomía de las personas.

En España tenemos un exponente legal de esta evolución en el **artículo 10 de la Ley de General de Sanidad del año 1986** y en la reciente **Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y Documentación clínica.**

Pero tampoco se puede olvidar que cuando la antigua medicina no ofrecía opciones, también era, en parte, debido a que apenas disponía de ellas; en cambio, la actual avalancha de adelantos científico-técnicos brinda alternativas diagnósticas y curativas con diferentes probabilidades de éxito ligadas a costes y riesgos también variables. Las ofertas que la medicina preventiva viene haciendo a la población, tantas veces vinculadas al estilo de vida (hábitos tóxicos, dieta, ejercicio físico, conducta sexual, etc), son un ejemplo muy ilustrativo de cómo se establecen unas ecuaciones decisorias donde la última palabra no puede ser la del médico.

Conviene subrayar que al hablar de consentimiento informado no nos estamos limitando a un acto aislado y puntual como puede ser la aceptación de una prueba o un tratamiento. Nos estamos refiriendo a algo más amplio, a un modo de entender la relación clínica como un diálogo entre agentes morales. Se trata de una auténtica filosofía de la medicina y las ciencias de la salud que debería impregnar la atención sanitaria en todos sus niveles. Las piezas fundamentales que componen la validez de este proceso de consentimiento informado son tres: 1) la capacidad o competencia de la persona para adoptar decisiones responsables; 2) la voluntariedad o libertad de coacciones externas, y 3) la información sustantiva o necesaria para que el paciente pueda decidir, a cuyo análisis nos dedicaremos a continuación.

Para alcanzar un consentimiento válido se precisa una adecuada información que sea veraz y suficiente. Esto es así ante cualquier decisión humana, como ocurre por ejemplo a la hora de emprender un viaje. Pensemos por un momento lo que puede significar la decisión de viajar adoptada a partir de información falsa o incompleta sobre el lugar de destino, características del transporte, ruta, escalas, fechas, etc. En otras palabras, podemos decir que el paciente necesita disponer de una buena información, en cantidad y en calidad, que le permita tomar decisiones responsables. De tal modo que lo que es razonable en otros campos de la vida, también lo sea en lo relativo a la salud y la medicina.

La cantidad de información que debe aportar el profesional plantea una cuestión difícil, tanto en la teoría como en la práctica, y no se pueden dar pautas fijas. Se han utilizado diversas líneas de argumentación que se pueden resumir en los tres siguientes criterios: a) la información que daría un médico razonable; b) la información que necesitaría recibir un paciente razonable; c) la información que necesita recibir un paciente individual y determinado<sup>7</sup>. Esta diversidad de enfoques a la hora de decidir la cantidad de información que el paciente tiene derecho a recibir puede sumir en la perplejidad al médico que, a pie de consulta, intenta llevar a la

practica la filosofía del consentimiento informado. Sin embargo, aunque no sea posible señalar unas normas fijas, se puede establecer, en mi opinión, una regla de oro para aproximarnos a la información sustantiva que dará validez al proceso de consentimiento informado: el paciente debe tener acceso a la información necesaria para tomar decisiones responsables en la vida real. Esto significa, como contraste, que la información también podría resultar superflua aunque fuera abundante e incluso detallada.

Desde esta lógica, la adecuada comprensión de la información por parte del paciente se convierte en una condición muy relevante del proceso. No basta emitir el mensaje, también se debe procurar su adecuada recepción. El médico no sólo debe tener la buena intención de promocionar la salud del paciente en un clima de respeto, también debe ser capaz de lograrlo de manera eficaz, lo cual exige una nueva dimensión formativa de la competencia profesional. Esto se puede sintetizar diciendo que además de buen conocedor de las enfermedades, el médico debe ser experto en el trato respetuoso con las personas.

El siguiente caso puede servir para mostrar de qué modo nos podemos aproximar a lo que estamos definiendo como información sustantiva que garantice la calidad de este proceso de consentimiento informado:

### *Caso I.*

Un médico de familia alumno de un master tuvo que abandonar el curso, poco antes de finalizar, debido al deterioro cognitivo que sufrió como consecuencia de someterse a la práctica de una coronariografía. Este era un riesgo del que no había sido informado, a pesar de que estaba bien documentado. La probabilidad de padecer daño neuronal, como complicación de esta exploración, aunque fuera baja, constituía una información sustancial que, de haberla conocido, le hubiera llevado a retrasar la coronariografía hasta después de los exámenes finales del master<sup>8</sup>.

Este paciente había recibido amplia y detallada información de sus compañeros médicos, con el objeto de seleccionar la técnica quirúrgica para tratar su probable coronariopatía, pero le faltó la información puntual sobre un riesgo que le hubiera llevado a tomar la decisión de demorar unos días la prueba.

La pertinencia de utilizar documentos de consentimiento informado en atención primaria está siendo objeto de discusión. Para aportar elementos de clarificación a esta cuestión conviene considerar dos contextos diferenciados:

- *El contexto de la medicina de familia*, con una relación humana continuada de mutua confianza médico-paciente, que permitiría utilizar el criterio (c): *la información que necesita recibir un paciente individual y determinado*, fundamentado en el conocimiento de las circunstancias y las ideas del paciente.
- *El contexto de la tecnología médica y la superespecialización*, donde se decide una prueba o una intervención quirúrgica, con una limitada relación previa entre el profesional y el paciente. Aquí encaja mejor el criterio (b): *la información que necesitaría recibir un paciente razonable*.

La necesaria protección jurídica de la buena praxis médica puede requerir la utilización del consentimiento informado escrito. Esto se puede conseguir muchas veces mediante la oportuna anotación en la historia clínica o en algunos casos mediante un formulario que el paciente debe firmar. No se debe perder de vista que este documento de consentimiento informado debe ser un medio para alcanzar dos objetivos subordinados: garantizar los derechos del paciente y secundariamente la protección legal del profesional. Pero, lamentablemente en algunos sectores, el documento de consentimiento informado se está utilizando solamente como arma defensiva para prevenir demandas judiciales sin prestar atención a la adecuada comprensión de la información por parte del paciente<sup>9</sup>.

El reto que plantea el consentimiento informado es fundamentalmente ético<sup>10</sup>. Se trata de un auténtico ejercicio de estilo ético que no simplifica precisamente la actividad clínica, pero que es una expresión y una necesidad para promover la dignidad de las profesiones sanitarias.

Una actividad docente de mayor duración permitiría tratar otros temas relevantes en atención primaria como los siguientes: modificación de estilos de vida, manejo del paciente difícil, relación entre profesionales del equipo, relaciones con la gerencia, la obligación del estudio y de la investigación. Queda patente, por tanto, que la AP se ha convertido en un campo asistencial con características específicas que justifican el desarrollo de un cuerpo propio de ética aplicada.



Se suelen definir tres factores históricos decisivos para la consolidación de la bioética: a) los avances científico-técnicos de la biomedicina, b) la conciencia y el desarrollo de los derechos del paciente, y c) la organización sanitaria con sus nuevos modelos sociales. De manera esquemática pero pedagógica se puede decir que cada uno de ellos se corresponde con los principios que la bioética ha popularizado: a) los avances científico-técnicos con los principios de beneficencia y no-maleficencia; b) los derechos del paciente con el principio de autonomía; b) la organización sanitaria con el principio de justicia, entendido como equidad.

La bioética como área interdisciplinar está dedicada al análisis filosófico de las cuestiones morales que suscita el desarrollo de las ciencias biológicas. Este amplio campo de estudio necesita ir en coalición con la Deontología Médica con toda su tradición de sabiduría moral y un cuerpo de doctrina deontológica que ha de ser conocido y estudiado.

El término "ética" procede de la palabra griega "éthos" que significa costumbres o conducta, y tiene etimológicamente un significado equivalente al término "moral" que deriva del latín "mos, mores". 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 Etica Filosófica, también denominada Filosofía Moral, es la disciplina que 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 Etica como ciencia filosófica se somete de este modo a la crítica de la razón. Nos interesa mucho subrayar que en bioética es muy importante este "porqué", que de hecho subyace a lo largo de esta unidad.

La "Deontología", es un término que viene del griego déon, deontos, que significa deber, obligación; por lo que etimológicamente sería casi sinónimo de ética y moral. Pero hay que hacer algunos matices ya que, históricamente, la Deontología se ha utilizado para referirse al conjunto de deberes de una profesión expresado en un código de normas éticas que afectan a los profesionales de un determinado colectivo. Un Código Deontológico ha sido oficialmente aprobado por la corporación correspondiente (Colegio de Médicos, de Enfermería, etc.), que por encargo de la sociedad recibe la misión de velar por la calidad del ejercicio de la profesión y su prestigio social, recibiendo para tal fin el reconocimiento como institución de derecho público, tal como ocurre con la Organización Médica Colegial que integra los Colegios Provinciales Oficiales de Médicos.

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 hacia el 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 que garanticen la convivencia pacífica. Por otro lado, 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 estricto.

Los objetivos de una actividad docente de ética aplicada en medicina de familia podrían ser:

- a) Desarrollar intuición para reconocer los problemas éticos que se presentan en el ejercicio profesional.
- b) Adquirir método para la toma de decisiones coherentes con las propias convicciones.
- c) Activar capacidades para movilizar los recursos que pueden hacer efectiva la decisión adoptada.

En el análisis práctico hay dos tipos de decisiones éticas problemáticas que no debemos confundir:

**tipo a)**

Decisiones cuyo principal problema se plantea ante el dilema de decidir entre varias opciones (por ejemplo: un paciente en situación terminal presenta una infección respiratoria. El médico duda si debe indicar o no un tratamiento con antibióticos).

**tipo b)**

Decisiones cuyo problema radica en la dificultad por llevarlas a la práctica, porque exigen coraje para hacerlas efectivas ante los obstáculos que se presentan (por ejemplo: un profesional plantea objeción de conciencia ante una disposición legal, exponiéndose a perjuicios económicos o perder posibilidades de progresar en la carrera).

"La Deontología Médica es el conjunto de los principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico". Así comienza textualmente en el Artículo 1. del Código de Ética y Deontología Médica (CEDM) de la Organización Médica Colegial de España aprobado en 1999. Si en la formación de un médico se considera importante la atención a la dimensión ética de la profesión, el conocimiento y manejo del CEDM resulta básico.

Se analizan una serie de cinco cuestiones básicas en la práctica de la medicina de familia: actitud ante la medicina preventiva, la información al paciente, cuestiones de confidencialidad, el conocimiento de la familia y la relación con familiares, el consentimiento informado en el contexto de la atención primaria

En España tiene especial relevancia una norma jurídica que supone un desarrollo del artículo 10 de la Ley General de Sanidad del año 1986: la reciente Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y Documentación clínica. Se trata de una ley con un fuerte contenido de preceptos éticos que debe ser bien conocida por este doble motivo.



- (1). Altisent R, Martín Espíldora MN, Serrat D. Ética y Medicina de Familia. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999; 185-186
- (2). Gracia Guillén D. Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Discurso para la recepción pública como Académico electo de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 1990.
- (3). Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Pamplona: Eunsa, 1990.
- (4). Bok S. Choice in public and private life. The Harvester Press Limited 1978: 220-41.
- (5). Altisent R. Consentimiento informado en atención primaria. FMC 2000; 7: 135-137.
- (6). Beauchamp TL. Paternalism. En: Reich WT (ed). Encyclopedia of Bioethics. New York: Simon&Schuster Macmillan, 1995; 1914-20.
- (7). Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics (4ª ed). New York: Oxford University Press, 1994;146-150.
- (8). Eccles-Smith C, Oakley J. Informed consent: coronary artery bypass surgery as a case study. Modern Medicine of Australia 1992; september: 98-104.
- (9). Broggi Trias MA. ¿Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. Med Clin (Barc) 1999; 112: 95-96.
- (10). Simón Lorda P. El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. MEDIFAM 1995; 5: 264-271.



- (1) AA.VV. Sobre Bioética y Medicina de Familia. Documentos semFYC, nº 7. 1996.

*Se trata de un documento elaborado por un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria en el que se ofrece una exploración sencilla y amena de la ética clínica aplicada a la Atención Primaria, con el objeto de motivar al lector no especializado para nuevas lecturas y reflexiones que le ayuden a desvelar y discernir las cuestiones éticas de su práctica diaria. Accesible en:*

<http://www.semfyces/Nueva/Actividades/Publicaciones/Documentos/Docum007.htm>

- (2) Serie "Bioética para Clínicos" publicada en Medicina Clínica (2000-2001).

*Dentro de un proyecto docente de largo alcance impulsado por la Fundación Ciencias de la Salud de Madrid se ha publicado esta serie de artículos que parten de casos prácticos sobre cuestiones relevantes de la práctica clínica centrada en la Atención Primaria. Después de analizar los aspectos normativos implicados se analizan los casos prestando una especial atención a la deliberación del profesional junto al paciente como método para la resolución de problemas éticos.*

- (3) Grupo Técnico del Proyecto de Bioética para Clínicos. Bioética para clínicos: una necesidad, una iniciativa, una propuesta. Med Clin (Barc) 2001; 117(1): 16-17.
- (4) Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc) 2001; 117(1): 18-23.
- (5) Simón P, Júdez J. Consentimiento informado. Med Clin (Barc) 2001; 117(3): 99-106.

- (6) Gracia D, Jarabo Y, Martín-Espíldora M<sup>a</sup>N, Ríos J. Toma de decisiones con el paciente menor. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(5): 179-190.
- (7) Borrell F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A, Alvarez T. El deber de no abandonar al paciente. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(7): 262-273.
- (8) De los Reyes M, Pérez-Gómez JM, García-Olmos P, Borrell F, Gracia D. Relaciones entre los profesionales sanitarios. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(9): 339-350.
- (9) Simón P, Rodríguez-Salvador JJ, Martínez-Maroto A, López-Pisa RM, Júdez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Med Clin (Barc)* 2001; 117<sup>(11)</sup>: 419-426.
- (10) Zarco J, Moya A, Júdez J, Pérez-Dominguez F, Magallón R. La gestión de las bajas laborales. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(13): 500-509.
- (11) Barbero J, Romeo C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(15): 586-594.
- (12) Carballo F, Júdez J, De Abajo F, Violán C. Uso racional de recursos. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(17): 662-675.
- (13) Altisent R, Brotons C, González R, Serrat D, Júdez J, Gracia D. Ética de la actividad preventiva en Atención Primaria. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(19): 740-750.
- (14) Júdez J, Nicolás P, Delgado-Marroquín MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: confidencialidad, historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(1): 18-37.