

distribuimos un bien común: unos medicamentos financiados por la sociedad. La exigencia específica de la justicia distributiva es imparcialidad y la parcialidad su específica corrupción.

Resulta muy difícil normativizar esa imparcialidad. En la práctica, se puede recurrir a pautas secuenciales: el primer criterio sería optar por el bien del paciente, en segundo lugar por el bien de la sociedad y en último lugar por el bien para el profesional. Aunque este análisis ético es bastante más complejo y requeriría dedicar más espacio en otro momento.

Uso racional del medicamento

La noción y necesidad del uso racional del medicamento (URM) va clando progresivamente en los facultativos de AP.

Sin embargo, siempre es prudente pararnos y pensar: ¿por qué hay que usar racionalmente el medicamento? La respuesta parece evidente: el medicamento no es un «bien de consumo» y su utilización debe responder a criterios científicos racionales. Pero el URM no es un fin sino un medio para intentar conseguir la finalidad que nos demanda la sociedad, de intentar preservar la salud de los ciudadanos.

¿Qué nos demanda la sociedad en el cotidiano ejercicio de la profesión?: intentar resolver los problemas de salud por los cuales acuden nuestros pacientes. ¿Cuáles son estos problemas?, o más explícitamente, ¿son racionales los problemas que nos plantean?, ¿las patologías y demandas que atendemos son solucionables desde una óptica científico-racional? Muchas veces sí, y como tales están recogidos en los tratados de medicina. Pero es amplia la experiencia de los profesionales de AP en patologías menores, indefinidas y subjetivas. Al fin y al cabo, atendemos a personas, no a enfermedades.

Parece ser que es inevitable el movimiento pendular: podemos pasar del extremo de una prescripción alegre e irracional al opuesto de un manejo de los fármacos estrecho y racionalizado. Contamos con instrumentos para medir la calidad de un médico prescriptor y a ello nos podemos dedicar con empeño, buscando índices cada vez más sensibles y específicos, pero podemos caer en la falacia de tomar un medio como fin.

La solución prudente está en el *medio virtus*. En la paciente labor de la educación sanitaria, en el diálogo, en el convencer más que en el vencer, en el conceder sin ceder.

Descendamos a una experiencia profesional concreta: los preparados tópicos de AINE, medicamento cuya utilidad terapéutica reconocida es baja. Son frecuentes los pacientes que acuden por contracturas, tendinitis, contusiones... leves y autolimitadas. El tratamiento, previo diagnóstico correcto, es no medicamentoso: reposo, tratamiento postural, calor local... Al ser cuadros leves, se considera poco racional la prescripción de AINE sistémicos o miorrelajantes o analgésicos. Se podrán pautar AINE tópicos de bajo coste recomendando una revisión a los pocos días. Ya sea por el efecto masaje, por el efecto rubefactor sobre la zona afectada, por placebo o simplemente por la propia evolución autolimitada del proceso, la mayoría de las veces se resuelve satisfactoriamente el problema del paciente.

Las alternativas a este tratamiento serían: o despachar al paciente sin un medicamento (en el fondo éste ha acudido al médico a que le recetemos algo para su dolencia, por lo que sale defraudado y es posible que acuda a otro facultativo) o pautarle medicamentos de utilidad terapéutica alta, inadecuados para patologías menores, más caros y con posibles efectos secundarios.

En el fondo es el encuentro entre la racionalidad del paciente y la racionalidad del prescriptor: el acuerdo puede solucionar el problema.

Por otra parte, el uso adecuado de la prescripción de medicamentos descansa en la racionalidad de unos principios científicos, que en teoría nos demuestran la indicación de un fármaco. Sin embargo, cada vez que avanzamos más en este enfoque científico positivista también crece la confusión.

Por ejemplo, un problema tan investigado como el tratamiento farmacológico de la HTA moderada: las opciones de grupos de medicamentos son múltiples. Acudimos a la ciencia positiva y consultamos estudios de eficacia, de eficiencia, de coste-efectividad, coste-beneficio, coste-utilidad, análisis CH, DAP¹⁰, y como respuesta nos encontramos confusos entre una avalancha de datos y cifras.

¿Puede la ética solucionarnos automáticamente este problema? Pensa-

mos que no, pues la ética no aporta recetas, pero sí genera un impulso en el ámbito de los valores; de la prudencia, de la sobriedad, del trabajo bien hecho, de la calidad, de ver personas con dignidad en lugar de patologías con precio.

La perversa herencia del positivismo es considerar sólo los hechos y desdenar los valores.

Bibliografía

1. Castillo Pérez P. Promoción y publicidad farmacéutica: quo vadis? *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 305-309.
2. Oliva Fanlo B. Ética en la prescripción del médico de atención primaria: fuentes de información y relación con la industria farmacéutica. II Encuentro Nacional de Bioética en Atención Primaria. Zaragoza, 29-30 de marzo de 1996.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley del Medicamento. *BOE* 22 de diciembre de 1990, n.º 306. Real Decreto 1.416/1994.
4. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Valoración de nuevos medicamentos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
5. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre resistencia microbiana: ¿qué hacer? *Med Clin (Barc)* 1995; 106: 267-279.
6. Romera Baures M, Madridejos Mora R. ¿Qué aportan los nuevos AINE? *Aten Primaria* 1993; 12: 48-51.
7. Agustí A. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Formación Continuada en AP 1995; 2 (3): 164-171.
8. Felices F. Una propuesta de decálogo deontológico. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 789-799.
9. Real Decreto 1416/1994.
10. Córdoba García R. Gasto farmacéutico y eficiencia en la prescripción. II Encuentro Nacional de Bioética en Atención Primaria. Zaragoza, 29-30 de marzo de 1996.

Formación en ética clínica para médicos de atención primaria

M.N. Martín Espíndola

A lo largo de este documento se han tratado diversos problemas éticos que pueden presentarse al médico de atención primaria. Para considerarlos como tales, es necesario poseer:

– Sensibilidad suficiente para captarlos.

- Preparación adecuada para resolverlos.

A continuación comentaremos algunos aspectos generales de la docencia en este campo, pasando después a formular una propuesta más concreta.

La formación en ética clínica se ha incorporado a los programas docentes de distintos hospitales europeos y norteamericanos en los últimos años, prefiriendo impartirla –en muchos casos– durante el período de especialización¹. Mediante distintos módulos de aprendizaje se pretende cubrir los tres tipos de objetivos pedagógicos clásicos que también están presentes en esta materia:

1. Conocimientos (saber), mediante el estudio de autores, escuelas y teorías de ética y humanidades.
2. Habilidades (saber hacer), con el entrenamiento en el estudio y resolución de casos.
3. Actitudes (saber ser), fomentando las disposiciones personales necesarias en la práctica clínica, a través del contacto con los profesionales y con los mismos pacientes.

El bloque principal de la enseñanza se dedica al análisis y discusión de casos, enseñando a razonar para tomar decisiones que sean éticamente correctas, sin soluciones prefabricadas. El debate sin referencia a los principios éticos tiende a ser vacío y superficial, por lo que se debe integrar la teoría filosófica con material de casos prácticos, a ser posible reales.

Otro método docente que resulta útil para adquirir habilidades y actitudes utiliza el procedimiento narrativo, sirviéndose de relatos o películas para comentar determinadas situaciones y actitudes de los personajes². Nos parece especialmente interesante para los residentes, ya que suple su falta de experiencia y, bien llevado, es ameno y eficaz.

En uno de los escasos artículos referidos a la enseñanza de ética clínica desde la perspectiva de la medicina familiar³, los autores señalan que los problemas éticos que se plantean en este ámbito son de gran interés para los estudiantes y residentes. La mayor parte de los médicos se encuentran raramente con casos dramáticos durante su ejercicio profesional, y sin embargo en la mayoría de actividades docentes de bioética se usan

TABLA 4. Formación en ética clínica para residentes de medicina de familia

Módulo I

- | |
|---|
| Fundamentos de bioética (8 horas) |
| Desarrollo histórico de la bioética |
| Fundamentos filosóficos de las diversas posturas éticas |
| Problemas éticos relacionados con el origen de la vida |
| Problemas éticos relacionados con el final de la vida |
| Ética de la investigación y de la publicación científica |
| Comités de bioética clínica |
| Metodología para el análisis de casos en bioética clínica |

Modulo II

- | |
|--|
| Análisis de casos prácticos (12 horas) |
| Caso de confidencialidad |
| Caso de consentimiento informado |
| Caso de intervención sobre el estilo de vida |
| Caso con dilemas en cuidados paliativos |
| Caso de relación con el paciente difícil |
| Caso con problema de autonomía disminuida |
| Caso con dilemas en la distribución de recursos |
| Análisis sobre eficiencia y responsabilidad en la prescripción |

ejemplos sensacionales para el análisis de casos. Es mucho más útil reflexionar sobre los problemas planteados en la práctica diaria⁴ que exijan una respuesta de carácter ético, a veces disfrazada bajo la apariencia de decisiones estrictamente médicas o técnicas.

Basándonos en estas reflexiones, pensamos que sería beneficioso incorporar la formación ética clínica en el período de residencia, además de continuar, de otro modo, durante toda la vida profesional. La propuesta reflejada en la tabla 4 podría llevarse a cabo durante el segundo y el tercer año de especialización, con la siguiente distribución:

– El *módulo I*, de carácter básico, puede impartirse en el hospital de forma común a residentes de otras especialidades, ya que va dirigido a proporcionar fundamentos de bioética y a desarrollar la sensibilidad para captar este tipo de problemas.

– El *módulo II*, con temas referidos a atención primaria, puede desarrollarse durante el tercer año, cuando el residente está en un centro de salud. Se tratan problemas específicos de este ámbito, implicando a los médicos de familia y a otros profesionales a través de sesiones clínicas. Los casos se obtienen –preferentemente– en las consultas del centro, y pueden ser presentados por cada residente con su tutor, interviniendo en su pre-

paración y exposición un médico con experiencia en bioética.

Sabemos que este objetivo es difícil de conseguir, puesto que no en todos los centros hay profesionales con formación para impartir docencia sobre estas cuestiones. En caso de que esto no sea posible, las sesiones tendrían lugar en la unidad docente de medicina de familia en cada área, siendo conducidas por el mencionado experto en bioética. No obstante, nos parece deseable intentar lo propuesto por varias razones:

1. La formación de los residentes sería más práctica al estar basada en situaciones reales, pudiendo conocer las reacciones de los profesionales que las viven. Además, al estar trabajando en el mismo centro de salud, les es más fácil sentirse implicados en aquellos problemas.
2. Este método incluye la participación de los médicos del centro, proporcionándoles un motivo para reflexionar sobre los problemas éticos de su consulta que, habitualmente, no constituyen tema de sesión por su dificultad.

De este modo enlazamos con la formación en ética clínica de los profesionales en ejercicio que, en muchas ocasiones, sólo pueden consultar sus problemas con colegas de cierta experiencia. Sería útil ofrecer un curso básico a los médicos generales y pe-

diatras interesados (y a enfermería, en temas comunes). Éstos, a su vez, pueden tratar temas de interés con otros profesionales y trabajadores del centro de salud y, en algunos asuntos (como la confidencialidad), establecer normas sencillas que también sirvan para el personal de sustituciones.

También resultaría conveniente para el médico práctico tener una figura de referencia a quien consultar –no «traspasar»– estas cuestiones. Puede tratarse de un consultor o un comité de ética pero, en todo caso, alguien asequible y en contacto con la práctica clínica de atención primaria.

Podría desempeñar también funciones docentes, interviniendo en sesiones periódicas o jornadas sobre temas concretos enfocados a lo profesionales en ejercicio, e impartiendo temas y discusión de casos para los médicos residentes (**tabla 4**).

Bibliografía y comentarios

1. Se considera que es entonces cuando la formación ética puede tener más impacto. Entre otros, Arnold RM, Forrow L, Wartman SA, Teno J. Teaching clinical medical ethics: a model programme for primary care residency. *J Med Ethics* 1988; 14: 91-96.
2. En el Curso de Doctorado en Ética Clínica para Médicos de Familia que se im-

parte en la Facultad de Medicina de Zaragoza la proyección de películas ha sido una experiencia muy positiva que ha facilitado la participación y motivación de los alumnos.

3. Stevens NG, McCormick TR. Bringing the special perspective of the family physician to the teaching of clinical ethics. *J Am Board Fam Pract* 1994; 7: 38-43.
4. Esta idea ha sido señalada por autores destacados en bioética al recomendar un currículo básico de esta materia, aplicable a la enseñanza pre y posgrada. En: Culver CM, Clouser KD, Gert B, Brody H, Fletcher J, Jonsen A et al. Basic curricular goals in medical ethics (special report). *N Engl J Med* 1985; 312: 253-256.

Lecturas recomendadas

En este documento se hacen numerosas referencias bibliográficas y sugerencias para ampliar conocimientos. En el listado de libros sobre bioética que se recoge a continuación no figuran todos los que existen, ni lo hemos pretendido. Se trata de libros interesantes y asequibles que aportan una visión general y, en algunos de ellos, una aproximación a los problemas de la práctica diaria. Resulta complejo recomendar obras filosóficas sin comentarios adicionales que ahora no podemos recoger aquí, pero debe constar la importancia de la formación filosófica personal para profundizar en la bioética.

En castellano

- Beauchamp TL, Chidress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999.
- Durand G. *La bioética*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992.
- Elízari Basterra FJ. *Bioética*. Madrid: Paulinas, 1991.
- Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: EUDEMA, 1989.
- Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: EUDEMA, 1991.
- Herranz Rodríguez G. *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica*. Pamplona: EUNSA, 1992.
- Polaino-Lorente A, editor. *Manual de bioética general*. Madrid: Rialp, 1994.
- Sgreccia E. *Manual de bioética*. México DF: Diana, 1996.

Otros idiomas

- Christie RJ, Hoffmaster CB. *Ethical issues in family medicine*. Nueva York: Oxford University Press, 1986.
- Ellos WJ. *Ethical practice in clinical medicine*. Londres: Routledge, 1990.
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics*. Nueva York: Mc Graw Hill, 1992.
- La Puma J, Schiedermayer D. *Ethics consultation. A practical guide*. Nueva York: Jones and Bartlett, 1994.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*. Nueva York: Oxford University Press, 1993.
- Veatch RM. *Medical ethics*. Londres-Boston, 1997.