

Bioética y atención primaria: una relación de mutuas aportaciones*

Bioethics and Primary Care: Mutual Benefits

Altisent R.**

** Universidad de Zaragoza. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, España.

* Conferencia pronunciada en el Hospital General de México, en la ciudad de México, el 29 de noviembre de 2005.
III Simposium Internacional de Bioética: "Bioética en Latinoamérica". (Bajo la dirección del Dr. Eduardo De Anda Becerril -Director de Enseñanza, Hospital General de México y Tech Palewi, S.C.).

Correspondencia: altisent@unizar.es

Introducción

Los países desarrollados han vibrado con el progreso científico. El alcance de los avances de la medicina hacia 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 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 los noticiarios, 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 área pluridisciplinaria 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. Pienso que es necesario recuperar los ideales que recogen los Códigos de Deontología que sin duda nos ayudarán a crecer tanto profesional como 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 bastantes errores prácticos. La relación de la deontología con la bioética puede ser un tema de discusión en ambientes especializados, pero a cualquier profesional que no aspira a ser un experto en la materia le interesa 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 también pueden ser deontología médica o de enfermería. Aunque es evidente que la bioética entendida 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 (AP) necesita la ayuda de esta disciplina que se ha dado en llamar bioética para garantizar calidad y excelencia; pero la bioética también necesita, para su completo desarrollo, reconocer en la medicina de familia y su entorno de la AP un campo de aplicación del máximo nivel. En España solemos decir que ya han pasado los tiempos en que se pensaba que fuera del hospital no hay vida inteligente, pues tenemos desde hace ya más de 20 años una atención primaria muy desarrollada con equipos profesionales excelentes tanto clínica como académicamente.

Atención Primaria de Salud, un ámbito con personalidad propia

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 España la denominación oficial de médico de familia. Pero todavía más importante 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 algunos años la bioética se ha incorporado al acervo cultural del ciudadano medio y por supuesto del médico, pero generalmente con relación a situaciones dramáticas que aparecen en los medios de comunicación, -64

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 hipolipemiantre 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 hipolipemiantre, 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.

¿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:

- Desarrollar intuición para reconocer los problemas éticos que se presentan en el ejercicio profesional
- Adquirir método para la toma de decisiones deliberadas y consistentes
- 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 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 cuatro 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 insopportable [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; situación que 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.

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.

Podemos plantear ante el 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 biopsicosocial 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 “R” 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 reprimen duramente sus excesivos mimos a la nieta de siete 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 consultar al 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.

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 2, 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 son un ejemplo de los que solemos plantear en APS con el objetivo de 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 serían recomendables o imprescindibles para trabajar en APS.

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.

Actitud ante la medicina preventiva

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.

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 ⁴.

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.

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 Español establece. Sin embargo, en la práctica se dan casos donde surge la duda.

Caso E. La señora “C” 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. El señor “L” tiene 30 años y había solicitado un análisis para determinar anticuerpos contra VIH. Acude a la consulta para recoger los resultados de los estudios de laboratorio clínico 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 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 mejorar las cosas 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.

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 desgarro y la desesperación pueden hacerse presentes en quienes ven saltar hechos pedazos sus proyectos hechos a “ras de tierra”. Todos los médicos de ---- 70

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.

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 cuando un familiar del enfermo es el interlocutor autorizado, con derecho a recibir información o para intervenir en las decisiones.

Consentimiento informado en atención primaria

Vamos por último a dedicar una especial atención a este apartado porque la noción de Consentimiento Informado (CI) se encuentra actualmente en el corazón de la medicina. Dando por sentado que el CI es un proceso y un estilo de relación con el paciente me interesa comentar la pertinencia de utilizar documentos de consentimiento informado en atención primaria pues es un tema que 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: *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: *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 paciente⁹.

El reto que plantea el consentimiento informado es fundamentalmente ético. 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.

Colofón

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 este cuerpo propio de la ética aplicada, sin el cual no es posible desarrollar una bioética plenamente desarrollada y creíble para la mayoría de los profesionales de la salud.

Muchas gracias por la amable invitación del Hospital General de México para participar en este **III Symposium Internacional de Bioética** donde he intentado acercarles a la perspectiva española de una bioética aplicada a la atención primaria que venimos madurando desde hace 15 años. Quedo a su disposición: altisent@unizar.es y también les invito a visitar y comentar estas cuestiones a través de mi blog: www.diariomedico.com/blogs/bioetica

Referencias

1. Altisent R, Martín Espíndola MN, Serrat D. Etica y Medicina de Familia. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5^a ed. Madrid: Harcourt Brace, 2003; 285-306.
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 Etica 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 (4^a ed). New York: Oxford University Press, 1994;146-150.
- ✓ 8. Broggi Trias MA. ¿Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. Med Clin (Barc) 1999; 112: 95-96.
- ✓ 9. Simón Lorda P. El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. MEDIFAM 1995; 5: 264-271.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- 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.semfyce.es/es/actividades/publicaciones/36644.html>. También publicado en capítulos en la revista [Atención Primaria](#): <http://www.atencionprimaria.com>
- Serie “Bioética para Clínicos” publicada en Medicina Clínica (2000-2001).

Dentro de un proyecto docente de 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. Despues 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:

- 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.
- Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc) 2001; 117(1): 18-23.
- Simón P, Júdez J. Consentimiento informado. Med Clin (Barc) 2001; 117(3): 99-106.
- Gracia D, Jarabo Y, Martín-Espíndola M^aN, Ríos J. Toma de decisiones con el paciente menor. Med Clin (Barc) 2001; 117(5): 179-190.
- 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.
- 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.

- 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(11): 419-426.
- 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.
- Barbero J, Romeo C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(15): 586-594.
- Carballo F, Júdez J, De Abajo F, Violán C. Uso racional de recursos. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(17): 662-675.
- 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.
- 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.