

LA ETICA CLÍNICA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Rogelio Altisent

Médico de familia. Centro de Salud Actur Sur
Graduado en Bioética. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud.
Profesor asociado de la Universidad de Zaragoza.

TABLA DE CONTENIDOS

1. OBJETIVOS	2
2. CLARIFIQUEMOS IDEAS	3
3. LO QUE DEBEMOS SABER	9
3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA CON IMPLICACIONES ÉTICAS	10
3.2. MODELOS DE RELACIÓN CLÍNICA	14
4. ALGUNAS CUESTIONES PRÁCTICAS	17
4.1. EL PACIENTE DIFÍCIL	17
4.2. COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN DELICADA	19
4.3. ANÁLISIS ÉTICO DE LA DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO	21
5. RECAPITULANDO	28

1. Objetivos

Al terminar esta unidad usted debería ser capaz de desarrollar con una mínima soltura las siguientes habilidades intelectuales:

- Adquirir sensibilidad e intuición para captar las cuestiones éticas que se suscitan en la actividad diaria del profesional de Atención Primaria.
- Identificar y clasificar las cuestiones éticas según sean actitudes, dilemas o cuestiones operativas, con el objeto de buscar el mejor modo de afrontarlas y aproximar soluciones.
- Ser capaz de explicar razonadamente que la Atención Primaria constituye un ámbito asistencial con personalidad propia, donde se presentan algunas cuestiones éticas específicas y otras que, siendo comunes a otros ámbitos asistenciales, tienen características diferenciales.

2. Clarifiquemos ideas

Las cuestiones éticas que surgen en Atención Primaria ofrecen matices muy ricos y diversos si se saben descubrir. Con el objeto de facilitar su análisis proponemos una clasificación que sistematiza tres tipos de cuestiones:

- I. Actitudes
- II. Dilemas
- III. Cuestiones operativas o de ejecución.

Tipo I. Cuestiones de actitud. Entendemos aquí la actitud como una posición ética previa a la toma de decisiones o a la puesta en práctica de una conducta; es un auténtico pre-juicio, en el sentido de que supone un juicio previo (ajeno a la connotación peyorativa que se suele dar a los prejuicios en el lenguaje coloquial). Tiene mucho que ver con la interpretación de la realidad que lleva a adoptar determinadas posturas éticas. Se traduce en un talante personal y en una intencionalidad en los comportamientos. La actitud que un profesional adopta ante la AP va a ejercer una influencia de extraordinario significado en su modo de trabajar, en el modo de tratar a los pacientes o en el enfoque que va a dar a los tradicionales problemas internos de un equipo de AP.

La experiencia demuestra que con una misma carga asistencial hay profesionales que no realizan actividades preventivas, mientras que otros aplican un programa, aunque sea a ritmo lento y en función del volumen de demanda asistencial, impulsados por el convencimiento de que un buen médico de familia también debe sentirse responsable de atender a la población sana y a las personas con factores de riesgo. No es difícil captar el carácter ético que marca la diferencia entre estas diferentes actitudes. En la Unidad 1 ya se planteaba esta cuestión: ¿la actividad preventiva es una afición o una obligación? Es evidente que la detección de factores de riesgo cardiovascular o el consejo antitabaco no se pueden catalogar como un *hobby* de un destacamento de médicos especialmente motivados, y así se les debe explicar a los jóvenes médicos de familia en formación. Esto

supone formar en las actitudes y los compromisos que configuran el perfil del tipo de profesional que la sociedad necesita y que se debe ofrecer a la luz del estado actual de la ciencia. La práctica del médico de familia está plagada de situaciones donde la actitud es decisiva a la hora de definir la calidad ética y, en lógica consecuencia, la competencia profesional.

El compromiso del médico de familia se establece con una persona –el paciente o usuario– en el cuidado de su salud, mientras que otros especialistas establecen una relación más centrada en el enfermo y en una determinada enfermedad. Este compromiso radica –tiene sus raíces– en las necesidades de salud de la personas con las que se establece un vínculo profesional, y debe moverse en función de una de las más genuinas características de la AP como es la continuidad, a diferencia del compromiso de otros especialistas que se vincula a la presencia de una determinada enfermedad relacionada con el área de su especialidad, y sólo mientras el proceso morboso requiera atención especializada. Este sería un ejemplo ilustrativo de la relevancia que la actitud tiene a la hora de establecer una de las señas de identidad del profesional de AP.

Tipo II. Cuestiones o problemas éticos de decisión. El profesional se plantea dudas cuando parece que entran en conflicto dos o más principios éticos, encontrándose en la encrucijada de varios cursos de acción posibles. ¿Debemos prolongar una baja laboral por razones sociales?, ¿aceptamos hacer la prescripción de un médico privado?, ¿mantenemos el tratamiento de otro especialista, de cuya indicación no estamos totalmente convencidos, mientras que el paciente sí lo está?, ¿hemos de comunicar a la justicia una sospecha de malos tratos cuando la víctima nos pide que mantengamos el secreto? Algunos dilemas se suelen resolver reflexionando con sensatez o sentido común, que es una manera de denominar a la prudencia. Sin embargo, cuando la reflexión personal no logra resolver un caso con estas características de complejidad se puede recurrir a la consulta personal con otros miembros del equipo o a un comité de ética asistencial. Para abordar problemas de decisión complejos se dispone de

procedimientos que sistematizan la toma de decisiones como se tratará más adelante en la Unidad 3.

Tipo III. Cuestiones operativas o de ejecución. Nos vamos a referir a una serie de cuestiones que surgen a la hora de la puesta en práctica de algo que no nos ofrece dificultad desde la óptica de las actitudes, ni plantea dudas en la toma de decisiones. Son aquellas cuestiones cuya dificultad se nos presenta cuando llega el momento de su ejecución. Desde el punto de vista del agente moral –el profesional– el origen del problema puede ser interno o externo, pero la respuesta estará mediatizada por las cualidades personales, por la competencia del propio profesional, y por el contexto organizativo. Esto se puede expresar de manera individual o también colectivamente, en el seno de un equipo y de una institución a la que se pertenece. Imaginemos un médico descuidado que habitualmente apenas escribe en los registros de los programas establecidos, o en un equipo de Atención Primaria donde, por problemas organizativos no se garantiza la disponibilidad de la historia clínica en la consulta, o donde no existe buena coordinación entre consulta médica y de enfermería. En el primer caso la responsabilidad está bien definida y en el segundo parece que se diluye en el equipo, lo cual no significa que dejen de existir responsabilidades individuales. De cualquier modo, la cuestión ética que se plantea no es de actitud –aceptemos la buena intención del profesional–. El problema es que fulanito es disperso o descuidado, y aunque tiene muy buena intención su consulta es un desorden donde los papeles se pierden y los olvidos se reiteran. Lo mismo puede trasladarse a un equipo donde individualmente todos sus miembros tienen una muy buena actitud ante lo que debe ser la AP, sin embargo en la práctica la coordinación es un auténtico barullo, la unidad administrativa y las consultas de enfermería no funcionan y la calidad asistencial del centro de salud se va deteriorando...No existe, en teoría, un problema de actitud (Tipo I), ni de decisión (Tipo II), la clave reside en la ejecución, en la dimensión operativa del problema (en las cualidades personales de un profesional que son mejorables, o en los problemas organizativos de un equipo).

Dentro de este Tipo III de cuestiones éticas podemos situar aspectos de la competencia profesional que suelen mediatizar de manera decisiva las decisiones adoptadas. En la Unidad 8 (Cuidados Paliativos) se analizará, en el contexto de los cuidados paliativos, la sedación del enfermo en situación terminal, y se revisará el adecuado manejo de los fármacos indicados. Se podría plantear un dilema en torno a indicar la sedación paliativa de un paciente en el domicilio, lo que constituye una cuestión ética Tipo II (Problema de decisión), pero supongamos que después de analizar la situación se decide que lo más correcto es sedar al enfermo, ¿qué ocurre si esto no se hace adecuadamente?, ¿de qué han servido la actitud (la intención de aliviar el sufrimiento) y la toma de decisión (el proceso de resolución, bastante complejo en ocasiones) si a la hora de llevar a la práctica una solución excelente no hemos adquirido la adecuada destreza y competencia para ejecutar lo que tan correctamente se había decidido?

En otras palabras, una cosa es la benevolencia (desear hacer el bien) y otra diferente la beneficencia (hacer el bien). Entre los deseos y los resultados de un comportamiento se debe recorrer un puente que se construye con la voluntad, este recorrido es lo que se intenta contemplar en la Cuestiones Tipo III. Es cierto que la responsabilidad que se nos exige a los profesionales no es de resultados sino de medios; pues bien, de eso se trata, de poner los medios adecuados para que las decisiones adoptadas lleguen a buen término, aunque esto no signifique automáticamente el logro del resultado deseado. En este apartado de cuestiones operativas podríamos situar: el desarrollo de determinadas cualidades personales (orden, puntualidad, afabilidad...), el estudio y la formación continuada (en función de las necesidades asistenciales), la adquisición de habilidades de comunicación, así como la aplicación de medidas organizativas y de gestión adecuadas (p.e. la formación en la toma de decisiones con dimensión económica tal como se analiza en la Unidad 9).

Tradicionalmente la bioética no ha prestado mucha atención a estos aspectos, pero desde la perspectiva de la AP adquieren un significado ético que no se nos puede escapar. Por ejemplo: un médico se queja y con motivo, de que puede dedicar muy pocos minutos a cada paciente por la

sobrecarga habitual de su agenda de consulta, sin embargo con frecuencia comienza un cuarto de hora tarde la consulta porque se entretiene con los visitantes...¿No constituye este caso una cuestión de ética? Por supuesto. No es seguramente un problema de mala actitud, pues quizá sea un profesional integro y preocupado por sus pacientes, y tampoco plantea un dilema de decisión problemático. La cuestión se centra en la dimensión operativa del modo de organizarse: probablemente la solución sea retrasar 15 minutos el horario de comienzo de la consulta, o dejar para otro momento la atención a los visitantes. Sea cual fuere la solución, es importante diagnosticar el problema, que es objetivo y que tiene un tratamiento asequible, que sin duda beneficiará la calidad asistencial. De otro modo, si dejáramos de ocuparnos en estas cuestiones que llamamos operativas podríamos acabar dedicando la bioética a cazar leones que se acercan por nuestra consulta en ocasiones muy contadas, mientras dejamos que la carcoma nos destruya la puerta y el mobiliario.

¿Para qué sirve ésta clasificación? En la práctica las cuestiones de actitud, los problemas éticos de decisión y las cuestiones operativas no se dan en estado puro, sino más bien mezcladas, aunque suele predominar alguna de ellas. El interés de esta clasificación es su utilidad para clarificar dónde están las posibles soluciones.

Las actitudes tienen mucho que ver con las opciones personales, que también pueden ser enseñadas y aprendidas. Cuando un perfil profesional exige determinadas actitudes es importante que esto se haga explícito ante los posibles candidatos. En la formación de actitudes éticas del médico de familia es decisiva la docencia tanto de pregrado como de postgrado, jugando también un papel de enorme interés la formación continuada para especialistas ya en ejercicio.

La solución de los problemas éticos de decisión (Tipo II) viene de la mano de la prudencia del profesional, que deberá reflexionar y en ocasiones consultar con colegas, con expertos o con un comité si fuera oportuno. La prudencia no se enseña directamente, pero se puede aprender a través de la experiencia acumulada, con el estudio y lectura de la adecuada literatura

y en la discusión de casos. La actitud es una disposición que no garantiza ni la decisión ni la acción correcta, pues las buenas intenciones no bastan para hacer las cosas bien. Del mismo modo la resolución de un dilema tampoco supone automáticamente que se lleve a la práctica la decisión considerada como más acertada. Hace falta algo más para pasar de la idea a la acción. De ahí que para un análisis ético completo sea necesario tener en cuenta lo que hemos denominado cuestiones operativas (Tipo III), donde las cualidades personales del profesional y su capacitación profesional juegan un papel importante para vencer las dificultades que en ocasiones se presentan obstaculizando el logro de la excelencia profesional.

Un médico asume que la consulta de AP no debe ser un despacho de recetas a demanda de los pacientes y reconoce que se debería trabajar por el uso racional de los medicamentos para garantizar, entre otras cosas, la viabilidad del modelo sanitario; pero en la práctica, a la hora de la verdad, con frecuencia prescribe lo que le piden, alegando que la sobrecarga asistencial le impide dedicar tiempo a dar las adecuadas explicaciones, aunque en ocasiones también claudica en sus criterios para evitar entre sus pacientes la impopularidad que le reportaría actuar con coherencia, o porque le falta habilidad clínica para reconducir las demandas injustificadas. Este ejemplo sería una típica cuestión ética operativa (tipo III), donde las ideas sobre lo que se debe hacer están muy claras, pero el problema reside en la masificación, o en la comodidad del profesional que prefiere evitar situaciones tensas, o en su escasa formación en habilidades para la entrevista clínica.

3. Lo que debemos saber

En los sistemas nacionales de salud la Atención Primaria ha ido creciendo en protagonismo, tanto en los países avanzados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. La AP 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 AP 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 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 profesional de AP tiene actualmente un campo propio de asistencia, de investigación y de docencia que le confiere el mismo rango que pueda tener cualquier otra especialidad. Pero todavía más importante, y éste es precisamente uno de los objetivos de la presente unidad, es tener presente que la actividad profesional en AP 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 este apartado revisaremos las señas de identidad que justifican el desarrollo de una bioética con personalidad propia en el ámbito de la AP.

La bioética de los primeros tiempos ha dirigido sus mejores esfuerzos a la resolución de dilemas morales en el ámbito de la investigación y de la

alta tecnología (trasplantes, cuidados intensivos, fecundación asistida, etc.). Hasta hace pocos años se ha prestado escasa atención al desarrollo de la bioética en el campo de la medicina de familia, que lógicamente va a presentar sus propias cuestiones éticas. Es conveniente, por tanto, sistematizar una ética clínica que se adapte a sus aspectos más específicos que se describen a continuación.

3.1. Características de la Atención Primaria con implicaciones éticas

a) Primer nivel de atención y puerta de entrada al sistema sanitario. La implantación de la AP como estrategia es decisiva para los sistemas de salud, situando a sus profesionales en un papel modulador de gran responsabilidad a la hora de decidir el nivel de especialización donde el paciente debe ser asistido. El médico de familia se enfrenta a diario a decisiones de derivación al hospital o a otros especialistas que tienen repercusiones en la equidad global del sistema sanitario. El solapamiento de algunas materias con otras especialidades puede generar conflictos de competencias que al final deberán ser resueltos tomando en consideración las preferencias de los pacientes, debidamente informados. Este debate debería estar presidido por una ética de servicio al paciente y no por intereses particulares de grupos profesionales.

b) Atención centrada en la salud. Uno de los cambios conceptuales más importantes de la medicina en las últimas décadas ha sido que el centro de gravedad se ha desplazado desde la enfermedad hacia la salud. Esto ha implicado directamente al médico de familia que al atender a un grupo poblacional ya no se puede limitar a asistir enfermos, pues se espera también que preste atención a los sanos, lo cual incorpora la práctica clínica preventiva y la promoción de la salud a sus responsabilidades profesionales, planteando interesantes y a veces complejas cuestiones éticas.

c) Compromiso con la persona. Cualquier profesional con actividad asistencial debe atender a personas por encima de otras consideraciones científicas, pero al médico de familia y al profesional de APS se le exige que sea un experto en este punto: un auténtico especialista en personas, que además de poseer habilidades para la relación clínica, sea capaz de respetar sinceramente su autonomía y sus valores, cultivando la confianza como requisito para una relación terapéutica eficaz. Esto implica adquirir un hábito intelectual integrador que va más allá de la acumulación de conocimientos. El médico de familia se debería distinguir por su modo de dar vida a lo que sabe de medicina, traducido en una mentalidad o actitud de compromiso moral con el paciente cuyo alcance es materia de estudio de la ética clínica. Ejercer este compromiso le puede llevar a actuar, en ocasiones, como abogado del paciente dentro del sistema sanitario.

d) Función educadora. La evidencia disponible sobre la influencia de los estilos de vida en la salud justifica la intervención médica. Es indudable el protagonismo de la AP en esta tarea educativa que exige conjugar la obligación de procurar el máximo beneficio de la población con un exquisito respeto a la autonomía de las personas, lo cual no es nada sencillo y en ocasiones fuente de conflictos. La educación para la salud entendida como deber profesional incluiría el correcto uso de los servicios sanitarios, la automedicación y el aprendizaje de autocuidados. El conocimiento psicosocial que el médico de familia tiene de sus pacientes es importante para ejercer adecuadamente esta tarea. El reparto de responsabilidades en el equipo de Atención Primaria tiene el riesgo de diluirse y es una cuestión que merece más estudio del que se la ha prestado hasta ahora. Conviene recordar, sin embargo, que aún siendo la educación para la salud una función muy característica de la AP, la responsabilidad se comparte con la familia, la escuela y los medios de comunicación. Todas las cuestiones éticas características de la actividad educativa pueden hallarse en la AP: riesgos de manipulación, promoción de la autonomía, problemas de discriminación, etc.

e) Atención familiar. La propia denominación americana y española del médico de familia como especialista en AP toma como referencia el microcosmos comunitario por excelencia que es la familia: lugar natural para nacer, vivir y morir. La familia juega un papel decisivo en el proceso salud-enfermedad, tanto en la génesis de los problemas como en su resolución. La familia puede y debe ser un magnífico aliado en los cuidados de salud y el médico de familia ha de conocer su dinámica. Muchas decisiones importantes con implicaciones éticas se toman consultando a familiares próximos cuando el paciente no está capacitado para hacerlo de manera responsable y en este marco deberemos interpretar y aplicar los documentos de voluntades anticipadas. La evaluación de la capacidad del paciente se ha convertido en una cuestión de extraordinaria complejidad tanto desde el punto de vista ético como legal. El domicilio familiar es muchas veces el lugar preferido por el enfermo frente al hospital y, en ocasiones, esto puede plantear serios dilemas por discrepancias familiares o por el trabajo que supone para un médico de familia ya sobrecargado habitualmente.

f) Atención comunitaria. La sociedad deposita un caudal de confianza en el médico de familia como experto en cuestiones de salud. La intervención comunitaria del médico de familia tiene una especial relevancia, si cabe, en el medio rural. Cada vez más se espera del médico de familia una actitud de cooperación en iniciativas ciudadanas, aunque igualmente debería exigirse rigor y una razonable eficiencia en la inversión de tiempo o cualquier otro recurso. En los últimos años se viene propugnando la necesidad de intervenir comunitariamente en algunos problemas de salud donde la actuación individualizada es escandalosamente ineficiente –lo cual plantea una cuestión ética de primer orden–, como ocurre con los hábitos tóxicos en la adolescencia o con la obesidad en los adultos. La intervención de los profesionales de AP a través de sus organizaciones profesionales, mediante la realización de estudios e informes dirigidos a las autoridades sanitarias y otras instituciones, puede ser una buena vía de actuación, lo cual también tiene algunos riesgos que las sociedades científicas deben prevenir mediante la supervisión de los

aspectos éticos. Se ha llamado la atención, por ejemplo, sobre campañas de supuesta educación sanitaria patrocinadas por algunas sociedades científicas con la financiación de compañías farmacéuticas con evidentes fines de promoción comercial, que no cumplen las reglas básicas del consentimiento informado por parte de los agentes implicados.

g) Continuidad biográfica en la atención. Los profesionales de APS atienden a las personas desde la infancia hasta la muerte. Durante el ciclo vital se asiste a procesos agudos, enfermedades crónicas, y con frecuencia a enfermedades incurables. Esta continuidad lleva a presenciar y conocer acontecimientos vitales que pueden tener una gran influencia en la salud. Con frecuencia el médico de familia accede a informaciones confidenciales cuyo conocimiento es relevante para prestar una buena atención sanitaria. Es evidente la responsabilidad de cualquier profesional en estos temas, pero el grado de sensibilidad que se espera en este terreno es quizá más exigente si cabe en AP. Muchos pacientes confían a su médico o enfermera de cabecera cuestiones que nadie más va a conocer. Por esta razón es especialmente aconsejable ofrecer manifestaciones externas, en la manera de trabajar, de que somos celosos de la confianza de los pacientes (estilo personal de discreción, condiciones de intimidad en las consultas, orden en la documentación clínica, manera de tratar los asuntos por teléfono).

3.2. Modelos de relación clínica

Se han definido diferentes modelos teóricos a la hora explicar el modo plantear la relación entre el médico y el paciente: paternalista, informativo, interpretativo, deliberativo. En la Tabla 1¹ se describen sus características, entre las que conviene prestar atención a los distintos modos de interpretar la autonomía del paciente y las obligaciones del médico (beneficencia). Más específicamente aplicado al contexto de la APS entre nosotros se han estudiado las implicaciones que tendría el llamado enfoque humanístico, cuya excelencia defendemos en contraste con el enfoque biomédico-preventivo que a pesar de estar muy extendido en la sociedades avanzadas ofrecería una calidad ética inferior (Tabla 2)².

Tabla 1: Comparación de los cuatro modelos

MODELOS				
	PATERNALISTA	INFORMATIVO	INTERPRETATIVO	DELIBERATIVO
Valores de paciente	Objetivos y compartidos por el médico y el paciente	Definidos, fijos y conocidos por el paciente	Poco definidos y conflictivos, necesitados de una aclaración	Abiertos a discusión y revisión a través de un debate moral
Obligación del médico	Promover el bienestar del paciente independientemente de la preferencias del paciente en ese momento	Dar información relevante y realizar la intervención elegida por el paciente	Determinar e interpretar los valores del paciente más importantes así como informar al paciente y realizar la intervención elegida por él	Estructurar y persuadir al paciente de que ciertos valores son los más adecuados, así como informarle y realizar la intervención elegida por él
Concepción de la autonomía del paciente	Asumir valores objetivos	Elección de, y control sobre los cuidados médicos	Autocomprensión de los elementos relevantes para los cuidados médicos	Autodesarrollo de los valores morales relevantes para los cuidados médicos
Concepción del papel del médico	Guardián	Técnico experto	Consultor o consejero	Amigo o maestro

¹ Tomado de Emanuel EJ, Emanuel JL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267 (16): 2.221-6. Publicado en versión castellana en: Couceiro A (ed). Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999; 109-126.

² Tomado de Ruiz Moral R. ¿Qué es hacer una buena medicina de cabecera? Implicaciones éticas de los diversos modelos teóricos. En: AAVV. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Sobre bioética y Medicina de Familia. Documentos semFYC nº 7. Palma de Mallorca, 1996; 29.

Tabla 2. Características de los enfoques biomédico-preventivo y humanístico

	Enfoque Bio-preventivo	Enfoque Humanístico
Concepto de salud	Cuerpo sin alteración biológica	Equilibrio biopsicosocial de la persona
Concepto de la medicina	Actividad mecánica para curar cuerpos o evitar que estos lleguen a dañarse	Actividad humanística, forma específica de relación humana
Papel del médico	Ingeniero biológico que cura cuerpos o evita que estos lleguen a enfermar	Persona que ayuda al paciente a entender su dolencia para hacer más fácil el tratamiento y para que pueda superarla
Valores	Enfoque 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. Enfoque 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.	Centrado en la dolencia. Apoyo personal en el marco de la relación profesional. 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).
Autonomía	Poco considerada. El médico tiende a ser 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 compromiso del médico es necesario. Continuidad en la atención.

Estos modelos son teóricos y limitados, pero pueden ayudarnos a reflexionar sobre los valores que subyacen en nuestra manera de trabajar, teniendo siempre presente que no es lo mismo tratar con una persona enferma que con una sana, con un enfermo crónico o con alguien que presenta una afección aguda o una urgencia vital, estar ante una persona totalmente competente y de elevado nivel intelectual o frente a una persona con las facultades mentales disminuidas o con un escaso nivel cultural. El campo de la AP es sin duda una palestra donde se aprende a ser flexible, donde la adaptación de los modelos teóricos al caso práctico se convierte en un arte necesario, pero debemos hacer que este pragmatismo sea compatible con el respeto de las referencias éticas.

Recordemos cómo en la Unidad 1 se decía que la Ética como disciplina nos tiene que servir para practicar el análisis de nuestros comportamientos mediante el razonamiento y la argumentación, de manera que seamos capaces de explicar el “por qué” algo está bien o mal.

Un joven paciente diagnosticado de una psicosis esquizofrénica se encuentra estabilizado con su tratamiento por vía oral, que toma sin problemas de manera regular, pero está preocupado por su obesidad. La madre nos pide que no le digamos que su ganancia de peso se puede relacionar con las pastillas de neurolépticos pues está segura de que las abandonaría. Intuitivamente podríamos considerar que la petición de la madre es del todo acertada. El análisis ético sistemático del caso que nos propone la bioética como disciplina académica nos tiene que ayudar a diseccionar y visualizar las razones y los argumentos de porqué consideramos acertada la sugerencia de la madre y eventualmente tomar en consideración otras alternativas tanto o más respetuosas con el paciente.

4. Algunas cuestiones prácticas

Vamos a introducir a continuación una serie de cuestiones prácticas cargadas de significado ético que resultarán muy familiares para cualquier profesional sanitario con experiencia en AP.

4.1. El paciente difícil

Nos referimos a los problemas derivados de la atención al "paciente difícil", así denominado no por su complejidad diagnóstica o terapéutica sino por la dificultad que genera su trato. Son personas que por su carácter o por su personalidad mórbida resultan pesados, conflictivos, reiterativos, propensos al conflicto, a la queja o a la reclamación. En un hospital estos casos se presentan de manera puntual, sin embargo la característica continuidad de la AP hace que nos encontremos uno y otro día con ese mismo paciente "difícil" capaz de desbordarnos. Existe una tendencia comprensible a promover el cambio de médico cuando en uno de estos casos se ha producido un deterioro importante en la relación clínica. Es lógico que un médico de familia desee evitar nuevos enfrentamientos con una persona de estas características. Sin embargo, si se trata de un auténtico "paciente difícil" la situación no tardará en reproducirse con su nuevo médico, de tal manera que si se realiza un nuevo cambio la historia se repite, y así una y otra vez, hasta completar el peregrinaje por todos los médicos del centro de salud. Pero también puede ocurrir que estemos ante el caso de un "médico difícil", es decir aquel que es propenso a etiquetar al paciente que le da un trabajo sobreañadido, y con facilidad desencadena el conflicto propiciando el cambio de profesional. La situación tiene una especial gravedad cuando los pacientes que solicitan el cambio son enfermos complejos que requieren una especial dedicación. Es fácil captar la relevancia de las cuestiones que desde la ética plantean estos casos, que además pueden generar una compleja conflictividad en el seno de un equipo de atención primaria, sobre todo cuando el flujo de cambios de pacientes tiene un predominio de médicos emisores y receptores.

Aplicando la clasificación anteriormente propuesta se puede afirmar que la correcta actitud (Cuestión Tipo I) del profesional de AP debe ser la de afrontar con profesionalidad el reto que plantea el trato habitual con el grupo de pacientes difíciles que le ha correspondido, al igual que los demás miembros de un equipo. En otras palabras, el buen profesional acepta el desafío de lidiar con estos casos como algo propio de su competencia. Esta actitud es básica y debe ser enseñada en el periodo de formación de la especialidad, tanto de manera explícita explicando sus fundamentos éticos vinculados a dimensión social de la AP, como de un modo implícito a través de la tutoría clínica en casos reales.

Se pueden presentar casos con un paciente difícil donde sea necesario plantear un cambio de profesional porque el deterioro de la relación clínica así lo hace aconsejable, ya sea por el bien del paciente o del profesional. En estos casos nos encontramos ante dilemas o lo que hemos llamado problemas de decisión (Cuestión Tipo II). En ocasiones los acontecimientos (amenazas, agresiones) pueden hacer prácticamente necesario e ineludible un cambio, pero generalmente surgen dudas que conviene someter al análisis y al debate en una sesión del propio equipo, o acudir al asesoramiento del comité de ética asistencial. ¿Va a suponer el cambio una ayuda para mejorar la asistencia del paciente?, ¿hay razones fundadas para esperar un resultado positivo del cambio?, ¿se han detectado en el equipo corrientes de pacientes que no se pueden justificar por el azar?

En ocasiones la conflictividad generada en un equipo por el peregrinaje de pacientes difíciles está ligada a dos cuestiones: a) problemas de coordinación que se traducen en desigualdades al hacer el reparto de la pesada carga que suponen estos usuarios conflictivos; b) la escasa formación en habilidades comunicativas que tenemos para hacer frente a estas relaciones clínicas tan tormentosas. Tanto a) como b) serían clasificables como una cuestión ética operativa o de ejecución (Cuestión Tipo III), cuya solución hay que buscarla en la mejora de la cohesión del equipo y en la formación en las técnicas de entrevista clínica que facilite una mayor competencia para hacer frente a estas situaciones.

4.2. Comunicación de información delicada

La cantidad de información que debe aportar el profesional sanitario a los pacientes y usuarios plantea una cuestión ardua tanto en la teoría como en la práctica y no se pueden dar pautas fijas. Desde la perspectiva ética se han utilizado diversas líneas de argumentación que se pueden resumir en los tres siguientes criterios³:

- 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.

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 práctica la filosofía del consentimiento informado. Sin embargo, aunque no sea posible señalar unas normas fijas, se puede establecer 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 actitud de promocionar la salud del paciente en un clima de respeto a su libertad (Cuestión Tipo I), también debe ser capaz de lograrlo de manera eficaz, lo cual exige una nueva dimensión formativa de la competencia profesional (Cuestión Tipo III). 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.

³ Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics (4ª ed) New York: Oxford University Press, 1994; 146-150.

El siguiente caso práctico puede servir para ejemplificar de qué modo nos podemos aproximar a lo que estamos definiendo como información sustantiva para alcanzar la calidad ética en este proceso de relación clínica:

Un varón de 26 años tuvo hace un año un episodio de debilidad en un brazo y visión borrosa, que le duró aproximadamente 12 h. Fue remitido al neurólogo, quien, tras realizarle diversas exploraciones, le comunicó que no se debía preocupar por lo sucedido. Ahora, tras un traslado de domicilio, su nuevo médico de familia le visita por un motivo banal y al revisar la historia clínica encuentra un informe del neurólogo a su anterior médico de familia, donde se informa de que el paciente ha sido diagnosticado de esclerosis múltiple, explicando que tiene por norma no informar a los pacientes en estadios precoces de esta enfermedad, con el objeto de evitarles una preocupación inútil⁴.

Para tomar partido ante el dilema (Cuestión Tipo II) que se le plantea al nuevo médico de familia nos podríamos hacer al menos dos preguntas relevantes:

- a) ¿Desea el paciente conocer esta información en cualquier caso?, y si es así ¿estamos dispuestos a informarle independiente de las posibles consecuencias negativas que se pudieran derivar? La posición que adoptemos tendría mucho que ver con nuestro modo de posicionarnos (actitud) ante la autonomía del paciente y ante el principio de no maleficencia (Cuestión Tipo I)
- b) ¿Conocemos la influencia que tendría esta información en la vida del paciente a la hora de tomar decisiones de la vida: sobre su futuro profesional, familiar, etc.? Es necesario cultivar un proceso dialogado donde el médico de familia se debería sentir cómodo por la propia naturaleza de la atención primaria: continuidad, confianza, conocimiento de las circunstancias personales y familiares, planes y expectativas vitales, preferencias, etc. Es evidente que este enfoque llevaría a descartar la información inmediata del diagnóstico de

⁴ Hébert PC, Hoffmaster B, Glass KC, Singer PA. Bioethics for clinicians: truth telling. *Can Med Assoc J* 1997; 156 (2): 225-228.

esclerosis múltiple, porque exigiría un tiempo mínimo de conocimiento del paciente para decidir el modo, el momento y la dosificación de la información, al igual que se requieren unas determinadas habilidades en la conducción de la entrevista clínica (Cuestión Tipo III). Una paciente de 50 años con una situación similar recriminó a sus médicos el retraso en el conocimiento de su diagnóstico porque era propietaria de un comercio, y de haberlo sabido hubiera cambiado su régimen en la seguridad social (pasando del régimen de autónomos al general), considerándose objetivamente perjudicada por este retraso en la información.

4.3. Análisis ético de la distribución del tiempo

Las preocupaciones que tenían los médicos de hace unos años no contemplaban apenas las cuestiones éticas relacionadas con la equidad. Ahora las cosas han cambiado notablemente y la discusión sobre la justicia en la distribución de los recursos está presente en cualquier debate serio en torno a cómo debe ser una buena asistencia sanitaria. Vamos a introducir una cuestión donde la aplicación de la justicia distributiva recae directamente en las espaldas del médico de familia y en general de cualquier profesional de AP: la distribución de su tiempo.

El tiempo comparte la característica de los recursos sanitarios: su limitación. El gran desafío de un Sistema Nacional de Salud es hacer frente al incremento de las necesidades de unos ciudadanos que se sienten con un derecho ilimitado a las prestaciones. Es habitual que los recursos tengan definidas sus limitaciones y prioridades, sin embargo en este caso nos encontramos con que es el propio profesional quien debe determinar la distribución de su tiempo, que es limitado, entre los pacientes que tiene asignados.

Para hacer este ejercicio, y antes de mostrar diferentes modelos de distribución del tiempo, tenemos que establecer unos niveles de calidad (Tabla 3) que son discutibles pero nos van a servir para hacer una reflexión

individual sobre cómo distribuimos nuestro tiempo entre las personas del cupo que tenemos oficialmente asignados.

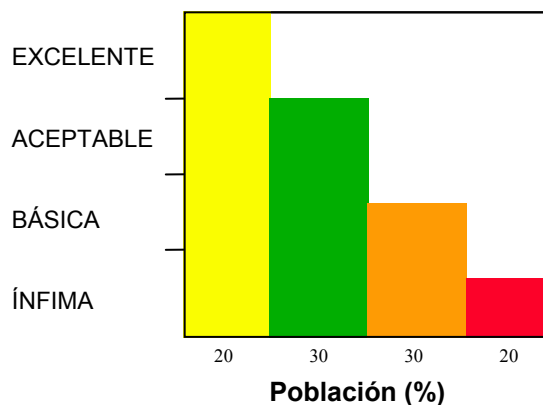
TABLA 3
NIVELES DE CALIDAD

<p>A. ÍNFIMO</p> <ul style="list-style-type: none">- atención a la demanda estricta- sin documentación clínica- sin continuidad
<p>B. BÁSICO</p> <ul style="list-style-type: none">- consulta de demanda- documentación clínica con registro de curso clínico- continuidad a demanda del paciente
<p>C. ACEPTABLE</p> <ul style="list-style-type: none">- consulta programada/continuidad parcial- historia clínica completa- actividades preventivas/cuidados paliativos
<p>D. MÁXIMO</p> <ul style="list-style-type: none">- atención familiar- programas- continuidad

Modelos en la distribución del tiempo en la práctica clínica

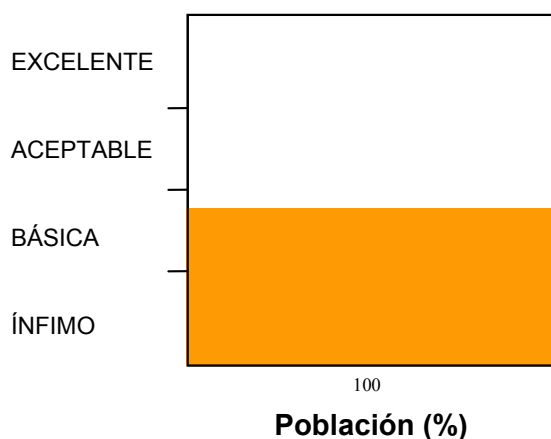
Los modelos que se presentan a continuación son teóricos y tienen aspectos criticables desde el punto de vista operativo. Pretenden servir como herramienta para la reflexión. Todos ellos tienen, sin embargo, un fundamento filosófico que va ser útil para hacer un análisis crítico de nuestra actividad diaria, desde la perspectiva de la ética clínica.

Modelo de Autonomía



Este modelo da la máxima prioridad a la autonomía del paciente en el sentido más radical. Se ofrece a cada paciente el nivel que demanda. Plantea un problema serio: el nivel de demanda no siempre se corresponde con las necesidades. Podría darse el caso de que un grupo de nuestros pacientes que precisan un nivel de atención de calidad máximo o aceptable esté recibiendo un nivel ínfimo. Es lo que suele ocurrir con grupos marginales o de bajo nivel sociocultural. La autonomía vence a la beneficencia y a la equidad.

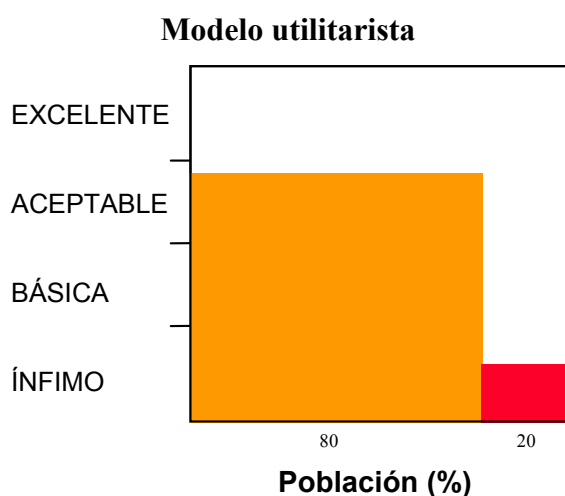
Modelo de igualdad



La equidad entendida como igualdad en sentido radical toma las riendas en este modelo, por encima de la autonomía y en algunos casos de

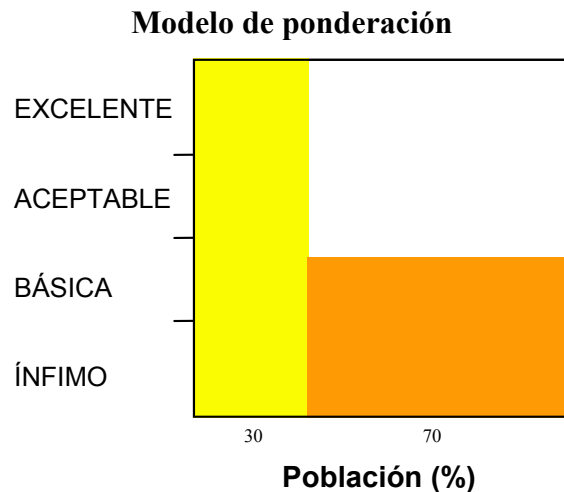
la beneficencia, eso sí con el fin de garantizar un nivel de calidad básico para todos sin excepción.

Este modelo debe hacer frente a la crítica de escasa operatividad por falta de aceptación social en una sociedad desarrollada y porque genera desmotivación del profesional, que se puede sentir convertido en un funcionario sin espacio para la capacidad de decisión.



Este modelo se plantea maximizar el nivel de calidad asistencial para la mayoría de la población de nuestro cupo, asumiendo explícitamente que se produzcan desigualdades objetivas (a un pequeño grupo se le va dejar en un nivel ínfimo) y posiblemente también que vamos a cerrar el acceso al nivel máximo.

Se puede afirmar que este modo de organizar la asistencia da prioridad a la beneficencia desde una perspectiva comunitaria, sacrificando la equidad y en parte también a la autonomía de algunos pacientes. Se plantea un grave problema según cuál sea el nivel de necesidades reales de la población que se queda en el grupo de cola que recibirá el nivel ínfimo.

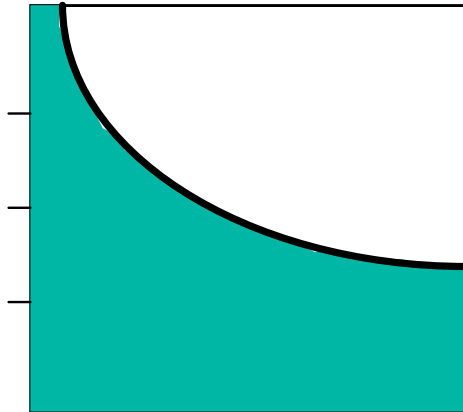


Este modelo busca un equilibrio entre los principios éticos, pero dando prioridad a la equidad. Se garantiza un nivel de calidad básico para todos los usuarios, permitiendo el acceso a niveles de calidad buena e incluso máximo a un grupo limitado. Se admite la desigualdad siempre que permita elevar el nivel más bajo de calidad asistencial. Tiene la ventaja de que motiva al profesional permitiendo que pueda desarrollar su capacidad, manteniendo vivo el modelo de lo que es una calidad asistencial excelente, al que deberían acceder quienes más lo necesiten. Al mismo tiempo evita la violencia de cerrar el acceso a niveles de mayor calidad a quienes lo necesitan o lo solicitan.

Como decíamos, son cuatro modelos teóricos de distribución del tiempo que se basan en teorías filosóficas bien conocidas: Liberalismo, Socialismo, Utilitarismo, Neocontractualismo (Teoría de la Justicia de Rawls).

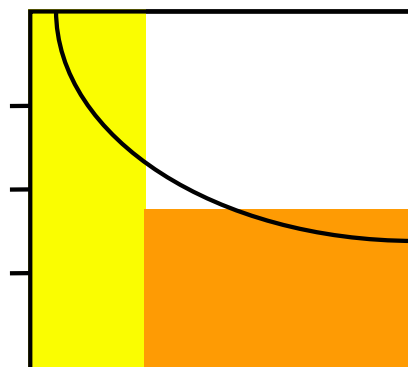
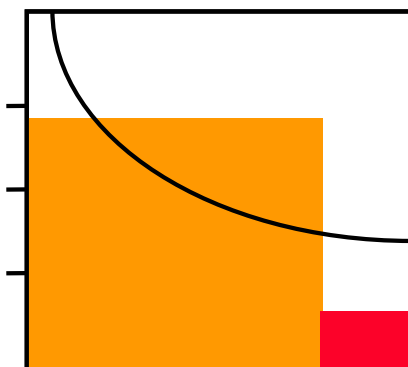
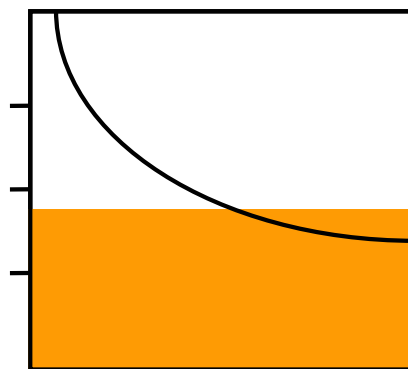
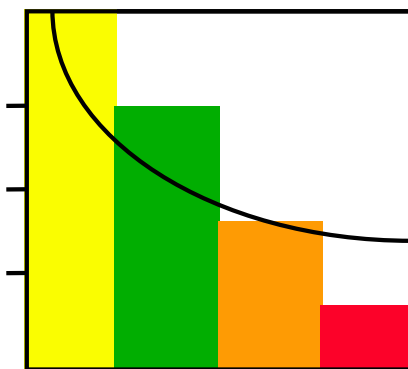
Pero en estos gráficos nos falta introducir un elemento que venimos mencionando repetidamente: las necesidades de nuestros pacientes.

NECESIDADES REALES DE LA POBLACIÓN



Si esta gráfica se correspondiera con la realidad los modelos quedarían cortados del siguiente modo:

NECESIDADES REALES FRENTE A MODELOS TEÓRICOS DE DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO



Nos podríamos preguntar: ¿qué modelo deberíamos ofrecer a nuestros pacientes? Nos encontramos en un ámbito en el que la Administración podrá dar orientaciones e incluso marcar estándares pero siempre quedará un espacio muy amplio a la decisión y responsabilidad personal. Estos diferentes modos de plantear la organización y la calidad asistencial son un buen ejemplo para captar la influencia que tiene la filosofía moral en el día a día de una cuestión aparentemente técnica. La distribución del tiempo es por tanto un caso para la bioética (¿mesobiótica o macrobioética?) que sin duda ha de interesar al profesional de AP comprometido con su trabajo.

Un buen ejercicio puede ser reflexionar sobre cuál es el modelo que más se aproxima a la asistencia que en la realidad estamos ofreciendo personalmente y en nuestro equipo, con el objeto de concluir qué reformas podríamos acometer para mejorar la equidad del modelo de atención que estamos prestando. Este análisis de posibles soluciones será un gratificante ejercicio intelectual y también una buena muestra de cómo la ética clínica puede hacer una aportación a nuestra práctica profesional y a la salud de nuestros pacientes.

5. Recapitulando

En los últimos años ha crecido el interés por las actitudes en el ámbito de la bioética, que tradicionalmente se había centrado más en la resolución de casos difíciles con problemas morales. Esta evolución se produce porque se ha recuperado la idea de que sin correctas actitudes cualquier otra consideración o resolución ética resulta fallida, quedando sometidos nuestros comportamientos profesionales a una fría consideración legalista, que tan indefensos deja a nuestros pacientes y tanto empobrece el ejercicio de la profesión médica. Este enfoque no significa que todo se vaya a resolver con buenas intenciones; hay que entender la importancia de adquirir los conocimientos y las habilidades necesarios para adoptar resoluciones prudentes. Tampoco hay que olvidar que detrás de un comportamiento éticamente correcto suele haber esfuerzo y voluntad.

En fin, también hay que decir que algunas cosas se deben aprender aunque no se puedan enseñar de una manera formal, como ocurre con las cualidades personales. Así, podemos mencionar lo que se ha denominado *curriculum oculto*, que se suele aprender del modo de trabajar del tutor o del compañero de trabajo, algo que tiene una extraordinaria importancia en los años de formación.

La AP tiene, tal como se acaba de describir, una serie de características que son específicas y que van a ser decisivas a la hora de hacer valoraciones sobre lo que se puede esperar de una práctica clínica con criterios de calidad ética. Esto supone cultivar una auténtica filosofía de la medicina de familia que tendrá repercusiones evidentes en la manera de establecer y desarrollar la relación clínica.

Podemos concluir, por tanto, que está suficientemente justificada la necesidad de desarrollar una bioética propia de la medicina de familia y de la AP, y no precisamente como un anexo o apéndice de la bioética primitiva de marcado acento hospitalario.