

DOCUMENTOS SEMFYC

Sobre bioética y medicina de familia (II)

R. Altisent Trota, M.T. Delgado Marroquín, L. Jolín Garijo, M.N. Martín Espíldora, R. Ruiz Moral, P. Simón Lorda y J.R. Vázquez Díaz

Grupo de trabajo de la semFYC.

¿Qué es hacer una buena medicina de cabecera? Implicaciones éticas de los diversos modelos teóricos

R. Ruiz Moral

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

¿Cuáles son las características fundamentales de la MG/F?

El primer paso para clarificar cómo actuar adecuadamente en nuestra práctica clínica habitual será la identificación de aquellos rasgos que caracterizan a la medicina general. Animamos al lector a buscar estas características en los diferentes documentos o libros generales sobre MG/F. Las fuentes que nosotros principalmente hemos utilizado para su confección son las siguientes: los textos de Fry¹, Rakel², Morrell³, Taylor⁴, Fraser⁵ y McWhinney⁶. Como documentos más significativos destacamos el documento de la semFYC de 1994 sobre el «Perfil profesional básico de la medicina de familia»⁷, nuestro propio Programa Nacional de la Especialidad⁸, el autorizado documento de la WONCA⁹, el del grupo Leeuwenhorst¹⁰ y el recientemente publicado informe del US Institute of Medicine sobre Atención Primaria (Donaldson MS, Vanselow NA)¹¹. Cada uno de estos textos resalta distintos aspectos de la MG/F. A continuación los comentamos muy brevemente:

Globalidad y generalismo

Caracterizada por la integración de un conocimiento de naturaleza no sólo biológica sino psicológica y social, con la capacidad para tomar decisiones según el problema que presente cada paciente en cada situación. Amplia perspectiva del médico sobre el sistema sanitario y papel de comunicador central.

Función de la atención primaria

Como puerta de entrada al sistema sanitario, primer nivel de atención, en contacto con la comunidad. Conlleva un especial tipo de problemas de salud: los autolimitados, los más

TABLA 1. Tipos de teorías

1. Teoría positiva: si A, entonces B
2. El objetivo: B
3. Teoría normativa: hacer A
4. Conclusión: (1) es la base de (3)

prevalentes; un elevado número de pacientes con síntomas y sin enfermedad. Uso de la estimación de probabilidades en el trabajo diario (el «imperativo epidemiológico» de Morrell). Oportunidad y responsabilidad en diagnósticos tempranos. Toma de decisiones con altas cotas de incertidumbre.

Compromiso con la persona más que con un determinado tipo de enfermedad, órgano o tecnología

La atención a personas concretas, destacándose la perspectiva humana y subjetiva en la práctica diaria, ha sido resaltada en el presente siglo sobre todo desde los trabajos de Balint¹². Implica dar un papel nuclear a la relación médico-paciente, reconocer la importancia del autoconocimiento del médico y la integración de la información biopsicosocial a la hora de identificar los problemas.

Prevención y promoción de la salud

Derivada de su responsabilidad con la población y compromiso con la comunidad. Implícita en la denominación española de médico de familia y comunitario.

Orientación familiar

Reconocimiento del valor decisivo de la familia en el proceso salud-enfermedad. Esta perspectiva es destacada sobre todo por F.J. Huygen¹³: la familia será la unidad de acción para

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

	Enfoque biopreventivo	Enfoque humanístico
Cuerpo de salud	Cuerpo sin alteración biológica	Equilibrio biopsicosocial de la persona
Concepto de la medicina	Actividad mecánica para curar cuerpos o evitar que éstos lleguen a dañarse	Persona que ayuda al paciente a entender su dolencia para hacer más fácil el tratamiento y para que pueda superarla
Valores	E. biomédico: centrado en la dolencia, como alteración biológica, la enfermedad es una realidad por sí misma. El diagnóstico fisiopatológico llega a ser un fin y no sólo un medio E. preventivo: centrado en la comunidad. La realidad es la enfermedad en la comunidad: las tasas. El paciente es visto como un medio para modificar las tasas	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 es paternalista	Medicina centrada en el paciente. La búsqueda de acuerdos se convierte en un objetivo a alcanzar
Relación médico-paciente	Impersonal y asimétrica. Episódica. Tendencia a la medicalización de la vida (sobre todo el enfoque preventivo)	Fundada en la interacción y el compromiso entre el médico y el paciente. El involucramiento del médico es inevitable. Continuidad en la atención

el médico de familia. Implícita en la denominación americana y española del médico de cabecera como médico de familia.

Contexto

El médico se encuentra con el paciente en su propio contexto. La relación médico-paciente es un contexto propio, la comunicación entre ambos descansa en gran medida en significados implícitos (de alto contexto). El reconocimiento del valor del contexto sociocultural en el proceso salud-enfermedad ha sido resaltado en medicina general entre otros por C.G. Helman¹⁴.

Enfermedades crónicas

Adquieren un papel relevante en la práctica clínica del médico de cabecera por su elevada prevalencia, por el envejecimiento de la población en los países industrializados y por la declinación de responsabilidades por parte de otras especialidades médicas.

Promoción de la autonomía del paciente

Basada en la idea de que una dependencia excesiva del sistema de salud y del médico es contraproducente para la salud. El generalista desempeñaría un papel importante en el equilibrio de responsabilidades entre los servicios y el paciente.

Lo primero que llama la atención de esta revisión es el elevado número de compromisos que tiene el médico

general y la enorme amplitud de su campo de conocimiento y actuación: parece que todo está en nuestro ámbito, pero a su vez se revela una total capacidad para ser reemplazado. Sin embargo, hay a primera vista al menos un par de graves inconvenientes que en el fondo pueden poner en tela de juicio a la propia MG/F, especialmente en aquellos países donde, como en el nuestro, no existe una tradición de generalista potente: *a)* no existen consideraciones, en ninguno de los documentos y textos, sobre las naturales restricciones intelectuales, de tiempo y posibles solapamientos con otras especialidades, y *b)* esas diferentes responsabilidades parecen incluir distintas perspectivas teóricas que implican diferentes modelos de práctica cada uno con su propia definición de lo que está bien y mal y que en muchas ocasiones se encuentran enfrentados.

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

Los diferentes modelos implicados en la medicina de familia

P. Toon¹⁵ ha llegado a ver 5 diferentes modelos teórico-prácticos entremezclados en la MG/F: biomecánico, preventivo, familiar, hermenéutico y clientelista. Cada una de estas opciones tiene su propio concepto de calidad, de lo que debe ser la relación médico-paciente, de autonomía y lleva implícito un conjunto de valores asociados: su propio concepto de lo

que es justo o no (su postura ética). Todo esto hace difícil definir el enfoque de nuestra atención profesional, y es lo que hace confuso el trabajo diario del médico de cabecera. A éstos se les pide hacer cosas que muchas veces son incompatibles: las consecuencias éticas de elegir un modelo u otro son diferentes y muchas veces contrapuestas.

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

Estos razonamientos nos han colocado de cara al problema principal: tenemos, al menos, dos muy diferentes perspectivas que son, o deben ser (la biomédica ya lo es), el núcleo de teorías positivas distintas y cuyos objetivos son también diferentes, lo que en gran medida conlleva formas de actuación que en muchos casos serán incompatibles. Algunos autores (McIntyre)¹⁶ han mostrado su escepticismo sobre si inicialmente se puede definir de una forma unitaria lo que es hacer una buena MG/F, y ante la falta de un modelo coherente proponen que la salida podría estar en que cada médico ofrezca un tipo de práctica y cada paciente elija el que crea que le conviene (incluyendo en la oferta los valores morales que rigen esa práctica!). Existe, sin embargo, otro punto de vista más integrador, el cual pasaría ineludible-

mente por la adopción de una postura filosófica clara como única vía para reconciliar en la medida de lo posible las diferencias entre modelos, lo cual debe ser la base para sólo aceptar valores morales de peso y suficientemente justificados. P. Toon¹⁵ ha definido esta postura con la aseveración de que en realidad «lo que necesitamos no es obtener más y mejor información de la investigación sino tener una mejor filosofía».

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

Parece ineludible la necesidad clara de elegir una perspectiva. En MG/F deberíamos considerar como punto de partida unos objetivos distintos del mero curar en el sentido biomédico del término. Esto es el meollo de toda la cuestión que aquí nos trae. El alivio del sufrimiento sería el núcleo central, el objetivo primordial del médico en general y del de cabecera en particular. El aforismo popular «curar rara vez, aliviar frecuentemente, reconfortar siempre» lo define con claridad, delimitando la distinción invocada cada vez con más frecuencia en la literatura entre curar y sanar.

La perspectiva humanista: el modelo hermenéutico

Es evidente que un objetivo de esa naturaleza lleva implícito la consideración de los seres humanos no exclusivamente como organismos sino como sujetos conscientes. El asumir esta segunda perspectiva incluye a la primera; lo contrario, sin embargo, no ocurre. Al priorizarse la perspectiva humanista, hacia la persona, la biomédica pasa a ocupar una posición secundaria y aditiva. La perspectiva humanista se convierte así en el marco genérico en el que se debe construir la teoría que guíe la acción y la reflexión del médico de cabecera.

Los antecedentes recientes de esta tendencia en la medicina occidental se encuentran ya en «la introducción del sujeto en medicina» de Viktor von Weizsäcker en los años veinte. Pedro Laín Entralgo¹⁷ la denomina «men-

talidad antropopatológica» o «patología personal», y para este autor su problema central consiste en saber de qué modo se personaliza el cuerpo, cómo los procesos somáticos se integran en la vida personal del paciente. Desde el propio Weizsäcker se han buscado los fundamentos teóricos de esta patología personal sobre los que inmediatamente esbozaremos algunas ideas.

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

La construcción de una teoría desde esta perspectiva pasa por delimitar algunos conceptos básicos. L. Luna¹⁸ y R. Ruiz Moral¹⁹ han distinguido la necesidad de ir construyendo 3 tipos de teorías positivas: una sobre la dolencia, otra sobre el significado de la dolencia y una tercera sobre la práctica clínica, que deben incluir una determinada concepción del hombre y de lo que es la salud y la enfermedad. Los materiales conceptuales para tal empresa pueden ser tomados de distintas fuentes: de la teoría general de sistemas (las propuestas de Engel²⁰ y de Foss y Rothemberg²¹ son ejemplos de esto), de la antropología filosófica (como la de Heidegger u Ortega), de la antropología psicoanalítica (como la de Jung o el propio Balint) o de la psicología fenomenológica de Husserl y sus seguidores (este campo está siendo especialmente fértil en los últimos años, con aportaciones como las de, por ejemplo, Ktoombs²² y C Rudebeck²³ desde el ámbito de la medicina de familia). Además de estos conceptos teóricos generales habrá que tener siempre en cuenta una orientación teleológica: ¿cuál es el propósito de la vida?; para ello el proyecto personal de cada paciente adquiere mayor peso.

La teoría normativa: un esbozo

En líneas generales, la norma de actuación se atisba. La común humanidad se revela como la base para el

consenso. La enfermedad, como fuente de sufrimiento, genera una alteración de la humanidad del paciente, lo que según E. Pellegrino²⁴ debe delimitar las obligaciones morales del médico. Para este autor, «la fuente de la moralidad profesional proviene de la fenomenología de la dolencia: es decir, de la experiencia de la dolencia en la persona. La autenticidad moral del acto médico se mide con el grado en que remedia el estado de aflicción del ser humano». Para conseguir esto parece imprescindible la adopción de una especial actitud por parte del médico: la que hace a éste tratar al paciente como merecedor de un trato similar al que pretende para sí mismo. Esta «actitud de decosificación del otro» se alcanzaría cuando en la «ejecutividad» de la interrelación entre 2 personas, cada una de ellas trata al «otro», no como un «tú» o «él», sino como un «yo» (J. Ortega y Gasset²⁵). Todo esto se relaciona claramente con el imperativo de Kant y la máxima inmortal del evangelio («trata a tu prójimo como a ti mismo»), lo que nos lleva genéricamente a definir al buen médico como un «buen hombre». Quizás no pueda ser de otro modo. Este enmarque, aun reconociéndolo demasiado general e inespecífico, nos parece muy oportuno y merecedor de ser resaltado y desde nuestro punto de vista debe ser el referente de cualquier «investigación» ética. Una correcta actuación tendría mucho que ver con una actuación justa, una práctica clínica justa, en el sentido de virtuosa; quizás lo que necesitamos sea, siguiendo a McIntyre²⁶, una ética de la virtud como parte de las bases morales de la medicina general. En este contexto, la historia vital y el proyecto personal de cada sujeto ocupa un primer plano, y parece necesario renunciar a la construcción de una ética formal (cuya posibilidad siempre ha sido puesta en entredicho -W.H. Walsh-)²⁷. Sin embargo, esto no implica una renuncia a explicar de forma coherente conceptos importantes para nuestra práctica clínica, como los de la relación entre el médico y el paciente y los de autonomía personal, entre otros.

Bibliografía

1. Fry J. Common diseases. Their incidence nature and care. Londres: MTP, 1983.
2. Rakel R. Textbook of family medicine. Filadelfia: W.B. Saunders, 1995.

3. Morrell D. The art of general practice. Oxford: Oxford University Press, 1991.
4. Taylor RB. Medicina de familia. Principios y práctica. Barcelona: Doyma, 1991.
5. Fraser RC. Clinical method. A general practice approach. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1992.
6. McWhinney I. Medicina de familia. Barcelona: Mosby-Doyma, 1995.
7. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Perfil profesional básico de la medicina de familia. Madrid: semFYC, 1994.
8. Programa Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
9. WONCA. WONCA statement on the role of general practice/family practitioner in the health care systems. WONCA 1991.
10. Leeuwenhorst Group. The general practitioner in Europe. Statement, 1975.
11. Donaldson MS, Vanselow NA. The nature of primary care. J Fam Pract 1996; 42: 113-116.
12. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1989.
13. Huygen FJ. Family medicine. The medical life history of families. Nueva York: Brunner Mazell, 1982.
14. Helman CG. The role of context in primary care. J R Coll G Pract 1984; 34: 547-550.
15. Toon P. What is good general practice?. Londres: RCGP, Occ Pa 65, 1994.
16. McIntyre A. Patients as agents. En: De Reidel D, editor. Philosophical medical ethics, its nature and significance. Boston: Dordrecht, 1977.
17. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza, 1983.
18. Luna Cabañero L, Ruiz Moral R. Theoretical renewal of family medicine. Theoretical medicine. Unaccepted manuscript, 1995.
19. Luna Cabañero L. Towards a conceptual classification of new proposals in general practice/family medicine (3.^a ed.). Estocolmo: WONCA European Congress, julio de 1996.
20. Engel G. The need for a new medical model. Science 1977; 196: 129-136.
21. Foss L, Rothemberg K. The second medical revolution. From biomedicine to infomedicine. Boston: New Science Library, 1988. 22. Toombs K. The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient. Dordrecht: Kluwer Academic, 1992.
23. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. Scan J Prim Health Care 1992; Supl 1.
24. Pellegrino ED. Being ill and being healed. Some reflections on the grounding of medical morality. En: Kestembaum V, editor. The humanity of the ill. Phenomenological perspectives. Knoxville: The University of Tennessee Press, 1982.
25. Ortega y Gasset J. La deshumanización del arte. Madrid: Espasa Calpe, 1987.
26. McIntyre A. Tras la virtud. Barcelona: Crítica, 1987.
27. Walsh WH. La ética hegeliana. Valencia: Fernando Torres, 1976.

La ética como impulso para la mejora continua del modelo sanitario

J.R. Vázquez Díaz

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

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

Podemos decir que tanto el imperativo moral de hacer el bien, como los principios de justicia social, nos proporcionan suficientes razones para justificar la asociación ética-calidad, proporcionando también el impulso necesario para que los médicos midan, analicen y mejoren su práctica. Escudriñar en qué se materializa o debería de materializarse el impulso ético hacia la mejora es ciertamente un reto, porque un reto es dar respuesta a las múltiples preguntas que nos surgen en ese camino: ¿es posible la calidad al margen de la ética?, ¿es imprescindible el impulso ético para mejorar la calidad?, ¿qué aporta la ética a la mejora de la calidad?, ¿qué parte del servicio sanitario sería mejorable apelando a dichas razones?, etc. Pero no son éstas unas preguntas que tengan fácil respuesta.

Ética y calidad de servicio

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

En la sociedad occidental los principios éticos y morales médicos están dentro del marco de la ética tradicional hipocrática. Nace la deontología médica como una respuesta ética a la confianza que cada enfermo en parti-

cular y la sociedad entera depositan en la profesión médica y en cada uno de sus médicos¹.

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

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

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

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

Progresan enormemente la medicina científica y empezamos a ser conscientes de cuán injusto y equivocado puede ser en ocasiones el instinto del médico. Aparecen los ensayos clínicos, los estudios de resultados, la evaluación de la calidad de la práctica médica, la evaluación de la calidad del servicio, etc. que tratan de ayudar al médico en la mejora de sus actuaciones. Pero ese progreso produce más cambios. Hay un declinar del médico individual, dueño y señor de sus propias decisiones y surgen las instituciones, primero los hospitales y luego los centros de salud, donde los médicos forman parte de equipos de trabajo. La institución en su conjunto comienza a asumir una buena parte de la responsabilidad sobre el servicio que presta. Como vemos, se produce un gran cambio del concepto de la medicina. La salud comienza a ser un valor para la sociedad y su mantenimiento pasa a ser, en muchos países, un proyecto solidario que en parte es responsabilidad del Sistema Sanitario Público.

Los Estados asumen dicho mandato y, por tanto, comienzan a administrar los recursos que la sociedad desea dedicar globalmente al mantenimiento de la salud.

Aparecen los administradores de los sistemas de salud. Ellos operan bajo unos principios éticos que difieren del mandato clínico hipocrático, incluso a pesar de sus modificaciones posteriores. Los administradores se rigen, en general, por el principio utilitario de maximizar el beneficio neto para la población en su conjunto. Todos estos acontecimientos ponen a prueba muy seriamente los clásicos principios hipocráticos que son, de algún modo, revisados para incorporar el derecho de los pacientes a declinar la oferta de servicios² y también para sustituir o reforzar el juicio individual del propio médico con un, más objetivo, «estándar de práctica», obtenido del análisis de los resultados de grandes series o, en su defecto, de los consensos.

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

Si bien los estándares, las guías de práctica o los consensos no han escapado al control de los médicos, dado que éstos van reemplazando paulatinamente su concepto de individualismo profesional por el poder del asociacionismo, lo cierto es que en los últimos 10 años se está produciendo una fuerte presión desde las estructuras gestoras para disminuir el grado de autonomía del médico o, visto en sentido positivo, para hacerle partícipe de una parte del compromiso que los administradores adquieren con la sociedad en su conjunto. El médico ya no es sólo responsable del mantenimiento de la salud de cada individuo, sino de toda la comunidad que tiene asignada, y para ello debe de administrar adecuadamente los recursos que esa sociedad pone a su disposición⁴.

En todo este contexto comienza a aparecer el concepto de servicio y las dimensiones que definen su calidad. Las actuales tendencias en gestión de la calidad hacen más hincapié en los objetivos que se desea conseguir y en las metas que en los atributos clásicos de la calidad (efectividad, eficiencia, aceptabilidad, accesibilidad).

Éstos se convierten en un medio para lograr un fin que es la satisfacción. Por tanto hay que recalcar de nuevo que la meta y el objetivo básico de cualquier estrategia de mejora continua de la calidad es producir satisfacción. Es decir, satisfacer las necesidades de atención a la salud a nivel individual (usuarios, beneficiarios, clientes...) y también global. Como se puede ir apreciando, la situación del médico dentro del sistema sanitario, sus funciones, sus dependencias e interrelaciones son diametralmente diferentes a las que tenía hace relativamente poco tiempo. Como hemos visto, hay una serie de coordenadas que se están modificando, lo que determina una situación de cambio casi constante en el escenario de la práctica médica, en la definición de su calidad y en la contribución de los valores éticos a su desarrollo⁵.

Calidad, cambio y práctica médica

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

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

nacionalización de los mercados. Esto hace que lleguen a nuestro mercado productos de países en los que la salud no es un valor ni su protección un derecho, productos cuyo precio no soporta la carga que supone el mantenimiento de las conquistas sociales de Occidente.

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

Como se puede ver, esto afecta directa y profundamente al mundo sanitario, que reacciona aumentando su faceta utilitarista, al menos en 2 áreas: poniendo un límite a las prestaciones, es decir, disminuyendo prestaciones no básicas o poniendo barreras en el acceso (*ticket* moderador, tasas por medicamentos, etc.) y aumentando la eficiencia en la producción de los servicios sanitarios.

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

Tanto el gran desarrollo tecnológico como la extensión de la cobertura asistencial a toda la población han ido haciendo necesaria la creación de instituciones que permitieran organizar adecuadamente la producción de los servicios sanitarios. Se crean inicialmente los hospitales y a continuación, unos años después, los cen-

tro de salud. Unos y otros, aunque con distinta magnitud, presentan unas características comunes, que han ido apareciendo en las organizaciones sanitarias: equipos de trabajo, concepto de calidad asistencial, creciente interdependencia funcional dentro del equipo y entre diversos equipos, aparece el concepto de cliente, tanto interno como externo, la gestión de los procesos se hace fundamental, surge la gestión de la calidad del servicio y los conceptos de calidad total en los que el cliente, y no el proveedor, se convierte en el centro del sistema.

Un nuevo escenario para el impulso ético

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

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

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

Dado que los recursos sanitarios son un bien público, se está produciendo una tensión entre el interés indivi-

dual de recibir cuidados y atención y el interés general de la accesibilidad y equidad, en los que se basa la justa distribución de los recursos existentes. Es decir, una tensión entre la justicia conmutativa y la distributiva. En medio de estos 2 vectores se encuentra el médico, cada vez más en un papel modulador de la tensión que entre ambos se produce⁸.

Ética en el mantenimiento y mejora de la competencia

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

En este sentido, podemos encontrar claras referencias en el Código Deontológico¹¹.

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

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

En función de quién o quiénes establezcan dichos sistemas de control y cómo se articulen éstos, podremos hablar de sistemas de acreditación y sistemas de recertificación.

Sistemas de acreditación

Son sistemas que se centran fundamentalmente en garantizar la cali-

dad de las actividades de formación continuada y en acreditar el «esfuerzo» realizado por mantener o mejorar el nivel de competencia.

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

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

Sistemas de recertificación

Son sistemas que tratan de evaluar el nivel de competencia del médico con el fin de revalidar ante la sociedad la autorización –recertificar– que ésta le ha concedido –certificado o título– para ejercer como tal o en una determinada especialidad. Estos sistemas, existentes en pocos países, no siempre son de carácter obligatorio y con frecuencia suelen tener alguna repercusión –parcial o total– sobre la habilitación para el ejercicio de la medicina.

Bibliografía y comentarios

1. Herranz G. El código de ética y deontología médica. Cuadernos de Bioética 1994; 4: 238-240.
2. En este sentido se recomienda la lectura de: Reguat M. El médico de cabecera ante el paciente que rechaza la atención. FMC 1996; 3 (2): 71-72, y Serrat D. Responsabilidad legal y ética ante un paciente que rechaza la atención sanitaria en atención primaria. FMC 1996; 3 (2): 111-121.
3. Povar G. Profiling and performance measures. What are the ethical issues? Med Care 1995; 33 (1): JS60-JS68. En este artículo el autor se centra en el análisis ético aplicado a la realización de estándares y perfiles de práctica como apoyo a la identificación de potenciales conflictos en la interrelación médico-paciente y con los objetivos de las políticas de salud.
4. Bengoa R. El futuro de la relación entre los médicos y los gestores. 7DM 1996; 295: 54. El autor desarrolla en este artículo la idea de la pérdida de autonomía del médico en su toma de decisiones a fa-

- vor del administrador sanitario. De este tema se volverá a hablar más adelante.
5. Altisent R. Introducción a la bioética en medicina familiar y comunitaria. *Jano* 1993; 1.041: 43-54. Es aconsejable su lectura y contraste con los otros 2 artículos referenciados. El autor, en el citado artículo, además de hacer un didáctico repaso a los aspectos éticos más importantes que afectan al médico de familia, nos habla de las cuestiones éticas de actitud, decisión y ejecución y se refiere al alcance y consecuencias del compromiso médico en la defensa de la salud del paciente.
 6. Revert M. Bioètica i atenció primària. *Bioètica & Debat* 1995; 3: 1-3. En este artículo la autora advierte de los problemas que el objetivo de la eficiencia puede tener para la práctica de la medicina de familia en lo que se refiere a la relación médico-paciente y a la defensa de los intereses del paciente ante unos recursos limitados.
 7. Beauchamp TL, Children FJ. *Principles of biomedical ethics*. Nueva York: Oxford University Press, 1989. Citados en: Gracia D. Principios y metodología de la bioética. *Quaderm CAPS* 1993; 19: 7-17.
 8. Veatch RM. The role of ethics and accountability initiatives. *Med Care* 1995; 33 (1): JS69-JS76. Se refiere en su artículo a la confrontación entre los principios éticos de los médicos y de los administradores sanitarios, unos más centrados en el individuo y otros en el conjunto del sistema.
 9. San Martín JA. EL médico en el trabajo profesional. *Cuadernos de Bioética* 1994; 3: 232-233. Se refiere al sentido de la responsabilidad profesional como un elemento fundamental del trabajo médico, definiéndolo como «... hacerlo lo mejor que se sabe y lo mejor que se puede...». Como se viene diciendo, si bien esos elementos son necesarios, no resultan suficientes para garantizar una práctica excelente.
 10. Prieto A. El mantenimiento de la competencia profesional del médico de familia: recertificación y acreditación. *Aten Primaria* 1993; 12 (8): 437-438
 11. Código de ética y deontología médica y compendio de doctrinas internacionales. Los principios prima facie universalmente aceptados en la bioética serían los de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.
 12. Véase RD 737/84 y Ley General de Sanidad. Real Decreto 137/84, art. 5: «... serán funciones de los equipos... evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos...». Ley General de Sanidad (cap 2, art. 18: 14,15,16).
 13. Vázquez-Díaz JR. El mantenimiento y mejora de la competencia profesional. Libro de Ponencias y Comunicaciones. IX Jornadas de la Sociedad Canaria de Medicina de Familia y Comunitaria. Puerto de la Cruz: SoCamFYC, 1996.
- Madrid: Consejo General de Colegios de Médicos de España, 1990: art. 5: ... El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y un rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición... El art. 23 del capítulo V, dedicado a la calidad de la atención médica, nos dice: ... que el ejercicio de la medicina es un servicio basado en el conocimiento científico, cuyo mantenimiento y actualización es un deber deontológico individual del médico, y un compromiso ético de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión...