

DOCUMENTOS SEMFYC

Sobre bioética y medicina de familia (III)

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.

Palabras clave: Bioética; Medicina Familia; Propuestas metodológicas.

Dilemas éticos en la práctica clínica

M.N. Martín Espíldora

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

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

La mayoría de los métodos para el análisis de dilemas están pensados para ser aplicados en el ámbito hospitalario y sobre todo en unidades donde la toma de decisiones es conflictiva por la urgencia del caso o por su severidad. Sin embargo, en atención primaria (AP) contamos con el factor «continuidad» y, aunque haya que actuar con agilidad, generalmente no es preciso tomar decisiones drásticas; puede adoptarse una pos-

tura que sea correcta inicialmente, y si no se resuelve la situación dar un segundo paso en la misma dirección. Además, el conocimiento que habitualmente tiene el médico acerca del paciente y sus circunstancias familiares ayuda a tomar decisiones prudentes y a hacer recomendaciones sensatas.

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

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

Resumiendo se podría decir que:

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

2. La bioética de las virtudes propone como cuestión fundamental el «buen hacer profesional», estrechamente conectado con el «bien del pa-

ciente», que es el fin prioritario de la actuación del médico y anterior a sus intereses personales.

3. El casuismo analiza las situaciones concretas en función de sus circunstancias, sin recurrir a teorías éticas de carácter universal.

Propuesta metodológica para la toma de decisiones difíciles

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

Hay una *fase de formación* que, en realidad, es previa: se dirige al desarrollo de una sensibilidad ética en el profesional («saber para actuar»). Después viene propiamente la *fase de análisis*, que incluye la información necesaria para formular el mejor juicio posible («actuar en el saber»).

El *marco de referencia*, que en algunos autores no está definido, es lo que hace variar la interpretación de los principios generales. En nuestro caso es el personalismo ontológico: implica que por el solo hecho de ser, todo hombre es persona (sujeto moral y jurídico de derechos), lo que se refleja en el modo de considerar los

(Aten Primaria 2000; 25: 274-280)

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

I. Fase de formación	
1. Marco de referencia	
Personalismo ontológico	
Derechos humanos	
2. Principios o guías generales	
Nivel universal	
No maleficencia	
Justicia	
Nivel particular	
Beneficencia	
Autonomía	
II. Fase de información y análisis	
1. Recogida de datos	
Detección de problemas y definición de los términos	
Búsqueda de experiencias semejantes	
Estudio de las circunstancias más relevantes	
2. Examen de posibles cursos de la acción	
Sujetos	
Profesional competente	
Paciente capaz/familiares	
Actuación específica	
Correcta (en relación al marco y principios éticos)	
Adecuada (circunstancias)	
Consecuencias	
Positivas, previsibles, queridas...	
Negativas, imprevisibles, no queridas...	
3. Toma de decisión y ejecución	
Elección de un comportamiento	
Justificación respecto a los principios	
Realización, aunque requiera esfuerzo	

principios éticos y aplicarlos en pacientes concretos. De este modo el análisis también tendrá en cuenta los derechos humanos, basados en la dignidad personal que existe en todo ser humano, que no se pierden por el estado de enfermedad ni otras circunstancias.

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

Diversos autores han propuesto jerarquizar estos principios desde dife-

rentes puntos de vista. Resulta especialmente interesante la aportación de Diego Gracia³, que recogemos a continuación, diferenciando dos niveles. Dos de los principios se colocan en el ámbito universal; son presupuestos éticos de la relación médico-paciente, es decir, previos a ella y por tanto independientes de la voluntad del paciente:

– El *principio de no maleficencia* se refiere a la inocuidad de la medicina («*Primum non nocere*»): hay que respetar la vida física de cada persona, no porque agote toda su riqueza, sino porque es el fundamento en que se realiza.

– El *principio de justicia* exige tratar a todos con la misma consideración, sin hacer discriminaciones. Tiene en cuenta que la vida y la salud son bienes no sólo personales, sino también sociales. Este principio pretende con-

seguir el bien social, refiriéndose a la sociedad en general y a las personas en torno al médico y al paciente. Tiene en cuenta la equidad, que lleva a proteger más a los más desfavorecidos.

Los otros dos principios se encuentran a nivel particular, y son los elementos éticos que constituyen la relación médico-paciente. Aunque algunos autores han intentado jerarquizarlos, pueden considerarse relativos uno al otro, y se debe tener en cuenta en ambos al analizar cada caso:

– El *principio de beneficencia* pretende que la actuación del médico sea beneficiosa para su paciente. En el ámbito personalista el bien del paciente no es mera corrección técnica; el respeto a la persona no consiste sólo en llegar a un acuerdo o elegir lo que más se adapte a la situación, sino que incluye el bien objetivo⁴.

– El *principio de autonomía* tiene en cuenta la libertad y responsabilidad del paciente, que decide lo que es bueno para él. En caso de conflicto, un profesional no puede hacer bien al paciente en contra de la voluntad de éste, pero tampoco es posible obligar al médico a hacerle un mal (o lo que considera como tal), pudiendo llegar a romperse la relación profesional. Además del desacuerdo (en pacientes con capacidad de decisión) pueden surgir problemas cuando falta la autonomía, como en niños⁵, pacientes mentalmente incapaces, en coma, etc. Hay que saber respetar la autonomía, aunque se encuentre reducida, y buscar la persona más adecuada en su entorno para colaborar en la decisión.

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

En la *recogida de datos*, incluimos:

– *Detección de problemas*. En la realidad, lo esencial y lo secundario se presentan entremezclados. Si es posible, interesa jerarquizar los problemas por orden de importancia, destacando lo principal. Cuando sea preciso, hay que separar los aspectos éticos de los técnicos. En ocasiones habrá que definir términos como, por ejemplo, «enfermo terminal» (se pue-

de estar discutiendo si un tratamiento es aplicable o no a un paciente determinado en fase terminal y resultar que no reúne los criterios que lo definen como tal).

– *Búsqueda de experiencias semejantes.* Suele ser de notable ayuda la experiencia personal acumulada, también la consulta con compañeros y, en tercer lugar, la bibliografía. En las situaciones que se incluyen en el Código Deontológico conviene consultarlo, especialmente una edición comentada⁶. La legislación vigente puede ayudar marcando, más bien, lo que no debe hacerse, pero no suele indicar lo que se debe hacer.

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

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

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

bitualmente el responsable de un paciente es su médico de cabecera, y no el sustituto por unos días o un especialista con el que consulta puntualmente.

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

– *Actuación específica:* hay que preguntarse:

1. ¿Es correcta?, es decir, ¿está de acuerdo con el marco de referencia y los principios éticos?

2. ¿Es la más adecuada en esas circunstancias? Por ejemplo, si un médico ha decidido que va a comunicar un mal pronóstico a un paciente a pesar de la oposición de su familia, tendrá que pensar cómo le informa, en función de las circunstancias por las que esté pasando el enfermo y la familia.

– *Consecuencias:* toda acción puede traer consigo unos efectos positivos y otros negativos, queridos y no queridos, previsibles e imprevisibles (obviamente, éstos no se pueden tener en cuenta), etc. Es una exigencia de responsabilidad tratar de evitar las consecuencias negativas en lo que sea posible, pero no se puede supeditar a ellas la opción a seguir, ya que es imposible conocer todas las consecuencias que pueden derivarse de una acción, ni hasta qué límite deben investigarse.

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

TABLA 2. Breve esquema para el análisis de dilemas en bioética

Detección de problemas
Búsqueda de experiencias semejantes
Estudio de las circunstancias
Examen de posibles cursos de la acción
Toma de decisión y justificación
Ejecución (dificultades)

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

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

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

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

En la práctica, se puede utilizar el esquema anterior resumido en 6 pasos, tal como se recoge en la **tabla 2**.

Presentación de un caso práctico

La paciente, de 42 años, acude a la consulta del doctor solicitando unas recetas, acompañada de su hijo de 11 años. El médico hace las recetas

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

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

1. Detección de problemas:

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

2. Búsqueda de experiencias semejantes:

– *Bibliografía*: es numerosa sobre el tema de malos tratos en la infancia y la posibilidad de descartar otras causas de lesión mediante pruebas diagnósticas, pero no ayuda a enfocar de modo práctico este caso.

– *Experiencia práctica*: es muy difícil confirmar las sospechas en un caso así pero, si se deja pasar, puede perderse de vista al niño y aumentar el maltrato.

– *Legislación*: ante la sospecha de cualquier delito, hay que ponerlo en conocimiento de la autoridad competente. Este deber es más grave en ciertas profesiones como la medicina.

– *Código deontológico*: En su art. 30.2 hace referencia al deber de denunciar los malos tratos conocidos acerca de «cualquier persona, y más aún si es menor o incapacitado, para cuya asistencia ha sido requerido». Aunque el final de esta frase podría dejar dudas (al no haber sido solicitada consulta para el niño), no hay que olvidar que es también su pa-

ciente y que, en todo caso, el médico lo es de toda la familia.

3. Estudio de las circunstancias:

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

4. Examen de posibles cursos de la acción:

– *Sujetos*: la intención del médico es recta, al querer investigar una posibilidad de maltrato infantil. No así la de la madre, puesto que, aunque pensemos que probablemente sólo pretende encubrir a su marido, no ha tenido en cuenta el bien del niño al no volver a llevarlo a la consulta. El médico es competente para interesarse por su paciente.

El niño posee cierta capacidad por su edad, pero en problemas de malos tratos la víctima suele desempeñar un papel pasivo. En un caso así se puede dudar de la capacidad de los padres para hacerse cargo de su hijo, aunque sean legalmente responsables.

– *Actuación específica*: consideraremos las siguientes posibilidades:

a) Anotar la observación hecha en las historias clínicas del niño y de su madre con la contestación dada por ésta, así como la no asistencia a la visita programada, y esperar que acudan espontáneamente a la consulta de demanda.

b) Llamar por teléfono a la madre por si había olvidado la cita, dándole otra.

c) Hablar con el trabajador social para que se ocupe de seguir este caso.

d) Acudir al juzgado y poner los hechos en conocimiento del juez.

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

a) Aunque aparentemente pueda parecer correcta (por reflejarlo en la

historia, etc.), pensamos que no lo es, ya que hay motivos claros para sospechar malos tratos y esta actitud, en la práctica, es de inhibición.

b) De entrada es correcta, si hay un seguimiento del caso. Puede ser insuficiente en estas circunstancias.

c) Es una actitud correcta, si no se abandona el caso. Será más adecuada si el trabajador social tiene referencias de esta familia o puede conseguir las.

d) Puede ser correcta si, en conciencia, la sospecha es muy fuerte. Parece inadecuado adoptar, de entrada, esta actitud.

– Consecuencias: mencionaremos algunas de las previsibles:

a) *Positivas*: se respetan los deseos de los padres.

Negativas: probablemente el niño continúe recibiendo malos tratos. Puede haber repercusión legal para el médico.

b) *Positivas*: para todos los que intervienen en el caso.

Negativas: a la vez, la situación es incómoda para los padres y el médico.

c) *Positivas*: se puede abordar de forma global la situación social y el problema de base (alcoholismo).

Negativas: se puede prolongar la situación.

d) *Positivas*: pueden terminar los malos tratos para el niño.

Negativas: ruptura de la relación clínica. Sufrimiento del niño si es separado de sus padres.

5. Toma de decisión y justificación:

b) y c) conjuntamente, con seguimiento del caso. De este modo, moviéndonos dentro del marco de referencia:

– Se protegen los derechos del niño (principios de no maleficencia y justicia). Se respetan, mientras no se opongan a los anteriores, los deseos de los padres (autonomía).

– El médico cumple con su deber (principio de beneficencia).

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

6. Ejecución (dificultades):

– Obstáculos por parte de los padres.

– Dificultad para probar los hechos.

– En conjunto, aparición de problemas muy difíciles de resolver.

Bibliografía comentada

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