

VNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE MEDICINA

**Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica,
Medicina Legal e Historia de la Ciencia**



TESIS DOCTORAL

**ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA.
ÉTICA DE LOS PROBLEMAS EN ATENCION PRIMARIA
EN LA PROVINCIA DE TOLEDO**

Sixto López Martín

2009

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA.
ÉTICA DE LOS PROBLEMAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA
PROVINCIA DE TOLEDO

Autor:

SIXTO LÓPEZ MARTÍN

Directores:

Profa. Dra. CARMEN MUÑIZ FERNÁNDEZ

Prof. Dr. JUAN SALVAT PUIG



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de
PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA MÉDICA,
MEDICINA LEGAL e HISTORIA de la CIENCIA

Los Doctores D^a Carmen Muñiz Fernández y D^o Juan Salvat Puig, del Área de Medicina Legal, de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Salamanca, como Directores de la Tesis Doctoral de D^o Sixto López Martín, titulada “**ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA. ÉTICA DE LOS PROBLEMAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROVINCIA DE TOLEDO**”,

CERTIFICAN:

Que la Tesis titulada “**ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA. ÉTICA DE LOS PROBLEMAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROVINCIA DE TOLEDO**”, ha sido realizada bajo su dirección en el Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica, Medicina Legal e Historia de la Ciencia, de la Universidad de Salamanca, por D^o Sixto López Martín, y reúne los requisitos para que su autor pueda optar con ella al Título de Doctor en Medicina y Cirugía General por la Universidad de Salamanca.

Y para que así conste se firma el presente certificado en Salamanca a veinte de julio de dos mil nueve.

Los Directores de la Tesis,

Dra D^a Carmen Muñiz Fernández

Dr. D^o Juan Salvat Puig

DIRECTOR
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSIC. MÉD., MED.LEGAL E H^a CIENCIA
UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

*A Pilar, a Pilarín, a María, a M^a Eugenia
y a la memoria de Sixto Javier*

“A aquel que me enseñare este arte, lo apreciaré tanto como a mis padres, compartiré con él lo que posea y le ayudaré en caso de necesidad”.

(Del Juramento Hipocrático)

“Pero si, indiferente a la fortuna, a los placeres, a la ingratitud, si sabiendo que te verás solo entre las fieras humanas, tienes un alma lo bastante estoica para satisfacerse con el deber cumplido sin ilusiones; si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre, con una cara que sonríe porque ya no padece, con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte; si ansías conocer al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino, hazte médico, hijo mío”.

(De los Consejos de Esculapio)

“Sostén la fuerza de mi cuerpo y de mi espíritu a fin de que esté siempre dispuesto con ánimo a ayudar y a sostener al rico y al pobre, al bueno y al malo, al enemigo como al amigo. Haz que en el que sufre, yo no vea más que al hombre”.

(De la Oración Matinal del Médico, de Maimónides)

“La profesión médica está al servicio del hombre y la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico”.

(Artículo 4, Capítulo II, del actual Código de Ética y Deontología Médica Español)

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las personas que han hecho posible la realización de esta Tesis Doctoral. Sin su ayuda, nunca habría salido adelante. Por ello dejo constancia de mi gratitud:

-Al **Profesor Doctor Don Rafael Muñoz Garrido**. Desde el mes de Octubre de 1972 en que llegué, procedente de nuestra amada tierra extremeña, para incorporarme a la Facultad de Medicina de esta Universidad de Salamanca y al Colegio Mayor Hispanoamericano Hernán Cortés, ha sido parte actora en mi formación como médico y ha tenido una influencia decisiva en mi realización como persona. De él he aprendido el amor al trabajo bien hecho, la constancia en el estudio, el rigor, el espíritu crítico que debe presidir los actos de quien se ha formado en la universidad, la hombría de bien y el amor a esta profesión. Sin menoscabo de su fraternal cariño, mantuvo siempre la firmeza y claridad en los objetivos a conseguir que le corresponde al que, ante todo, desea enseñar: Condición exclusiva de los grandes hombres. Le debo, entre otras muchas cosas, el interés por la Ética Médica y el haber mantenido viva la llama del deseo de realizar esta última etapa de mi formación académica. Manifiesto el inmenso orgullo que siento al poder llamarle maestro.

-A la **Profesora Doctora Doña Carmen Muñiz Fernández** por su orientación, su habilidad en el consejo y su ánimo en las dificultades académicas y personales. Y por haber asumido, valiente y generosamente, la dirección de esta Tesis Doctoral cuando las circunstancias adversas impidieron que Don Rafael continuara su trabajo.

-Al **Profesor Doctor Don Juan Salvat Puig**, compañero de fatigas y otros lances desde los años del Hernán Cortés, que, junto a Carmen, recogió el testigo del compañero y maestro extenuado para que yo pudiera seguir en la carrera hacia la meta que nos habíamos marcado. Mi agradecimiento, a vosotros dos, no tiene medida.

-Al **Profesor Doctor Don Secundino Vicente González** por su constante ayuda y apoyo. Ha sido, en estos tres últimos años, el punto de referencia que uno busca en el horizonte cuando no está muy seguro del rumbo que lleva. Además, sabe como nadie revolver las bibliotecas y escudriñar la red en la búsqueda bibliográfica y estar siempre a

disposición de cuantos le necesitamos desde la proverbial humildad, que sólo la bondad natural que le es innata y la sabiduría de la que es poseedor, aportan.

-A mi hija **María del Pilar López Gómez** por su paciencia, voluntad y servicio en temas informáticos a cualquier hora del día o de la noche. Por su trabajo en lo que a la estadística de esta Tesis se refiere. No solo me ha ayudado sino que me ha enseñado. Practica, como nadie, desde el más exquisito respeto, la sencillez en el saber, consiguiendo que las más escabrosas cuestiones parezcan fáciles: el arte del sabio. Es un delicioso orgullo que nuestros hijos nos superen.

-A mi compañera, **Doña Beatriz Baselga López**, paradigma de buen médico y médico bueno, por su magnanimidad, no exenta de rigor, a la hora de corregir mis múltiples errores. Ha desentrañado todas y cada una de las palabras, frases, ideas, intenciones y sentimientos de la mayor parte de los trabajos realizados, a lo largo de mi formación de Tercer Ciclo y de esta Memoria Final, con rigor de cirujano y siempre desde la grandeza de corazón inherente a su persona. A la hora de ayudarme no ha escatimado esfuerzo sobreponiéndose a todas las dificultades.

-Al **Doctor Don Ignacio José Durán González** al que ha ilusionado esta Tesis casi tanto como la suya. Suyo es el hallazgo, puesta a disposición y entrenamiento en el manejo del programa informático con el que hemos trabajado en la encuesta. Agradezco, también, su ayuda en el diseño de esta. Pero, sobre todo, agradezco el testimonio de respeto y amistad que me otorga cada día.

-A todos mis compañeros del **Centro de Salud “Talavera Centro”**. Y en especial a mi Coordinador **Don Sebastián Carrasco Recio**, que me ha animado en el trabajo y ha estado siempre al quite para que yo pudiera dedicar, aunque fueran unos minutos robados, tiempo al estudio. También a **Doña Laura Ruiz López** y **Don José Juan Carbayo García** que colaboraron, como si fuera suya, en la elaboración de la encuesta. Y a **Doña Alicia Hernández González**, Inspectora Médico de Zona que me ayudó y asesoró en temas de legislación.

-A la **Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina**, que sustancio en su máximo responsable, **Don Fernando Gragera Gabardino**, que se han esforzado en facilitarme las cosas que he necesitado.

-A mis compañeros y amigos **Aureliano Prieto, Pedro Gálvez, Pedro Hernández,**

Jesús J. Álvarez Arriero, Guillermo Rico, José Luís Galán, Víctor Lázaro, Josete García Verdugo, Luís Arturo Torrijos, Antonio Pineda, Isidro Tenorio, Antonio Martínez, Concha Monterrubio y Ángel Castillo, que se encargaron de la distribución, recogida y custodia de la encuesta en el Área Sanitaria de Talavera de la Reina.

-A mis amigos **Benito Izquierdo, Miguel Uzquiano, Alfredo del Pino, José Carlos Ávila, Antonio García, Fernando Sánchez, Jesús Díaz, Juan Carlos Carretero, Carlos Pérez Zamora, Oscar García, Jorge Rubio, Juan Pablo Muñoz, Juan Francisco Martín García, Milagros Villegas, Jaime Correas, José A. Burgos, David García, Alberto Cartas y Juan María Franco** que hicieron lo mismo en las Áreas de Toledo y Mancha Centro.

-A todos los colegas de los distintos **Centros de Salud de la Provincia de Toledo** que han colaborado en la realización de la encuesta. Gracias por haberme dedicado una parte de vuestro escaso tiempo.

-A mis compañeros de la **Clínica Capio de Talavera** por su aliento constante.

-A mis amigos más cercanos, **Cándido Zamora, Jesús Zamora, Vicente Gómez, Alfonso Domínguez y Domingo Cobos** que han vivido esta Tesis y nunca han dejado de animarme en el empeño.

-A los que, seguramente, me olvidó y que me han ayudado.

-Y por último, por ser lo más importante, a **mi esposa y a mis hijas** que han soportado con encomiable estoicismo el tiempo que les he hurtado, mis cambios de ánimo y mi dedicación a la tarea del estudio y la investigación para sacar este empeño adelante. Espero y deseo que su sacrificio haya merecido la pena.

A todos, gracias.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. CONSIDERACIONES GENERALES.....	5
III. OBJETIVOS	11
IV. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	15
1. LAS GRANDES CORRIENTES DE REFLEXIÓN ÉTICA.....	17
1.1. Las teorías Éticas	17
1.2. Clasificación de las Teorías Éticas	19
1.3. Tres grandes corrientes o teorías morales clásicas.....	20
1.3.1. Corriente de reflexión ética basada en la Virtud	21
1.3.2. Corrientes de reflexión ética Deontologistas	22
1.3.2.1. Kantismo	23
1.3.2.2. Intuicionismo	25
1.3.2.3. Conciencialismo.....	26
1.3.2.4. Teoría del Deber Obligado.....	26
1.3.3. Corrientes de Reflexión Ética Consecuencialistas	26
1.3.3.1. Utilitarismo	27
1.3.3.2. Utilitarismo de regla y utilitarismo de acto.....	30
1.4. Corriente de reflexión ética basada en los principios.....	30
1.5. Otras corrientes de reflexión ética.....	33
1.5.1. Individualismo liberal	33
1.5.2. Comunitarismo.....	34
1.5.3. Ética del cuidado.....	34
1.5.4. Casuística	34
1.5.5. Teorías de moral común.....	35
1.5.5.1. Iusnaturalismo ético	35
2. LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA MÉDICA.....	37
2.1. Principio de Beneficencia	37
2.1.1. Paternalismo.....	40
2.1.1.1. Paternalismo fiduciario	42
2.2. Principio de No Maleficencia.....	43
2.2.1. Eutanasia.....	45
2.2.1.1. Modalidades y revisión terminológica.....	47

2.2.2.	Encarnizamiento terapéutico.....	49
2.2.3.	Medicina Paliativa	51
2.3.	Principio de Justicia	52
2.4.	Principio de Autonomía	54
2.4.1.	Consecuencias del Principio de Autonomía.....	58
2.4.2.	El principio de Autonomía en Europa y en España	60
3.	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	65
3.1.	Elementos del Consentimiento Informado.....	70
3.1.1.	Elementos del C. I. en la Clínica desde la É. Anglosajona	71
3.1.2.	Elementos del C. I. en la Clínica desde la É. Europea.....	72
3.1.3.	Elementos del C. I. en la Experimentación.. ..	73
3.2.	Otros aspectos	75
3.3.	Problemas del Consentimiento Informado.....	75
3.4.	Excepciones del Consentimiento Informado	77
3.5.	Marco normativo del Consentimiento Informado en España	78
4.	SECRETO PROFESIONAL MÉDICO.....	81
5.	SER MÉDICO	85
5.1.	Virtudes en las funciones y en el ejercicio profesional.....	86
5.1.1.	Virtudes cardinales de la Medicina.....	87
5.1.1.1.	Compasión	87
5.1.1.2.	Discernimiento.....	88
5.1.1.3.	Confiabilidad.....	88
5.1.1.4.	Integridad	88
5.2.	La actuación en conciencia	89
5.3.	Excelencia profesional, excelencia moral. Buen médico y médico bueno.....	90
5.4.	La relación con el enfermo	92
5.4.1.	Veracidad.....	92
5.4.1.1.	Revelación de información limitada y engaño.....	93
5.4.1.2.	Revelación de información negativa sobre compañeros.....	95
5.4.2.	Confidencialidad	95
5.4.2.1.	Justificaciones del deber de confidencialidad	96
5.4.2.2.	Infracciones justificables del deber de confidencialidad.....	97

5.4.3. Intimidad.....	98
5.4.4. Fidelidad	99
5.4.4.1. Conflictos de confidencialidad y lealtades divididas ...	99
V. MATERIAL Y MÉTODO.....	101
1. POBLACIÓN ESTUDIADA	105
1.1. Descripción	105
1.2. Cuantificación	106
2. ENCUESTA	111
2.1. Formato físico	111
2.2. Contenido.....	111
2.2.1. Portada	112
2.2.2. Cartas de presentación	113
2.2.3. La encuesta propiamente dicha.....	115
3. ESTADÍSTICA DE CONTRASTE UTILIZADA.....	125
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	127
1. RESPUESTAS, DEMOGRAFÍA, CONOCIMIENTOS Y PREOCUPACIONES ÉTICAS	129
1.1. Respuestas.....	129
1.1.1. Discusión.....	131
1.2. Estudio demográfico de la población.....	133
1.2.1. Edad	133
1.2.2. Años de ejercicio.....	134
1.2.3. Distribución por sexo	135
1.2.4. Ámbito de trabajo	136
1.2.5. Vía de formación.....	137
1.2.6. Discusión.....	141
1.3. Formación en Ética y Deontología Médica	143
1.3.1. De la asignatura de Ética Médica.....	143
1.3.2. Otras vías de formación	147
1.3.3. Necesidad de la asignatura de Ética Médica.....	151
1.3.4. Corrientes de reflexión ética	155
1.3.5. Principios éticos.....	159

1.3.6.	Gradación de los principios éticos	163
1.3.6.1.	Principio de Beneficencia	165
1.3.6.2.	Principio de No Maleficencia.....	166
1.3.6.3.	Principio de Justicia.....	166
1.3.6.4.	Principio de Autonomía	167
1.3.7.	Código de Deontología Médica	169
1.3.8.	Declaraciones de la Comisión Central de Deontología	173
1.3.9.	Leyes reguladoras del ejercicio profesional.....	177
1.3.10.	Discusión.....	183
1.4.	Preocupaciones éticas	185
1.4.1.	Preocupaciones sobre asuntos que afectan en primera persona	185
1.4.2.	Preocupaciones surgidas en la relación médico-enfermo	195
1.4.3.	Preocupaciones surgidas en la relación con terceros	207
1.4.4.	Discusión.....	217
2.	RESPUESTA A LOS PROBLEMAS ÉTICOS	
	QUE SE SUSCITAN EN LA RELACIÓN CON LOS PACIENTES	219
2.1.	Relación médico-enfermo	220
2.2.	Aborto	225
2.3.	Solicitud de aborto	229
2.4.	Eutanasia.....	233
2.5.	Píldora postcoital	237
2.6.	Solicitud de píldora postcoital por mujer menor de 16 años	243
2.7.	Solicitud de píldora postcoital por mujer mayor de 16 años	247
2.8.	Atención al paciente inmigrante	251
2.9.	Dificultad para la atención al paciente inmigrante.....	257
2.10.	Baja laboral por enfermedad o accidente no laboral.....	261
2.11.	Alta laboral indicada.....	265
2.12.	Solicitud de baja por situación de necesidad sobrevenida	269
2.13.	El enfermo “difícil”	273
2.14.	Receta de complacencia.....	277
2.15.	Prescripción de Especialidad Farmacéutica Genérica	281
2.16.	Relación con la medicina especializada.....	285
2.17.	Comunicación de diagnóstico fatal.....	289
2.18.	Consentimiento informado.....	293
2.19.	Discusión.....	297

3. REPUESTA A LOS PROBLEMAS ÉTICOS	
QUE SE SUSCITAN EN LA RELACIÓN CON TERCEROS	299
3.1. La presión asistencial.....	299
3.2. Soluciones contra la presión asistencial.....	303
3.3. El deber ético del estudio	309
3.4. Causas de la falta de estudio	313
3.5. La relación con la industria farmacéutica	317
3.6. Razones de la influencia.....	321
3.7. Los honorarios profesionales	325
3.8. Los incentivos	329
3.9. La presión de la administración respecto al gasto farmacéutico.....	333
3.10. La seguridad de la Historia Clínica.....	337
3.11. El valor y la utilidad de la Historia Clínica.....	341
3.12. El respaldo jurídico de la administración.....	345
3.13. Discusión.....	349
VII. CONCLUSIONES	351
VIII. BIBLIOGRAFÍA	355

I. INTRODUCCIÓN

Se ha estudiado, investigado, debatido, publicado y enseñado sobre Ética, analizada fundamentalmente desde la filosofía, pero también aplicada al derecho, a la economía, etc. Y, como no podía ser menos, igualmente ha ocurrido con la Ética y la Deontología Médica. Pero hay, a nuestro entender, dos campos yermos sobre esta cuestión fundamental para la profesión médica.

El primero de ellos es un estudio que analice la evolución de la ética y la deontología médica desde los orígenes de la medicina hasta el presente. Que nos permita el acceso directo al conocimiento sobre cual ha sido el comportamiento de los profesionales del arte de curar, individual y colectivamente, ante los problemas de índole moral que les planteaba su labor. Hemos llevado a cabo el trabajo de investigación y redacción a lo largo de los cuatro años de formación de este tercer ciclo, aunque por razones de espacio no se incluye en esta tesis.

El segundo se refiere al estudio global, a la vez que concreto y ceñido sobre los fundamentos teóricos que cimientan la ética y la deontología médicas. Nos referimos a las corrientes de reflexión ética que afectan a la medicina y los instrumentos que sirven para medir, comparar, enjuiciar los actos médicos, desde el punto de vista moral: los llamados principios éticos y las consecuencias que, de su observación en la práctica, se derivan. Lo incluimos bajo el epígrafe “Fundamentos Teóricos” porque entendemos que arroja luz y ayuda a la comprensión de las cuestiones suscitadas en el trabajo de investigación que da cuerpo a esta tesis.

Estamos acostumbrados a leer o escuchar, con inusitada frecuencia, opiniones más o menos afortunadas, las más de las veces bastante peregrinas, sobre decisiones exploratorias o terapéuticas, píldora postcoital, asistencia al suicidio, aborto, eutanasia, masificación de consultas, asistencia al emigrante, etc. Pero, ¿Cuántas veces se ha requerido la opinión del médico? ¿Alguien le ha preguntado cuales son y como afronta los problemas éticos reales del día a día?.

Muñoz Garrido, acuñó el término “la ética de los problemas” al referirse precisamente a eso, en un intento de distinguir estas cuestiones del diario, de los grandes problemas, de las grandes cuestiones que la Ética plantea a nivel global. Son los dilemas morales que se nos suscitan en el ejercicio diario de la profesión. Nosotros hemos querido abordar esa importante parcela del quehacer sanador en esta investigación. Como ya explicaremos en su lugar, nos hemos ceñido al mundo de la Atención Primaria circunscribiéndonos a una zona geográfica concreta.

Para ello les hemos preguntado a ellos, a los que saben, a los que los sufren, a los que tienen que resolver, con premura a veces, las cuestiones de índole moral que ellos mismos, sus enfermos, la relación con los compañeros o con la administración les plantean. Aquí están, en esta memoria final de doctorado, sus inquietudes, sus preocupaciones, sus respuestas. Anónimas y con todas las garantías de veracidad, fidelidad, libertad, confidencialidad y respeto. Como no podía ser menos.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

Habitualmente utilizamos los términos ética y moral como si fueran sinónimos, pero esto no es así. Vamos a tratar de aclararlo recurriendo, para ello, a la definición, etimológica y conceptual, de ambas cuestiones.

Desde el punto de vista etimológico, la palabra ética deriva del griego *ethos*, que quiere decir costumbre, y a su vez la palabra moral deriva del latín *mos*, que también quiere decir costumbre. Luego, ya tenemos las dos palabras con que definimos una actitud determinada ante la vida que significarían en “estricto sensu” lo mismo: actuar según la costumbre.

Sin embargo, si analizamos la evolución semántica de estas dos palabras, siguiendo a H. F. Drane, el vocablo griego, en un principio significó el lugar donde se habita en sentido general (morada, casa, habitación) para evolucionar, en la época de Aristóteles, hacia la determinación de un lugar más concreto y profundo, más íntimo, donde se refugia la persona y también lo que hay allí dentro: la actitud interior. Por tanto *ethos* vendría a ser la raíz o la fuente de donde emanan todos los actos particulares¹.

Para Muñoz Garrido², originariamente el sustantivo *éthos*, significó morada, lugar donde habitan los hombres, y actualmente significa carácter, forma de ser. Entre ambos conceptos encontramos que, siguiendo a Aristóteles, por una pequeña modificación gramatical (quitar el acento), *éthos*, que es costumbre, se transforma en *ethos* que es carácter, forma de ser de las personas. Luego sería:

éthos>>>>>>>éthos>>>>>>>**ethos**
morada>>>>>>>costumbre>>>>>>>carácter

Podemos concluir, pues, que la palabra ética se refiere a las cosas relacionadas con el carácter, con la forma de ser de las personas y está estrechamente relacionada con la costumbre.

1 SÁNCHEZ TORRES, F., Temas de Ética Médica, pág. 1.

2 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica (Curso 2002-2003), pág. 1.

Propone Muñoz Garrido en sus clases, como definición de ética:

“Saber teórico-práctico sobre la conducta humana en cuanto que esta está encaminada consciente y libremente a vivir y convivir humanamente”

y para ética médica propone:

“Estudio de los problemas morales que suscitan en la actividad profesional del médico los conocimientos, investigaciones y aplicaciones de los avances de las ciencias y la salud”³.

Por su parte, *mos*, costumbre, evolucionó hacia *mos/mos* casi sinónimo de *habitus* viniendo a significar una práctica, un comportamiento, una conducta, pero al surgir la necesidad de traducir *ethos* al latín comienza a identificarse con carácter, modo de ser⁴.

Habitualmente, los términos ética y moral se manejan de forma ambivalente, con igual significado, cosa que no es así, pues como dice Bilberny mientras que *“la moral tiende a ser particular, por la concreción de sus objetos, la ética tiende a ser universal, por la abstracción de sus principios”⁵.*

Desde un punto de vista práctico, podemos afirmar que la ética es la ciencia que se ocupa de la moral, que compete a los actos humanos, calificándolos de buenos o malos a condición de que sean libres, voluntarios y conscientes. También puede entenderse como el cumplimiento del deber.

Diríamos, pues, que puede interpretarse la ética como la moralidad de la conciencia⁶.

La ética es una ciencia práctica, no especulativa, que expone y fundamenta científicamente principios universales sobre la moralidad de los actos humanos. Su fin es facilitar el recto proceder de las personas, determinando la bondad o maldad de sus actos. También puede decirse que su finalidad es definir que es la virtud e indicar el camino para llegar a ser virtuoso.

3 Opus cit., pág. 2.

4 Opus cit., pág. 2.

5 SÁNCHEZ TORRES, F., Temas de Ética Médica, pág. 1

6 Opus cit., pág. 1.

Esta capacidad de calificar los actos según su bondad hace que despierte un cierto temor o complejo en la gente⁷.

Aristóteles afirma que en ética no reflexionamos para saber qué es la virtud, sino para hacernos virtuosos. Encontramos en el filósofo griego una definición en cuanto a lo que es saber teórico-práctico, porque lo que en definitiva busca la ética, en cuanto ciencia, es esclarecer, sistematizar y fundamentar los conocimientos acerca de la moral para vivir más humanamente, pero siempre como contribución orientadora a la praxis moral. Por ello los conocimientos éticos tienen influencia sobre nuestra vida moral, sobre nuestra forma de pensar y sobre la manera de comportarnos⁸.

Para el filósofo español Zubiri, el *ethos* es una forma o modo de vida. Para los filósofos sofistas griegos consistía en ser un buen ciudadano, en tener éxito como tal adaptándose a las costumbres y conveniencias locales. Sócrates plantearía los problemas filosóficos capitales de la ética, puso la filosofía al servicio de las costumbres y dejó sentado que se llega a la sabiduría suprema cuando se es capaz de distinguir con nitidez lo bueno de lo malo.

La moral hace relación exclusiva a los actos humanos, voluntarios y libres pero no a los actos de los hombres, pues los primeros son producto de la reflexión, del dominio de la voluntad y los segundos pueden no serlo, como es el caso de acciones llevadas a cabo por fuerzas ajenas a la voluntad (no puede hablarse de la moralidad de los actos de los niños, de los dementes, etc.)⁹.

Significar, por último, que a lo largo de la historia de la filosofía y hasta nuestros días, se ha venido aceptando que moral se refiere al código moral o conjunto de deberes en general, mientras que ética atañe a lo que es bueno para el individuo o para la colectividad. Desde el punto de vista académico lo más aceptado es que moral equivale a lo que un individuo o conjunto de individuos sostiene como lo que se debe hacer. Ética sería la justificación que ese individuo o individuos hacen de su moral. La ética, por tanto, alude a las distintas teorías morales que intentan justificar los también distintos códigos morales¹⁰.

Y a esto es a lo que vamos en la primera parte de este trabajo. A la exposición, lo más sucintamente posible, de las teorías éticas en cuanto que marco de referencia para

7 Opus cit., pág. 1.

8 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica (Curso 2002-2003), pág. 4.

9 SÁNCHEZ TORRES, F., Temas de Ética Médica, pág. 2.

10 SÁDABA, J., La ética contada con sencillez, pág. 27

reflexionar sobre el carácter moral de los actos que se producen en el ejercicio profesional de la medicina y en cuanto que son elementos que nos sirven para analizar y encuadrar los juicios morales. Nos circunscribiremos a eso, a las teorías éticas que se relacionan con el ejercicio médico. Pretender otra cosa sería alejarnos del objetivo de esta tesis doctoral.

Estas herramientas nos sirven, así mismo, para analizar las respuestas ofrecidas en el estudio que da razón a esta tesis. Abordar los conocimientos que posee el médico de Atención Primaria referidos a los tres grandes pilares que junto al saber y la preparación técnica soportan el ejercicio profesional: la Ética, la Deontología y las Leyes. Conocer las preocupaciones éticas y averiguar que respuesta da a los problemas éticos que se le presentan a diario en el desarrollo de su función sanadora. Hablamos del objeto de esta tesis. Hablamos de la “ética de los problemas”.

III. OBJETIVOS

Nos proponemos investigar la formación y los conocimientos, en la materia que nos ocupa, del médico de Atención Primaria de la provincia de Toledo.

Investigamos aquellas cuestiones éticas que le preocupan, en qué grado lo hacen y qué respuesta da a los retos morales que el ejercicio diario le plantea.

Tendremos, con el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos obtenidos, una idea global, a la vez que pormenorizada sectorialmente, de la situación real mediante la información directa proporcionada por quien es sujeto activo en la materia.

IV. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1. LAS GRANDES CORRIENTES DE REFLEXIÓN ÉTICA

1.1. Las Teorías Éticas

El término teoría es un concepto muy general y se utiliza en ética para definir tres nociones diferentes: Reflexión y argumentos abstractos, reflexión y argumentos sistemáticos y conjunto de principios coherentes y bien desarrollados. Validamos como teoría ética bien desarrollada aquella que cumple con estos principios. Es decir, que nos proporciona un marco de referencia para reflexionar sobre el carácter moral de los actos y analizar los juicios morales¹¹.

Conceptualmente aceptamos, con Varó Peral¹², que las teorías éticas son el resultado de las reflexiones críticas realizadas en torno a la moral vigente, que permiten justificar o fundamentar las normas morales y, más en general, los juicios morales.

Una vez hecha esta definición conceptual, y con el fin de completarla, hemos de aclarar algunos aspectos terminológicos que nos pueden inducir a confusión. El primero de ellos es la dualidad teoría /sistema y el segundo la de teoría/doctrina.

Las teorías o sistemas éticos, términos casi sinónimos, son doctrinas filosóficas de carácter global, que pretenden exponer el sentido último de los juicios morales, y ofrecer en consecuencia un criterio de su legitimidad.

Con la utilización de esta doble expresión, sistema/teoría, se intenta asimilar la estructuración del discurso ético a las dos grandes formas del discurso teórico: el sistema, en cuanto característica esencial de la ciencia formal y la teoría, que lo es de la ciencia empírica. Esto es muy importante mientras hablamos del desarrollo teórico, pero cuando hablamos del discurso práctico las cosas son más confusas y más complejas. Al intentar asimilar las teorías éticas a las teorías científicas se tropieza, ya de entrada, con que el problema en su punto de partida no son un conjunto de hechos objetivos, sino que estos son los juicios morales, condicionados por la relatividad individual y por la cultural o histórica, entre otras cosas. Esto nos lleva a la conclusión de que aunque se haya tratado, en ese intento de asimilar las teorías éticas a las teorías científicas, de sostener razonablemente la intemporalidad y la universalidad de las primeras, parece sensato pensar que esto no puede ser así¹³.

11 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 41.

12 VARÓ PERAL, A., <http://www.nodo50.org/filosofem/IM6>, pág. 1.

13 MONTOYA SÁENZ, J., <http://www.mercaba.org/DicPC/E/ética>, págs. 1 y 2.

En el mundo anglosajón se utiliza el término teoría en vez del de doctrina que se utiliza en nuestro medio. La diferencia estriba en que mientras el concepto doctrina se refiere a enseñanzas acabadas y completas en sí mismas, el concepto teoría define intentos de explicación que se corrigen y adecuan permanentemente¹⁴.

Aclarado esto, nos queda mencionar que el valor de las teorías éticas no está en cada una por sí sola, pues si ceñimos el comportamiento a una sola de ellas, prescindiendo de las demás por supuestas incompatibilidades teóricas, se pierde la riqueza contenida en las excluidas. Por ello, no deben tomarse como doctrinas que deban guiar la vida de las personas, como códigos morales, tal si de códigos jurídicos se tratara, sino solamente como teorías que explican la complejidad de la vida práctica, apareciendo entonces como cajas de herramientas que sirven para atender las demandas que nos plantea esta¹⁵.

Parece, por tanto, razonable afianzar la idea de que no puede haber una única teoría ética verdadera en el sentido de que explique y respalde por completo la legitimidad de todos los juicios de valor sobre los actos humanos desde el punto de vista moral. Por ello, la adopción de una única y determinada teoría, entraña la pérdida de conceptos de valor, al dar preeminencia a los contenidos en ella en detrimento de algunos, que no estando contenidos, también conforman la vida individual y las relaciones sociales del individuo o de un grupo social. Es por esto, y sin que ello signifique una defensa estricta del relativismo, por lo que no debe perderse la perspectiva del carácter, necesariamente incompleto, del discurso de las teorías éticas. Hemos de añadir, como argumento final, la diferencia de realización de estas, tanto por razones de práctica política como por coherencia teórica, entre otras cosas¹⁶.

Al contemplar el conjunto de teorías éticas que vamos a exponer, puede parecernos que chocan frontalmente unas con otras. Desde el punto de vista teórico puede que sea así, pero desde la óptica de la ética práctica no lo es. En la “ética de los problemas” de Muñoz Garrido, la ética práctica del día a día del ejercicio profesional, nos damos cuenta de que es posible defender similares o iguales principios éticos desde varias teorías diferentes. También se da el caso de que la explicación ética de una determinada situación no esté contenida en todas las teorías. O que lo esté más en unas que en otras. O que un mismo principio moral pueda expresarse en reglas o decisiones muy distintas, según las

14 BACIGALUPO, LUIS E., <http://blog.pucp.edu.pe/item/2246>. pág. 1.

15 Opus cit., pág. 3.

16 MONTOYA SÁENZ, J., <http://www.mercaba.org./DicPC/E/ética>, pág. 3

circunstancias. Pero al final, las listas de obligaciones primarias son todas muy parecidas, lo que nos lleva a afirmar que todas las teorías tienen sus puntos de convergencia que, por último, derivan en que todas utilizan una base de datos inicial común: las normas de la moral común¹⁷.

1.2. Clasificación de las Teorías Éticas

Si pretendiéramos hacer una clasificación de las teorías éticas hallaríamos que esta casi coincide con los distintos pensadores que han profundizado en el estudio de la ética. Pero no es ese el objetivo de esta tesis. Por ello haré una sencilla introducción general para después ceñirnos en la explicación a las que realmente nos interesan desde la óptica de la ética médica.

Siguiendo a Varó Peral¹⁸, en principio se podrían distinguir dos grandes familias: Cognitivistas y No Cognitivistas.

Dentro de las últimas tendrían cabida las Emotivistas y las Prescriptivistas, mientras que las primeras se bifurcarían en Teleológicas, cuyo objetivo principal es determinar el fin, y Deontológicas, que tratan de determinar el deber.

Las Teleológicas a su vez se dividen en Naturalistas e Intuicionistas. Las naturalistas son las Subjetivistas (Eudemonismo, Epicureismo, Utilitarismo, Éticas del bienestar y Éticas de la excelencia) y las Objetivistas (Naturalismo Biológico: Sociobiología y Naturalismo Sociológico: Darwinismo social).

Las Deontológicas acogen la Ética Kantiana y las corrientes éticas de los derechos.

Esto está muy bien desde el punto de vista de la filosofía, pero para encuadrar la ética médica y las corrientes de reflexión ética que afectan a esta, nos atendremos a una sistemática mucho más sencilla.

Las teorías que utilizamos para explicar el comportamiento moral en el ejercicio de la profesión médica son muy pocas. Hay cuatro que consideramos fundamentales, pues van a dar cobertura a casi toda la ética médica. Además de éstas hay otras a las que, sin afán peyorativo, podríamos llamar secundarias o de menor rango, que también vamos a mencionar pues las entendemos con suficiente entidad para ello.

17 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 103.

18 VARÓ PERAL, A., <http://www.nodo50.org/filosofem/IM6>, pág. 2

Entenderemos, como principal, la existencia de tres grandes teorías éticas clásicas, tres grandes conjuntos de elementos, principios y reglas de razonamiento ético que explican el comportamiento humano. Ordenadas cronológicamente serían:

1. Teoría basada en la Virtud, cuyo primero y principal exponente es Aristóteles.
2. Teorías basadas en el deber, con Kant y la doctrina del sujeto moral, y
3. Teorías de las consecuencias, con Stuart Mill y la doctrina de la utilidad común¹⁹.

Añadiremos a estas tres teorías clásicas una cuarta, la más moderna, que es la teoría ética basada en los principios.

1.3. Tres grandes corrientes o teorías morales clásicas

Las tres primeras grandes teorías que dan razón de lo que es malo y lo que es bueno y que abarcan buena parte del arco de las teorías morales que explican la actuación en el ejercicio médico, son la ética de la virtud, el deontologismo y el consecuencialismo, más conocido por utilitarismo.

La primera de ellas, la ética de la virtud, explica la actuación de las personas por los actos que realizan en función de que esos actos revelan unos hábitos aceptados por la comunidad en que viven. Es decir, que los hábitos de las personas virtuosas constituyen la verdad moral²⁰.

La segunda viene a decir que algo es bueno porque debe hacerse, la tercera que algo debe hacerse porque es bueno. Esto parece un juego de palabras pero es una forma práctica y sencilla de sintetizar contenidos.

El deontologismo parte de unos principios que considera deberes imperativos y sólo aquello que se realiza cumpliendo con esos deberes es bueno. Lo que queda fuera del cumplimiento del deber, es malo. Por tanto, considera moral un acto cuando se ajusta a la norma, al deber. Los principios son las normas, los deberes que se imponen al individuo por su propia fuerza²¹.

El utilitarismo, por el contrario, es consecuencialista y mide la bondad o maldad de las acciones por sus consecuencias. Si las consecuencias derivadas de la acción son

19 BACIGALUPO, LUIS E., <http://blog.pucp.edu.pe/item/2246>. pág. 2.

20 Opus cit., pág. 3.

21 GONZÁLEZ BARÓN, M. y OTROS, Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer, pág. 1220.

buenas, esta debe realizarse, si no lo son, o se prevee que no lo sean, no debe llevarse a cabo porque es malo.

Se trata, como vemos, de posturas radicalmente distintas.

El utilitarismo es pragmático, calculador, su vista está puesta en el futuro, hace inventario de bienes según los resultados desde una racionalidad estratégica. Nietzsche decía que era una teoría de “tenderos ingleses”. Por el contrario, el deontologismo es más radicalmente moral, no hace esos cálculos, mira al fondo del sujeto, a la conciencia de este, al yo autónomo y responsable y se percibe un tono en esta teoría entre metafísico y romántico²².

1.3.1. Corriente de reflexión ética basada en la Virtud

Su origen es aristotélico, luego, cronológicamente, es la más antigua de cuantas afectan, desde el punto de vista ético, al ejercicio profesional médico. No podemos entrar en su conceptualización y explicación filosófica pero sí en lo que atañe, hoy, a su influencia en las corrientes de pensamiento de la ética médica.

Alimentada intelectualmente, como decimos, desde la filosofía aristotélica y avalada e impulsada, en la actualidad, por determinados sectores de la iglesia católica, se nutre fundamentalmente de científicos y teóricos para los cuales, por una parte, las formas reducidas a las ventajas personales del deontologismo se quedan cortas y, por otra, están abiertamente en contra del utilitarismo.

La ética de la virtud defiende que hay que aspirar a la excelencia, a la calidad humana, buscar el bien propio y ajeno, seguir ideales nobles y elevados y no ser dominados por el egoísmo sino por la generosidad altruista. Hay que practicar el sacrificio generoso, el servicio fiel y abnegado del médico clásico²³.

Se centra en las cualidades que debe cultivar el médico, para el buen hacer profesional, encaminado al máximo beneficio del paciente. La veracidad, la privacidad, la confidencialidad, la fidelidad, etc., son virtudes que el médico debe practicar y que deben motivar su actuación, yendo más allá del cumplimiento de los cuatro principios morales clásicos²⁴.

22 SÁDABA, J., La Ética contada con sencillez, pág. 69 y 70.

23 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 34.

24 GRACIA, D. y JUDEZ, J., Ética en la práctica clínica, pág. 84.

Esta teoría, basada en el ejercicio virtuoso del deber, considera que ese modo de actuar es más correcto moralmente que el que se basa en la actuación por obligación, ya que los motivos y el carácter correctos son más valiosos que la propia conformidad de los actos con las reglas morales. Considera, esta corriente ética, que en la medicina las cuestiones morales deberían ser estudiadas dentro del marco de las virtudes, ya que cualquier profesional sanitario puede evadir los sistemas de reglas. Defiende, en definitiva, que el carácter es más importante que el cumplimiento de las normas.

“Una persona moralmente buena, con la adecuada configuración de deseos y motivos, tiene más posibilidades de entender lo que debe hacer, de realizar los actos necesarios y de crear y actuar según los ideales morales [...]. Por tanto, recomendaremos, admiraremos, alabaremos y mostraremos como modelo moral a toda persona dispuesta por su carácter a ser generosa, cuidadosa, compasiva, piadosa, justa y no a las personas que siguen estrictamente las reglas”²⁵

1.3.2. Corrientes de reflexión ética Deontologistas

Estas teorías parten del ajuste de las conductas individuales a reglas de aceptación general, basadas en postulados de universalidad, imperatividad y homologación o confluencia espontánea de conductas que ratifican la generalidad intrínseca de esas reglas. Entendiendo la humanidad como fin en sí mismo y no como medio, se debe actuar únicamente bajo una máxima que pueda quererse al mismo tiempo que se convierte en ley universal²⁶.

La ética deontológica es una ética de convicciones en la que el deber ocupa el primer plano. Un acto es bueno porque debe hacerse, sin detenerse a analizar las consecuencias que pueda tener. Es, pues, una ética prescriptiva, que manda hacer las cosas y en la que se respetan los derechos del sujeto, la autonomía y la independencia.

En definitiva, el deontologismo, define una serie de deberes que hay que cumplir sin detenerse a analizar las consecuencias que se deriven de ese cumplimiento.

25 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 61.

26 MARTIN MATEO, R., Bioética y Derecho, pág. 45.

Su fundador es Kant y define una especie de mecanismo racional que las personas poseemos y que él llama el imperativo categórico. Es, dice, un mecanismo universal, que sirve para todos y que nos da la pauta de lo que debemos hacer.

La otra nota característica es que el sujeto es considerado como un fin en sí mismo, nunca como un medio²⁷.

Partiendo del reconocimiento de que hay imperativos morales absolutos, cosas que es obligatorio hacer y conductas que en todo momento y circunstancias son malas y perversas, la característica principal de las corrientes deontologistas es reconocer que estamos, en cada situación, obligados a actuar de un modo determinado que es independiente de los resultados que pueda acarrear para nuestro bienestar o el de los demás.

Para los deontologistas el fin nunca justifica los medios, por lo que hay conductas que por mucho bien que traigan son intrínsecamente inmorales.

En definitiva, lo que vienen a decir las teorías deontologistas es que la calidad moral de las acciones viene determinada por su concordancia o discordancia con ciertos principios morales predeterminados, anteriores a esas acciones, independientemente de los resultados y consecuencias que de ellas se deriven²⁸.

1.3.2.1. Kantismo

Recibe este nombre porque se basa en la filosofía y el pensamiento ético de Emmanuel Kant (1724-1804).

Kant, nació en la ciudad prusiana de Königsberg en el seno de una familia que lo educó en la rígida moral del pietismo, lo que determinará que su vida y su obra se caractericen por el rigorismo ético. Se dedicó a la enseñanza, primero como particular y después como profesor de la universidad de su ciudad natal. Es uno de los más grandes filósofos de la historia. Su pensamiento plantea una nueva forma de acceder a la teoría del conocimiento y a la ética, convirtiéndose en el principal referente de los pensadores de su época y determinando con su obra una excepcional influencia en la posteridad.

En cuanto a la moral, adopta un punto de vista novedoso que parte de la crítica a los sistemas éticos anteriores por considerarlos modelos de ética material, en cuanto

27 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, págs. 76 y 77.

28 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 32.

que establecen la bondad o maldad de las acciones humanas, en función de que estas resulten, o no, apropiadas para conseguir un fin identificado con el bien. Considera que estos modelos son incorrectos, pues las razones que se aportan para la actuación moral se encuentran fuera de la propia ética. En contraposición a esto propone la ética formal que nos proporcionará la forma concreta, el imperativo categórico, que deben tener las acciones para ser morales²⁹.

Su pilar fundamental, pues, es el “imperativo categórico”, que es lo que se debe hacer, independientemente de nuestros deseos, y es una regla universal. Es decir, el cumplimiento del deber establecido en unas reglas morales capaces de ser deseadas y cumplidas, por todos los seres humanos, sin contradicciones³⁰.

Según Polo Barrena³¹ *“La norma moral es un imperativo categórico porque la subjetividad libre es capaz de atenerse a él por encima de cualquier otra aspiración o impulso material”*. Pero la facultad por la que se puede obrar conforme a la ley es la voluntad. Y como para actuar así es necesaria la razón, resulta que la voluntad no es otra cosa que la razón práctica, que es autónoma en cuanto que es autosuficiente.

Esto no quiere decir que las acciones conocidas como objetivamente necesarias, conforme a la idea del deber obligado, tengan que ser subjetivamente necesarias. Pueden no serlo en cuanto que la voluntad puede ser afectada por los apetitos sensibles. En ese caso, la voluntad no es totalmente conforme a lo que dice la razón y, por tanto, no es plenamente autónoma. La vinculación del sujeto a la norma moral constituye a esta como razón esencial y el imperativo categórico es el conocimiento que la voluntad tiene de esta³².

El otro pilar del Kantismo es el tratamiento de las personas con el respeto y la dignidad moral que todo ser humano se merece, no utilizándolos como medio para nuestros fines, sino como fin en sí mismos y, cuando sean utilizados como medios para conseguir un fin (voluntarios para el ensayo de un fármaco, por ejemplo), han de tener la posibilidad de elegir y tener siempre el control de sus propias vidas³³.

Esta teoría, pues, defiende el respeto por el ser humano como algo digno en sí mismo, como un fin, nunca como un medio, entendiendo como conducta moralmente recta

29 <http://iesmurgi.org/filosofia/ética/teorías>, pág. 6.

30 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 53.

31 POLO BARRENA, L., Ética. Hacia una visión moderna de los temas clásicos, pág. 133

32 Opus cit., pág. 133.

33 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 53.

la que impide usar a otros, o a uno mismo, como medios para nuestro propio beneficio o para causar un mal a uno mismo o a los demás³⁴.

Terminar resumiendo que, según ella, el cumplimiento del deber moral, que se expresa en la racionalidad humana, determina, pues, la bondad de los actos distinguiendo desde el punto de vista ético tres posibles tipos de acciones:

Las acciones contrarias al deber, que son inmorales.

Las acciones conformes al deber, que son acciones buenas, pero no morales, porque han sido realizadas no por motivos éticos, sino por propio interés o buscando fines ajenos a la ética.

Las acciones por deber, que son las auténticamente morales, pues su realización corresponde con el estricto cumplimiento de este³⁵.

1.3.2.2. Intuicionismo

Defiende la moralidad de los actos basada en que hay modos de actuar que se nos imponen por su propia evidencia (hay que decir la verdad, no dañar al otro, mantener las promesas, etc.). Se refiere a ciertas verdades e intuiciones morales, que por su certeza se imponen por sí mismas, conductas que son intuitas como mejores que sus contrarias³⁶.

Considera, pues, la intuición como la facultad esencial del conocimiento moral. En el ser humano, el conocimiento de la realidad se produce de una manera directa e inmediata, imponiéndose a la razón como algo evidente en sí mismo. El hombre es capaz de percibir intuitivamente la moralidad o inmoralidad de las acciones, siendo capaz de aprehender directa e inmediatamente la bondad o maldad de estas, sin necesidad de justificarla mediante razonamientos o argumentos que la demuestren³⁷.

Defendida por Moore y por Rawls viene a decir, en definitiva, que para saber lo que es malo y lo que es bueno no hace falta darle muchas vueltas a las cosas, sino que hay que tomar por tal lo que hemos depurado en nuestra interacción social y consideramos sensatamente que es así. Lo bueno no sería una propiedad natural, sino sería aquello que captamos con nuestra intuición. Defiende que lo bueno es lo que se intuye como bueno³⁸.

34 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 32.

35 <http://iesmurgi.org/filosofia/ética/teorías>, pág. 7

36 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 32.

37 <http://iesmurgi.org/filosofia/ética/teorías>, pág. 8.

38 SÁDABA, J., La Ética contada con sencillez, pág. 65.

Rawls entiende que una serie de individuos en situación originaria, es decir, sin presiones sociales y bajo el velo de la ignorancia, imparcialmente, podrían llegar por consenso a fijar una serie de principios determinadores de lo justo.

Sin embargo, los imaginarios árbitros de Rawls, difícilmente podrían llegar más allá de la fijación de unas reglas muy generales, dependiendo los juicios individuales de una serie de circunstancias de problemática particular en la que entrarían en juego muchas variables. Y esto ya presupone otro tipo de reglas³⁹.

1.3.2.3. Conciencialismo

Es la teoría que proclama que el deber de obligado cumplimiento es aquel que nos dicta nuestra propia conciencia en cada acto, momento y lugar, no pudiéndose contradecir a esta⁴⁰.

1.3.2.4. Teoría del Deber Obligado

Su paradigma es *“haz el bien y abstente del mal”*. Defiende que lo que hay que hacer, viene predeterminado como deber de hacer algo o deber de abstenerse de hacerlo y se desprende de la propia naturaleza del hombre⁴¹.

1.3.3. Corrientes de Reflexión Ética Consecuencialistas

*“Teoría, o más bien modelo ético, para el cual lo correcto, y por tanto lo moral, consiste en que, una vez aceptado un bien o valor como algo deseable universalmente, el agente moral debe hacer todo lo posible por fomentarlo, incluso si con esa actitud tiene que violar ocasionalmente ese bien o valor, siempre que las consecuencias que se obtengan con esa acción contribuyan a fomentarlo”*⁴².

*“Es una variante pragmática de la ética de normas racionalista, una exageración unilateral de la responsabilidad, una formulación acerca de lo bueno o de lo malo exclusivamente en términos de resultados posteriores”*⁴³.

39 MARTIN MATEO, R., Bioética y Derecho, pág. 46

40 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de ética Médica, pág. 32.

41 Opus cit., pág. 32.

42 <http://iesmurgi.org/filosofia/ética/teorías>, pág. 2

43 POLO BARRENA, L., Ética. Hacia una visión moderna de los temas clásicos, pág. 174.

Los ideales de la gente, los motivos por los que se hacen las cosas no cuentan, sólo cuentan, para constatar si la acción es buena o mala, los resultados de esta. Juzgan, pues, a las personas en función del efecto de sus acciones, obviando sus virtudes y sus intenciones. Luego los efectos de la acción constituyen la verdad moral⁴⁴.

Defienden que la bondad o maldad de los actos del hombre se mide por los resultados en términos de producción de bienes o consecuencias deseables. La moralidad gira en torno a la obtención de lo bueno, es decir, consiste en la maximización del bienestar y la eliminación del sufrimiento o de la insatisfacción.

Una acción es moralmente buena, si echadas cuentas de sus consecuencias inmediatas o tardías para las personas, se revela tan benéfica y eficaz como cualquiera de las acciones que en ese momento pudieran realizarse⁴⁵.

En estas teorías, el criterio valorativo son los resultados de los actos humanos. Las acciones no son buenas ni malas en función de una racionalidad ética “*a priori*” sino desde lo que se sigue de ellas, es decir “*a posteriori*”. Se contraponen así, este modelo, a la ética autónoma o de las convicciones. Esta contraposición no afecta a la ética integral, que tiene en cuenta las virtudes y los vicios, sino sólo a la ética normativa⁴⁶.

1.3.3.1. Utilitarismo

Aunque se hable de una única teoría, realmente bajo este nombre se encuadran un conjunto de ellas para las que el criterio que determina la moralidad de las acciones es la utilidad en términos de felicidad (eudemonia).

El término se debe a que Bentham llamó utilidad a la “*propiedad de cualquier objeto de producir beneficio, ventaja, placer o felicidad*”, siendo esta considerada como valor supremo y norma de conducta a la que está sometido cualquier otro deber, norma o valor⁴⁷.

Fue, precisamente, Jeremy Bentham (1748-1832), el primero que enunció, sistematizó y fundamentó un sistema utilitarista ético exponiéndolo en su obra “Introducción a los principios de la moralidad y la legislación” (1789). Considera que las acciones

44 BACIGALUPO, LUIS E., <http://blog.pucp.edu.pe/item/2246>. pág. 3.

45 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de ética Médica, pág. 33

46 POLO BARRENA, L., Ética. Hacia una visión moderna de los temas clásicos, pág. 121.

47 VARÓ PERAL, A., <http://www.nodo50.org/filosofem/IM6>, pág. 8

morales no son objeto directo del conocimiento, pues conceptos como bien, justicia o vicio no corresponden a hechos de la naturaleza, sino que expresan emociones o sentimientos de agrado o rechazo con respecto a la moralidad de ciertas acciones. El fin del ser humano es la búsqueda de la felicidad y esta sólo puede ser definida universalmente por la presencia de placer y ausencia de dolor. Identificando lo útil con lo bueno y, para evitar la injusticia que acarrearía el utilitarismo individual, Bentham define el “*Principio de Felicidad*”: para que nuestras acciones sean consideradas morales, deben producir la mayor cantidad de felicidad al mayor número de individuos. Al basarse en criterios cuantitativos se la denominó despectivamente “*ética aritmética*”⁴⁸.

Años más tarde, John Stuart Mill (1806-1873), propuso la reforma del utilitarismo atendiendo a criterios cualitativos en vez de los cuantitativos de Bentham. Propone este nuevo principio en su obra “*El Utilitarismo*” (1863), distinguiendo entre placeres superiores e inferiores, haciendo hincapié en la supremacía moral de los criterios de utilidad que más benefician a la humanidad, sobre los que benefician a las personas individualmente. Para determinar esa utilidad social acude a la experiencia histórica, aconsejando el estudio de las reglas morales que más útiles hayan resultado a lo largo de esta. Estableció, también, lo que llamó el *criterio utilitarista de verificación* que consiste en que una regla moral es válida, siempre que las consecuencias de su aplicación sean mejores que las que se derivan si no se aplica y que, además, sean igualmente mejores que las derivadas de la aplicación de una regla moral alternativa⁴⁹.

El utilitarismo es la teoría más sobresaliente de las basadas en las consecuencias, aceptando un solo principio ético básico: el principio de utilidad según el cual debemos actuar siempre con el único norte de obtener el máximo beneficio o, en el caso contrario, el mínimo perjuicio si sólo se pueden obtener resultados no deseados. En definitiva, se trata de que los actos humanos se midan por su producción de valor máximo⁵⁰.

Cercana, como ha quedado dicho más arriba, al eudemonismo (teoría que defiende que el fin de la vida humana es la felicidad) y al hedonismo (el fin de la vida humana es el placer) y, dentro de las teorías teleológicas, defiende que los actos son morales, o no, en función del beneficio (en términos de placer y felicidad) que producen⁵¹.

48 <http://iesmurgi.org/filosofia/ética/teorías>, pág. 15.

49 Opus cit., págs. 15 y 16.

50 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 44.

51 <http://eticacvd.blogspot.com>. pág. 4.

Toma, como criterio de adopción de conducta éticamente correcta, eligiendo entre varias posibles, aquella que mejor resultado aporta en un balance comparativo. Se trataría de optimizar el bien-placer sobre el mal-dolor, optando por el modelo conductual que de como resultado el predominio de la primera situación sobre la segunda⁵².

Concibe el bien en términos de bienestar, de placer. La rectitud moral de una acción humana depende de si produce, en general, unas diferencias a favor del placer, del no dolor. Dentro de esta afirmación impone categorías, de tal manera que una acción es contraria a la ética si se podría haber optado por otra solución que produce mayor bien y, por tanto, es una acción reprochable si con más sacrificio se podría haber obtenido mayor beneficio.

Pero, al final, lo que define al utilitarismo es la cuenta de resultados en términos de beneficio y la vida puede adquirir un valor económico preponderante. Algunas vidas pueden llegar a ser exageradamente caras al requerir unos cuidados cuyo beneficio, en términos de futuro o de supervivencia, no compensa el gasto económico que la sociedad tiene que soportar⁵³.

El utilitarismo defiende la satisfacción de los deseos de la gente. Pero no tomando a las personas como sujetos dotados de derechos individuales irrenunciables, sino como una suma de sujetos con esos derechos. Y cuanto más sumen, mejor. La mayor felicidad para el mayor número. O sea, que los intereses individuales deben ser sacrificados a los del interés general si con ellos se obtiene un mayor beneficio.

Una decisión, un acto, es bueno si tiene buenas consecuencias para todos⁵⁴.

Sin embargo, no hay unanimidad entre los utilitaristas a la hora de definir cual es lo más útil, que valores son los más importantes. Así, por ejemplo, Bentham y Stuart Mill, lo definen en términos de felicidad o placer, mientras otros consideran que hay otros valores, además de estos, con importancia intrínseca, pero tampoco se ponen de acuerdo en establecer una escala gradual para estos.

No obstante, todos coinciden en que el mayor bien debe medirse en función del valor intrínseco total del acto⁵⁵.

52 MARTIN MATEO, R., Bioética y Derecho, pág. 44

53 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 33.

54 SÁDABA, J., La Ética contada con sencillez, págs. 71-73.

55 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 44

1.3.3.2. Utilitarismo de regla y utilitarismo de acto

Son dos variantes del utilitarismo clásico.

Hemos quedado en que maximizar el valor es el principio general de los utilitaristas a la hora de valorar los actos. Sin embargo, no está claro si este principio de utilidad debe aplicarse a los actos concretos o a las reglas generales que determinan que actos son correctos y cuales no lo son.

Por eso hablamos de utilitaristas de regla, que son los que consideran las consecuencias de utilizar las reglas. Rectifica iniciales proposiciones teóricas, de forma que la elección se hace cuando se van a formular las reglas que luego van a ser aplicadas a escala de actos concretos⁵⁶.

Para un utilitarista de regla mentir al enfermo puede mejorar su salud, sin embargo considera que no debe hacerse pues el uso generalizado del engaño acarrearía más mal que bien, por lo tanto el engaño en medicina debe estar prohibido.

Por el contrario los utilitaristas de acto son los que, evitando las reglas, califican los actos apelando directamente al principio de utilidad. La doctrina utilitarista en sus formulaciones originarias dio lugar al utilitarismo de actos en cuanto enjuiciaba estos directamente, suponiendo el imperio de criterios subjetivistas-relativistas que sólo indirectamente eran susceptibles de generalización⁵⁷.

Para un utilitarista de acto, el cumplimiento de la regla de no mentir nunca al enfermo, no siempre maximiza el bien general y considera esta regla moral simplemente como una directriz general que no tiene por que ser cumplida siempre.

Hay una tercera vía que defiende que no debe haber una norma general de cumplimiento o incumplimiento, sino hacer lo que más rentable sea en cada momento⁵⁸.

1.4. Corriente de reflexión ética basada en principios

A este tipo de teoría ética se la llama despectivamente ética principialista. Asienta sus cimientos teóricos sobre la defensa de los cuatro principios clásicos (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) y una serie de reglas.

56 MARTIN MATEO, R., *Bioética y Derecho*, pág. 44.

57 *Opus cit.*, pág. 44.

58 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., *Principios de Ética Biomédica*, pág. 47

Es la más difundida en la actualidad. Fundamentada en la combinación de las teorías deontologista o kantiana y la utilitarista, aplica unos principios asumibles por la mayoría de las personas de una sociedad pluralista. Como las teorías utilitaristas no fundamentan unos principios morales propiamente dichos, toma este argumento de las deontologistas enunciando unos principios mayoritariamente aceptados⁵⁹.

Los principios derivan de la tradición médica y de la moral común. Desde los albores de la medicina se han manejado los principios de beneficencia y no maleficencia. El de autonomía y el de justicia se incorporan más tardíamente. Lo veremos al hablar, más adelante, de ellos.

Las reglas pueden ser sustantivas (veracidad, confidencialidad, intimidad, fidelidad, etc.) y deben ser formuladas como guías para la acción, autoridad (quien puede y debe realizar los actos) y procedimentales⁶⁰.

Esta teoría consiste, esencialmente, en que ofrece una serie de principios desde los que articular un comportamiento moral y que a su vez sirven para enjuiciar la eticidad de las acciones. Comparten con el utilitarismo y el kantismo el énfasis en los principios que obligan, pero mientras estas son monísticas (un solo principio universal y absoluto que explica todas las pautas de acción), las otras son pluralistas (al menos dos principios no absolutos marcan el nivel general del argumento normativo)⁶¹.

El modelo teórico principialista en realidad lo que hace es reformular las grandes nociones de la ética médica y las presenta en torno a los cuatro principios clásicos citados. Según Diego Gracia y J. Júdez⁶² estos principios deben ser articulados en dos grandes niveles:

El primer nivel, que expresa la ética de mínimos, incluye los principios de no maleficencia y justicia y le refiere a una dimensión pública, que obliga a todos y puede, incluso, ser coactiva. Recoge las situaciones en que puede verse amenazada la integridad física o social de las personas, estableciendo la obligación de sanitarios e instituciones de ofrecer e indicar procedimientos diagnósticos y terapéuticos efectivos a los que el paciente pueda acceder de una manera equitativa y justa.

59 GONÁLEZ BARÓN, M. y OTROS, Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer, págs. 1219 y 1220.

60 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, págs. 33 y 35.

61 Opus cit., pág. 94.

62 GRACIA, D. y JÚDEZ, J., Ética en la práctica clínica, págs. 186 y 187.

El segundo nivel, de ética de máximos, incluye el respeto a la autonomía y el principio de beneficencia. Es de ámbito más privado y se refiere a la regulación de la cotidianidad de la relación clínica con el paciente y la familia. Es un espacio que promueve opciones y toma de decisiones concretas, desde los valores propios de cada individuo inequívocamente influido por su entorno cultural, familiar y social.

Beauchamp y Childress⁶³ gradúan los principios en los que se basan estas teorías en principios de *“prima facie”* y en los que no son de *“prima facie”*.

Un principio de *“prima facie”* es, para ellos:

“...una guía de acción normativa que establece las condiciones de permisividad, obligatoriedad, corrección o incorrección de los actos que entran dentro de su jurisdicción”.

Las normas etiquetadas de *“prima facie”* indican que la obligación del principio que enumeran debe cumplirse siempre, salvo cuando entra en conflicto con otra obligación moral de igual o mayor magnitud.

Todos los actos tienen unas propiedades por sí mismos y, de ellos, además, se van a derivar unas consecuencias que el agente del acto debe ponderar al decidir si ejecuta este. Entramos, pues, en la evaluación del acto y de sus consecuencias.

Matar o ayudar a morir a una persona con enfermedad incurable, que sufre y pide que se le quite la vida, puede suponer acabar con su sufrimiento y, además, respetar su autonomía, pero entra en conflicto con una norma moral de rango superior que es el respeto a la vida. Esta es la diferencia entre obligación *“prima facie”* y la que no lo es, es decir, la obligación real.

Hay teorías éticas que establecen que los principios obligan *“prima facie”*, otras los utilizan como reglas de prioridad prescindibles y las hay que los jerarquizan.

Las dos teorías basadas en los principios que más aceptación tienen son la de William Frankena y la de W. David Ross.

Frankena, defiende los principios de beneficencia y justicia (postulado de Hume) considerando que ambos captan la esencia de la perspectiva moral.

63 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, págs. 29 y 98.

Ross, defiende principios morales básicos e irreductibles como son la fidelidad, compensación, gratitud, obligaciones de enmienda personal, justicia, beneficencia y no maleficencia. Según él, estos principios expresan obligaciones “*prima facie*”⁶⁴.

Sostiene, este filósofo inglés, que la moral no puede girar en torno de un principio universal, sino que debe ajustarse a las circunstancias, siendo responsabilidad del individuo decidirse por aquel que a su juicio tenga, en un momento dado, mayor validez⁶⁵.

1.5. Otras corrientes de reflexión ética

Hay otras corrientes de reflexión ética que enumeramos y describimos brevemente a continuación:

1.5.1. Individualismo Liberal

*“Considera que en toda sociedad democrática el individuo debe estar protegido por esta y tener la posibilidad de luchar por sus proyectos personales”*⁶⁶.

O sea que lo que defiende son los derechos individuales de las personas.

En los países avanzados, los derechos individuales civiles, políticos y legales, están jugando un papel muy importante a la hora de defender al individuo frente a las intrusiones institucionales y sociales. Sin embargo, parece excesivo que sobre esta base deba construirse la teoría ética y política, entre otras cosas, porque muy a menudo los derechos individuales entran en conflicto con los intereses de la comunidad o de las instituciones.

Tener un derecho significa estar capacitado para determinar lo que otros deben hacer o no, pero si ese derecho está reconocido por un sistema de reglas permite confirmar, insistir o exigir lo que se debe hacer. Luego, son las reglas las que van a dar legitimidad al acto, bien sean reglas legales en el caso de un derecho legal o lo sean por principios y reglas morales, en el caso de un derecho moral⁶⁷.

64 Opus cit., pág. 94.

65 SÁNCHEZ TORRES, F., Temas de Ética Médica, pág. 13.

66 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 66.

67 Opus cit., págs. 66 y 67.

1.5.2. Comunitarismo

Es la antítesis del individualismo liberal, pero también es opuesto al utilitarismo, al kantismo y, por supuesto, a la ética de la virtud.

“Considera que todo lo que es básico para la ética deriva de los valores comunitarios, del bien común, de los objetivos sociales, de las prácticas tradicionales y de las virtudes de la cooperación”⁶⁸.

1.5.3. Ética del Cuidado

Teoría muy cercana al comunitarismo con el que comparte ciertas premisas.

Se basa en la preocupación por el compromiso y el deseo de actuar por el beneficio de las personas con las que se tiene una relación estrecha.

Esta teoría está relacionada con el feminismo en cuanto que compara la ética de las mujeres, una ética del cuidado cercano y amoroso, con la de los hombres, una ética basada en derechos y obligaciones⁶⁹.

Defendida fundamentalmente por Carol Gilligan e Iris Murdoch se ocupa de los sentimientos de empatía y benevolencia, como base de una vida armoniosa en la que se conjuguen, por un lado el cuidado con la justicia y, por otro, la benevolencia y la felicidad con el sentido de equidad y de imparcialidad⁷⁰.

1.5.4. Casuística

Es una teoría que tuvo mucha importancia en la filosofía medieval y de la edad moderna y que últimamente está renaciendo. Se centra en la toma de decisiones concretas ante cada caso concreto.

“Los casuistas no creen en las reglas, los derechos y las teorías que no tienen en cuenta la historia, los precedentes y las circunstancias. Para los casuistas, la única forma

68 Opus cit., pág. 73.

69 Opus cit., pág. 80.

70 VARÓ PERAL, A., <http://www.nodo50.org/filosofem/IM6>, pág. 19.

de realizar juicios morales adecuados consiste en entender en profundidad las situaciones concretas y en hacer un estudio histórico de casos similares”⁷¹.

1.5.5. Teorías de moral común

Las teorías de la moral común, también llamadas del universalismo moral, son aquellas que obtienen sus premisas de la tradición, del sentido común y de la moral compartida por los miembros de una sociedad.

Defienden la existencia de normas y valores universales que sean válidos para todos los seres humanos independientemente de raza, religión, cultura etc. Esto está muy bien, pero de entrada no existe unanimidad a la hora de establecer cuales son esos valores ni de donde procede su fundamentación teórica⁷².

La ética de la moral común, basa gran parte de sus contenidos en el derecho natural, las creencias compartidas y el sentido moral de las cosas y no en la razón pura. Pero no debe confundirse moral común con moral habitual, pues mientras esta última está referida a las actitudes y costumbres puramente locales, la primera las trasciende y maneja criterios (veracidad, fidelidad y cuestiones similares) que permiten evaluar o criticar los actos en distintas comunidades e incluso en distintos países.

Podemos decir que la moral común es como los derechos humanos, pues ambas se basan en criterios universales⁷³.

Dentro de este universalismo ético cabría el iusnaturalismo, que veremos en el apartado siguiente, y las llamadas éticas dialógicas o éticas fundamentadas en el consenso entre todos los seres humanos que consideran que es posible llegar a acuerdos de alcance universal sobre valores y normas morales⁷⁴.

1.5.5.1. Iusnaturalismo ético

Defiende la existencia de una ley natural, válida e inmutable, cuya esencia se encuentra dentro de la propia naturaleza humana, por la que todos captamos la bondad o

71 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 87.

72 <http://iesmurgi.org/filosofia/ética/teorías>, pág. 14

73 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 94.

74 <http://iesmurgi.org/filosofia/ética/teorías>, pág. 14.

maldad de los actos, independientemente de la cultura a la que pertenezcamos, o la forma en que hayamos sido educados⁷⁵.

Es, Santo Tomás de Aquino, quien más ha defendido esta teoría bajo la cual se ampararían todas aquellas posiciones morales que defienden la existencia de una ley moral, natural y universal, que determina lo que está bien y lo que no lo está. Esta ley natural es objetiva, pues está por encima del propio ser humano que puede conocerla e interiorizarla, pero que no la ha creado, sino que la ha recibido de una instancia externa. Lógicamente, Santo Tomás, entiende que esa instancia externa es Dios que ha creado al hombre a su imagen y semejanza y, por ello, en su propia naturaleza le es posible encontrar el fundamento del comportamiento moral⁷⁶.

En el hombre se concentran tres tipos de inclinaciones: Unas compartidas con todos los seres vivos, como la defensa de la propia existencia. Otras propias de las especies animales, como son los procesos de alimentación, procreación, etc. Y, por último, las derivadas de su condición de ser racional que implican procesos como el deseo de conocer la verdad, los hábitos sociales, etc.

Defiende la existencia de una ley que ordena, desde unos preceptos primarios, las conductas y las condiciones para llevarla a cabo de acuerdo con el fin natural del hombre. En principio, esta norma moral sería análoga a la que sirve para otros seres, pero diferenciada por la capacidad del hombre para aprehenderla de una manera racional y reflexiva, por su capacidad cognitiva y su propia dignidad, que le exime del determinismo que presidiría la que sirve para aquellos.

La mayoría de las objeciones morales, a la aplicación de ciertos avances de la ciencia médica, se basan en esta doctrina reforzada con la comprensión del origen divino de la ley natural, pero lo cierto es que desde ella es difícil encontrar alternativas cuando hay que decidir entre ciertos valores en conflicto (madre-hijo, paciente-paciente, etc.)⁷⁷.

75 Opus cit. pág. 14.

76 <http://eticacvd.blogspot.com>, pág. 3.

77 MARTIN MATEO, R., Bioética y Derecho, págs. 43 y 44.

2. LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA MÉDICA

“Llamamos principios de la ética médica al conjunto de elementos que ayudan a discurrir racionalmente, es decir, los principios que nos ayudan a discurrir éticamente”⁷⁸.

En el Informe Belmont⁷⁹, se les define como criterios generales que sirven como base para justificar los preceptos éticos y las valoraciones particulares de las acciones humanas. La tradición anglosajona, que alimenta este informe, defiende que de manera general hay tres principios que destacan sobre cualesquiera otros: el principio de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.

Universalmente, se reconocen cuatro principios fundamentales: Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Autonomía.

En 1979, los americanos Beauchamp y Childress, los enunciaron en un libro que causó furor: *“Principios de ética biomédica”* que está siendo citado frecuentemente en este estudio. No fueron los inventores de estos principios, sino que los tomaron prestados de la medicina clásica griega, los dos primeros y de enunciados y prácticas jurídicas y médicas posteriores, los dos últimos, como veremos más adelante.

Hoy se siguen considerando instrumentos fundamentales para el análisis ético.

2.1. Principio de Beneficencia

Es la ley suprema de la medicina. Manda hacer el bien. Es el más antiguo en cuanto a enunciado y aceptación. La sociedad y el médico asumen un acuerdo tácito por el cual siempre se espera del primero que busque, sobre todo y ante todo, el bien del enfermo⁸⁰.

Arranca de la medicina técnica griega. El Juramento Hipocrático lo deja claro cuando dice que *“no me guiará otro propósito que el bien de los enfermos”*. A lo largo de la historia, el médico, justificará desde este principio todas sus acciones. Incluso la ausencia de ánimo de lucro en el ejercicio profesional.

78 MUÑOZ GARRIDO R., Clases de Ética Médica, pág. 35.

79 NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. DHEW Publication No (OS) 78-0012, pág. 1.

80 GONZÁLEZ BARÓN, M. y OTROS, Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con Cáncer, pág. 1220.

En la época actual, es en el Informe Belmont donde aparece por primera vez, enunciado como tal principio ético, pero ha sido luz que ha guiado durante siglos el impulso vital del ejercicio médico.

Por ser positivo y por la grandeza de su imperativo es, sin duda, el más hermoso de los principios éticos. Coloca el interés del enfermo por encima de cualquier otra cosa, impulsando al médico a la disponibilidad constante para ayudar a los demás a costa, incluso, de cualquier sacrificio, poniendo de manifiesto lo que de altruista tiene esta profesión y la renuncia al egocentrismo que acarrea⁸¹.

Indica, en definitiva, la obligación moral de actuar en beneficio de otros, siendo un principio que requiere una actitud positiva y dinámica. Todas las teorías éticas lo aceptan, aunque con matices diferentes.

No debe ser confundido con la benevolencia, en cuanto que esta es un rasgo del carácter o la virtud de estar dispuesto a actuar en beneficio de otros, mientras que el principio define una obligación, independientemente del carácter del médico. Tampoco debe ser confundido con el principio de utilidad (a veces llamado de proporcionalidad) que tan solo es una prolongación del principio de beneficencia positiva⁸².

Abundando en esta cuestión, cabe decir que, frecuente y equivocadamente, se entiende como beneficencia los actos de bondad y caridad que van más allá de la obligación estricta. A un médico se le puede obligar a cumplir un horario, a realizar una serie de tareas, a elaborar diagnósticos y tratamientos correctos. Pero no se le puede obligar a ser amable, cariñoso o a querer a los enfermos. Esta no obligatoriedad, a veces, se compensa con la vocación. Pero es una cosa muy personal y como muy subjetiva. Los enfermos se quejan, a veces, de que el médico no atiende a lo que consideran su derecho a ser tratados con amabilidad y con cariño. Si embargo el médico no tiene ese deber. Nos encontramos, dentro del principio de beneficencia, con un aspecto que desemboca en un problema insoluble. Es uno de los problemas que ha traído la socialización de la medicina, en la que la relación médico-enfermo, se ha visto sustituida por la de prestador de servicio-usuario⁸³.

El principio de beneficencia, en sentido moral, es una obligación que debe ser complementada en los actos con dos reglas generales: no causar ningún daño, y maximizar los beneficios posibles, disminuyendo los daños posibles.

81 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 37.

82 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 245.

83 GÓMEZ SANCHO, M., Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad, pág. 595

Pero, para manejar este principio, hay que determinar lo que es perjudicial y puede darse la situación de que en el proceso para la obtención de esta información algunas personas estén sometidas al riesgo de sufrir daño. También, el tratar de descubrir lo que es beneficioso puede requerir exponer personas a algún riesgo. El problema, pues, que plantea este principio, es determinar cuando está justificado buscar ciertos beneficios a pesar de los riesgos que conlleve y cuando estos deben ser abandonados por los riesgos que se corren⁸⁴.

Luego, convenimos en que el fin de las acciones morales es lograr beneficios y evitar perjuicios. Pero es difícil establecer una clasificación de perjuicios y beneficios y reglamentarla. Sin el compromiso de la beneficencia, la vida moral carece de sentido. El reconocimiento de este principio proporciona el contenido mínimo exigido para que podamos hablar de inquietudes morales⁸⁵.

También desde este principio se fija lo que es salud y lo que es enfermedad. Es el médico el que establece lo que es una necesidad sanitaria, una necesidad de salud. Fija, pues, los criterios de salud y enfermedad. El enfermo se limita a aceptar aquello que el médico establece⁸⁶.

Por último mencionar que obliga a los investigadores individuales y a la sociedad en general.

En el caso de los proyectos particulares, los investigadores y los miembros de la institución donde se desarrolla el trabajo de estos, vienen obligados a poner los medios para la obtención del máximo beneficio y el mínimo riesgo que puedan ocurrir como resultado del estudio o investigación.

En la cuestión de la investigación científica en general, los miembros de la sociedad, tienen la obligación de reconocer los beneficios que se seguirán a largo plazo y los riesgos que conlleva la adquisición del conocimiento y desarrollo de nuevas formas de proceder en los distintos campos de la ciencia⁸⁷.

Pero este principio, como no podía ser menos, también tiene sus límites. Vienen dados por el de justicia, de no dañar a otro. El médico no puede, con violencia física,

84 NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. DHEW Publication No (OS) 78-0012, pág. 4.

85 ENGELHARDT, H. TRISTRAM, Los fundamentos de la bioética, pág. 139

86 GRACIA, D., Como arqueros al blanco. Estudios de bioética, pág. 83.

87 NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. DHEW Publication No (OS) 78-0012, pág. 4.

obligar a un padre a donar un riñón para salvar la vida de su hijo, ni puede gastarse el presupuesto del servicio en un enfermo peculiar limitando las posibilidades del resto de los enfermos⁸⁸.

Algunos filósofos ponen en duda la existencia de las obligaciones positivas que define este principio. Sostienen que es un mero ideal virtuoso o un acto de caridad por lo que las personas que no actúan conforme a él no son moralmente deficientes.

Estamos moralmente obligados a ayudar a los demás, pero no siempre y en todos los casos. Tampoco estamos obligados a actos de altruismo extremos. Podemos, pues, concluir que la beneficencia tiene más de ideal que de obligatorio, quedando entre ambos una línea difícil de distinguir. Pero no hemos de olvidar que hay una serie de reglas de beneficencia positiva que constituyen una parte importante de la moral. Entre esas reglas están buena parte de las funciones del médico a la hora de prevenir y de tratar la enfermedad⁸⁹.

Fundamentar el ejercicio en este principio como pilar esencial, característica de la medicina durante dos mil quinientos años aproximadamente, ha dado lugar a lo que llamamos ética paternalista.

2.1.1. Paternalismo

El Oxford English Dictionary define paternalismo como:

“el principio y práctica de la administración paternal; el gobierno del padre; la pretensión o intento de atender a las necesidades o de regular la vida de una nación o colectividad del modo en que un padre lo hace con sus hijos”⁹⁰.

Es habitual contemplar como el paciente busca la intervención paternalista del médico. Esta actitud del enfermo proviene, entre otras muchas causas, de la sensación que tiene de encontrarse en un ambiente extraño.

Pero también es frecuente que el médico adopte una actitud paternalista ante el enfermo. Esto, por principio, no es una actitud correcta. Es el vicio que acarrea una interpretación inadecuada del principio de beneficencia.

88 MUÑOZ GARRIDO, R., Apuntes de Ética Médica pág. 37.

89 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 247.

90 ENGELHARDT, H. TRISTRAM, Los fundamentos de la bioética, pág. 350.

Sin embargo, hay ocasiones en que el paternalismo no debe ser rechazado como actitud médica. El niño y el anciano senil, por ejemplo, necesitan de la actitud paternalista del médico y de los familiares. Con los enfermos incompetentes no solo está justificado, sino que es necesario y serán los padres, el tutor o el juez quienes elijan en su nombre⁹¹.

La discusión sobre el paternalismo arranca de Kant y de Stuart Mill. En lo que se refiere a la medicina se pone de manifiesto en el siglo pasado, con el afloramiento de los derechos de los pacientes y las obligaciones que impone el principio de autonomía.

La controversia entre los defensores de uno y otro principio y de la prevalencia de uno sobre el otro, comenzó entonces, continúa ahora y todo hace preveer que continuará en el futuro.

Pero hay muchas formas de paternalismo: Hay un paternalismo pernicioso que implica imposición, coerción, engaño, mentira y manipulación de la información con limitación de la capacidad de decisión, con violencia del principio de autonomía. Ese es el moralmente reprobable. Hay otro paternalismo, derivado de la autoridad principal o predominante, que se basa en que en medicina clínica no hay principios morales absolutos, excepto el de actuar en beneficio del paciente. Aparecen entonces varias circunstancias en las cuales la beneficencia médica predomina adecuadamente sobre la autonomía del paciente, sobre todo si este ha tomado decisiones irresponsables⁹².

A lo largo de la historia de la ética médica contemplamos como el médico ha entendido los principios de beneficencia y no maleficencia como base fundamental para el tratamiento paternalista de los pacientes, adoptando la postura de que revelar ciertos aspectos de la enfermedad y de su pronóstico, puede producir daño a sus pacientes y la ética médica le impide producir ese daño.

Actualmente hay una cierta controversia en este asunto.

Partiendo de la base de que, en la medida de lo posible, el médico no debe hacer daño, hay quien defiende que se puede hacer diciendo la verdad... y también mintiendo. Por ello defiende que el médico debe procurar hacer:

*“...el menor perjuicio posible, no sólo en el tratamiento con medicamentos, o con el bisturí, sino también en el tratamiento con las palabras”*⁹³

91 Opus cit., pág. 350.

92 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 258.

93 Opus cit., pág. 261.

Recomendando que, por el bien del paciente, cierta información debe ser retenida o comunicada sólo a la familia y que el respeto a los preceptos impuestos por el principio de autonomía es peligroso porque compromete el diagnóstico y es un riesgo para el bienestar del paciente⁹⁴.

Otros autores opinan que el paternalismo no está justificado porque viola los derechos individuales y restringe el libre albedrío, atentando contra el principio de autonomía. Argumentan que no puede ponerse en manos del estado o de un conjunto de personas (los médicos), la autoridad que reside en el individuo y que es este el que tiene el derecho a decidir cual es su concepción de lo bueno y que no debe imponérselo nadie⁹⁵.

Ambas concepciones tienen sus pros y sus contras y, en todo caso, se debe recurrir al análisis individualizado de los casos, porque lo que en uno es bueno puede no serlo en el siguiente.

2.1.1.1. Paternalismo fiduciario

Al acto de delegar en otro la autoridad, para que elija lo que más le conviene a uno, le llamamos paternalismo fiduciario. Existen dos formas: el explícito y el implícito.

El paternalismo fiduciario explícito es lo que se da cuando el paciente otorga al médico la autoridad para decidir lo que es más conveniente para el tratamiento de su enfermedad. Estamos acostumbrados a frases como *“Doctor, haga lo que crea más conveniente para mí”* o *“Doctor, ¿Qué haría Vd. Si estuviera en mi lugar?”* Desde ese momento, y si el médico acepta esa delegación, viene obligado a tomar decisiones en el ámbito técnico desde la óptica del principio de beneficencia⁹⁶.

Estamos reconociendo, pues, la relación asimétrica que se da entre el médico y el enfermo de la que muchas veces el primero no es consciente. Pero no sólo entre médico y enfermo, por falta de formación de este último, sino también entre médico actuante y médico con enfermedad, cuando se trata de especialidades distintas. También puede ocurrir en ambos casos por anonadamiento, ante la necesaria toma de decisión en caso de enfermedad grave. Esta innegable relación de asimetría, viene a poner en solfa algunos de los postulados que veremos en el principio de autonomía y a reforzar una posición de

94 Opus cit., pág. 262.

95 Opus cit., pág. 264.

96 ENGELHARDT, H. TRISTRAM, Los fundamentos de la bioética, pág. 352.

cierto paternalismo bien entendido. Con esto no quiero decir que ambos principios sean contrapuestos. Interpretados en su justo término son complementarios.

La otra forma de paternalismo fiduciario, el implícito, deriva de la presunción de delegación de autoridad y se basa en lo que una persona razonable elegiría en esa situación. En medicina pueden darse este tipo de situaciones denominadas paternalismo suave, presumiendo, incluso, que una persona lo solicitaría cuando existen dudas sobre su competencia o nivel de información.

Frente a esta forma de paternalismo suave, moralmente permisible, si las circunstancias y el caso así lo aconsejan, está la forma de paternalismo fuerte que es la que todos tenemos en mente cuando se habla de paternalismo. Consiste en hacer caso omiso de la decisión de un individuo competente, haciendo lo que creemos que es mejor para él según nuestro punto de vista profesional. Establece la prioridad del principio de beneficencia sobre el de autonomía, viola la libertad individual y es moralmente reprobable⁹⁷.

2.2. Principio de No Maleficencia

Significa no hacer daño.

Es, con el de beneficencia, el más antiguo de los principios éticos. En el Juramento de Hipócrates se menciona que el médico se abstendrá de hacer daño o injusticia a los pacientes y en el Corpus Hipocráticum al hacer referencia al tratamiento de la enfermedad se menciona como fundamento “*Ayudar y no dañar*”. La escuela romántica francesa, muchos siglos después, acuñará el término “*primun non nocere*”, como principal misión del médico⁹⁸.

Beauchamp y Childress⁹⁹ adjudican a la escuela romántica francesa la paternidad del principio de No Maleficencia, pero como ya queda dicho más arriba, su origen es más antiguo.

Lo que Muñoz Garrido¹⁰⁰ viene a decirnos, con la aseveración expresada en el primer párrafo, es que desde los albores de la medicina técnica hasta nuestros días los médicos han mantenido la idea de que hay que dar prioridad a no hacer daño, por encima,

97 Opus cit., págs. 354 y 357.

98 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 37.

99 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 179.

100 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 37.

incluso, del deber de hacer el bien. A primera vista parece una premisa verdadera, si tenemos en cuenta que los preceptos negativos son más fuertes que los positivos.

Este principio, pues, obliga a no hacer daño al enfermo, intencionadamente, ni por acción ni por omisión. Incluso aunque este nos lo pida.

En definitiva, ordena el respeto a la vida, la salud, la integridad física y la sumisión a la evolución natural de las personas, hasta en los casos en que estas den permiso para que esta evolución natural sea alterada.

Lo mismo que el principio de beneficencia no obliga siempre, el de no maleficencia es imperativo, obliga siempre¹⁰¹.

La mayor parte de las teorías éticas, tanto utilitaristas como no utilitaristas le aceptan e, incluso, algunos filósofos, como William Frankena, le incluyen en un solo principio junto al de beneficencia.

Las obligaciones que nos impone, son más rigurosas que las del de beneficencia y, en ciertos casos, prevalece el primero sobre el segundo, sobre todo en caso de conflicto entre uno y otro¹⁰².

El concepto de no maleficencia se explica utilizando las expresiones de daño o injuria en términos filosóficos, pero en medicina nos referimos al daño (dolor, incapacidad o, incluso, la muerte) que se puede causar a un enfermo al aplicar algún tipo de maniobra exploratoria o terapéutica.

Hay una serie de reglas morales que derivan de este principio (no matarás, no causarás dolor ni incapacidad, etc.) y un criterio que es el del cuidado debido, que obliga moralmente a proteger a los demás de los riesgos irracionales o de los que acaecen por descuido.

La realidad del principio de no maleficencia es bastante compleja, pues en él se incluyen las reglas sobre el no tratar (cuando y como), el análisis de los tratamientos extraordinarios frente a los ordinarios, las técnicas de mantenimiento frente a técnicas médicas, efectos intencionados frente a efectos previsibles (regla del doble efecto), tratamientos optativos y tratamientos obligatorios y los análisis sobre la calidad de vida¹⁰³.

Las dudas que puede plantearnos este principio están en la posibilidad de que, por cumplirlo, no pueda ser atacada la enfermedad.

101 GONZÁLEZ BARÓN, M. y OTROS, Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con Cáncer, págs. 1220 y 1221.

102 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 179.

103 Opus cit., pág. 183 y siguientes.

Al hacer una intervención quirúrgica se corren riesgos con la anestesia, se hace daño en el organismo al operar, hay riesgos de infección, de tromboembolismo, etc. Todos los fármacos tienen unos efectos secundarios que conllevan riesgos.

Poner el principio de no maleficencia como algo absoluto, acabaría con la medicina, por eso nos acogemos a la doctrina ética del doble efecto, enunciada por el jesuita español Tomás Sánchez, para introducir un cierto orden en la cantidad y proporción del daño/beneficio y así tener idea de lo ético de una decisión médica.

Pero este principio también establece que hay diferencias entre los comportamientos profesionales, por acción y por omisión, en los deberes del quehacer terapéutico y sirve, además, para quedar claro que nunca se puede hacer daño por negligencia, descuido, ignorancia o perversidad y que nunca se puede utilizar la medicina para torturar, matar al inocente o aplicar la pena capital a una persona¹⁰⁴.

Hay, por último, que entrar en el análisis del dilema ético que cada vez con más frecuencia se nos plantea por diferentes motivos, a los que no es ajeno el alargamiento de la edad de la población con el consiguiente incremento de las enfermedades degenerativas, cáncer incluido. Hablamos de un hecho del que, por acción u omisión, se deriva el final de una vida.

Matar implica causar una muerte, mientras que dejar morir incluye las acciones cuyo principal objetivo es evitar intencionadamente una intervención sobre la causa de una enfermedad de manera que esta, o las lesiones que produce, lleve al enfermo a la muerte. Hablamos de actitudes activas o pasivas que no ocurren por azar, que son actos intencionados.

Omitir un tratamiento, indicado y necesario, puede ser calificado de actitud pasiva, pero moralmente es igual de reprochable que el acto de matar¹⁰⁵.

2.2.1. Eutanasia

Etimológicamente procede de “*eu*” y “*tanatos*”: Buena muerte.

Conceptualmente reconoce dos significaciones contradictorias:

En la cultura grecorromana significó una muerte tranquila, sin dolor ni sufrimiento.

104 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 38.

105 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 209.

Paradigma de este concepto es la muerte del emperador Augusto, según refiere Suetonio en “*La vida de los doce cesares*” (libro II, pág. 284), que solía pedir para si y los suyos una “*euthanasia*” o muerte suave.

En contraposición conceptual está la postura de Platón, de dejar morir a los que no son sanos corporalmente y a los que se pasan la vida entre enfermedades y medicinas. Heredera de esta idea es la significación que en el Renacimiento defienden Francis Bacon en su “*Historia Vitae et Mortis*” y Tomás Moro en su “*Utopía*” que consiste en dejar morir a la persona enferma. Este concepto es el precedente directo del actual, reforzado por el rebrote que en 1920 supuso la publicación de la obra de Binding y Hoche en Alemania y que serviría de base filosófica para justificar las atrocidades llevadas a cabo en la época de dominio nazi¹⁰⁶.

Quiere decir esto que, la significación conceptual que expresa el término eutanasia, ha ido evolucionando gradualmente desde buena muerte a ser considerado, hoy, el acto médico que causa la muerte fácil y a ser considerado un asesinato más o menos piadoso.

Progresivamente se han ido haciendo definiciones clasificatorias de diversa consideración ética, moral, jurídica, etc. Algunas veces, estas clasificaciones han buscado borrar lindes con la utilización interesada de los términos¹⁰⁷.

Muñoz Garrido¹⁰⁸ propone como definición para eutanasia:

“Conducta propia o ajena, solicitada o ignorada, que origina la muerte de persona portadora de grave o incurable minusvalía, enfermedad o deterioro corporal, para terminar con el dolor insoportable o porque se estima que ello no hace posible la pervivencia en condiciones humanas”.

Gracia Guillen¹⁰⁹ es más parco y, desde luego, más directo al definirla como:

“Acción realizada en el cuerpo de otra persona, a petición explícita y reiterada de esta, con la intención directa de poner fin a su vida”.

106 MUÑOZ GARRIDO, R., “Eutanasia: Aspectos Legales”, *Sal Térrea. Revista de Teología Pastoral*, 2001, pág., 551.

107 GÓMEZ SANCHO, M., *Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad*, pág. 604.

108 Opus cit., pág. 551.

109 GRACIA GUILLEN, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, pág. 420.

El diccionario de la lengua española la define, en sentido estricto, como muerte sin sufrimiento físico provocada voluntariamente.

Descriptivamente es la ayuda a una persona con enfermedad irreversible, a petición de esta o, incluso, más allá de su propia voluntad y por medio de una acción positiva más que por omisión, que no solo le acorta, sino que le quita la vida de una forma directa.

Definida más concretamente sería la acción voluntaria, con o sin petición del enfermo, por la que se acelera o no se evita, pudiendo hacerlo, la muerte de este¹¹⁰.

2.2.1.1. Modalidades y revisión terminológica

Con frecuencia nos llegan expresiones que describen distintos tipos de eutanasia. Muchas de estas afirmaciones son, simplemente, fruto de la ignorancia pero, en otras ocasiones, son manifestadas desde el más estricto conocimiento de causa. Este intento de confusión terminológica suele ser inducida por ciertas tendencias ético-políticas con la intención de desacotar terrenos conceptuales y difuminar fronteras éticas. Se empieza por los términos con los que se determinan los conceptos y se acaba borrando los límites de los principios morales.

A la hora de establecer una clasificación de las modalidades de eutanasia, nos acogemos a la propuesta por Muñoz Garrido¹¹¹ que parte de la afirmación de que lo primero que hay que distinguir es entre eutanasia realizada por sí mismo y la realizada por un tercero; entre una eutanasia activa o positiva, directa o indirectamente y una eutanasia pasiva o negativa; entre eutanasia a petición del interesado y eutanasia en contra de su voluntad. Esquemáticamente:

1. Eutanasia a la propia vida. Se corresponde, en la terminología ética, con la eutanasia realizada por si y en si mismo.

2. Eutanasia a la vida ajena. Que en términos éticos se corresponde a la realizada por un tercero (médico, familiar, amigo). En esta distinguiremos:

2.1. Eutanasia solicitada. Correspondiéndose, en terminología ética, con la libremente elegida y que puede ser realizada de forma activa o positiva, directa e indirecta, y de forma negativa o pasiva.

110 MUÑOZ GARRIDO, R., "Aspecto jurídico-penal de la eutanasia", Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, 1986, pág. 195.

111 Opus cit., pág. 195.

2.2. Eutanasia ignorada. Que se corresponde, en la terminología ética, con la eutanasia coactiva que a su vez puede ser realizada de las formas citadas en la anterior modalidad.

También, siguiendo al mismo autor¹¹², proponemos que deben ser excluidas del entorno terminológico y conceptual de la eutanasia, por no ser conductas eutanásicas, las expresadas en los siguientes términos:

“EUTANASIA PURA”.- Es la asistencia médica que se propone el alivio del dolor sin acortamiento de la vida del paciente. Esta conducta constituye un necesario y obligado acto médico sin significación jurídico-penal cuando se realiza “lex artis”. Falta el elemento esencial, el acto de matar.

“EUTANASIA LARVADA”.- Estaría referida a aquella actividad encaminada a mitigar el alivio del dolor, con consentimiento del paciente, pero que puede tener efectos secundarios nocivos, incluso, el de acortar la vida del paciente.

Aquí, el problema surge cuando se excede el riesgo tolerable y se adoptan conductas que podríamos calificar de conducta temeraria o, en términos legales, de imprudencia grave. Es entonces cuando se deben valorar todas las variables: estado del enfermo, proximidad de la muerte y beneficio/riesgo del tratamiento.

Es un caso que se nos presenta muy a menudo en el enfermo terminal. De cualquier manera, en estos casos, la principal misión del médico, la practica médica correcta, es aliviar el sufrimiento y, por otra parte, no está demostrado que los opiáceos siempre y, en todos los casos, acorten la vida y sí que producen un mayor confort al mitigar el dolor y mejorar otros parámetros vitales.

En todo caso, no tiene nada que ver una actitud que, deliberadamente, trata de mejorar el estado del enfermo, aún a costa de posibles secundarismos, con otra que, también deliberadamente, busca acortar la vida de este.

“ORTOTANASIA”.- Referida a la praxis médica de “dejar morir en paz”, porque la prolongación de la vida del enfermo, abocado de una forma irreversible a la muerte, es irrazonable y desproporcionada.

No pertenece al ámbito de las conductas eutanásicas, sino que se acuña como contraposición de encarnizamiento terapéutico u obstinación terapéutica. Esto hace que si no se utiliza con rigor se confunda con conductas eutanásicas que se realizan por omisión.

112 MUÑOZ GARRIDO, R., “Eutanasia: Aspectos Legales”, Sal Térrea. Revista de Teología Pastoral, 2001, pág., 553.

No aplicar remedios terapéuticos que tenemos a nuestro alcance, o la suspensión de ciertos tratamientos, pueden constituir una conducta ética reprobable y hasta punible legalmente si esto se hace con intención deliberada, o por error, de acabar con la vida del enfermo, no debiendo ser confundido con la ortotanasia que es “el modo correcto de no someter al enfermo incurable y terminal a tratamientos médicos ya ineficaces”¹¹³.

Un ejemplo claro y cotidiano de ortotanasia es no continuar con la quimioterapia cuando sabemos que se ha vuelto ineficaz y que, además, está intoxicando al enfermo, ya de por sí deteriorado. No es ortotanasia, en cambio, retirar el oxígeno a ese enfermo, irremediablemente terminal, con insuficiencia respiratoria.

“EUTANASIA EUGÉNICO-ECONÓMICA”.- No tiene nada que ver con la eutanasia y consiste en acabar con las vidas que están desprovistas de valor vital por razones egoístas, eugenésicas o económicas. Un ejemplo claro es lo ocurrido en la Alemania nazi de preguerra.

Por todo lo expuesto, debe darse como buena la afirmación contenida en la Declaración de 1993 de la Comisión Central de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Médicos sobre el significado de “eutanasia pasiva”:

“No existe una eutanasia activa y una eutanasia pasiva. Sólo existe eutanasia, una conducta encaminada a matar, por acción o por omisión, a quien padece una enfermedad incurable o unos sufrimientos insoportables”¹¹⁴.

2.2.2. Encarnizamiento terapéutico

La distansia u obstinación terapéutica, también llamada ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, es la puesta en práctica o la continuación, si ya estaba establecido, de un tratamiento demostrado inútil en una determinada enfermedad.

Etimológicamente, distansia significa “mala muerte” y es un empeño obstinado por mantener la vida a toda costa, utilizando todos los medios a nuestro alcance, cuando no hay esperanza alguna de curación y aunque eso signifique provocarle al moribundo unos sufrimientos que se suman a los que por su propia enfermedad padece. Es igual de condenable que la eutanasia¹¹⁵.

113 Opus cit., pág. 554.

114 Opus cit., pág. 555.

115 GONZÁLEZ BARÓN, M. y OTROS, Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con Cáncer, pág. 1233.

Es uno de los riesgos de la aplicación indiscriminada de los recursos tecnológicos de los que hoy dispone el médico.

Sin tratar de justificar la actitud, que no es éticamente correcta, apuntamos como una de las causas el miedo del médico ante el sufrimiento y la inminencia de la muerte de su enfermo, en la que ve, de alguna manera, reflejada su propia muerte. Esta angustia se traduce en un activismo terapéutico que no tiene sentido por los pobres resultados que se esperan obtener en comparación con los medios empleados.

El médico debe ser consciente de que todo lo que podía hacerse se ha hecho y aceptar los límites de su poder.

No debe confundirse lo que es alargar la vida del enfermo, obligación de todo médico, con la prolongación de la agonía. Algunas veces, menos tratamiento equivale a mejor tratamiento. El argumento de que mientras hay vida, hay esperanza, puede resultar caro en recursos y en sufrimiento para el enfermo y su entorno cercano. Lo que Marañón llamó “tiranía de la técnica sublevada” va en contra de la dignidad humana porque todo ser humano tiene derecho a una muerte digna¹¹⁶.

La obstinación terapéutica es una actitud reprochable, desde el punto de vista ético, en cuanto que el médico tiene el deber de reconocer que su actuación tiene unos límites y que el abuso de los medios a su alcance va a suponer para el enfermo y sus familiares sufrimiento gratuito, humillación e indignidad.

También es reprochable desde el punto de vista científico, ya que supone un error de indicación terapéutica, por desconocimiento del pronóstico exacto de la enfermedad y la aplicación de tratamientos incapaces de cortar el inevitable curso de esta.

En España, la Comisión Central de Deontología Médica, en 1986, dejó las cosas bastante claras al manifestar que el médico dignifica la muerte cuando se abstiene de tratamientos dolorosos e injustificados y cuando los suspende porque ya no son útiles¹¹⁷.

¿Dónde está la línea de separación entre lo que es tratamiento correcto y encarnizamiento u obstinación terapéutica?

En la mayoría de los casos que se nos presentan, en la práctica clínica diaria, es fácil la respuesta. Pero los hay en que esta se hace difícil. Partimos del hecho de que la

116 GÓMEZ SANCHO, M., Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad, pág. 596

117 MUÑOZ GARRIDO, R., “Eutanasia: Aspectos Legales”, Sal Térrea. Revista de Teología Pastoral, 2001, pág., 560.

medicina no es una ciencia exacta y que, muchas veces, y sobre todo en situaciones límite, el médico no puede prever con precisión la respuesta al tratamiento.

Todas las clasificaciones y los protocolos al uso, establecen el término de “esperanza razonable” del éxito o del fracaso. Ahí está el problema. En establecer lo que es razonable y lo que no lo es¹¹⁸.

En estos casos, el término “razonable”, debe aplicarse según ciencia y conciencia y debe quedar anotado en la historia clínica. Si es posible, debe consultarse con los compañeros y con la Comisión de Ética de la institución, si la hubiere.

2.2.3. Medicina Paliativa

Como apartado final queremos hacer referencia a la medicina paliativa, tan en auge en los últimos años. Tiene un gran valor médico-asistencial en la atención del enfermo terminal, proporcionándole unos cuidados integrales (físicos, psicológicos, sociales y espirituales), conforme a su patología, cuando la expectativa médica ya no es la curación, encaminados a lograr el mayor confort posible con absoluto respeto a la dignidad del paciente y su familia.

El respeto a la vida, en que se basa toda nuestra civilización, no puede ser el único principio a tener en cuenta. También hay que sopesar el respeto a los derechos del enfermo, de los familiares y de los profesionales que atienden a este.

La práctica de la medicina paliativa, habitualmente, no significa encarnizamiento terapéutico ni tampoco supone el acortamiento de la vida por medio de alguna forma de eutanasia. Sencillamente sirve para ayudar y cuidar al enfermo al final de sus días respetando, por un lado, la vida de este, y por otro, su derecho a una muerte digna¹¹⁹.

Una forma de determinar la necesidad que la sociedad española tiene de legalizar la eutanasia, si es que la tiene, es la adopción de políticas legislativas y presupuestarias encaminadas a la dotación de equipos multidisciplinares y multiasistenciales, tanto hospitalarios como a domicilio, que además de cumplir con una labor de estricta justicia, podrán abordar las necesidades reales de legalización de la eutanasia.

118 GÓMEZ SANCHO, M., Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad, pág. 601.

119 MUÑOZ GARRIDO, R., “Eutanasia: Aspectos Legales”, Sal Térrea. Revista de Teología Pastoral, 2001, pág., 599.

La ya mencionada declaración de la Comisión Central de Deontología Médica de 1986 proclama que:

“...la asistencia médica al moribundo es uno de los más importantes y nobles deberes profesionales... [y que] el médico está obligado a desempeñar su genuina función de ayudar y atender al morir de sus pacientes por medio de un tratamiento competente del dolor y de la angustia. Ha de empeñarse en procurar el mayor bienestar material; ha de favorecer, según las circunstancias, la asistencia espiritual y el consuelo humano al individuo”¹²⁰.

2.3. Principio de Justicia

Significa dar a cada uno lo suyo desde el reconocimiento de la dignidad humana.

Determina que todos los hombres tienen igual dignidad y, por tanto, deben ser tratados con el mismo respeto sin permitir ningún tipo de discriminación por razones de raza, sexo, edad, condición económica, social, etc. También exige la distribución equitativa de los recursos sanitarios, por lo que ya no sólo afecta al médico y a los derechos del enfermo, sino que también afectaría a terceros¹²¹.

Luego, desde este principio, debe quedar claro que para el médico tiene que existir solamente el hombre enfermo, al que hay que curar, y el sano, en quien hay que prevenir la enfermedad, sin otras distinciones que las prioridades que la gravedad y las circunstancias que se dan en la atención, aconsejen.

Tiene, además, que ver este principio con la necesidad de compartir, entre todos, cargas y ventajas¹²².

Los filósofos explican la justicia como estrato equitativo en función de lo que se debe a las personas o es propiedad de ellas y lo hacen desde el manejo de los conceptos de merecimiento, equidad y titularidad, entendiendo que la situación de justicia se presenta siempre que éstas son acreedoras de cargas o beneficios a causa de sus cualidades y circunstancias particulares.

120 Opus cit., pág., 561.

121 GONZÁLEZ BARÓN, M. y OTROS, Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con Cáncer, pág. 1220.

122 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 38.

Si nos referimos al concepto de justicia distributiva, hemos de hablar de la distribución igual, equitativa y apropiada, regida por unas normas que estructuren los términos de la cooperación social. Su ámbito incluye las políticas de reparto de beneficios y cargas, como son la propiedad, los recursos, impuestos, privilegios y oportunidades.

Cuando hablamos del principio de justicia, en ética médica, nos estamos refiriendo, sobre todo, a la justicia distributiva, en cuanto asignadora de recursos y reguladora de estos para la atención médica y la investigación de una forma moral¹²³.

El valor intrínseco del ser humano y el derecho a ser considerado persona en términos actuales, lleva a considerar que desde este principio los gobiernos de las naciones vienen obligados a proporcionar el acceso igualitario a los servicios de salud y la distribución equitativa de los recursos económicos¹²⁴.

Como principio está muy bien, pero plantea la cuestión de la finitud de los presupuestos. De que los recursos son limitados y, la mayoría de las veces, escasos y hay que establecer prioridades que no siempre son fáciles.

Otra cuestión que suscita es la de los salarios, siempre cortos. Esta profesión está mal pagada. Es particularmente flagrante en el sistema público, donde se han establecido variables remunerativas injustas, que no persiguen incentivar la cantidad y calidad del trabajo realizado, sino fidelidad a directrices políticas y presupuestarias que distan mucho de una moral aceptable.

Hablábamos más arriba de la justicia distributiva como elemento fundamental del principio de justicia, en cuanto este tiene que ver con la equidad en la distribución de beneficios, con dar lo que es merecido, a lo que se tiene derecho, y con el justo reparto de las cargas. Una forma de concebir este principio está en la afirmación de que *“los iguales deben ser tratados con igualdad”*. Pero esto es un concepto muy genérico y muy relativo, pues habría que empezar por definir quien es igual y explicar bajo que criterios la gente debe ser tratada con igualdad.

Los criterios de distribución basados en la experiencia, edad, necesidad, competencia, mérito y posición social, parece ser que constituyen justificaciones de diferencia en el trato.

123 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 312.

124 ARANA, F. y MADERO, JOSÉ I., <http://encolombia.com/medicina/ginecologia/obstetricia52301rev-bioetica.htm>.

Para los autores del Informe Belmont¹²⁵, existen varias formulaciones ampliamente aceptadas para la justa distribución de cargas y beneficios mencionando cada una de ellas una cualidad importante para acometer la tarea. Estas formulaciones son: a cada persona una parte igual, a cada persona una parte según su necesidad individual, a cada persona según su propio esfuerzo, a cada persona según su contribución a la sociedad y a cada persona según su mérito.

Se han propuesto varias teorías para determinar como deben asignarse las cargas, bienes y servicios sociales, incluyendo la asistencia sanitaria. Las teorías más aceptadas son las utilitaristas, las liberales, las comunitaristas y las igualitaristas. Difieren entre sí en las formas de justificación y en el criterio material que cada una destaca. Ninguna de ellas es esencial y determinante para la reflexión constructiva sobre la política sanitaria y sus limitaciones son evidentes. Esto hace que exista una considerable controversia en cuanto a las bases teóricas de la justicia distributiva. No existe un consenso social sobre estas teorías por lo que es habitual contemplar cambios en la aplicación de los distintos modelos en función de las políticas de turno.

Tal vez la aplicación del principio de justicia se debería hacer reconociendo el derecho a un mínimo decente de atención sanitaria, dentro de un marco de distribución que incorpore, de forma coherente, normas utilitaristas e igualitaristas que tiendan a contrarrestar la falta de oportunidades causadas por loterías sociales y naturales y desde el compromiso con procedimientos eficaces y justos en la distribución de los recursos sanitarios¹²⁶.

2.4. Principio de Autonomía

Etimológicamente, autonomía viene del griego “*autos*”, propio, y “*nomos*”, regla, autoridad o ley. Se utiliza, por primera vez, para referirse al gobierno de las ciudades-estado helénicas. Con el paso del tiempo el concepto ha evolucionado, dejando de ser unívoco, para asumir significados muy amplios que recogen, desde el autogobierno de los territorios, a la elección del propio comportamiento individual.

125 NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. DHEW Publication No (OS) 78-0012, pág. 5.

126 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 319 y sig.

Por tanto, en la actualidad, es un concepto constituido por varias ideas y sobre el que no hay mucho acuerdo sobre su naturaleza y su poder, ni tampoco sobre los derechos que otorga.

En medicina lo utilizamos, fundamentalmente, para identificar que es lo que protegen las reglas del consentimiento informado, la negativa informada a una determinada actitud terapéutica y la confidencialidad¹²⁷.

La incorporación del término, a nuestra profesión, es reciente y se lo debemos a la bioética norteamericana y, concretamente, al informe Belmont.

Sin embargo, el primer caso de que se tiene noticia en el que se considere que el enfermo tiene autonomía para tomar decisiones que afectan a su salud, ocurrió en Inglaterra en 1767. Se trata del caso de Slater contra Baker y Stapleton, en que un tribunal condena a dos médicos por romper un callo de fractura mal consolidada y colocar un aparato ortopédico en la pierna, sin haber obtenido previamente el permiso del enfermo. Pero el primer aldabonazo fuerte, en defensa de la autonomía del enfermo, lo dio el Juez Benjamín Cardozo en Nueva York, en 1914, en su sentencia del caso Scholendorf contra la Sociedad del Hospital de Nueva York, en que se extirpó un fibroma del abdomen, en el curso de una laparotomía exploratoria, en la que la enferma sólo había consentido en la exploración pero a la que nadie había hablado de una extirpación. Esta mujer, en el postoperatorio, sufrió una gangrena en el brazo izquierdo que derivó en la amputación de varios dedos de la mano.

La sentencia dice:

“Todo ser humano adulto y con plenas facultades mentales tiene derecho a determinar lo que va a hacer con su propio cuerpo, y un cirujano que realice una operación sin el consentimiento de su paciente comete una agresión a la persona, siendo responsable de los daños que origine”¹²⁸.

Autonomía viene a significar tener la capacidad de ser y actuar como persona, pensar, decidir y actuar con libertad, sin coacción, con independencia, libres de violencia.

En medicina, se refiere a la capacidad de autogobernarse, establecer un área de

127 Opus cit., pág. 113.

128 GONZÁLEZ MORO PRATS, L., <http://www.murciapediatrica.com>.

intimidad inviolable en la que nadie, ni siquiera el médico, puede entrar sin permiso. Capacidad de elegir por uno mismo entre una cosa y otra, entre una opción terapéutica, otra o, incluso, ninguna.

Es la más alta expresión del principio de respeto a las personas que incluye, en sí mismo, dos prerequisites morales: el respeto a la autonomía de estas y la determinación de proteger a aquellas cuya autonomía está, por las razones que fuere, disminuida.

La capacidad de las personas de deliberar sobre los proyectos personales y obrar siguiendo esta deliberación es lo que llamamos autonomía. Respetarlo es un principio moral que nos obliga a estimar como buenas las consideraciones y opciones del individuo, absteniéndonos de poner obstáculos a sus acciones a no ser que estas sean claramente perjudiciales para los demás.

Mostrar falta de respeto hacia alguien a quien consideramos capacitado para ejercer su autonomía es repudiar sus criterios, negarle la libertad de obrar conforme a estos. Pero también se viola el principio privando al individuo de la información necesaria para formar ese criterio.

La capacidad de decidir autónomamente se va adquiriendo con el transcurrir de la vida, va madurando. Pero no debemos olvidar que algunas personas, por senectud, enfermedad, disminución mental o cualquier otra circunstancia, ven disminuida su capacidad de autodeterminación, parcial o totalmente, requiriendo distintos grados de protección. El juicio con el que se decide si un individuo carece de autonomía debería ser reevaluado periódicamente en función de las circunstancias personales de este¹²⁹.

Volviendo a la determinación conceptual que nos ocupa, debemos significar que este principio supone autonomía de pensamiento, de voluntad y de acción, viniendo a definir el principal atributo del sujeto moral que es la libertad, pues sin autonomía no hay libertad, sin esta no hay mérito moral y no cabe responsabilidad¹³⁰.

El médico tiene la obligación de ser respetuoso con la autonomía del paciente, ofreciendo la información necesaria en un lenguaje comprensible para el paciente hasta donde sea posible. Respetar ésta implica informar, asegurar la comprensión y la voluntariedad y defender la toma de decisiones por parte del paciente como fin en sí mismo y no como medio para conseguir nuestros fines.

129 NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. DHEW Publication No (OS) 78-0012, págs. 3 y 4.

130 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 35.

Pero esto no siempre es fácil y, a veces, incluso, no es posible.

El respeto a este principio no incluye a las personas que por inmadurez, incapacidad, ignorancia u otras razones, no tengan la capacidad de actuar de forma autónoma¹³¹.

Por eso, autonomía también incluye racionalidad y conocimiento. Al igual que no puede decidir un enfermo con las características descritas en el párrafo anterior, tampoco puede hacerlo el que carece de una formación y unos conocimientos básicos. Estamos, pues, de nuevo, en la relación asimétrica médico-paciente.

Todas estas cosas nos llevan a considerar que, en el respeto a este principio, es donde el esfuerzo del médico debe alcanzar unas cotas de gran altura para que el enfermo pueda ejercer este derecho desde un mínimo conocimiento y así poder desplegar su libertad de elegir.

Pero tampoco hay que perder la perspectiva de que este principio es de doble vía, porque lo mismo que el médico debe respetar la autonomía del enfermo, este debe saber que no puede imponer su voluntad a aquel, que también es agente moral y, por tanto, tiene su autonomía¹³².

Si aceptamos, entonces, este principio como la capacidad de decidir por si mismo, incluyendo como condicionantes la comprensión, el razonamiento y la reflexión para poder proceder a una elección independiente y somos conscientes de que en la realidad cotidiana tropezaremos con pacientes que, aún con todos esos atributos, en determinadas circunstancias no son capaces de tomar decisiones, bien sea por limitaciones temporales (enfermedad, depresión, anonadamiento, etc.), por ignorancia o por cualquier otra razón, concluiremos con que el ejercicio del derecho a la autonomía de los pacientes es, en algunos casos, pura utopía.

Si nos paramos a considerar lo que ocurre en el quehacer diario de nuestra consulta o del hospital, nos damos cuenta de que pocas de las decisiones de nuestros pacientes, son autónomas¹³³.

Terminamos diciendo que las exigencias específicas del principio de autonomía no están bien delimitadas, de forma que puede someterse a interpretación, con el riesgo de que si no le consideramos dentro de un sistema de principios, corremos el peligro de magnificarle.

131 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 118.

132 MUÑOZ GARRIDO, R., Clases de Ética Médica, pág. 36.

133 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, págs. 114 y 116.

Son muchas las situaciones en las que el peso de la autonomía es mínimo y el de beneficencia o no maleficencia máximo. Cuanto más aguda es la enfermedad y más eficaz el tratamiento, menos interviene el primero y más el de beneficencia. Por el contrario, cuanto más crónica e insidiosa es la enfermedad y menos eficaz el tratamiento, más se reclama el principio de autonomía¹³⁴.

Igualmente, al adoptar medidas públicas en la asistencia sanitaria, podemos encontrarnos con que la necesidad de respetar el principio de justicia sea superior a la obligación de respetar el de autonomía¹³⁵.

2.4.1. Consecuencias del Principio de Autonomía

Parece que hay consenso en que la primera y principal consecuencia de este principio es el Consentimiento Informado, en cuanto autorización que hace el enfermo, desde el conocimiento y la libertad individual, para que se realicen en él maniobras exploratorias, terapéuticas o de investigación. Por su importancia le dedicaremos más atención en el próximo capítulo.

Pero, como no podía ser menos, esto también tiene sus excepciones que, sin perjuicio de también ser atendidas posteriormente, vamos a mencionar.

Y anotamos como excepcionalidad importante, de esta primera consecuencia, el privilegio terapéutico. Esta decisión terapéutica, que el médico puede tomar en ciertas situaciones, solo debe ser contemplada y admitida como moralmente buena, cuando se trata de un estado de emergencia o urgencia vital en las que el retraso, por esperar al consentimiento para aplicar el tratamiento, suponga un riesgo para la vida o la integridad física o mental del enfermo. Excepcionalmente, está también autorizado, cuando razonablemente se presume que la revelación de la información al enfermo le produciría una alarma tan grave que puede constituir práctica médica perniciosa. Pero debe extremarse la precaución, pues la necesidad de ocultar la información al paciente por considerarla perjudicial para él, es un asunto muy delicado que puede suponer una usurpación de su autonomía.

Esta situación de necesidad terapéutica debe entenderse como una excepcionalidad.

134 GONZÁLEZ BARÓN, M. y OTROS. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del enfermo con Cáncer, pág. 1220.

135 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 172.

Y como tal deberá razonarse en la historia clínica y, si es posible, compartir la decisión con otros profesionales o con el comité de ética del centro si lo hubiera.

Un pronóstico fatal no debe ser un argumento, la mayoría de las veces, para hurtar información, sino una buena razón para darla lo más completa posible. El velar la información o la mentira piadosa, no son siempre éticamente defendibles. Mejor es optar, en la relación clínica, por la forma piadosa de decir la verdad¹³⁶.

Ocurre otro tanto con la utilización de placebos que con las mentiras piadosas. Estas actitudes sólo están legitimadas moralmente en casos excepcionales y de emergencia. Ante la falta de analgésicos, no es inmoral comenzar a pasarle un suero al enfermo torturado por el dolor con la aseveración de que este va a disminuir en cuanto comience el líquido a discurrir por su cuerpo. Todos, en alguna ocasión, junto al lecho del moribundo hemos tratado de aliviar su angustia con una mentira piadosa. No es inmoral hacerlo en estas circunstancias¹³⁷.

Pero es posible que los árboles no nos estén dejando ver el bosque y que la gran consecuencia del principio de autonomía no sea el consentimiento informado y lo que de él se deriva. Nos fijamos y, a veces, hasta defendemos el principio de autonomía en cuanto que supone el reconocimiento de la capacidad de decidir del enfermo. Pero este principio va más allá y sus consecuencias todavía no las vemos en su totalidad.

El reconocimiento del principio de autonomía ha supuesto que ya no es el profesional y la propia medicina quienes definen lo que es una necesidad de salud, como había ocurrido durante siglos. Por primera vez en la historia, son los usuarios los que deciden sobre este asunto y acuden al correspondiente sistema sanitario a que se lo solucionen, cosa que no siempre ocurre, generando la correspondiente frustración en estos y el consiguiente descontento en el médico¹³⁸.

Se ha identificado el consentimiento informado con el principio de autonomía. Nada más erróneo. El consentimiento informado es una mera consecuencia. Lo más importante del principio de autonomía es el cambio histórico en la toma de decisiones. Y no sólo en la decisión de hacer, o no, una prueba diagnóstica o acometer un planteamiento terapéutico. Lo importante es que ha cambiado la toma de decisiones en cuanto a la fijación de lo que es salud y de lo que es enfermedad, de lo que es una necesidad sanitaria. Ha pasado, esta decisión, del médico al usuario.

136 FARRERAS VALENTI, P. y ROZMAN, C., Medicina Interna, Vol I, pág. 62.

137 ENGELHARDT, H. TRISTRAM, Los fundamentos de la bioética, pág. 347.

138 GRACIA, D., Como arqueros al blanco. Estudios de bioética, pág. 83.

Por tanto, al final, lo que también establece el principio de autonomía es la aceptación de que el paciente es autónomo para decidir que es y que no es una necesidad sanitaria.

Otra de las cosas que singulariza este principio es que no determina un deber, sino que expresa un derecho. Al revés que los otros, que expresan obligaciones, y, por tanto imponen deberes en el sentido Kantiano, la autonomía reconoce el derecho a elegir y sobre todo a decidir por parte del usuario del sistema, sobre lo que es una necesidad sanitaria. Esto le da una nueva dimensión a la ética médica¹³⁹.

Es posible que esta cuestión, al menos en el sistema sanitario público español, sea la gran consecuencia del principio de autonomía. Ya no es el médico quien establece las necesidades de salud. Es el usuario que se siente, o cree sentirse enfermo, y que considera que es el centro del mundo, que lo único importante es él, que es sujeto activo de todos los derechos y por tanto está en condiciones de exigir todo aquello que él cree que es necesario para el remedio de sus males, supuestos o reales y que se le deben prestar inmediatamente. Si añadimos la gratuidad del servicio que se presta, obtenemos como resultado el paisaje que se contempla en las salas de espera de los Centros de Salud, Hospitales y Servicios de Urgencias. Con el agravante de que la propia gratuidad hace que no se de valor al trabajo realizado por los profesionales, ni al costo económico que este, las pruebas auxiliares para el diagnóstico y la terapéutica aplicada, suponen.

Pero lo peor no está en la sala de espera. Lo peor está dentro. Y dentro hay un médico científicamente muy preparado, pero desbordado por la presión asistencial y frustrado por la poca valoración que se le asigna a su trabajo, tanto moral como económicamente y al que sí que se le va a exigir que de cuenta del gasto realizado por parte de la Administración. Esto es así y otra cosa sería hacer negación de la realidad.

2.4.2. El Principio de Autonomía en Europa y en España

Hemos visto como en Norteamérica la sentencia del Juez Cardozo, citada más arriba, significa el pistoletazo de salida para la puesta en práctica, aunque sea desde el punto de vista de la jurisprudencia, del derecho que le asiste al paciente de decidir por sí mismo sobre que es lo que quiere hacer con su cuerpo y su salud.

139 Opus cit., pág. 84.

Posteriormente, la consolidación del principio de autonomía en la legislación norteamericana se vería ayudada por dos principios básicos:

El primero de ellos, es el derecho a la intimidad (privacy), que comprende el derecho a la confidencialidad y a la inviolabilidad, delimitando un espacio personal en el que el sujeto es libre de tomar sus decisiones y en el que nadie puede entrar sin el consentimiento del mismo. Está reconocido en las enmiendas primera, cuarta y quinta de la Constitución y en la Ley de Agravios (Tort Law)

El segundo, es el de la relación contractual, que impone al médico la obligación de informar al enfermo de todos los aspectos relacionados con su enfermedad y con el tratamiento.

Como ejemplo de las consecuencias que en el ejercicio médico americano van a traer estas cosas, decir que, en 1973, la American Hospital Association publica una Bill of Rights en la que se definen los derechos fundamentales del paciente hospitalizado: Derecho a una atención cuidadosa y respetuosa, recibir información que pueda entender sobre su proceso, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de este. También tiene derecho, entre otras cosas, a que se respete su esfera privada y al tratamiento confidencial de todo lo que afecte a su salud. Introduce el concepto del consentimiento informado y la capacidad de decidir sobre la asunción de un tratamiento, pudiendo rechazarle si es legalmente lícito¹⁴⁰.

El inicio y posterior establecimiento en Europa se retrasó. Tras los juicios de Nuremberg y el Código que les siguió y, vistas las atrocidades que se habían cometido en los campos de concentración, algunas naciones comenzaron a tomar conciencia del asunto y a trasladarla a sus ordenamientos jurídicos. Así, en la Constitución Italiana de 1947 leemos:

*“Nadie puede ser obligado a un determinado tratamiento sanitario si no es por disposición de la ley. La ley no puede en ningún caso violar los límites impuestos por el respeto a la persona humana”*¹⁴¹.

Las cosas en Europa, a partir de aquí, siguieron evolucionando y culminarían, por ahora, el 4 de Abril de 1997 con la firma, en Oviedo, del Convenio relativo a los Derechos

140 SHOTT, H. y OTROS, Crónica de la Medicina, pág. 550.

141 GONZALEZ MORO PRATS, L., <http://www.murciapediatrica.com>.

Humanos y la Biomedicina. Parte del principio de que el interés y el bienestar del ser humano deberán estar por encima del interés exclusivo de la sociedad y de la ciencia. En su artículo 5 clarifica el principio de autonomía al decir que:

“Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento”¹⁴².

En España, comienza a atisbarse en la década de los setenta, pero esto no quita para que muchos médicos, aún hoy, sobre todo los de edad avanzada, sigan guiando su actuación por el principio de beneficencia, es decir, paternalismo médico.

La primera vez que aparece en una norma legal española es en el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por Orden del 7 de Julio de 1972. En esta norma se recoge que los enfermos tienen derecho a autorizar, bien directamente o a través de sus familiares más allegados, las intervenciones quirúrgicas o actuaciones terapéuticas que impliquen riesgo notorio previsible, así como a ser advertidos de su estado de gravedad (Art. 148.4)¹⁴³.

Con el establecimiento del régimen democrático, en lo que compete al mundo de la medicina, también se producen cambios:

Así, la Constitución de 1978, recoge que el derecho a la autodeterminación tiene su fundamento en la libertad y la dignidad de la persona humana. Queda reflejado en los artículos 1, 9.2, 10.1, 10.2, 15, 17 y 43.

La Carta de los derechos y deberes del paciente, de 1984 y la Ley General de Sanidad de 1986, van a abundar sobre este tema.

El 4 de Abril de 1997, como ya ha quedado dicho, se firma en Oviedo el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. Entraría en vigor el 1 de Enero de 2000. Como ya he expresado, antepone el interés y el bienestar del individuo al de la sociedad y al de la ciencia.

Pero es la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y deberes en materia de información y documentación clínica, la que

142 Opus cit.

143 Opus cit.

anulando, por un lado y, completando por otro, la legislación anterior (fundamentalmente la Ley General de Sanidad), pone orden en los preceptos legales referidos al asunto en cuestión. Es una ley básica y por tanto afecta a todo el territorio nacional, marcando unos mínimos a partir de los cuales las Autonomías pueden legislar.

Afirma que el respeto a la dignidad humana, a la autonomía de su voluntad y a su intimidad, orientará toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica. También dispone que toda actuación sanitaria requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes y usuarios. Reafirma el principio de autonomía, al añadir que todo paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles y que tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados por la ley. Los facultativos y demás personal interviniente, vienen obligados a respetar la decisión del paciente. Da a este el derecho a elegir médico y hospital en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes. Por último, al regular las instrucciones previas, da el derecho al paciente a decidir libremente para los supuestos de que no esté en condiciones de hacerlo¹⁴⁴.

144 Opus cit.

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al hablar del principio de autonomía hemos hablado, sucintamente, de una de sus consecuencias, la que por ahora se considera la más importante: el consentimiento libre e informado. Indudablemente, la importancia del derecho del enfermo a decidir libremente lo que quiere que se haga con su salud y con su cuerpo y el deber que este derecho genera en el médico, dota a este elemento de un valor ético indiscutible. Pero, no es menos cierto que su reciente incorporación al arsenal ético también ayuda a otorgarle importancia.

Como ya hemos repetido en varias ocasiones, el consentimiento informado, es una consecuencia del principio de autonomía, pero no debemos confundirlo con el fundamento ético de este, que está en la articulación correcta de los cuatro principios en el marco de las relaciones clínicas.

La introducción de la autonomía moral de las personas, en la toma de decisiones clínicas, ha significado que el tradicional paternalismo benéfico haya pasado a un segundo plano. Pero esto no significa que las decisiones las tome el paciente y que este sea sujeto de todos los derechos, frente a un médico que se convierte en mero ejecutor de los deseos de aquel. Ni siquiera es así desde el punto de vista del enfermo, ya que este, normalmente, espera de su médico la ayuda, recomendación, explicación y orientación necesarias para tomar una decisión.

El médico debe trabajar desde un modelo ético que integre los cuatro principios en diferentes planos. Así desde un primer plano determinado por los principios de no maleficencia y justicia se establecerán los límites de lo que puede y no puede decidirse, enmarcado por la beneficencia y la autonomía del paciente. Es decir, que lo que debe hacerse...

“...será el resultado de la ponderación prudente de las obligaciones derivadas del respeto a la autonomía y a la beneficencia, en un marco preestablecido por la no maleficencia y la justicia”¹⁴⁵.

145 SIMÓN, P., “Diez mitos en torno al consentimiento informado”, Anuario del Sistema sanitario Navarro, N° 29, Suplemento 3, págs. 33-35.

La raíz del consentimiento informado tenemos que buscarla en los cambios de mentalidad que se producen, en el cuerpo social de las naciones, a finales del siglo XIX y comienzos del XX. Estas mutaciones, van a hacer que varíe de manera sustancial la forma de ver las cosas y, por tanto, el comportamiento individual y colectivo derivado de esa nueva visión, implicando, a su vez, un cambio conceptual en la valoración moral de los actos.

Las ideas liberales de los pueblos democráticos fueron las responsables de comenzar a sacudirse la relación médico-paciente basada en la ética clásica del paternalismo hipocrático. La sociedad americana, que fue la primera, recurrió a los instrumentos que tenía en su mano: la defensa de los derechos individuales ante la justicia.

Así, la ya referida sentencia del Juez Benjamín Cardozo, en 1914, en el caso Scholendorf, marca un hito como primer y principal argumento ético-jurídico de lo que luego, con el paso de los años, vendrá a ser el consentimiento informado¹⁴⁶.

Como tal término va a aparecer, por primera vez, en una sentencia judicial en California, en 1957. Se trata del caso Salgo contra Leland Stanford Jr. University Board Trustees. Un enfermo con arteriosclerosis al que al practicarle una aortografía translumbar, sin su consentimiento, se quedó con una parálisis permanente. En la sentencia se lee:

“...un médico viola su obligación hacia sus pacientes, y es por tanto responsable, si retiene cualquier hecho que se considere necesario para que el paciente realice un consentimiento adecuado al tratamiento que se propone”.

Otras sentencias posteriores ratificaron este término de consentimiento informado¹⁴⁷.

Hemos de reconocer que la profesión médica no supo detectar a tiempo que las cosas estaban cambiando y adaptar su paradigma a la nueva situación, lo que ha hecho que parezca que el consentimiento informado es un invento de abogados, jueces y legisladores y, por tanto, ajeno a los deberes morales de los médicos.

Fruto de la evolución social, cultural y política de los pueblos, los súbditos se convierten en ciudadanos libres poseedores de derechos y libertades, que ya no consienten en verse tratados por el “buen padre” como hijos pequeños, ignorantes, indefensos

146 GRACIA, D. y JÚDEZ, J., *Ética en la práctica clínica*, pág. 38.

147 GONZÁLEZ MORO PRATS, L. <http://www.murciapediatrica.com>.

e incapaces. Se sacuden el esquema de la concepción vertical de la relación, en la que una parte detenta todo el poder y la otra obedece pasivamente, basado en la supuesta superioridad del conocimiento de la primera.

A la relación médico-paciente, estas ideas no se incorporan hasta mediados del siglo pasado, sin duda ninguna, por la vulnerabilidad del enfermo y su dependencia del saber médico en algo tan delicado como la salud y la vida. Cuando lo hicieron, los pacientes reclamaron el replanteamiento del paternalismo en las relaciones clínicas por no corresponderse con el desarrollo moral de la sociedad.

El mundo de la medicina tardó en darse cuenta de que el paradigma clásico se había agotado y tenía que ser sustituido por otro que asumiera los nuevos planteamientos que la sociedad exige. No supo hacerlo y estos han tenido que ser impuestos, muchas veces, a base de sentencias judiciales¹⁴⁸.

A raíz de lo que sucedió en Nuremberg, en cuanto al conocimiento de los experimentos humanos llevados a cabo en los campos de concentración nazis, el consentimiento para una intervención o una experimentación médica fue una de las preocupaciones de la ética médica.

Después de lo visto en el proceso contra los jefes nazis, sale a la luz el conocido como Código de Nuremberg. Por primera vez, se establece la necesidad del consentimiento libre e informado por parte de los sujetos que voluntariamente van a someterse a una investigación médico-científica. A partir de ahí, con los grandes avances tecnológicos y científicos que se producen y los movimientos reivindicativos de los derechos civiles de los ciudadanos, los médicos comienzan a darse cuenta que las cosas han entrado en una dinámica en la que no se puede seguir manteniendo una actitud paternalista frente al enfermo¹⁴⁹.

El mundo anglosajón iría por delante. Así en EE. UU., en Junio de 1970, la *National Welfare Rights Organization*, hace una declaración con 26 propuestas en las que enuncia los derechos del paciente. Algunas de esas propuestas fueron asumidas por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales. Esto fomentó un amplio debate del que sale un proyecto que, en Junio de 1973, una comisión del Departamento de Salud y Bienestar de los EEUU recomienda sea adoptado por los centros hospitalarios. En esta declaración se

148 SIMÓN, P., "Diez mitos en torno al consentimiento informado", Anuario del Sistema sanitario Navarro, Nº 29, Suplemento 3, pág. 30

149 GRACIA, D. y JÚDEZ, J. Ética en la práctica clínica, pág. 38.

otorga al paciente el derecho de obtener de su médico una completa información sobre su estado de salud, pronóstico y tratamiento para poder dar su consentimiento antes de iniciar cualquier procedimiento terapéutico¹⁵⁰.

Diez años más tarde, el Congreso de los Estados Unidos designó una Comisión Presidencial para que continuara los trabajos que dos años antes había adelantado la Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos en la investigación biomédica. Es lo que conocemos como Informe Belmont, que deja establecido que la autodeterminación (principio de autonomía) y el bienestar (principio de beneficencia) de la persona son los principios éticos que deben presidir la actuación del médico y de todos aquellos que se dediquen a la atención médica y la investigación en los sujetos humanos¹⁵¹.

Hoy día, casi todos los códigos éticos de medicina e investigación y las normas institucionales, establecen la obligatoriedad de la obtención del consentimiento informado antes de actuar sobre un paciente y existen una serie de protocolos, al respecto, en todas las instituciones sanitarias y de investigación¹⁵².

Conceptualmente se le puede abordar de dos formas:

La primera, parte de la elección autónoma del paciente y podemos definirlo como una autorización para una determinada intervención o para participar en un proyecto de investigación. Según esto, el sujeto debe aceptar una propuesta y dar su autorización una vez recibida la información. Está limitado a ese asunto concreto y se le puede interpretar como una toma de decisiones conjunta en la que el principio de autonomía del paciente queda rigurosamente salvaguardado.

La segunda, no está relacionada con la autonomía del paciente sino con las reglas sociales de consentimiento y en este caso el consentimiento informado sería, simplemente, lo que según las leyes en vigor, constituye una autorización institucional o legalmente efectiva. Es obvio que no tiene nada que ver con los rigurosos criterios en los que se basa el modelo anterior que emana del respeto a la autonomía del paciente.

En este caso los tribunales de justicia, sólo obligan al médico y a la institución a advertir de los riesgos al sujeto sobre el que se actúa¹⁵³.

150 SÁNCHEZ TORRES, F., Temas de Ética Médica, pág. 14.

151 Opus cit. pág. 14.

152 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 134.

153 Opus cit., pág. 135 y 136.

En todo caso, en la primera acepción conceptual, el consentimiento informado ha sufrido en el último cuarto del siglo XX una evolución importante, pues, si bien al principio, la preocupación del médico o del investigador, era exponer al sujeto la información, en la actualidad esta encaminada a asegurarse la calidad de la comprensión y el alcance del consentimiento.

Así mismo, han evolucionado las posturas sobre la función y la justificación de la necesidad de obtenerlo. De considerarle un método para disminuir el perjuicio potencial a los sujetos, se ha pasado a un concepto menos definido que es la protección de la elección autónoma y libre del paciente¹⁵⁴.

De cualquier manera, el consentimiento libre e informado, debe ser considerado el final de un proceso de información y comunicación entre el médico y el paciente y es bueno por sus valores intrínsecos, pero también por los extrínsecos en cuanto de entendimiento entre individuos tiene, dado que no existe una visión autoritativa de la vida buena ni de las metas y resultados finales concretos de la medicina.

En el estado actual de la medicina, en la que el médico y el paciente son cada vez más extraños el uno al otro, cobra especial importancia el desarrollo de normas que rijan el consentimiento y que este abarque lo más específicamente posible todos los aspectos de la exploración, el tratamiento o la investigación¹⁵⁵.

Y esas normas, en la relación médico-enfermo actual, abandonado el paternalismo clásico, deben basarse y orientarse en el respeto a la voluntad del paciente entendido como un adulto capaz, libre y sujeto de derechos que la enfermedad no tiene porqué mermar. En este marco es donde se debe encuadrar el consentimiento informado como un instrumento que concreta los derechos del individuo a una situación de enfermedad y en torno al que debe desarrollarse la relación clínica.

Se parte de la base de que, la hipotética disminución de facultades físicas que puede acarrear la situación de enfermedad, no tiene porque suponer una suspensión temporal de los derechos y los valores morales que el individuo posee y por tanto está en condiciones de conocer, y aceptar o rechazar, las soluciones clínicas que se puedan plantear en el transcurso de su proceso morboso.

154 Opus cit., pág. 134.

155 ENGELHARDT, H. TRISTRAM, Los fundamentos de la bioética, pág. 310.

El desarrollo de todo esto requiere de una determinación del médico en cuanto a proporcionar la información suficiente y, de tal forma, que el enfermo pueda comprender lo que se le dice y pueda implicarse en el proceso de decisión hasta donde el desee.

A veces ocurre que el profesional se escuda en un protocolo de consentimiento informado, previamente diseñado, que aplica por “imperativo legal”. Esto, como la medicina defensiva en que prima la protección del profesional, es una práctica que a la larga redundará en perjuicio de los propios médicos¹⁵⁶.

3.1. Elementos del Consentimiento Informado

Para que el Consentimiento Informado (en adelante C.I.) tenga validez debe cumplir unos requisitos básicos:

El primero, es la libertad e independencia del enfermo para tomar la decisión que estime mejor para sus intereses y más acorde con sus principios morales. Es lógico que el médico e, incluso, los familiares, traten de persuadirle de lo que creen que es mejor para él. Pero esta persuasión debe respetar los límites de la libertad y no puede llegar a coaccionarlo de forma desleal, aún cuando no se comparta su decisión.

El segundo requisito básico, es la competencia o capacidad de decisión, cualidad que, en principio, se le supone a todo ciudadano en posesión de sus facultades mentales. Sin embargo esto es un asunto difícil, pues el miedo, el sufrimiento o la depresión que puede acarrear la situación de enfermedad, son factores que pueden influir negativamente sobre la capacidad de análisis y decisión, mermando esta en mayor o menor medida.

Ante una decisión que nos parece irracional y dañosa para la salud del enfermo hay que asegurarse de que no se da ninguna de las circunstancias arriba expuestas. Y, en todo caso, distinguir la decisión irracional de la no compartida.

Y el último, es el que el paciente reciba una información adecuada en cantidad y en calidad, aspecto en el que el profesional debe ser extremadamente cuidadoso, más, si cabe, en lo segundo que en lo primero. Es posible que el paciente no quiera saber mucho y delegar en parte la toma de decisión, o que, por el contrario, exija una explicación detallada incluyendo alternativas poco habituales. Si responde a una verdadera voluntad autónoma, es legítimo¹⁵⁷.

156 FARRERAS VALENTI, P. y ROZMAN, C., Medicina Interna, Vol I, pág. 60.

157 Opus cit., pág. 61.

Además de estos requisitos básicos, hay una serie de elementos que debe reunir el consentimiento informado. Hemos tomado los descritos por Beauchamp y Childress en su libro *“Principios de Ética Biomédica”*, Gracia Guillen y J. Júdez en *“Ética en la práctica clínica”* y los contenidos en el *“Informe Belmont”*. Los dos primeros se refieren al consentimiento informado en la práctica clínica, uno desde la ética anglosajona y el otro desde la ética europea. El último, está referido a las garantías en experimentación humana. La esencia de los tres está en el respeto a la libertad del individuo y a su derecho a elegir, después de haber recibido una información suficiente. Esto hace que sustancialmente no difieran en el fondo, aunque las formas sean distintas.

3.1.1. Elementos del C. I. en la Clínica desde la Ética Anglosajona

Beauchamp y Childress¹⁵⁸, afirman que son dos, esencialmente, los elementos que componen el consentimiento informado: el elemento informativo y el de consentimiento o aceptación.

El primero consiste en que la información sea expuesta y comprendida, el segundo se refiere a la decisión, libre y voluntaria, de someterse a la intervención exploratoria, terapéutica o experimental propuesta.

Parece que hay acuerdo en fijar como componentes analíticos del consentimiento informado, la competencia, exposición, comprensión, voluntariedad y consentimiento. Estos elementos son las piezas que permiten construir un consentimiento informado y, por ende, evaluar uno ya existente.

Proponen, conforme a lo dicho, una clasificación de estos elementos en función de su propia naturaleza y del momento en que intervienen en el proceso:

- 1. Elementos iniciales o condiciones previas que debe reunir el paciente.**
 - 1.1.** Competencia para entender el proceso y decidir sobre él.
 - 1.2.** Voluntariedad al decidir.
- 2. Elementos informativos. Atañen tanto al médico como al paciente.**
 - 2.1.** Exposición de la información sobre el proceso en cuestión.
 - 2.2.** Recomendación de un plan, ya sea exploratorio, terapéutico, o de investigación.

158 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, págs. 137 y 138.

2.3. Comprensión por parte del paciente de los dos anteriores puntos.

3. Elementos de consentimiento. Es la última parte del proceso. Como el primero, atañe sólo al paciente.

3.1. Decisión, a favor o en contra, del plan propuesto.

3.2. Autorización del plan elegido.

Anotar, por último, que desde el punto de vista legal se da más importancia a la información, que sobre su proceso recibe el paciente, que al hecho de que las decisiones de este sean autónomas, mientras que desde el punto de vista moral ocurre al revés.

3.1.2. Elementos del C. I. en la Clínica desde la Ética Europea

Gracia Guillén y J. Júdez¹⁵⁹, estiman que a la hora de analizar el consentimiento informado hay que tener en cuenta dos elementos diferentes: los elementos normativos obligados y las herramientas prácticas para llevarle a cabo. No en todos los casos van a estar de acuerdo y, a veces, concatenar ética, legislación y práctica clínica va a ser tarea difícil.

Los elementos normativos comprenden:

1. Un proceso continuo, dialogado y deliberativo, que debe asentarse en la historia clínica como cualquier otro aspecto de esta (anamnesis, exploración, etc.). Limitarlo a la obtención de la firma del paciente es un error ético y jurídico.

2. Voluntariedad del paciente, libre y querida. En contraposición a la coacción, por parte de facultativos y familiares y a la manipulación de la voluntad del paciente con información sesgada o matizada. La persuasión desde la honestidad y la prudencia está admitida.

3. Información suficiente, al menos sobre las consecuencias de la intervención, los riesgos generales y particulares (por patologías añadidas o antecedentes personales que pueda tener) y las contraindicaciones.

4. Información comprensible adaptada a las características socioculturales del paciente, huyendo del lenguaje excesivamente técnico y sin olvidar la relación de asimetría.

5. Capacidad del paciente para comprender la información que se le da. El médico tiene que analizar la capacidad o incapacidad de aquel para asumirla y si considera que no está capacitado, deberá actuar conforme a ley, dejando la anotación correspondiente en la historia y siguiendo los cauces legales establecidos al efecto.

159 GRACIA, D. y JÚDEZ, J., Ética en la práctica clínica, págs. 43-45.

6. Por último, después de la deliberación, viene la decisión. Si ésta es en sentido positivo, el proceso, diagnóstico o terapéutico, continuará adelante y si es en sentido negativo, debe ser respetada. Al médico le corresponde la reiniciación del proceso informativo y, si considera que la decisión es mala para el paciente y no ve forma de convencerle de lo contrario, le remitirá a otro profesional, para que pueda proseguir el proceso de atención, asegurándose de la no interrupción de esta.

Las herramientas prácticas son los elementos formales de que nos servimos para realizar el proceso de consentimiento informado.

Son, fundamentalmente, tres:

1. Técnicas de entrevista clínica, soporte emocional y relación de ayuda, que permiten estructurar metodológicamente la entrevista médico-paciente y poner de manifiesto la dimensión humana del proceso de consentimiento informado. Esto, dicho así, suena como muy bien, pero es lo que habitualmente hace el médico de cabecera con sus pacientes en cada uno de sus actos.

2. Protocolos de evaluación de la capacidad para establecer, si la duda existe, si el paciente está o no capacitado para tomar decisiones.

3. Formularios escritos. Legibles y claros, deben ser firmados y registrados y darán fe de que se efectuó legalmente el proceso de consentimiento libre e informado¹⁶⁰.

3.1.3. Elementos del C. I. en la Experimentación

En el Informe Belmont¹⁶¹, se asevera que hay controversia sobre la naturaleza y posibilidad real de un consentimiento informado. Pero, a pesar de esto, hay consenso de que, para que este tenga una cierta validez, debe constar de tres elementos: Información, comprensión y voluntariedad.

1. Información. La mayoría de los códigos de investigación contienen elementos que aseguran que el individuo tenga la información suficiente, en cuanto al procedimiento, fines, riesgos y beneficios esperados, así como procedimientos alternativos y aseguran la posibilidad de que este pueda preguntar e incluso retirarse de la investigación en cualquier momento.

160 Opus cit., pág. 46.

161 NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. DHEW Publication No (OS) 78-0012, pág. 6

Sin embargo, la simple enumeración de puntos no da una idea clara de cual debe ser la cantidad y calidad de información que se da al sujeto que se presta a una investigación. Aquí el criterio seguido en la práctica médica, a la hora de la exploración o el tratamiento, no sirve en cuanto que la investigación se realiza, precisamente, porque no hay acuerdo en ese campo. Tampoco sirve el criterio aceptado de que la cantidad de información que se debe dar es la que razonablemente un individuo desea saber para tomar una decisión sobre el tratamiento que se le va a aplicar, ya que el individuo de la investigación, en esencia voluntario, puede desear saber más de los riesgos que corre que el enfermo que deposita su esperanza en manos de los clínicos que le atienden y cuyos cuidados necesita.

Se debería establecer un criterio razonable desde el cual la cantidad y calidad de la información sea tal que el sujeto, sabiendo que el procedimiento al que se somete no es necesario para su cuidado y que quizá no es del todo comprendido, decida si quiere tomar parte en el progreso del conocimiento que se deriva de la investigación en la que participa.

Sin embargo, esto también plantea problemas, porque ¿Qué pasa si el conocimiento del proceso puede influir en la validez de los resultados? Habrá, necesariamente, que dar una información incompleta. Esta, sólo estará éticamente justificada si realmente es imprescindible que sea así, si se le advierte al sujeto de todos los riesgos, por mínimos que sean, y si existe un plan para informar cuando sea necesario y comunicarle el resultado de la investigación.

2. Comprensión. El investigador tiene la obligación de asegurarse que el sujeto comprende la información, adecuando esta a las capacidades intelectuales, de madurez y de lenguaje de este. Cuanto más serios sean los riesgos, mayor es la obligación de asegurar la comprensión.

En los sujetos con capacidad de comprensión limitada, habrán de adoptarse medidas especiales y estos deberán ser analizados y abordados individualmente. Si actuaran por persona que les representa se deberá de dar a esta toda la información.

3. Voluntariedad. Es obvio que el consentimiento es válido si se ha dado voluntariamente, pero exige unas condiciones libres de coerción e influencia indebida. Ambas cosas, la presentación intencionadamente exagerada del peligro de la enfermedad y el ofrecimiento de una recompensa excesiva, sin garantía, desproporcionada o inapropiada, utilizadas con el fin de lograr el consentimiento, son rechazables éticamente.

Lo mismo ocurre con la recompensa normal ofrecida a individuos vulnerables. También es influencia indebida.

De todas formas, es difícil delimitar donde termina la persuasión justificable y donde empieza la influencia indebida.

3.2. Otros aspectos

Hay, para terminar, otras cuestiones del consentimiento en cuyo análisis podríamos entrar pero, a fuerza de ser conciso y dado que no son el objeto de este estudio, dejamos en el mero enunciado.

Dentro de los criterios de información o revelación al paciente, tienen importancia el criterio de la práctica profesional habitual en cuanto a la información mejor para este. Es el llamado criterio médico razonable y está relacionado con la experiencia del médico, su formación y el compromiso moral adquirido, para contribuir al bienestar de sus pacientes.

En cuanto a lo relacionado con el paciente, está el criterio de que quien recibe la información es una persona razonable. Es un criterio subjetivo pues depende de una serie de variables no mensurables.

Otro aspecto importante, del que hablamos en el capítulo anterior, es el privilegio terapéutico en situaciones de urgencia, en las que el enfermo no está en condiciones de recibir la información o que la gravedad del caso impide pararse y actuar después de obtenido un consentimiento informado.

Por último, anotar la toma de decisiones por un sustituto. En caso de incapacidad del paciente la decisión puede ser tomada por un familiar, el hospital, el médico, un juez o un tribunal¹⁶².

3.3. Problemas del Consentimiento Informado

El primer problema que ha planteado el consentimiento informado es el rechazo por parte de los profesionales de la medicina.

Durante siglos la medicina se ha ejercido desde el paternalismo, que indudablemente, tiene su aspecto positivo en cuanto preocupación y búsqueda, por parte del profesional, de

162 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 140

lo mejor para sus pacientes. Pero el renunciar al monopolio de la decisión y tener que compartirla con el paciente, que no tiene formación, no ha sido ni es fácil para el médico.

Otra de las cuestiones que se plantean es la ansiedad innecesaria que puede producir en los pacientes y que puede influir negativamente en el curso de la enfermedad. Hay estudios suficientes que demuestran que la ansiedad disminuye cuando se da una información adecuada. Luego, el problema está, no en que información se da, sino en como se transmite esta.

Junto a esto, debemos colocar el miedo del profesional a que la información lleve al paciente a rechazar una intervención necesaria para su salud. El argumento en contrario es el mismo: Cómo se trasmite la información y el grado de implicación del profesional en ese proceso.

Objeción frecuente de los profesionales, suele ser que, la mayoría de las veces, los pacientes no quieren saber nada y piden que el médico tome la decisión por ellos. Hay personas que adoptan una actitud pasiva y otras que prefieren ignorar lo que se les va a hacer. Las dos son formas de ejercer la autonomía moral y deben ser respetadas.

La experiencia dice que la actitud está en íntima relación con la edad, la formación y la posición social y que, conforme descendemos en la edad y avanzamos en los otros dos parámetros, el deseo de información y participación en las decisiones es mayor y que no quieren ni el paternalismo de antaño ni la información fría y descarnada que a veces se da. Prefieren un médico que les aconseje y les ayude a interpretar sus propios deseos, necesidades y valores a la hora de tomar una decisión¹⁶³.

No obstante, cuando esta situación de negativa a saber se da, y habiendo agotado la vía de explicarle que tiene derecho a recibir la información sobre el asunto en cuestión, e insiste en que sea el médico el que tome la decisión que mejor sea para su proceso, estamos respaldando la autonomía moral y es legítimo hacerlo.

Por último, el problema que se deriva de la masificación de las consultas. La falta de tiempo. A algunos médicos de Atención Primaria les citan un enfermo cada cuatro minutos y, a veces, incluso menos. Esto hace muy difícil dispensar una atención adecuada, cuanto menos pararse a explicarle al paciente el proceso diagnóstico o terapéutico que se pretende llevar a cabo.

163 SIMÓN, P., "Diez mitos en torno al consentimiento informado", Anuario del Sistema sanitario Navarro, N° 29, Suplemento 3, pág. 36.

Es deprimente contemplar como el médico hace equilibrios para adaptar sus tiempos disponibles a la demanda a fin de poder ejercer, a pesar de todo, con un cierto nivel de dignidad. Serán los gestores los que deban modificar sus postulados en cuanto a carga de trabajo, si quieren salvar uno de los muchos problemas de la medicina actual¹⁶⁴.

3.4. Excepciones del Consentimiento Informado

Hay una serie de situaciones en las que la no obtención del consentimiento informado del paciente son moralmente legítimas. El profesional carga con la responsabilidad moral y legal de demostrar que, efectivamente, se trata de una situación de excepcionalidad en la que puede y debe obviarse la obtención de este. En otros casos deberá obtenerle de los familiares, allegados, representantes legales o del juez.

Resumidamente:

1. La urgencia vital en la que es imposible comunicarse con el paciente, familiares o representante legal, por las circunstancias que fuera. La situación, de urgencia imperiosa, define por sí misma la no obligación del profesional a la obtención cuando el enfermo debe recibir un tratamiento necesario, urgente y no postergable.

En los casos de urgencia no vital y con capacidad de comunicación, aunque deba adecuarse la cantidad de información a la situación, se debe intentar recabar el consentimiento.

2. Incapacidad del paciente, por lo que el proceso se realiza con sus parientes o representantes legales. En España, la nueva ley, considera capaz a los mayores de dieciséis años.

En cualquier caso debe intentarse el dialogo con el enfermo hasta donde se pueda.

En ocasiones, puede ocurrir que el enfermo haya dado instrucciones previas de su voluntad, en previsión de su incapacidad a familiares o allegados, que habrán de ser tenidas en cuenta.

3. Grave riesgo para la salud pública. Puede, incluso, estar justificado el adoptar medidas coactivas, aunque no corresponde al médico hacerlo por su cuenta.

4. Por imperativo legal o judicial, que es obvio que nunca debe servir de justificación para la coacción.

164 GARCIA, D. y JÚDEZ, J., Ética en la práctica clínica, págs. 48 y 49.

5. Renuncia y delegación. Algunos enfermos prefieren renunciar a la información e incluso a la toma de decisión, delegando esta en el propio médico o en algún familiar o allegado. Si esto se hace desde la libertad individual y con todas las garantías, también debe ser respetado si bien habrá de quedar constancia documental.

6. Privilegio terapéutico. Ya ha sido explicado cuando hablábamos del principio de autonomía. Sólo en contadas ocasiones puede aplicarse.¹⁶⁵

Para terminar, dejar constancia, de que el derecho a ser informado no implica el deber de recibir la información si el paciente no la desea. El médico no tiene la obligación de informar si el enfermo no quiere oírlo. El objetivo del consentimiento informado no es otro que el paciente conozca lo que se le va a hacer y las consecuencias, incluidas las complicaciones, que el acto que se pretende puede acarrear, para que pueda decidir libremente si desea someterse a esa intervención o no. Pero si no quiere conocer los riesgos, el médico deberá respetar la decisión. En definitiva el sujeto tiene derecho a ser autónomo, pero no se le puede obligar a serlo¹⁶⁶.

3.5. Marco normativo del consentimiento informado en España

En España, el consentimiento informado tiene un sustrato jurídico y deontológico muy sólido, de tal manera que su cumplimentación forma parte de la “*lex artis*”.

La norma jurídica de mayor rango es la que conocemos como Convenio de Oviedo, en vigor desde el 1 de Enero de 2000 y que obliga a todos los países de la Unión Europea.

En segundo lugar, la Ley de Autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de Noviembre), que en su Capítulo 2, articula el derecho mínimo a la información sanitaria, en el 3, el consentimiento informado propiamente dicho, sus bases, sus límites y excepciones y su forma escrita.

A esta la siguen en importancia la Ley General de Sanidad, la de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Trasplante de Órganos y un largo etcétera, pues como suele ser habitual en nuestro país, se legisla mucho, sin que esto implique que se haga bien.

Además de las leyes, y siempre dentro del marco jurídico, está la jurisprudencia creada por las sentencias del Tribunal Supremo que ya han alcanzado un volumen importante en lo civil y lo penal.

165 Opus cit., pág. 50 y en FARRERAS VALENTI, P. y ROZMAN, C., Medicina Interna, págs. 62 y 63.

166 ENGELHARDT, H. TRISTRAM, Los fundamentos de la bioética, pág. 343.

En cuanto a la normativa deontológica, tenemos el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de 1999, en particular los artículos 9 y 10¹⁶⁷.

Sin embargo, y a pesar de lo dicho, hay serios problemas en la práctica del consentimiento informado en nuestro ámbito nacional. En 1986, Faden y Beauchamp, publicaron un libro sobre el estado de desarrollo del consentimiento informado en EE.UU. Resumían la situación con la celebre frase de “Todo ha cambiado y nada ha cambiado” refiriéndose a que las estructuras sociales, culturales, políticas, legales y profesionales, que mantenían el paternalismo médico, habían sido sustituidas por otras que propiciaban la participación del paciente en la toma de decisiones, pero muchos de los sanitarios habían claudicado, en la forma, por razones fundamentalmente legales pero, en el fondo, no habían asumido el cambio de mentalidad ética que significa el consentimiento informado.

En España ocurre otro tanto. Muchas cosas han cambiado pero no lo han hecho todo lo que podían y debían. Hay una serie de mitos en torno al consentimiento informado, transmitidos, habitualmente, de profesional a profesional en las sesiones clínicas o en reuniones informales que deben ser desterrados como requisito indispensable para la elaboración de un pensamiento crítico¹⁶⁸.

Junto a esto, hay que reconocer una serie de problemas estructurales de los que uno de los más complejos y peor resueltos es la evaluación de la capacidad del paciente para poder decidir.

En principio, el establecimiento de esta, corresponde al médico responsable del proceso tanto desde el punto de vista jurídico como desde el ético. Otra cosa es que, además, considere necesaria la opinión de otro profesional (un psiquiatra, por ejemplo), como peritaje de capacidad.

Pero en la legislación española nada hay concreto, remitiéndose a un principio tan general cual es la posesión del enfermo de “entendimiento” y “voluntad” suficiente, pero sin establecer criterios objetivos ni formulas de cuantificación.

Los jueces, para aclarar estos extremos, llaman a los médicos forenses o a los psiquiatras forenses, pero estos tampoco cuentan con un procedimiento para evaluar la capacidad de un enfermo en un proceso de decisión clínica por lo que recurren a combinaciones de herramientas (test, escalas, etc.), que han sido diseñadas para otras cosas

167 GRACIA, D. y JÚDEZ, J., Ética en la práctica clínica, págs., 39 y 40.

168 SIMÓN, P., “Diez mitos en torno al consentimiento informado”, Anuario del Sistema sanitario Navarro, N° 29, Suplemento 3, pág. 30.

y a una evaluación clínica subjetiva mediante una entrevista con anamnesis y exploración.

Por último, los notarios, que según el Código Civil están autorizados para estas funciones, tampoco cuentan con un método estandarizado y factible para este menester.

Los médicos españoles, ante este panorama, hacen, de hecho, la evaluación de los pacientes a base de sentido común, experiencia y buena voluntad. Estas evaluaciones así realizadas han sido, habitualmente, validadas por la jurisprudencia y se ha dado como bueno el criterio del médico a la hora de establecer la madurez y capacidad suficiente del paciente para tomar sus decisiones, incluso, en casos de minoría de edad legal (píldora del día después).

En otros países, particularmente los anglosajones, sí que se han validado herramientas para este tipo de problemas, reconociéndose como los mejores por su sensibilidad y especificidad la Mac CAT (MacArtur Competence Assessment Tool)¹⁶⁹.

169 Opus cit., págs. 37 y 38.

4. SECRETO PROFESIONAL MÉDICO

La otra cuestión, el secreto profesional, del que ya hemos hablado también anteriormente, ha sufrido cambios, y no sólo de matiz, sino conceptuales, en los últimos tiempos. Eso justifica el que queramos dedicarle unas líneas que enmarquen su situación actual.

Podemos establecer tres formas de secreto profesional desarrolladas y practicadas a lo largo de la historia de la medicina.

La primera es la del secreto de oficio o de conocimientos. Secreto de médico a médico y de médico a discípulo que se mantenía dentro del círculo de iniciados.

Otra es la del secreto que el médico, en la ética paternalista, guarda con el enfermo, no revelándole la verdad de su dolencia, la de la terapéutica que aplica ni el pronóstico previsible de su enfermedad.

Y por último el secreto *“de no revelar ni divulgar la información que se obtenía en el ambiente de confianza necesario para el correcto desempeño de la profesión médica”*¹⁷⁰.

Estas tres formas de secreto, de una u otra forma, se hallan ya contenidas en el Juramento de Hipócrates y, desde entonces, se han venido practicando, si bien es cierto, que han ido evolucionando con el paso de los años a medida que lo hacía la sociedad, la ciencia médica y la normativa que regulaba la enseñanza y el ejercicio. Lo que ha permanecido invariable ha sido la conciencia, trasladada a la conducta profesional del médico, en cuanto a que la relación con el enfermo requería de un ambiente de confianza, confidencia y lealtad.

Ateniéndonos al paradigma clásico de la profesión vemos como, desde la antigüedad, el profesional venía obligado a la guarda del secreto. Pero era una obligación que se imponía a sí mismo, pues en su conciencia estaba anclado el principio moral del respeto a lo que recibía en función de su estatus profesional. Pero ese deber que se imponía era un deber imperfecto en cuanto que no procedía de la obligación de respetar el derecho del otro¹⁷¹.

170 GRACIA, D. y JÚDEZ, J., *Ética en la práctica clínica*, pág. 80

171 GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, pág. 277

A partir de la Ilustración empieza a alumbrarse un cambio en la concepción del ser humano, que va a tener su repercusión sobre la ética médica, en cuanto que es sujeto digno, autónomo y libre y como tal debe ser respetado.

Surge el deber perfecto en cuanto que nace del derecho que tiene el otro a que sean respetados principios tan dignos como el derecho a la intimidad, al honor y a la privacidad, entre otros.

La intimidad era un concepto clásico que tenía un significado vinculado a los sentimientos interiores y a las escalas de valores referidos a creencias religiosas y a la actividad moral individual. En la actualidad ha evolucionado a un sentido más amplio, más general, que va más allá de las creencias y se vincula a la libertad del individuo por el hecho de serlo, formulándose como uno de los derechos inherentes a la persona¹⁷².

Con el derecho al honor, ocurre otro tanto que con el derecho a la intimidad. Es un concepto que ha evolucionado y, con la formulación de los derechos humanos, se convierte en uno de los derechos llamados subjetivos o personalísimos.

La privacidad es un derecho al que podríamos llamar “moderno”, pues no aparece como concepto jurídico hasta 1890, proveniente del mundo anglosajón. Su interpretación se puede hacer en varios sentidos: político, sociológico e individual, estando los dos primeros referidos a la defensa de los derechos individuales frente al estado y a lo público y el tercero frente a los intereses privados de otro.

La evolución de estos derechos, intimidad, honor y privacidad, han dado un nuevo enfoque al secreto profesional.

Ya no es el médico el que establece y determina el secreto profesional, dentro del ámbito de la relación clínica, autoimponiéndose un deber de guarda de aquello que ha conocido en función de ésta. Aunque pueda parecer baladí, el cambio es sustancial. Ahora el deber de secreto está relacionado con la obligación del médico de respetar los derechos de las personas a la intimidad, al honor, a la privacidad, a la propia imagen y a la protección de los datos personales regulados por las sociedades en normativas legales entroncadas en el respeto a los derechos humanos¹⁷³.

Si bien es cierto que debemos hablar de los derechos referidos y del secreto profesional, en la actualidad, con estructuras clínicas complejas, trabajos en equipo,

172 GRACIA, D. y JÚDEZ, J., *Ética en la práctica clínica*, pág. 81.

173 *Opus cit.*, pág. 81.

avances tecnológicos y un largo etcétera que hace que a los datos sensibles de un paciente tengan acceso muchas personas, es más acertado hablar de confidencialidad, de lo que se recibe en confidencia necesaria para asegurar la mínima relación médico-paciente que haga posible la asistencia médica.

La confidencialidad determina los límites que rodean a la información sensible recibida, ya sea secreta, íntima, privada o pública y como acotar y guardar esos límites. Bien entendido que el deber del médico deriva de los derechos que como individuo libre tiene el paciente y es este, y sólo este, el gestor de la información que entrega y del tratamiento que debe darse a esta.

Los marcos en los que se apoya el ejercicio médico: ético, deontológico y jurídico, desde la interrelación y el respeto a la tradición médica, tienen la obligación de continuar adecuando, como viene haciendo, el respeto a los derechos del paciente que obligan, en deber de guarda, al médico, sin que esto suponga un menoscabo de la relación de confianza médico-paciente¹⁷⁴.

Hay una serie de situaciones en las que el médico queda exento, desde los pilares mencionados que rigen la profesión, del deber de guarda del secreto profesional o deber de confidencialidad.

La más evidente es la que se da cuando el sujeto en cuestión libera al médico del deber consintiendo o autorizando la revelación de la información.

Otra forma de excepcionalidad es el estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno, siempre que el mal que se trata de evitar sea mayor que el causado, que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente y que el necesitado no tenga la obligación de sacrificarse en razón de su cargo u oficio.

Por último, hay una serie de excepciones al deber de guarda del secreto profesional, que agrupamos bajo el epígrafe de obligaciones por imperativo legal o cumplimiento del deber y que son deberes que impone la ley y que hipotéticamente pueden colisionar con el deber de confidencialidad.

Unos, son deberes de naturaleza procesal-penal, como el de declarar un delito, impedir la comisión de este o declarar como testigo.

Otros son de naturaleza sanitaria, como la declaración de las enfermedades infecto-contagiosas¹⁷⁵.

174 Opus cit., pág. 83.

175 Opus cit. pág. 96.

5. SER MÉDICO

Por mucho que el individuo y la colectividad se esfuercen, siempre se escapa algo a la normativización de las cosas. Las reglas, los principios éticos, los códigos y las leyes, nutridos desde las corrientes de pensamiento, llegan hasta donde llegan. Pero siempre hay algo que no puede ser contenido en ellas. Ni siquiera interpretándolas desde lo más profundo del espíritu que las alimenta. Hablamos de lo más íntimo del ser humano. Hablamos de los sentimientos.

No se puede reglamentar la actitud del médico a la cabecera del enfermo terminal, afecto de cáncer, tratando de aliviar su dolor, su angustia y la de la familia que le rodea. Y esa actitud, indudablemente, tiene algo de aprendida, de académica. Pero en ella hay, también, un sentimiento inequívoco de compasión, de deseo de ayudar al que sufre, de presencia de ánimo ante el dolor del otro. Es el sentimiento del médico.

Entramos en el capítulo, quizá el más importante y difícil de la ética médica, de la sensibilidad emocional del médico, de la responsabilidad moral profesional, de la disposición personal, de la ponderación y el discernimiento moral y el carácter.

Sin estos atributos la ética médica sería una práctica fría. Dejaría de ser ética médica¹⁷⁶.

El actuar médico se rige, como ya hemos dicho, por principios éticos, normas deontológicas y cuerpos legales dados por los órganos legislativos de las naciones. Pero los aspectos referidos al comportamiento emocional del médico, a la disposición anímica de servicio a los demás, al amor a la propia profesión y al enfermo, no caben en ninguna norma ética, deontológica ni legal de las que rigen la actuación médica.

En la edad media, la gran medicina árabe, acuñó un término para describir estas cuestiones de la moral médica que se encuentran en el mismo filo de lo razonable, rozando los más profundos misterios del ser humano. Lo llamaron “niya” que viene a determinar las más íntimas convicciones del alma del médico y que no provienen sólo de la enseñanza recibida, ni de la experiencia adquirida en la atención de los problemas del quehacer diario, sino de lo más profundo del corazón¹⁷⁷.

176 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág.445.

177 SCHIPPERGES, H., “La Ética Médica en el Islam Medieval”, *Asclepio*, N° XVII, pág. 113.

En los tiempos modernos, se le ha llamado vocación, virtud, espíritu de servicio y no se cuantas cosas más. Es difícilmente clasificable e imposible de cuantificar. Esto es lo que nos diferencia de otras profesiones. No nos hace mejores ni peores. Nos hace distintos.

En este capítulo vamos a hablar de esto. De lo que hay más allá de los fundamentos teóricos, de los códigos y de las leyes. De lo que anida en el corazón del médico. Porque más allá de las corrientes de pensamiento ético, de los principios éticos, de los códigos deontológicos, de las reglas y de las leyes está eso: el corazón del médico.

Pero, al igual que hemos hecho en otros capítulos, en este también nos limitaremos a trazar unas líneas generales que dibujen, en trazo grueso, la fisonomía de la cuestión que tratamos. El resto queda para la reflexión de cada cual. El resto es reflexión ética. Para medir los actos o para ser mejores. Cada cual que elija.

5.1. Virtudes en las funciones y en el ejercicio profesional

Las funciones profesionales, que incorporan virtudes y obligaciones, están vinculadas al ejercicio de la profesión de que se trate y a las expectativas de la institución o empresa en la que se trabaja. Cada profesión tiene una tradición en cuanto a las virtudes que incorpora y dispone, al ejerciente de ella, a su cumplimiento de acuerdo con los objetivos de esta.

En la profesión médica, esas virtudes se han ido acrisolando acompañando el discurrir del tiempo desde la medicina hipocrática hasta hoy. A lo largo de la historia de la medicina se han hecho esfuerzos para establecer el conjunto de virtudes que el médico debe poseer.

Los juramentos y los documentos éticos que nos legaron nuestros predecesores en el ejercicio sanador, tenían esa finalidad: Dotar al médico de unos instrumentos éticos que reflejan una serie de virtudes que cultivar y unos mandamientos que cumplir, de cara a conseguir un mejor ejercicio que a su vez contribuya a dignificar, ante uno mismo y ante la sociedad, la profesión médica.

El primer intento serio de sistematizar esta cuestión lo hace Thomas Percival. Y será escuchado. El código ético de la Asociación Médica Americana, que bebe en la Ética Médica de este, incorpora la relación del conjunto adecuado de virtudes del ejercicio médico. En otras naciones seguirán el ejemplo de esta asociación.

En España, y sin conexión aparente con Percival ni con la AMA, un siglo más tarde, surgirá el código de Muñoyerro¹⁷⁸ y posteriormente el de Peiró¹⁷⁹.

Sin embargo, a partir de los años ochenta, este apartado que establece virtudes y obligaciones morales que entroncan en lo más profundo del sentimiento del médico, ha ido desapareciendo de los códigos y, hoy, simplemente no está.

Las virtudes no tienen nada que ver con la habilidad desarrollada en la práctica médica..

“...siendo rasgos habituales de carácter que disponen a actuar de acuerdo con objetivos loables y con expectativas asociadas al papel de las instituciones sanitarias”¹⁸⁰.

5.1.1. Virtudes cardinales de la medicina

Además de las virtudes de respeto al enfermo, justicia, benevolencia, fidelidad, etc. hay otras a las que llamamos cardinales, que hacen el carácter virtuoso. Nos referimos a las más centrales, las más importantes en orden a caracterizar a un médico virtuoso. No todos los autores están de acuerdo en que sean las cardinales pero sí en que son las más reconocidas dentro de la ética médica.

5.1.1.1. Compasión

Es la preocupación por el bienestar del otro, acompañada de una respuesta emocional de simpatía, ternura e inquietud profunda, ante su desgracia o su sufrimiento.

La compasión se dirige hacia fuera, hacia los demás y se expresa en actos de beneficencia. El médico que no manifiesta compasión es moralmente defectuoso por muy experto y hábil que sea técnicamente. Sin embargo, una compasión excesiva puede cegar el discernimiento y el buen juicio. Por ello es bueno practicar la *“preocupación distanciada”* y el *“distanciamiento compasivo”* como característica del buen médico¹⁸¹.

178 MUÑOYERRO, LUIS A., Código de Deontología Médica, págs. 21 a 31.

179 PEIRÓ, F., Manual de Deontología Médica, pág. 1.

180 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, págs. 446 y 447.

181 Opus cit., pág. 449.

5.1.1.2. Discernimiento

Es la capacidad de elaborar un juicio y tomar una decisión, sin dejarse influenciar por consideraciones, temores, emociones o influencias extrañas.

Está emparentada con el coraje. Determina que es tan importante el como se sigue una regla ética, como que regla hay que seguir. El médico debe ser capaz de discernir, sobre la marcha, la sensibilidad de un enfermo en función de su estructura anímica, su escala de valores, su vulnerabilidad y sus necesidades y, conforme a ello, de la forma más humana, responder de forma adecuada.

5.1.1.3. Confiabilidad

Se refiere a la virtud que, emanando del médico por su propio carácter, inspira la confianza del enfermo en este.

En otros tiempos, más escasos de bagaje científico que los actuales, la confianza del enfermo en el médico fue mayor que ahora. Fruto de esa falta de confiabilidad del médico es la judicialización actual de la medicina. La falta de íntimo contacto entre médico y paciente, la desaparición de una medicina integradora sustituida por multitud de especialidades, que diluyen la responsabilidad, la burocratización y la despersonalización de la medicina, están en la raíz de la falta de confiabilidad¹⁸².

5.1.1.4. Integridad

Es la fidelidad y la adhesión a las reglas y principios de la moral común y la defensa de estos cuando se ven amenazados.

Algunos autores defienden que es la principal virtud de la ética médica, pues justifica la mayoría de las actuaciones del médico. Muchas veces no accedemos a la petición formulada por los pacientes o por un colega, basándonos en que al hacerlo sacrificamos nuestra integridad. Esa negación a renunciar a creencias morales arraigadas en nuestra conciencia es lo que llamamos integridad personal. A veces entra en conflicto con los intereses sociales, corporativos o institucionales y el médico se ve en la obligación de tomar una decisión en cuanto a continuar con sus proyectos personales o supeditarlos a

182 Opus cit., pág. 451.

aquellos. Es el caso de la lucha contra el SIDA. Se puede ser radicalmente opuesto a las prácticas sexuales que provocan el contagio, pero eso no debe menoscabar un ápice el esfuerzo en la lucha para prevenirlo y en el tratamiento de los enfermos.

Por tanto concluimos con que la integridad moral es..

“...el rasgo del carácter que consiste en una integración coherente de valores morales razonablemente estables y justificables junto con la fidelidad activa a esos valores en el juicio y en la acción”¹⁸³.

5.2. La actuación en conciencia

La conciencia es una forma de autorreflexión sobre lo que es moralmente correcto o incorrecto, que termina con una sanción interna de la bondad o maldad de la acción. Por tanto, la conciencia es personal en cuanto que implica el conocimiento y la reflexión del individuo sobre sus acciones utilizando como elemento de medida sus propias convicciones morales.

Algunos autores defienden que la conciencia es la autoridad final en la justificación moral. Esto no es siempre así, pues en algunos individuos los estándares éticos admitidos por la sociedad son más poderosos que la propia conciencia¹⁸⁴.

La actuación en conciencia es la diligencia empleada para determinar lo que es correcto, estar motivado a hacerlo por el hecho de ser correcto y realizarlo por ese mismo hecho, al margen de cualquier otro tipo de consideraciones e influencias. Es una virtud necesaria, tanto para establecer la veracidad, como para mantener la integridad moral.

Aunque la actuación en conciencia se ha etiquetado, a veces, como una virtud acorde con las teorías kantianas, hemos de establecer que, en casi todas las teorías éticas, se actúa en conciencia cuando se interpretan las situaciones morales, las normas y su primacía, la infracción de estas y la búsqueda de alternativas a la violencia contra ellas¹⁸⁵.

Se pueden realizar acciones malas con buena conciencia y viceversa, pues esta no se justifica por sí misma desde el punto de vista moral y, a veces, sólo el análisis ulterior nos puede dar idea de si la actuación fue correcta o no. Consultar a la conciencia, ante una

183 Opus cit., pág. 454.

184 Opus cit., pág. 458.

185 Opus cit., pág. 457.

determinada toma de decisión en medicina, es sólo uno de los pasos en el examen de las convicciones morales y no puede ser suficiente para justificar la decisión.

Anterior a esto tiene que ser el asegurarse que la conciencia está regida por sólidos principios morales conjugados con las normas morales externas. Sólo desde ese momento se estará en disposición de emitir un juicio o tomar una decisión obligado por la propia conciencia, desde la óptica de que actuar en contra de ella es moralmente reprobable¹⁸⁶.

Entramos ahí en lo que llamamos objeción de conciencia, es decir, la negación o el rechazo de lo que otros piden, o las circunstancias exigen, en base a que entra en conflicto con la propia conciencia.

En medicina es frecuente encontrarse con este tipo de situaciones, pues muchos individuos no aceptan, por considerarlo inmoral, algunos aspectos de sus funciones, las peticiones de los enfermos y familiares o lo que las órdenes jerárquicas de la institución o de la empresa les imponen. Tal es el caso de abortos, ciertos tratamientos no suficientemente probados, etc.

Las convicciones del médico, en estos casos, deben ser respetadas, no pudiendo la superioridad, sea institucional o empresarial, hacer violencia sobre él. Pero el médico tiene la obligación, una vez hecha la advertencia de su conflicto moral, de remitir el paciente a otro médico¹⁸⁷.

5.3. Excelencia profesional, excelencia moral. Buen médico y médico bueno

Cuando hablamos de las características que debe reunir el nuevo paradigma de la profesión, siguiendo a Diego Gracia¹⁸⁸, establecemos que una de las bases de este debe ser la búsqueda de la excelencia, como santo y seña de la profesión médica frente al conformismo de la no-negligencia.

Por ello, entre las virtudes e ideales a los que el médico debe tender en su ejercicio, no podemos olvidarnos de la aspiración a la excelencia moral, en cuanto disposición del carácter, que desarrolla los deseos adecuados para las acciones correctas superando los mínimos morales de las obligaciones.

186 Opus cit., pág. 460.

187 Opus cit., pág. 461.

188 GRACIA, D., Como arqueros al blanco. Estudios de bioética, pág. 276.

Desde Aristóteles se acepta que las virtudes humanas, en cuanto disposiciones para actuar, sentir y juzgar, se desarrollan desde una capacidad innata a la que se añade un aprendizaje y un ejercicio de la cualidad. El carácter así formado y la sustanciación en actos de este, es su modelo de excelencia moral¹⁸⁹.

Las personas excepcionales, héroes y santos, han llevado la excelencia moral hasta límites casi sobrehumanos. En el ejercicio médico los ejemplos forman legión. No es este el momento ni el lugar, para analizar los ejemplos que la historia de la medicina nos ha servido. Pero no hace falta mirar tan alto. Los héroes y los santos, incluso los de la medicina, están para los altares y la veneración. El ejercicio diario de la profesión ocupa, normalmente, cotas infinitamente más bajas.

La búsqueda de la excelencia profesional debe partir de que los actos médicos han de cumplir dos requisitos fundamentales: la corrección y la bondad.

La primera cualidad hace referencia a la preparación técnica del médico y a la adecuada aplicación de esta. Lo mismo que hay malos conductores o malos pintores, hay malos médicos, que no están suficientemente preparados y no usan adecuadamente los métodos diagnósticos y terapéuticos que el saber científico ha puesto a su alcance.

La segunda cualidad hace referencia a la condición moral del médico, a la bondad humana que posee o de la que carece y el reflejo que sus valores morales tienen en los actos que realiza.

“La pericia en el arte de curar define la corrección técnica del ejercicio médico, y convierte a quien lo realiza en buen médico; la bondad humana, por su parte, define la bondad moral del profesional, y hace de él un médico bueno”¹⁹⁰.

Es imprescindible que estos dos factores vayan unidos, pues la falta de uno de ellos resulta incompatible con el adecuado ejercicio de la profesión.

Todos hemos tenido, en el periodo de formación o en el ejercicio, un médico que nos ha servido de modelo ético por su dedicación y excelencia moral. Todos hemos tenido, o tenemos, el referente de ese buen médico, que además es un médico bueno y cuyo ejemplo tratamos de seguir. Ahí parece estar uno de los caminos en la búsqueda de la virtud y del

189 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 472.

190 FARRERAS VALENTÍ, P. y ROZMAN C., Medicina Interna, Tomo I, pág. 60.

ideal profesional. Otro está en el afán de superación, de ser mejores cada día. Hay más caminos, es cuestión de querer encontrarlos.

5.4. La relación con el enfermo

Más allá de todo lo estudiado en los anteriores, hemos visto en este apartado una serie de virtudes que profundizan en la más íntima convicción y razón del ser médico. Lo terminamos hablando de un conjunto de problemas que se plantean en la relación médico-enfermo. Son los problemas de veracidad, confidencialidad, intimidad y fidelidad. Sin la más exquisita atención a estos aspectos, la relación con el paciente se quiebra. No nos acogemos a la tradicional relación paternalista. Sí lo hacemos a una relación en la que los principios queden salvaguardados. Una relación en la que la dignidad del paciente sea absolutamente respetada. Pero la del médico también.

5.4.1. Veracidad

Los códigos de ética médica, desde el juramento hipocrático a la Declaración de Ginebra de la W. M. A., han ignorado tradicionalmente las obligaciones y virtudes de la veracidad, dejando al criterio de los médicos la cantidad, cualidad y forma de dar la información al paciente.

Judicialmente se la ha asimilado con la revelación de información sobre procedimientos que requieren, por parte del paciente, decisiones de consentimiento o rechazo.

En medicina entendemos por veracidad la transmisión de la información completa, precisa y objetiva, así como la forma de ofrecerla por parte del profesional al enfermo, de manera que este la pueda comprender y asimilar.

No sólo debe limitarse a situaciones en las que se precise el consentimiento informado sino que, en general, se refiere a toda la gestión de la información¹⁹¹.

La obligación de veracidad para con el enfermo se basa en tres pilares:

1. El respeto debido a los demás, que está relacionado con el principio de autonomía.

El consentimiento otorgado no expresa autonomía si no hay una información previa. La

191 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 381.

validez de este consentimiento va a estar íntimamente relacionada con la veracidad de la información dada al enfermo.

2. El respeto a la obligación de fidelidad y de mantenimiento de las promesas, que implícitamente adquirimos en el contexto moral de relación con el enfermo de decirle la verdad, al igual que él de decírnosla a nosotros.

3. La relación médico-enfermo, como la de investigador-sujeto, es una relación de confianza y las reglas de observancia de la veracidad son el pilar fundamental de esa confianza.

Por tanto, no revelar información, hacerlo inadecuadamente o mentir, demuestra falta de respeto a las personas, violación de los contratos implícitos y quiebra de la confianza sobre la que se asienta la relación médico-paciente¹⁹².

5.4.1.1. Revelación de información limitada y engaño

La actitud del médico, respecto a la información que debe dársele al paciente, ha cambiado en los últimos treinta años. En este cambio de actitud han influido decisivamente las expectativas terapéuticas, el miedo a las denuncias, la creciente atención a los derechos de los pacientes y el reconocimiento, por parte de los médicos, de los beneficios de una buena comunicación.

Con injustificada frecuencia, las preferencias familiares influyen sobre el médico a la hora de revelar a un paciente el diagnóstico, pronóstico y terapia de su enfermedad. El paciente autónomo tiene el derecho de conocer estos aspectos y ser él quien decida que parte de la información debe ser dada a la familia. En el caso de pacientes no autónomos o dudosamente autónomos, el médico, puede tener la obligación de comunicar los detalles antes referidos no sólo a la familia o al representante legal, sino también al paciente, debiendo analizar cada caso concreto¹⁹³.

Hay tres argumentos, en la bibliografía, para justificar la información limitada y el engaño en los contextos terapéuticos. Aceptan que la obligación de veracidad es “prima facie” pero que a veces puede estar justificada su vulneración. Alguno de estos argumentos debe ser tenido en cuenta, aunque muy limitadamente.

192 Opus cit., pág. 380.

193 Opus cit., pág. 382.

1. El engaño “benevolente”. Es viejo en la tradición médica. Sostiene que decir la verdad, sobre la enfermedad y sus expectativas, puede violar los principios de beneficencia y no maleficencia al provocar un estado de ansiedad en el paciente que contribuya al empeoramiento o, incluso, al suicidio. Sobre esto hay opiniones diametralmente opuestas que van, desde la aceptación y defensa, al rechazo total y sin paliativos.

Los autores de “Principios de Ética Biomédica”¹⁹⁴ se decantan en el sentido de que la obligación “prima facie” de veracidad, reclama la búsqueda de alternativas que no supongan ningún engaño, aunque lleven más tiempo y recursos, aceptando el engaño benevolente en casos muy reducidos.

2. El conocimiento de toda la verdad. Argumento más endeble que el anterior, para soslayar la obligación de informar e inducir a engaño. Basado en que los profesionales no siempre conocen toda la verdad del proceso morboso o de la investigación en curso y, por tanto, los pacientes o los sujetos de la investigación, no serían capaces de comprender el alcance de las implicaciones de esta. Este razonamiento, sin embargo, no disminuye la obligación de veracidad. Y, siendo esta obligación un ideal al que el profesional debe aspirar, se deberá esforzar en cumplirla hasta donde pueda, aunque, a veces, sólo sea parcialmente.

3. El deseo de no querer saber la verdad. Algunos pacientes, particularmente los terminales y los moribundos, no quieren saber la verdad. Los hay que lo expresan verbalmente. En ese caso, simplemente debe ser respetado el principio de autonomía. Pero algunos profesionales opinan que, ni siquiera cuando hay expresión en contrario, el enfermo no quiere saber la verdad. Este argumento es peligroso por lo difícil que puede resultar interpretar los verdaderos deseos del paciente y llevarnos a un defecto moral de paternalismo, falsamente justificado desde el respeto al principio de autonomía.

Partimos de que el enfermo tiene el derecho a saber la verdad sobre su proceso y el deber de indagar y preguntar sobre este. Pero eso no significa que el médico tenga la obligación de revelar información no deseada. Esta actitud vulneraría los derechos derivados del principio de autonomía. Sólo en el caso de que el enfermo esté actuando sobre expectativas que no se corresponden con la realidad, el médico puede revelar la información no deseada por el paciente.

Por tanto, debemos concluir, que las personas también tienen derecho a no saber, siempre que estén advertidas de los riesgos que esto conlleva y que no pongan, con esta

194 Opus cit., pág. 383.

actitud, a otros en peligro. El derecho a no saber ha sido eficazmente anulado, por ejemplo, con la infección por VIH¹⁹⁵.

5.4.1.2. Revelación de información negativa sobre compañeros

Los médicos tendemos a protegernos unos a otros. La tradición, hipocrática y colegial, de la ética médica ha establecido lazos de lealtad corporativa que impiden la revelación de información negativa sobre compañeros. Este hecho, constatado a través del tiempo, no exime de la obligación de revelar las deficiencias graves de compañeros incompetentes o sin escrúpulos, máxime, si significan un peligro para los enfermos o para la confianza pública, institucional o de los colegas.

En los casos de mala praxis el silencio es moralmente indefendible. Igualmente lo es no defender a un colega cuando su respeto por la veracidad acarrea una demanda o pone en peligro su derecho al ejercicio médico.

Tanto la lealtad equivocada, como el abandono de los colegas en situaciones difíciles, pueden llevar a conflictos entre la obligación de veracidad y confidencialidad¹⁹⁶.

El Código Deontológico español establece límites, meridianamente claros, al respecto.

5.4.2. Confidencialidad

La confianza es la base de la relación entre médico y paciente. El médico atiende al paciente en los momentos más vulnerables de su vida, lo que hace que acceda a una información muy íntima y muy sensible. Esta confianza viene dada por un vínculo de confidencialidad, de respeto a lo que el paciente comunica al médico, que implícitamente se compromete, al margen de juramentos, a no revelarlo¹⁹⁷.

Cuando el enfermo accede a la anamnesis y exploración y al registro de estas en una historia clínica, renuncia a una parte importante de su intimidad, para depositarla en las personas que van a tener acceso a esa historia y que vienen obligadas por el deber de guarda de secreto a no revelar lo contenido en ella, sin la autorización del paciente. Es el deber de

195 Opus cit., pág. 385.

196 Opus cit., pág. 387 y 388.

197 ENGELHARDT, H. TRISTRAM. Los fundamentos de la bioética, pág., 371.

confidencialidad contenido en todos los códigos éticos desde el juramento hipocrático hasta hoy.

Dicho esto así, parece bastante sencillo de cumplir. Sin embargo, en un centro sanitario, las historias clínicas son accesibles para muchas personas, no solo para el médico. Esto complica las cosas, a la hora de que sea posible el absoluto cumplimiento de este deber.

Hay autores que opinan que el deber de confidencialidad es más una fórmula ritual, una ficción conveniente, que una realidad, habiendo llegado a calificarla de “*concepto decrepito*”¹⁹⁸.

5.4.2.1. Justificaciones del deber de confidencialidad

No es esencialmente malo en si mismo que una persona revele información recibida en el marco de una relación especial. Una sociedad que acordara suprimir este deber seguramente funcionaría y, posiblemente, la mayoría de los avances médicos se habrían logrado sin el concurso de las normas de confidencialidad.

¿Qué justifica, entonces, que tengamos un sistema que trata de proteger la confidencialidad, dedicándole una ingente cantidad de recursos?

Hay tres tipos de argumentos que sostienen esta obligación:

1. Argumentos basados en las consecuencias. Si el enfermo no se fía del médico, no va a revelarle una información completa, no va a autorizar un examen adecuado, ni va a someterse a pruebas complementarias. La labor del médico, para elaborar un diagnóstico, un pronóstico y establecer un tratamiento, va a ser poco menos que imposible. Para un consecuencialista, la relación médico-enfermo está basada en la confianza y, si la confidencialidad se rompe, se traicionan los derechos de los pacientes, admitiendo como sola excepción la evitación de perjuicios a terceros, al propio paciente o el interés público¹⁹⁹.

2. Argumentos basados en los derechos de autonomía e intimidad. Se basan en los principios morales de respeto a la autonomía del paciente y a su intimidad e integridad personal. La ruptura de este respeto puede tener graves repercusiones sobre el enfermo

198 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág., 402.

199 Opus cit., pág., 405.

y su entorno personal y social, sometiéndole a problemas tales como pérdida de amigos, trabajo, discriminación, trastornos emocionales, etc. Como razonamiento también añaden que el derecho consuetudinario, legislativo y constitucional, avala este argumento, pero en medicina es más una tesis moral que legal.

3. Argumentos basados en la fidelidad. Otra forma de argumentar la obligación de confidencialidad, es la basada en el deber moral del cumplimiento de los deberes implícitos y explícitos. Partiendo de la confianza del paciente y de las expectativas razonables de confidencialidad por parte del médico, este viene obligado a respetar las promesas implícitas que aparejan esa relación.

Sin embargo, ninguno de estos argumentos determina lo absoluto del deber de confidencialidad, habiendo situaciones en que está justificado no respetarlo²⁰⁰.

5.4.2.2. Infracciones justificables del deber de confidencialidad

El médico, en algunas circunstancias, tiene el derecho de no atender al deber de confidencialidad, aún cuando el paciente tenga el derecho, considerando todos los elementos, a que no se revele la información. En función de la gravedad de la situación, el derecho puede pasar de ser permisivo con la revelación a ser obligatorio. Así ocurre cuando del silencio pueden derivarse daños a terceros. Son situaciones especiales en que la vulneración de la obligación está justificada.

Hay otra obligación de ruptura del deber de cumplimiento que se da cuando el médico es requerido por los jueces en cumplimiento de la ley. El respeto a las leyes puede, a veces, poner al médico en situaciones difíciles, en cuanto al deber de confidencialidad, pues entran en colisión estas dos obligaciones de índole moral²⁰¹.

Hay también situaciones en que las cosas están tan claras, tanto legal como moralmente, que no implica ningún conflicto el cumplimiento. Sucede, por ejemplo, con la obligación de declaración a las autoridades de ciertas enfermedades, heridas producidas por terceros, abusos de menores, agresiones, etc.

200 Opus cit., pág., 407.

201 Opus cit., pág., 408.

También matiza el deber, en algunos países regulado legalmente, de comunicar el riesgo que pueden generar ciertas enfermedades para las personas relacionadas con el enfermo. En este último caso, debe quedar claro que los individuos que pueden beneficiarse de la información, no tienen derecho moral general sobre el médico para que este haga una declaración que les proteja, sino que este derecho le tienen sobre el enfermo y, el silencio del médico, del que hipotéticamente puede derivarse un daño, no implica maldad moral en este, que tiene derecho a mantener la confidencialidad de lo conocido²⁰².

5.4.3. Intimidad

La intimidad está relacionada con la limitación del acceso a la información sobre una persona en sus hábitos, costumbres, hábitat, sentimientos, etc. También en cuanto a su cuerpo y a los objetos íntimos relacionados con ella y en cuanto a sus relaciones con otras personas de su esfera más cercana.

La intimidad es un derecho que dimana directamente de los derechos fundamentales a la vida, la libertad y la propiedad, pero también del “derecho a disfrutar de la vida, del derecho de estar solo”²⁰³.

Según algunos autores, el derecho a la intimidad es el conjunto de una serie de derechos personales y de la propiedad de los cuales este deriva. No ser mirado, escuchado, acosado, dañado, herido o torturado, son derechos pretendidamente fundacionales de los cuales deriva el derecho a la intimidad.

Otro modelo es el que defiende el valor instrumental de la intimidad y del derecho a ella, al identificar varios fines que se logran gracias a ella. Lo defienden las teorías consecuencialistas, justificando el derecho en cuanto que instrumento para obtener fines tales como el desarrollo personal, la creación y desarrollo de relaciones íntimas y la expresión de la libertad individual.

Por último, hay un modelo que defiende que la justificación primaria reside en el principio de autonomía de la persona y la capacidad de ejercer acciones autónomas como puede ser conceder, o no, el acceso a la información.

Se ha defendido la bondad moral de la violación, o limitación de la intimidad, cuando

202 ENGELHARDT, H. TRISTRAM. Los fundamentos de la bioética, pág., 371.

203 BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, pág. 393.

se trata de procurar un bien mayor al enfermo del que se consigue si no se actúa así. Es una actitud de paternalismo indefendible en cuanto que no pueden ser infringidos los derechos a la intimidad y a la autonomía del paciente.

El respeto a esos derechos debe marcar la actuación del médico, si bien debemos considerar que hay casos puntuales en los que puede estar justificada la invasión de la intimidad, ponderando legítimos intereses frente a las ventajas de esta. Tal es el caso de los cribajes de enfermedad por VIH y en los que se pretende la detección y el tratamiento frente a tuberculosis activas, en los que el principio de prevención de males mayores, justifica la intromisión en las esferas de la intimidad personal²⁰⁴.

5.4.4. Fidelidad

La fidelidad, también llamada lealtad profesional, debe entenderse como la capacidad de cumplir los compromisos, promesas y juramentos, formulados voluntaria y libremente. Se expresa como respeto a los principios morales de autonomía, justicia y utilidad.

Pero, haga o no el médico un juramento al incorporarse a la profesión, viene obligado a la fidelidad en cuanto que establece una relación con el paciente, pues en este caso, la fidelidad descansa más en los valores de lealtad y confianza que en responder a la palabra dada²⁰⁵.

5.4.4.1. Conflictos de fidelidad y lealtades divididas

La lealtad profesional, en cuanto que principio moral, emana de la propia manera de ser y de los compromisos morales del médico más que de las promesas, votos y juramentos formulados o de los contratos realizados. Tradicionalmente, se ha concebido como el dar prioridad a los intereses del enfermo, por encima de los de otras personas e, incluso, del propio médico. Pero este ideal no siempre se ha cumplido, ni es exigible moralmente que se cumpla. No se puede obligar al médico a que atienda gratis a todos los enfermos o a que ponga en peligro su vida en el ejercicio de su profesión.

A esto es a lo que llamamos conflicto de intereses, que provocan lealtades divididas.

204 Opus cit., pág., 396.

205 Opus cit., pág., 413.

La estructura actual de las instituciones sanitarias, provocan a menudo estas lealtades divididas en cuanto a la asignación de funciones al profesional, la carga de trabajo o que el interés del enfermo entre en conflicto con el de los colegas, la institución, la empresa, etc. y el médico se encuentra en una encrucijada moral, sobre todo cuando se trata de una decisión apremiante. En ese momento deberá abandonar o modificar una de las lealtades en conflicto, como única forma de reconciliar la lealtad dividida.

Dentro del problema de las lealtades divididas, a veces, nos encontramos con que las obligaciones contraídas por el médico entran en conflicto con los intereses del paciente. Es el caso de algunas doctrinas religiosas que impiden la transfusión de sangre a sus miembros. También se da en las intervenciones intrauterinas de la mujer embarazada, en la que los intereses de la madre pueden chocar con los del feto.

El médico debe recurrir, en estos casos, a la autoridad judicial que establecerá la prioridad de la lealtad en el conflicto de intereses que el caso plantea²⁰⁶.

A menudo, el deber del médico para con el paciente, entra en conflicto con los intereses de la empresa o institución para la que trabaja. Tal es el caso de los reconocimientos médicos de empresa, el ejército o las instituciones penitenciarias.

En el primer caso, el médico deberá observar los preceptos recogidos en los códigos deontológicos y se negará a suscribir ningún contrato que le obligue a retener información que pueda ser beneficiosa para el paciente.

El médico militar puede perfectamente conciliar los intereses del ejército con los principios éticos, incluso en caso de guerra injusta, pues su servicio lo presta al ser humano, antes que al soldado y se atenderá, en cuanto a torturas y demás, a lo especificado en los códigos deontológicos y las declaraciones internacionales.

Otro tanto ocurre en cuanto a los médicos de prisiones y su participación en exploraciones, interrogatorios, preparación y participación en ejecuciones²⁰⁷.

206 Opus cit., pág., 415.

207 Opus cit., pág. 417.

V. MATERIAL Y MÉTODO

Para la parte de investigación bibliográfica hemos seguido el método basado en las normas UNESCO, para estas tareas, adaptadas por el Profesor Muñoz Garrido.

En primer lugar hemos procedido a la localización y selección de textos en formato libro, revista o página Web y su fichaje en soporte magnético. Extracción de la información y traslación de ésta a fichas conceptuales, también en soporte informático, utilizando el programa "FileMaker Pro 6". Posteriormente se han llevado, unas y otras, a soporte papel en tamaño de 10x15 para un mejor manejo a la hora de ser estudiadas. Por último hemos procedido a la redacción.

Acometer el estudio de las teorías éticas no es fácil, pues hay casi tantas como filósofos. Nos hemos centrado en las que afectan a la medicina. En cuanto a los principios, damos prioridad a los cuatro aceptados por la comunidad científica como los principales, pero hay otros, que también estudiamos, que deben ser tenidos en consideración.

El ejercicio profesional hunde sus pilares en la Ética Médica, modula sus actuaciones mediante los códigos deontológicos y viene regulado por las leyes. Pero más allá de las teorías, de los principios, de los códigos y de las leyes está el ser dignamente médico. A este estado, que imprime carácter, la gran medicina árabe lo llamó *niya*²⁰⁸, posteriormente se le ha llamado vocación médica. Nosotros sólo lo llamamos ser médico. Por considerarlo de capital importancia, hemos dedicado un apartado.

Con la investigación sobre la "**Ética de los Problemas**" pretendemos averiguar los conocimientos en ética y deontología médica que posee el médico de Atención Primaria. Que es lo que le preocupa, hoy, en su actividad curadora, desde el punto de vista moral y en que grado. Queremos saber como asume y que respuesta da a los problemas éticos que el ejercicio diario le plantea. Y la mejor manera de averiguarlo es preguntándole.

A la hora de definir a quiénes íbamos a preguntar y qué cuestiones queríamos plantear barajamos varias hipótesis. Del análisis de todas ellas sacamos muchas dudas y alguna certeza.

208 SCHIPPERGES, H., "La Ética Médica en el Islam Medieval", *Asclepio*, N.º. XVII, pág. 113

En lo territorial, nos decidimos por circunscribirnos a la provincia de Toledo, pues intentarlo a nivel nacional planteaba unos problemas de logística económicamente inasumibles. Lo mismo ocurría si lo hacíamos a nivel regional.

Por tanto el territorio es el correspondiente a la circunscripción del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Toledo, es decir, la provincia de Toledo. La población, los médicos de Atención Primaria en ejercicio en toda la provincia.

La sabiduría y experiencia del Profesor Muñoz Garrido, mis treinta años de ejercicio y el estudio específico de la materia durante más de tres años, nos daban una visión aproximada de lo que queríamos y de cómo había que formular las cuestiones.

Recabamos la ayuda, por su experiencia en estos asuntos, de Don Ignacio Durán González, Doctor en Medicina por la Universidad de Madrid y especialista en Oncología. La de mis compañeros del Centro de Salud “Talavera Centro”, Don José Juan Carbayo García y Doña Laura Ruiz López. Así se hizo el primer borrador. Después de este vinieron muchos más. Por fin dimos el visto bueno al último. Con respuestas abiertas, se le sometió a un pilotaje con un número de compañeros que se consideró suficiente. Tras las correcciones pertinentes, obtuvimos el documento definitivo.

Este consiste en una encuesta que consta de cinco bloques, con un total de cuarenta y siete preguntas con respuestas directas, en algunos casos, en otros opcionales y, en algún caso, con sistema de gradación. Los cinco bloques se articulan de la siguiente manera:

PRIMERO: Recoge los datos demográficos.

SEGUNDO: Pretende averiguar la formación y conocimientos del médico de Atención Primaria en Ética y Deontología Médica.

TERCERO: Conocer las principales preocupaciones éticas que el ejercicio suscita y la gradación que hace de estos.

CUARTO: La respuesta que da a los problemas éticos que se le presentan en la relación cotidiana con sus pacientes.

QUINTO: La que da a los que se le plantean en su relación con terceros (compañeros, administración e industria farmacéutica).

La sistemática que se ha seguido, una vez impreso el correspondiente cuadernillo, ha sido la distribución territorial por Centros de Salud. Se ha llegado a todos los centros y a todos los profesionales. A los 48 Centros de Salud, urbanos y rurales, articulados en las tres Áreas

Sanitarias en que se divide la provincia, se han hecho llegar los cuadernos correspondientes a cada uno de los médicos titulares de las plazas de esos Centros, independientemente del grado de vinculación administrativa que tengan. Así se han distribuido 385 cuadernos que, una vez contestados, se recogen garantizando la confidencialidad y el anonimato de las respuestas. Una vez recogidos, hemos procedido a su cuantificación y análisis.

1. POBLACIÓN ESTUDIADA

La población a la que se dirige la encuesta, como ya ha quedado dicho, son todos los médicos de Atención Primaria con plaza en el ejercicio público de la provincia de Toledo, independientemente de la vinculación administrativa a esa plaza.

1.1. Descripción

Las características de la población es asunto importante; pues de lo que se trata es de conocer el punto de vista de aquellos que asiduamente atienden a una población fija, con la cual tienen una relación habitual médico-paciente que no otorga, por ejemplo, el trabajo en las urgencias. Lo mismo ocurre con otras áreas de la cartera de servicios que presta la Atención Primaria.

La razón de llevarla a cabo, sólo en los profesionales que ejercen la medicina pública, responde a que, en esta provincia, los compañeros que hacen asistencia privada, salvo alguna excepción, son los mismos que actúan en la pública.

La metodología seguida para la distribución territorial de la encuesta ha sido la de utilizar la red provincial de Centros de Salud. El objetivo a alcanzar era que todos los médicos de cada uno de éstos tuvieran la oportunidad de contribuir a la investigación que se pretende.

La provincia de Toledo consta de tres Áreas de Salud regidas cada una de ellas por las correspondientes Gerencias de Atención Primaria que acogen a cuarenta y ocho Zonas Básicas de Salud o Centros de Salud, de ellos cuarenta son rurales y ocho urbanos (cuatro en Talavera de la Reina y otros tantos en Toledo). A todos ellos hemos llegado.

Una vez distribuida, con el ruego de que fuera respondida, cada uno era libre de contestar o no. Se han tomado las medidas adecuadas y suficientes para garantizar la confidencialidad y anonimato de las respuestas.

El trabajo de campo se ha llevado a cabo desde el día 8 de Mayo al 30 de Octubre de 2008.

1.2. Cuantificación

Para conocer el número de profesionales ejercientes que respondían a las características prefijadas y detalladas más arriba, es decir, el tamaño de la población, nos hemos atendido a los datos proporcionados por los Gerentes de Atención Primaria de las tres áreas (Toledo, Talavera de la Reina y Alcázar de San Juan) cuyas Certificaciones se adjuntan a continuación. El dato correspondiente al sexo de los compañeros en ejercicio no consta en las certificaciones. Se solicitó posteriormente, siendo proporcionado por la misma fuente vía telefónica, al considerarle necesario para verificar la validez estadística de esta variable.

Hemos de hacer notar que el Certificado de del Sr. Gerente de Atención Primaria del Área de Toledo lleva fecha posterior al periodo en que se realizó la encuesta. Simplemente se debe a que el primero (Junio, 2008) lo envió vía mail. La dirección de la tesis entendió que debía hacerse de igual forma que los otros dos.

También hemos de aclarar que Alcázar de San Juan corresponde a la Provincia de Ciudad Real pero su Gerencia, conocida como Mancha Centro, engloba cuatro Zonas Básicas de Salud de la provincia de Toledo (Quintanar de la Orden, Madridejos, Villacañas y Villafranca de los Caballeros). Estas son las que cuantificamos.

Certificación del Área de Salud de Toledo.



C/ Barcelona, 2 45005 TOLEDO
Teléfs. 925 25 99 11 - 925 25 99 00
Fax: 925 21 54 50



DON FRANCISCO FERNANDEZ PAEZ, Director Gerente de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Toledo. Sescam.

CERTIFICA:

Que en la actualidad en el Área de Atención Primaria de Toledo se encuentran trabajando 236 médicos de EAP (titulares).

Y para que así conste a petición del interesado, y surta los efectos oportunos, expido la presente certificación en Toledo a dieciocho de diciembre de dos mil ocho.



Fdo. Francisco Fernández Páez
Director Gerente
Gerencia Atención Primaria Toledo

Certificación del Área de Salud de Talavera de la Reina.



GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TALAVERA
C/ José Luis Gallo, Nº 2. 45600 Talavera de la Reina (Toledo)
N.I.F. Q-4500146-H
Telfs.: 925 82 15 09 – 925 82 79 36 / Fax: 925 81 71 08



D. FERNANDO GRAGERA GABARDINO,

***DIRECTOR GERENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE TALAVERA DE LA REINA.***

CERTIFICA:

***En el Área Sanitaria de Talavera de la Reina hay 116 Médicos
de Familia.***

***Y para que conste, a los efectos oportunos, firma el presente en
Talavera de la Reina, a 23 de junio de 2008***

Certificación del Área de Salud de Alcazar de San Juan ("Mancha Centro")

Gerencia Atención Primaria

Avda. de los Institutos, s/n.
13600 ALCAZAR DE SAN JUAN
Tel.: 926 588 115 Fax: 926 547 830



D. ALVARO LEAL GARCIA CON D.N.I. 70985027N EN CALIDAD DE DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ALCAZAR DE SAN JUAN

CERTIFICA:

Que el numero de médicos que trabajan en las distintas Zonas Básicas de Salud de esta Área Sanitaria y que pertenecen a la provincia de Toledo son los siguientes:

ZBS	MEDICO DE FAMILIA	PEDIATRAS
QUINTANAR DE LA ORDEN	15	4
MADRIDEJOS	6	1
VILLACAÑAS	7	2
VILLAFRANCA DE LOS CABALLEROS	5	1

No es válida ninguna anotación
debajo de este texto

Y para que conste y surte los efectos oportunos a petición de la Dirección Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina, expido y firmo el presente en Alcázar de San Juan a veintiséis de mayo de dos mil ocho

FORO DE SANIDAD DE CASTILLA LA MANCHA
AL DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD Y C.C.
SERVICIO DE SANIDAD DE CASTILLA LA MANCHA
GERENCIA
ALCAZAR DE SAN JUAN
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Fdo: Francisco A. Reyes Reyes

Según estas certificaciones la población por Áreas es la siguiente:

Área de Salud	Mujeres	Hombres	Total
Toledo	95	141	236
Talavera de la Reina	40	76	116
Alcázar de San Juan	9	24	33
TOTALES	144	241	385

Tabla 1

Esto hace un total de **385** médicos ejercientes en la Atención Primaria de la Provincia de Toledo de los que 144 (37,4 %) son mujeres y 241 (62,6 %), hombres.

2. ENCUESTA

El médico de Atención Primaria está sobrecargado en el trabajo. A algunos les citan un enfermo cada cuatro minutos. Al día pueden atender, en algunos casos, entre ochenta y noventa pacientes. Sí que es cierto que buena parte de esas consultas son administrativas: realización de recetas, partes de baja, informes, etc. Pero también llevan su tiempo y su esfuerzo. Conscientes de ello diseñamos una encuesta fácil de manejar, cuya realización no llevara mucho más de veinte minutos y cuyos contenidos respondieran a lo que queríamos investigar.

2.1. Formato físico

Cuadernillo de tapas duras, la primera transparente y la de cierre más resistente, para facilitar el apoyo a la hora de escribir. Unido por espiral metálica y en tamaño DIN-A4. Impreso a doble cara, salvo la portada. En total seis hojas, con diez caras de impresión, incluida portada.

2.2. Contenido

Hemos de distinguir la portada, las cartas de presentación de este doctorando y la del Señor Gerente de mi Área de Salud, Dr. D. Fernando Grajera Gabardino, avalando el trabajo, y la encuesta propiamente dicha.

Destacamos, a continuación, estos elementos constitutivos:

2.2.1. Portada

**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE MEDICINA**

**Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica,
Medicina Legal e Historia de la Ciencia**



TESIS DOCTORAL

**ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA
EN ATENCION PRIMARIA
LA ÉTICA DE LOS PROBLEMAS**

Sixto López Martín

2008

2.2.2. Cartas de presentación

SIXTO LÓPEZ MARTÍN
MÉDICO
Col. 2.376

José Barcena, 70, 2º Dcha
925828058-617085315
Talavera de la Reina
(Toledo)

Distinguido compañero:

Me permito solicitar tu atención y tu tiempo manifestándote, de antemano, mi gratitud por dedicármelos.

Hay magníficos tratados sobre ética médica, deontología, corrientes de reflexión ética, principios éticos, etc., pero nadie ha abordado globalmente, que yo sepa, los problemas éticos que se le plantean al médico de A. P. en el ejercicio diario.

Y a eso es a lo que voy. Y entiendo que la mejor manera de conocerlos es preguntar al interesado. Por ello, como parte final de mis estudios de postgrado, afronto como memoria o Tesis Doctoral el estudio de **“La ética de los problemas en Atención Primaria”** en un intento de establecer cuales son y como afrontamos su solución.

La encuesta que te presento tiene cinco bloques. El primero son datos demográficos. El segundo trata de averiguar la formación recibida y la posesión de conocimientos en la materia. El tercero establece la posibilidad de conocer las preocupaciones éticas del médico y el rango de importancia que este las aplica. Por fin, el cuarto y el quinto afrontan directamente las respuestas a los problemas éticos habituales que se nos plantean en la relación con nuestros pacientes y con terceros.

La encuesta es absolutamente anónima y pretende sólo conocer, no juzgar la práctica ni las opiniones. Por ello te ruego la cumplimentes respondiendo de forma sincera a las preguntas planteadas. Soy consciente de que en algunos casos es difícil optar por una sola respuesta entre las múltiples opciones. Procura escoger aquella que más se ajuste a tu práctica u opinión.

La consecuencia primera de este estudio, cuya confidencialidad te garantizo, es obvia. Pero, más allá de mi propia Tesis Doctoral, tengo la esperanza de que sirva para esclarecer y delimitar los campos éticos en los que nuestra actuación profesional se desenvuelve. En estos momentos, en que el paradigma clásico de la profesión ha desaparecido y el futuro está por definir, lo encuentro especialmente valioso.

Termino donde empecé: gracias, muchas gracias.



Sixto López Martín



GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TALAVERA
C/ José Luis Gallo, Nº 2. 45600 Talavera de la Reina (Toledo)
Telfs.: 925 82 15 09 - 925 82 79 36 / Fax: 925 81 71 08



Estimados Compañeros:

Como alguno de vosotros conocéis, nuestro compañero Sixto López, está realizando su tesis doctoral. Uno de los apartados de dicha tesis incluye la realización de una encuesta para conocer las opiniones, formación y práctica habitual de los facultativos en temas relativos a la ética y a los problemas éticos que surgen en la práctica diaria en Atención Pimaria.

Desde la Gerencia os animamos a participar en dicha encuesta y a expresar libremente vuestras opiniones, como no podría ser de otra manera.

Un afectuoso saludo.

El Director Gerente

Fdo. Fernando Gragera Gabardino.

2.2.3. La encuesta propiamente dicha

La hemos articulado en cinco bloques:

BLOQUE 1. DATOS DEMOGRÁFICOS.

Encaminado a la obtención de características demográficas necesarias para el conocimiento de la población encuestada, que nos aportarán variables para el análisis comparativo.

A continuación se solicitan una serie de datos demográficos.

1. Por favor, indíquenos su edad.

Edad

2. Por favor, indíquenos sus años de ejercicio en A.P.

Años de ejercicio

3. Por favor, indíquenos su sexo

Mujer

Varón

4. Por favor, indíquenos su ámbito de trabajo.

Medio rural

Medio urbano

5. Cómo fue su formación como médico de atención primaria

MIR

NO MIR

BLOQUE 2. FORMACIÓN EN ÉTICA Y DEONTOLOGIA MÉDICA.

Su razón de ser estriba en la necesidad de tener una idea aproximada de la formación recibida en esta parcela, inquietudes sobre su conocimiento, saberes del médico con respecto al objeto de esta tesis y la gradación que hacen de los cuatro principios éticos, aceptados como principales por la comunidad científica.

Las siguientes preguntas se refieren a la formación que usted haya recibido en ética médica y deontología.

1. ¿Cursó usted la asignatura de ética y deontología médica en la Facultad?

Sí No No recuerdo

2. ¿Ha recibido formación sobre Ética Médica posteriormente?

No Sí, Autoformación Sí, Cursos Sí, Máster o Diplomatura Sí, Doctorado Sí, Otros

3. ¿Considera que la ética médica es una disciplina que debe formar parte de la formación del médico como cualquier otra asignatura de la carrera?

Sí No

4. ¿Conoce alguna de las principales corrientes de reflexión ética? (utilitarismo, deontologismo, principialismo, ética de la virtud, etc.)

Sí No

5. ¿Está familiarizado con los 4 principios éticos aceptados como principales? (Beneficiencia, Justicia, No Maleficencia y Autonomía?)

Sí No

6. Si su respuesta a la pregunta anterior ha sido "Sí" ordene por favor los cuatro principios éticos de mayor a menor importancia. (Escala: 1:El más importante; 4:El menos importante)

	1	2	3	4
Beneficiencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Justicia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No Maleficencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autonomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Conoce el código deontológico profesional vigente?

Perfectamente Regular Muy superficialmente Lo desconozco

8. ¿Conoce las principales declaraciones de la Comisión Central de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Médicos de España?

Perfectamente Regular De forma superficial Las desconozco

9. Indique el grado de conocimiento de las siguientes leyes reguladoras del ejercicio profesional médico en España

	Bien	Regular	Mal	La desconozco
Constitución Española	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ley General de Sanidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ley Orden. Prof. Sanit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ley Autonomía del Paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BLOQUE 3. PREOCUPACIONES ÉTICAS DEL MÉDICO DE A. P.

Es difícil cuantificar numéricamente las percepciones y los sentimientos. La preocupación ética atañe, en parte, a esos campos. Todos hemos experimentado la dificultad que, a veces, entraña la aplicación de la Escala Analógica Visual para cuantificar el dolor.

Con esto pasa igual. Por ello no hemos aplicado una escala numérica, a la hora de investigar las preocupaciones éticas del médico, limitándonos a una escala de cuatro grados, a la que se puede tildar de subjetiva pero que entendemos más real a la hora de expresar esas preocupaciones. Éstas las hemos encuadrado dentro de tres apartados. El orden en las opciones, como puede verse, es alfabético con la intención de no ejercer influencia externa que pueda condicionar las respuestas.

En las siguientes preguntas tratamos de valorar las cuestiones que más preocupan al profesional de A.P. en el ámbito de la ética médica.

1. En relación a los siguientes conceptos indique el grado de preocupación que le producen según la siguiente escala:

	Me preocupa mucho	Me preocupa moderadamente	Me preocupa poco	Me es indiferente
Formación continuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nivel de preparación ética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nivel de preparación técnica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión Asistencial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión de la administración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación con los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación con los pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguridad Laboral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. En relación a los siguientes conceptos indique hasta qué punto representan un problema ético en su actividad profesional cotidiana:

	Es un problema muy serio	Es un problema relevante	No representa un problema	Me es indiferente
Atención al enfermo "difícil"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención al inmigrante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicación de diagnóstico fatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eutanasia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expedición de bajas laborales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescripción de EFG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescripción de la "pildora del día despues"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receta de complacencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solicitud de aborto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Indique el grado de preocupación en relación a los siguientes conceptos en su práctica profesional:

	Me preocupa mucho	Me preocupa moderadamente	Me preocupa poco	Me es indiferente
Carrera Profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión para disminución del gasto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación con Especializada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación con la Administración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación con la I.Farmaceútica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Remuneración salarial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respaldo jurídico de la Administración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguridad de la historia clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BLOQUE 4. RESPUESTA DEL MÉDICO DE A. P. ANTE PROBLEMAS ÉTICOS QUE SE SUSCITAN EN LA RELACIÓN CON SUS PACIENTES.

El enunciado habla por sí solo. Las interpelaciones formuladas responden a lo que cada día tenemos que resolver, a veces, incluso, con premura. No contamos con una comisión ética en los centros de salud que pueda discutir la situación y aconsejarnos. La mayoría de las veces ni siquiera hay tiempo u ocasión para recurrir a la ayuda del equipo o del compañero más cercano. Es la soledad del médico de cabecera.

La selección de las cuestiones responde a un cuidado análisis previo sobre los dilemas éticos que se nos presentan en el ejercicio diario de nuestra profesión.

Junto a los que podríamos llamar de primera división, como el aborto o la eutanasia, hay otros, sin ninguna duda menos llamativos, pero que no por ello dejan de ser importantes. Es el caso de la píldora postcoital, que puede poner al médico, consciente de que no está claro su mecanismo de actuación, en una disyuntiva ética.

Tampoco podemos olvidar la baja laboral por enfermedad o accidente, que en determinadas circunstancias puede introducir factores de distorsión en el normal discurrir ético del médico, como veremos más adelante. Lo mismo ocurre con la atención al paciente difícil, la receta de complacencia, la falta de respuesta adecuada del tratamiento prescrito por el especialista o la comunicación de diagnóstico fatal.

Y dos problemas recientes en el tiempo, lo que no disminuye en un ápice su importancia: la atención al enfermo inmigrante y la prescripción de los llamados medicamentos genéricos.

Y entre todas esas preguntas, se desliza una de capital importancia: ¿Cómo es la relación del médico con sus pacientes?

Esta profesión se ha basado durante siglos y se seguirá basando en la relación médico-paciente. Si bien es un asunto básico en todas las especialidades médicas, cobra una especial dimensión en Atención Primaria. El médico de familia, hasta hace poco llamado de cabecera, es algo más, para su enfermo, que alguien capaz de diagnosticar y tratar su enfermedad. La relación se hace más estrecha, más cercana, más íntima, más humana. Es una de las ventajas de ser y hacer esto. Ahí reside la importancia de esta pregunta.

Las siguientes preguntas van encaminadas a conocer su actitud frente a situaciones controvertidas desde el punto de vista ético. Recuerde que las respuestas a este cuestionario son anónimas y permanecerán en la confidencialidad.

1. ¿Está de acuerdo con la legislación vigente sobre el aborto? (Escala: 1:Nada de acuerdo; 5:Completamente de acuerdo)

- 1 2 3 4 5

2. Ante una solicitud de aborto referida al 1º supuesto (sufrimiento madre) contemplado en la legislación vigente, ¿De qué manera procede habitualmente?

- Facilito directamente los trámites a la paciente Intento disuadirla y si no lo logro, la derivo
 La derivo directamente a otro compañero/Administración

3. Ante una petición de eutanasia de un enfermo desahuciado y en perfecta posesión de sus facultades mentales, ¿Como procedería?

- Según sus deseos, le ayudaría a bien morir No colaboraría y pasaría el caso a otro compañero
 No colaboraría No colaboraría y daría cuenta a la Autoridad Civil

4. ¿Está de acuerdo con que el Facultativo determine la madurez ante la solicitud de la "píldora del día después" entre los 13 y 16 años? (Escala: 1:Nada de acuerdo; 5:Completamente de acuerdo)

- 1 2 3 4 5

5. Ante la petición de una menor entre 13 y 16 años de la "píldora del día después" ¿Cómo procede habitualmente?

- No prescribo y la derivo
 Se la prescribo sin más
 Le pido que venga con un adulto sin determinar previamente su madurez
 Intento determinar el grado de madurez y si la considero madura prescribo el tratamiento; si no, le pido que venga acompañada de un adulto

6. En una mujer mayor de 16 años, ¿Cómo actúa?

- No prescribo y la derivo
 Se la prescribo
 Valoro situación antes de prescribir

7. ¿Considera que, ante las barreras lingüísticas y culturales en la atención al paciente inmigrante, debería éste ser atendido por compañeros específicamente formados? (Escala: 1:Nada de acuerdo; 5:Completamente de acuerdo)

- 1 2 3 4 5

8. Ante dificultades lingüísticas, culturales, etc, con un paciente inmigrante, ¿cómo actúa habitualmente?

- Le doy una receta para "quitarmelo de en medio" Recorro a un compañero que pueda salvar mejor dichas barreras
- Le derivo al especialista directamente Me esfuerzo por entenderlo, vencer las barreras y tratar de llegar a un diagnóstico adecuado a pesar del tiempo extra que necesite este paciente

9. ¿Considera que el actual sistema de baja por incapacidad laboral debe seguir siendo asumido por el médico de atención primaria? (Escala: 1:Nada de acuerdo; 5:Completamente de acuerdo)

- 1 2 3 4 5

10. Cuando un paciente en baja laboral no quiere que le dé el alta a pesar de que usted considera que está indicado, ¿Cómo procede habitualmente?

- Transijo y le mantengo la baja Informo a la inspección médica inmediatamente
- Prolongo la situación alguna semana más y si no logro persuadirle informo a la inspección Se la doy aunque me suponga un enfrentamiento con el paciente

11. Ante un paciente que le solicita la baja laboral porque tiene a su cuidado un familiar gravemente enfermo, ¿cómo procede habitualmente?

- Se la doy, sin más Planteo el problema a la inspección médica
- Se la doy condicionada a buscar una solución alternativa en un corto periodo de tiempo Se la niego

12. Ante un paciente difícil, hiperfrecuentador y desconfiado, ¿cómo actúa habitualmente?

- No le presto atención Le trato con frialdad y displicencia para, de ese modo, evitar el número excesivo de consultas "inútiles"
- Le recrimino su actitud Continuo con mi método de trabajo a pesar de su actitud
- Le pido que se cambie de cupo o solicito el cambio

13. Cuando un paciente le solicita una o varias recetas de fármacos prescritos por un médico privado o de algún medicamento que en el pasado otro compañero le prescribió y le resultó eficaz para una determinada patología, ¿cómo actúa habitualmente?

- Expido la receta sin más Trato de verificar la patología y la posible indicación y si, según mi criterio, la prescripción es correcta le hago las recetas
- No expido la receta

14. A la hora de prescribir una EFG, ¿cómo actúa habitualmente?

- No prescribo EFG sino marca comercial Prescribo EFG por considerarlo eficaz
- Prescribo EFG para disminuir el gasto farmacéutico Prescribo EFG para mejorar mis incentivos

15. Uno de sus enfermos ha sido derivado al hospital y se le ha prescrito un tratamiento cuya eficacia parece no ser la adecuada dada la evolución del paciente, ¿Cómo procede habitualmente?

- Cambio el tratamiento explicándole al enfermo que el tratamiento que le han prescrito no es el adecuado
- Remito de nuevo al enfermo al especialista para una nueva valoración
- Cambio el tratamiento explicándole al enfermo que el especialista lo hizo bien pero por razones ajenas a él, la terapia instaurada no esta funcionando correctamente.

16. ¿Cómo es, en líneas generales, la relación que mantiene habitualmente con sus enfermos?

- Casi familiar
- Cordial
- Simplemente profesional
- Distante

17. A la hora de comunicar un diagnóstico fatal a un enfermo adulto y en plena posesión de sus facultades mentales ¿Cómo procede habitualmente?

- No se lo digo al paciente, se lo comunico a la familia.
- Se lo comunico directamente al paciente evitando datos sobre pronóstico vital y desarrollo de la enfermedad.
- Se lo comunico directamente al paciente transmitiendo toda la información.

18. Cuando a un paciente suyo le entregan un documento de consentimiento informado en el hospital para un procedimiento diagnóstico o terapéutico y este se lo trae a Vd para revisarlo y recibir su consejo, ¿cómo procede habitualmente?

- Rehuyo el caso, indicándole que no tengo tiempo.
- Le recomiendo que lo lea detenidamente o que se lo lea algún allegado.
- Le explico que es un mero formalismo y que debe firmarlo evitándose así angustias y preocupaciones.
- Le explico lo mejor que puedo en qué consiste para que pueda tomar una decisión informada.

BLOQUE 5. RESPUESTA DEL MÉDICO DE A. P. ANTE LOS PROBLEMAS ÉTICOS QUE SE SUSCITAN EN LA RELACIÓN CON TERCEROS.

Hablábamos, antes, de la masificación de las consultas. Es un hecho constatado. Lógicamente el esfuerzo del profesional por sacar adelante la tarea diaria que se le encomienda le somete a una aceleración en el trabajo que debe ir en detrimento de la calidad que presta y, posiblemente, en el encarecimiento de ésta por el exceso de pruebas complementarias y consultas de especialidades. Lo hemos preguntado.

Podría entenderse que el deber ético del estudio es algo que solamente atañe al médico, pero no es así. También atañe a la empresa para la que trabajamos. Toda empresa que se precie, procura el incremento formativo y el progreso de sus trabajadores. En los acuerdos laborales figuran cinco días de formación que se suponen para asistencia a congresos, cursos, etc. ¿Pero, y el resto? ¿Son suficientes cinco días al año para poder tener una formación continuada y un “estar al día” adecuado? Decididamente no. Y por otra parte; ¿todos los médicos tiene el deseo de continuar formándose?

Las restantes preguntas que integran este bloque están relacionadas directamente con esa convivencia diaria que tenemos con la industria farmacéutica y la administración que nos tutela, paga y dirige.

Las preguntas de esta sección tratan de valorar de qué manera responde el profesional de atención primaria ante los problemas éticos que surgen en su práctica cotidiana en su relación con terceros.

1. ¿Está de acuerdo en que la presión asistencial que soporta en su ejercicio diario repercute negativamente en la atención de sus enfermos aumentando las derivaciones a especialistas y el gasto en pruebas complementarias? (Escala: 1:Nada de acuerdo; 5:Completamente de acuerdo)

- 1 2 3 4 5

2. Si está de acuerdo en que la presión asistencial exagerada es un factor con un impacto negativo en la calidad de su ejercicio profesional ¿Cómo cree que debe solucionarse? (Si no de esta de acuerdo con el enunciado puede saltar esta pregunta)

	Nada de acuerdo	Un poco de acuerdo	Indiferente	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
Espaciando las citas aun a costa de aumentar la lista de espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imponiendo un "ticket moderador"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitando al médico las tareas administrativas que enlentecen la consulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disminuyendo los cupos y creando más plazas para médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. ¿Cumple con el deber ético del estudio y la formación continuada como profesional médico? (Escala: 1:No lo cumplo nada; 5:Lo cumplo completamente)

- 1 2 3 4 5

4. Si la respuesta a la anterior pregunta ha sido 3 o menos, ¿A qué cree que es debido fundamentalmente?

- Considero que mi formación es suficientemente buena. No tengo tiempo para estudiar dada la elevada presión asistencial
- La categoría y consideración de mi trabajo no merecen un esfuerzo extra por mi parte La administración no se preocupa en proteger parte de nuestro tiempo para el estudio ni en proporcionar una adecuada formación continuada.

5. ¿Está usted de acuerdo en que la presión de la industria farmacéutica influye en su política prescriptora? (Escala: 1:Nada de acuerdo; 5:Completamente de acuerdo)

- 1 2 3 4 5

6. Si su respuesta ha sido "4" o "5", ¿A qué lo atribuye?

- El proporcionarme información científica de un producto me facilita el conocimiento del mismo y me predispone a su prescripción frente a otros productos similares
- Al buen marketing del visitador médico, independientemente del valor científico del fármaco
- A los "mecanismos de recompensa" utilizados (Viajes, regalos, comidas, etc...)

7. ¿Está de acuerdo en que, en base a las horas de trabajo, el grado de responsabilidad y la formación necesaria, su trabajo está bien retribuido? (Escala: 1:Nada de acuerdo; 5:Completamente de acuerdo)

- 1 2 3 4 5

8. ¿Considera que el sistema de incentivos de la administración, basado fundamentalmente en indicadores de prescripción farmacéutica, es el adecuado? (Escala: 1:Nada de acuerdo; 5:Completamente de acuerdo)

- 1 2 3 4 5

9. ¿Considera adecuada la presión ejercida sobre el profesional por la administración para la contención del gasto farmacéutico? (Escala: 1:Nada de acuerdo; 5:Completamente de acuerdo)

- 1 2 3 4 5

10. ¿Considera seguro el actual sistema de custodia de historias clínicas en cuanto a la preservación del derecho de sus enfermos a la confidencialidad, intimidad, secreto profesional, etc...? (Escala: 1:Nada seguro; 5:Completamente seguro)

- 1 2 3 4 5

11. En su opinión, ¿cuál es el valor y la utilidad de la historia clínica, fundamentalmente?

- Es un instrumento básico para desarrollar una medicina de calidad tanto asistencial como docente
 Es el documento básico para justificar las acciones profesionales legalmente
 Es una mera recopilación de información sin mayor valor

12. ¿Se considera respaldado jurídicamente por la Administración en caso de conflicto? (Escala: 1:Nada respaldado; 5:Completamente respaldado)

- 1 2 3 4 5

BLOQUE 6. AGRADECIMIENTO.

Gracias por haber participado en esta encuesta sobre ética médica y deontología.
Su colaboración es muy valiosa.

3. ESTADÍSTICA DE CONTRASTE UTILIZADA

En el presente estudio, junto con la estadística descriptiva de la muestra analizada, se realizan dos tipos de análisis:

Por un lado, se estudia la significatividad de las proporciones muestrales como estimadores de las poblacionales en las cuestiones más controvertidas (principalmente, las correspondientes a los bloques cuarto y quinto). El objetivo de este análisis es obtener conclusiones válidas a nivel poblacional (en nuestro caso, los médicos de Atención Primaria de la provincia de Toledo) a partir de las obtenidas para la muestra.

Por otro lado, se estudia la relación que puede existir entre cada una de las variables demográficas de interés (sexo, ámbito de trabajo y formación) con las cuestiones señaladas en el apartado anterior. Es decir, queremos analizar si la respuesta a una determinada cuestión depende de alguna de las características demográficas de los individuos.

Para el primer análisis, utilizamos el contraste de chi-cuadrado cuya idea básica consiste en comparar las frecuencias observadas en la muestra para cada respuesta, con las frecuencias esperadas si supusiéramos que las respuestas son aleatorias (misma frecuencia para cada respuesta). En este tipo de contraste, la hipótesis nula recoge la distribución teórica que implica una determinada probabilidad p_i para cada una de las k respuestas consideradas, con $\sum p_i = 1$. La probabilidad p_i multiplicada por el tamaño muestral proporciona la frecuencia teórica $T_i = n p_i$ que debería haberse observado en la muestra, de ser la hipótesis nula cierta. Por otra parte, cada una de las respuestas tiene su propia frecuencia observada, $O_i = n_i$. Si la muestra procediera efectivamente de la distribución de probabilidad que hemos recogido en la hipótesis nula, ambas frecuencias, la teórica, T_i , y la empírica, O_i , no deberían diferir mucho. El estadístico utilizado es el siguiente:

$$\chi^2_{k-1} = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - T_i)^2}{T_i} = \sum_{i=1}^k \frac{(n_i - n p_i)^2}{n p_i}$$

Este estadístico propuesto por Pearson, sigue una distribución chi-cuadrado con un número de grados de libertad igual al número de respuestas diferentes consideradas, menos uno. Para que la distribución chi-cuadrado sea una aproximación razonable, es preciso que las frecuencias observadas en la muestra para cada respuesta sean mayores o iguales a 5.

Si alguna respuesta tiene frecuencia menor, debe agruparse con otras.

En cuanto al segundo análisis, el contraste de independencia entre cada una de las variables demográficas con las cuestiones estudiadas se realiza a través de tablas de contingencia. Una tabla de contingencia es una clasificación de frecuencias en función de dos variables (por ejemplo, sexo y respuestas a una cuestión del bloque cuarto o quinto). La hipótesis principal que se estudia es la independencia entre las variables de clasificación. En este caso también se utiliza un test chi-cuadrado de Pearson en el que la medida de discrepancia utilizada es la diferencia relativa entre las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas. El número de grados de libertad, en este caso, es el producto del número de filas menos uno por el número de columnas menos uno. Cuando las variables están relacionadas, podemos obtener un coeficiente de dependencia entre cero y uno que se denomina coeficiente de contingencia y que se expresa de la siguiente manera:

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + N}}$$

Donde χ^2 es el estadístico resultante; y N es el tamaño muestral o frecuencia total en la tabla de contingencia.

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. RESPUESTAS, DEMOGRAFÍA, CONOCIMIENTOS Y PREOCUPACIONES ÉTICAS

1.1. Respuestas

Del total de 385 respuestas posibles, hemos obtenido 287, lo que significa un 74,55 % de la población. Estas respuestas, distribuidas por Áreas y Centros de Salud, han sido las siguientes:

Área de Salud de Toledo

Centros de Salud	Médicos	Respuestas	Porcentaje
Añover de Tajo	5	5	100%
Bargas	10	9	90%
Camarena	7	6	85,7%
Consuegra	10	8	80%
Corral de Almaguer	6	3	50%
Escalona	8	5	62,5%
Esquivias	9	6	66,6%
Fuensalida	6	5	83,3%
Illescas	15	11	73,3%
La Puebla de M.	12	8	66,6%
Los Yébenes	9	9	100%
Menasalbas	8	3	37,5%
Mora	9	7	77,7%
Navahermosa	5	2	40%
Noblejas	8	6	75%
Ocaña	5	3	60%
Polán	8	7	87,5%
Santa Cruz de la Z.	5	2	40%
Sonseca	5	4	80%
Tembleque	5	5	100%
Toledo 1 Sillería	12	10	83,3%
Toledo 2 Palomarejos	15	11	73,3%
Toledo 3 Benquerencia	13	11	84,6%
Toledo 4 S. Bárbara	11	8	72,7%
Torrijos	10	8	80%
Valmojado	5	5	100%
Villaluenga de la S.	8	5	62,5%
Yepes	7	2	28,6%
TOTALES	236	174	73,7%

Tabla 2

Área de Salud de Talavera de la Reina

Centros de Salud	Médicos	Respuestas	Porcentaje
Aldeanueva de S. Bart.	5	2	40%
Belvís de la J.	5	3	60%
Castillo de B.	6	3	50%
Cebolla	6	6	100%
La Nava de R.	7	2	28,60%
Navamorcuende	5	5	100%
Navalmorales	7	7	100%
Oropesa	7	6	85,70%
Pueblanueva	5	5	100%
Puente del A.	4	3	75%
Santa Olalla	8	5	62,50%
Talavera 1 Centro	13	13	100%
Talavera 2 La Estación	11	11	100%
Talavera 3 La Solana	10	10	100%
Talavera 4 La Algodonera	9	9	100%
Velada	8	7	87,50%
TOTALES	116	97	84%

Tabla 3

Área de Salud de Alcázar de San Juan

Centros de Salud	Médicos	Respuestas	Porcentaje
Madridejos	6	3	50%
Quintanar de la Orden	15	7	46,6%
Villacañas	7	2	28,6%
Villafranca de los C.	5	4	80%
TOTALES	33	16	48,5%

Tabla 4

Resumen

Área de Salud	Médicos	Respuestas	Porcentaje
Toledo	236	174	73,70%
Talavera de la Reina	116	97	84,00%
Alcázar de San Juan	33	16	48,50%
TOTALES	385	287	74,55%

Tabla 5

1.1.1. Discusión

Disponemos, para el análisis estadístico, de una muestra obtenida directamente, con la condición de la voluntariedad para la participación en el estudio, que corresponde al 74,55% de la población total. Al obtener la muestra se han cubierto, como ya ha quedado dicho, todos los centros de salud de la provincia, dentro de las tres Áreas de Salud que la componen. La respuesta de los profesionales ha sido variada, desde el 40% los de menor participación, al 100% de algunos casos. Hay una excepción, a ese arco de distribución participativa, que corresponde al Centro de Salud de Yepes (Área de Toledo) que sólo ha aportado el 28,6%.

En la distribución por Áreas de Salud obtenemos una mayor respuesta en la de Talavera de la Reina (84%), seguida de la de Toledo (73,7%) y en menor medida la de Alcázar de San Juan (Mancha Centro) (48,5%).

Tal y como se verá a continuación, la muestra que tenemos es representativa de la población que pretendemos analizar.

1.2. Estudio demográfico de la población

Analizamos una serie de cuestiones que entendemos de relevancia para la investigación, máxime cuando tres de ellas (sexo, ámbito de trabajo y vía de formación) serán utilizadas como variables en el análisis.

1.2.1 Edad

La edad media es de 47,69 años, que se distribuye entre los 29 años, los dos de menor edad, y los 67 del más veterano. La edad media de mujeres es de 44 y la de hombres de 50 años.

La distribución de ésta, diferenciando según la variable del sexo, queda de la siguiente forma:

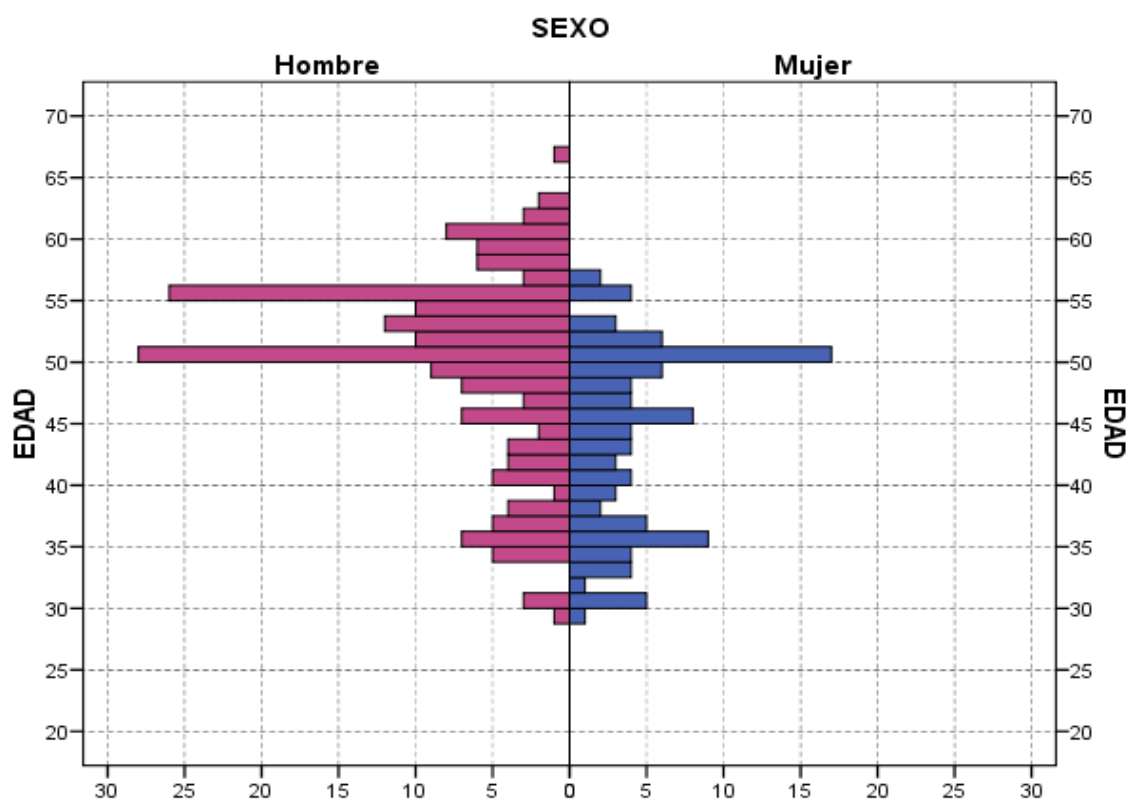


Figura 1

1.2.2. Años de ejercicio

Suman en total 5.753 años de ejercicio, con una media de 20,05 por profesional, acreditando el más bisoño casi 2 años (mujer) frente a los casi 38 del más veterano (hombre). La media de años de ejercicio en las mujeres (15,84) es bastante más baja que la de los hombres (22,34). La distribución la mostramos en el siguiente gráfico comparativo.

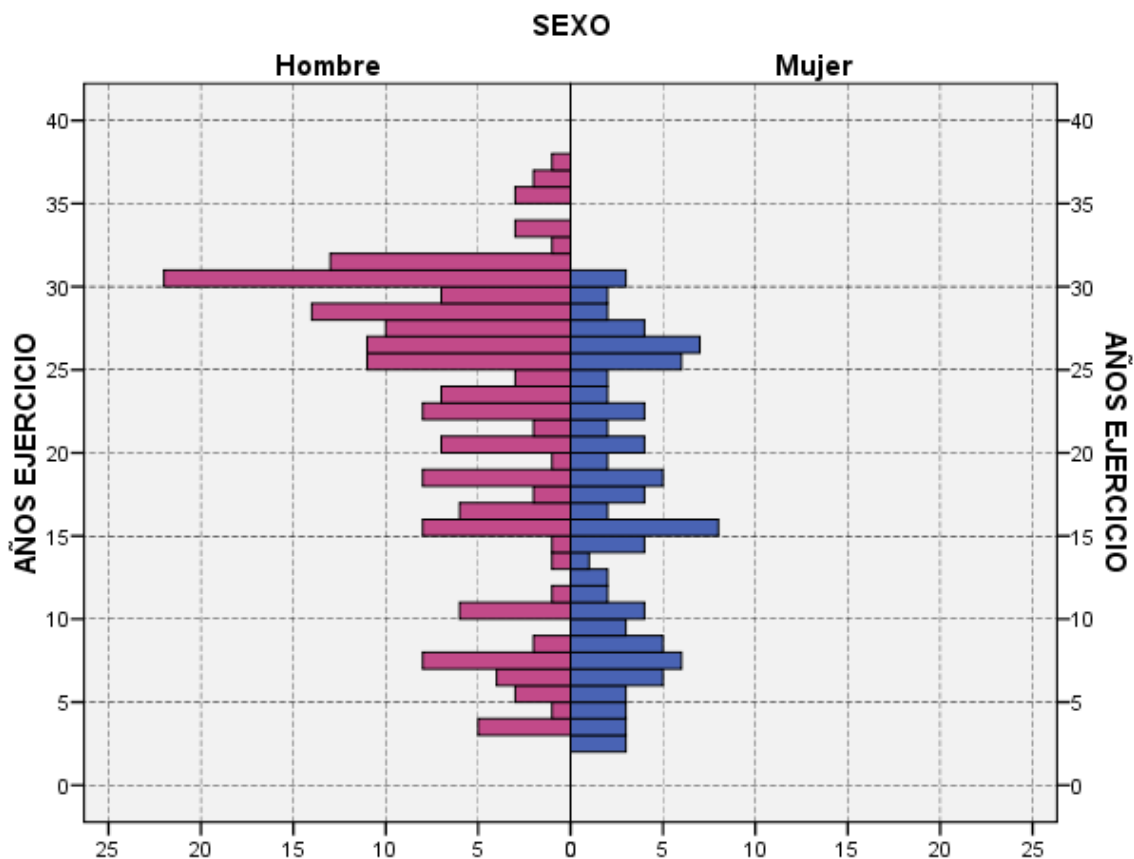


Figura 2

1.2.3. Distribución por sexo

De las 287 respuestas obtenidas, 103 (36 %) corresponden a mujeres mientras que 183 (64 %), son de hombres. Hay uno que no se manifiesta. En el apartado referido a la Cuantificación de la Población, vimos que el porcentaje de mujeres era del 37,4 % y el de hombres del 62,6 %. Luego podemos afirmar que los resultados obtenidos, en esta variable del sexo, son sustancialmente similares a los de la población objeto del estudio y, por tanto, podemos concluir que la muestra es representativa de la población analizada.

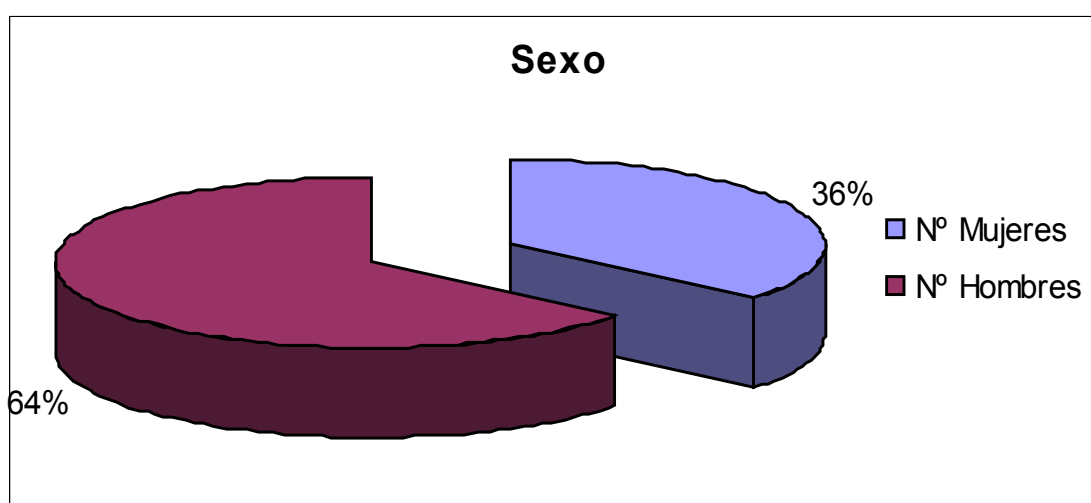


Figura 3

1.2.4. **Ámbito de trabajo**

Como ya ha quedado dicho, de los cuarenta y ocho Centros de Salud en los que está dividida la provincia cuarenta son rurales y ocho urbanos. En los primeros trabajan 291 médicos (75,6 %) mientras que en los segundos lo hacen 94 (24,4 %). Las respuestas corresponden a 204 (71 %) ejercientes en el ámbito rural y 83 (29 %) en el urbano. En este caso, también podemos concluir que la representatividad de la muestra con respecto a la población estudiada es válida.

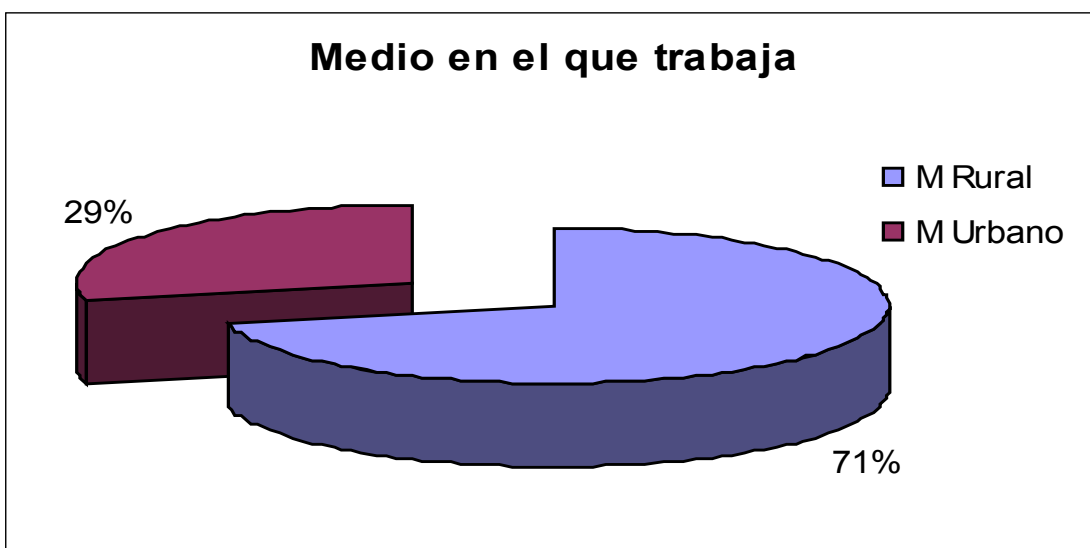


Figura 4

Distribuido por sexos:

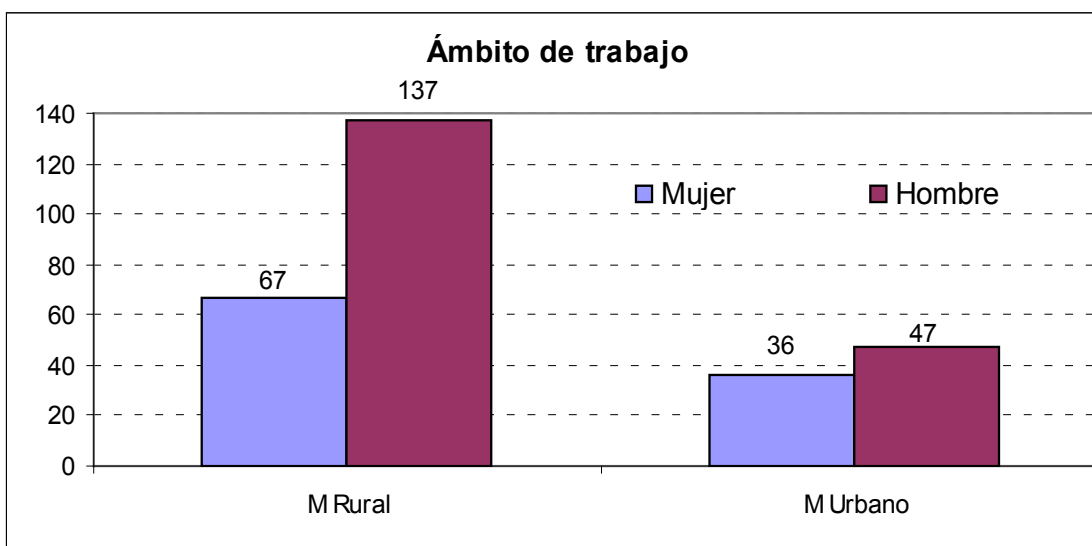


Figura 5

Los médicos que se han formado vía MIR ocupan plazas de los centros urbanos, sobre todo, mientras que los No MIR lo hacen, fundamentalmente en el medio rural.

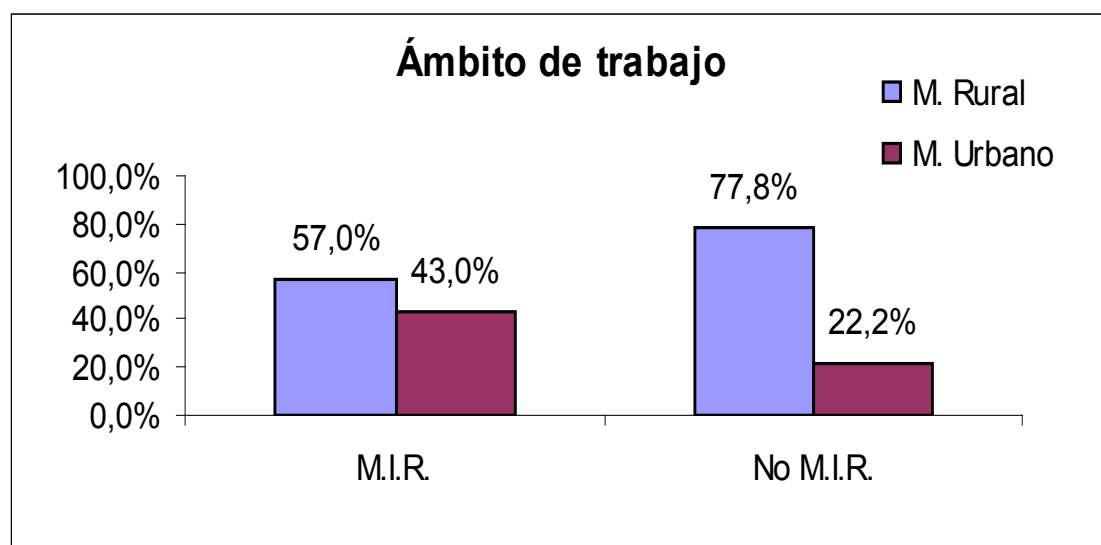


Figura 6

1.2.5. Vía de formación

No hemos entrado, por considerarlo irrelevante para el estudio, en la forma de vinculación administrativa a la plaza que cada cual ocupa (Cuerpo de Médicos Titulares, Oposición Autonómica, Interinos, Contratados, etc.), pero sí en la vía de formación recibida y con la cual accedieron al puesto desempeñado.

Hallamos que 93 (32,4 %) lo son vía MIR y 192 (66,9 %) se incorporaron desde la licenciatura obtenida en la Facultad de Medicina correspondiente, sin perjuicio de que posteriormente a la obtención de ésta, hayan concurrido a alguna de las formas de homologación al título de Medicina Familiar y Comunitaria que la Administración nacional y europea ha puesto a su disposición. Los calificamos, a estos últimos, como vía de formación “No MIR”

También puede darse el caso de que el título originario sea procedente de otro país y haya sido convalidado por las autoridades españolas. Este caso, igualmente, quedan englobados dentro del grupo “No MIR”.

Hay dos (0,7 %) que no responden a la pregunta.

En cifras absolutas, distribuido según el sexo, quedaría gráficamente:

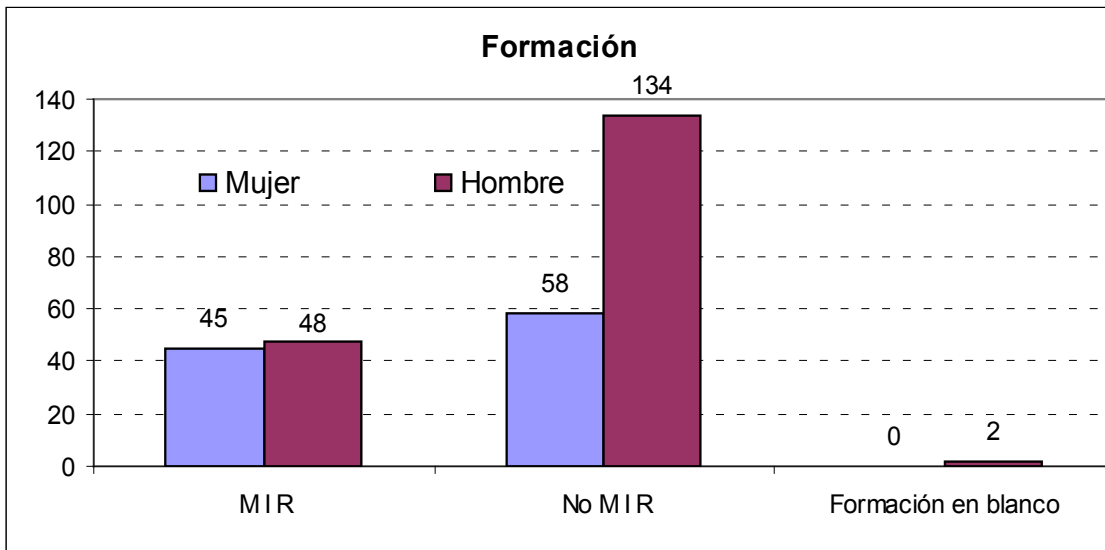


Figura 7

Y en cifras relativas:

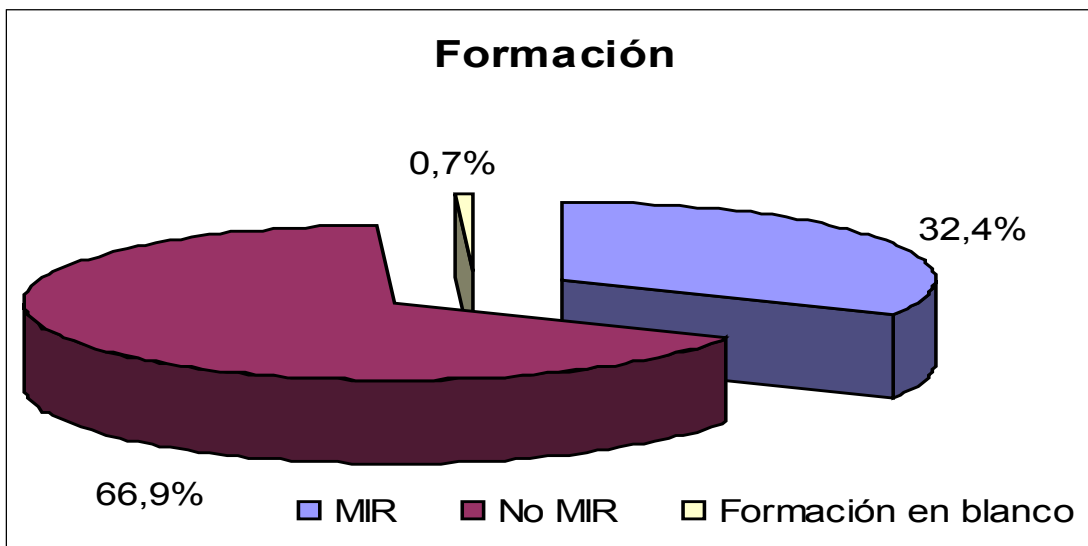


Figura 8

En la vía de formación, las mujeres superan, porcentualmente, a los hombres en la formación MIR frente a la No MIR. Al igual que ocurre en la distribución hombre/mujer a la hora de ocupar una plaza rural o urbana, en la formación no hay posibilidad de elegir. En la primera, es la plaza que la administración ofrece, y en el presente caso va vinculada a la fecha de incorporación a los estudios universitarios, es decir, a la edad del profesional.

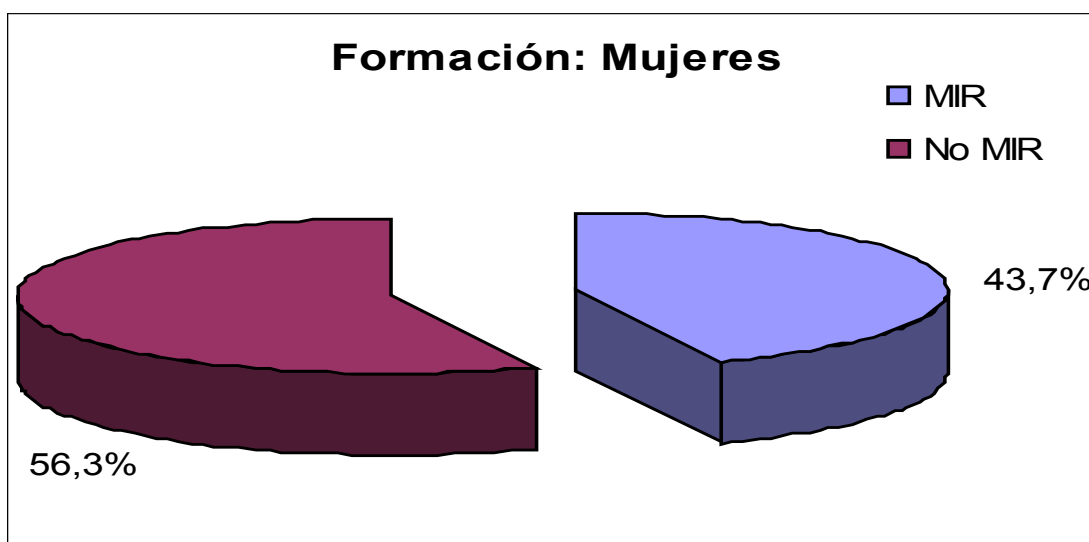


Figura 9

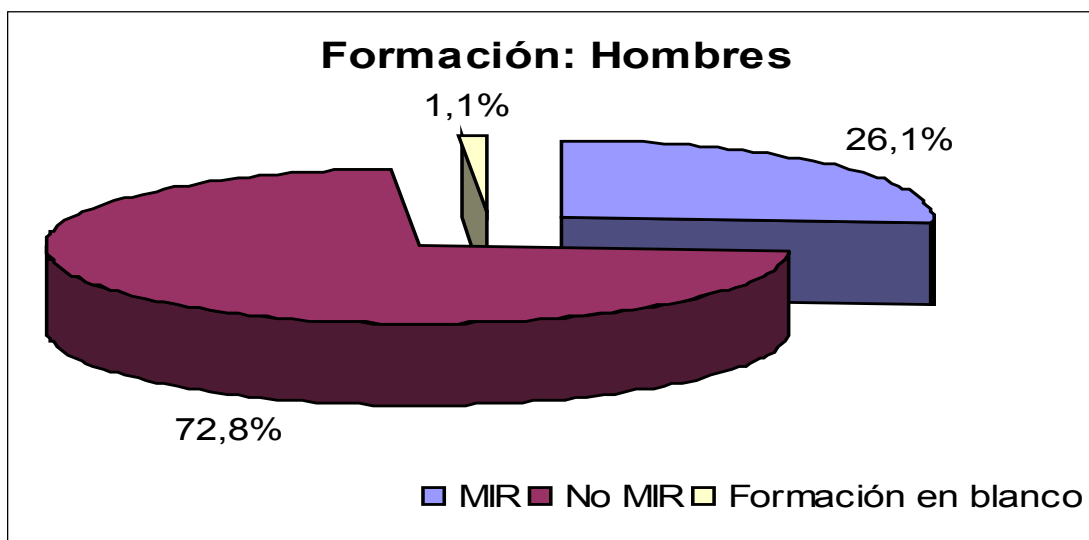


Figura 10

1.2.6. Discusión

Tenemos una muestra que, desde el punto de vista demográfico, responde a unas características muy similares a las del conjunto de la población como se observa en la siguiente tabla. Bien es cierto que esta comparativa la hacemos con los datos de que disponemos (sexo y ámbito de trabajo) no habiendo podido introducir la composición de la población a estudio, en la variable de vía de formación, por carecer de esa información.

		POBLACIÓN	MUESTRA
Sexo	MUJERES	37,40%	36,00%
	HOMBRES	62,60%	64,00%
Ámbito de trabajo	MEDIO URBANO	24,42%	28,92%
	MEDIO RURAL	75,58%	71,08%

Tabla 6

Con esta premisa podemos establecer que la muestra, desde el punto de vista demográfico, es representativa.

1.3. Formación en Ética y Deontología Médica

Hemos considerado que tener una idea aproximada de la formación y de los conocimientos en la materia era muy interesante, no solamente a la hora de tener una noción global, sino también a la de poder enfrentar esa formación a las respuestas obtenidas en los siguientes apartados.

1.3.1. De la asignatura de Ética Médica

A la pregunta de si cursaron la Asignatura de Ética y Deontología Médica durante los estudios de licenciatura han respondido 287 médicos. Contemplamos las variables de sexo, medio en que trabajan (rural o urbano) y la vía de formación por la que han accedido a la titulación y el ejercicio como médicos de Atención Primaria.

Los resultados a la pregunta son los siguientes:

		Sí	No	No recuerdo	NS/NC
Total	Absolutos	69	178	40	0
	%	24%	62%	14%	0%
Sexo	Mujer	34%	50%	16%	0%
	Hombre	18%	68%	13%	0%
Medio	Rural	20%	68%	12%	0%
	Urbano	34%	48%	18%	0%
Formación	M.I.R	43%	45%	12%	0%
	No M.I.R	15%	70%	15%	0%

Tabla 7

Observamos que solamente el 24 % (69) han cursado la asignatura en su periodo formativo universitario, el 62 % (178) no la cursaron y el 14 (40) no lo recuerdan. No se ha preguntado, por no considerarlo relevante, si los que la cursaron fue de una forma optativa o constaba en su programa como asignatura obligatoria.

Analizamos estos resultados en los siguientes gráficos:

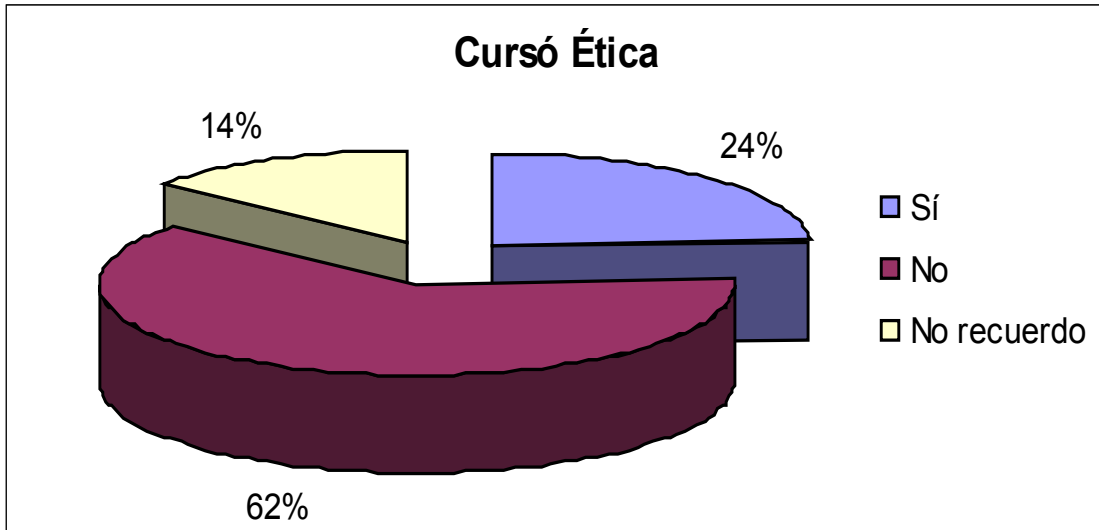


Figura 11

Distribuido por sexos observamos como las mujeres son mayoría en la cuestión requerida.

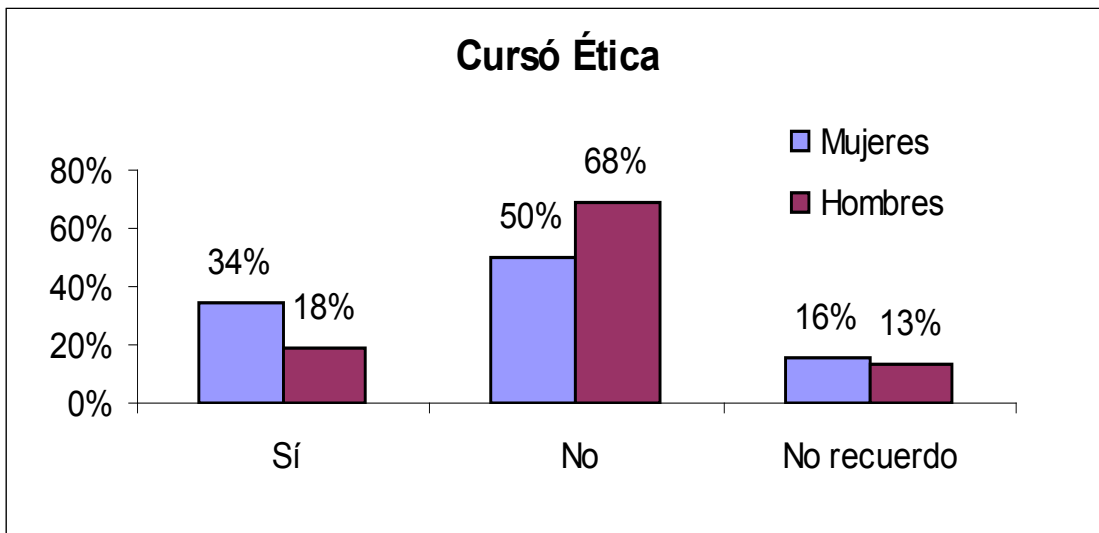


Figura 12

Por ámbito de trabajo superan con creces los que prestan sus servicios en el medio urbano y cursaron la asignatura, a los que no lo hicieron, que son más abundantes en el medio rural.

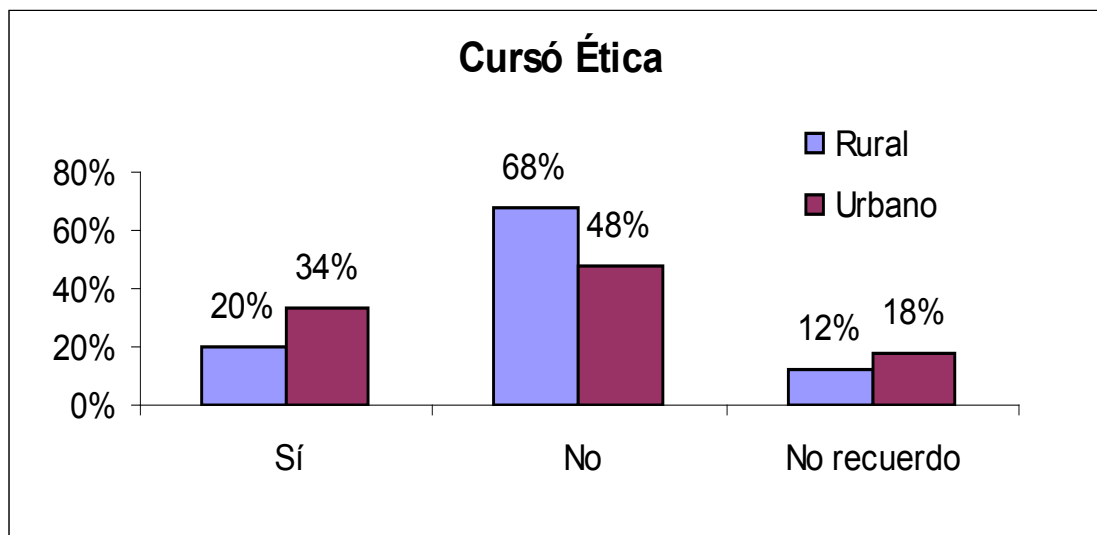


Figura 13

La vía MIR de formación es relativamente reciente, como también lo es la implantación en algunas facultades de Medicina la asignatura de la que estamos hablando. Esto explica la gran diferencia en la siguiente gráfica. Hoy, no todas la tienen como asignatura obligatoria e, incluso, las hay en las que no se oferta ni como optativa.

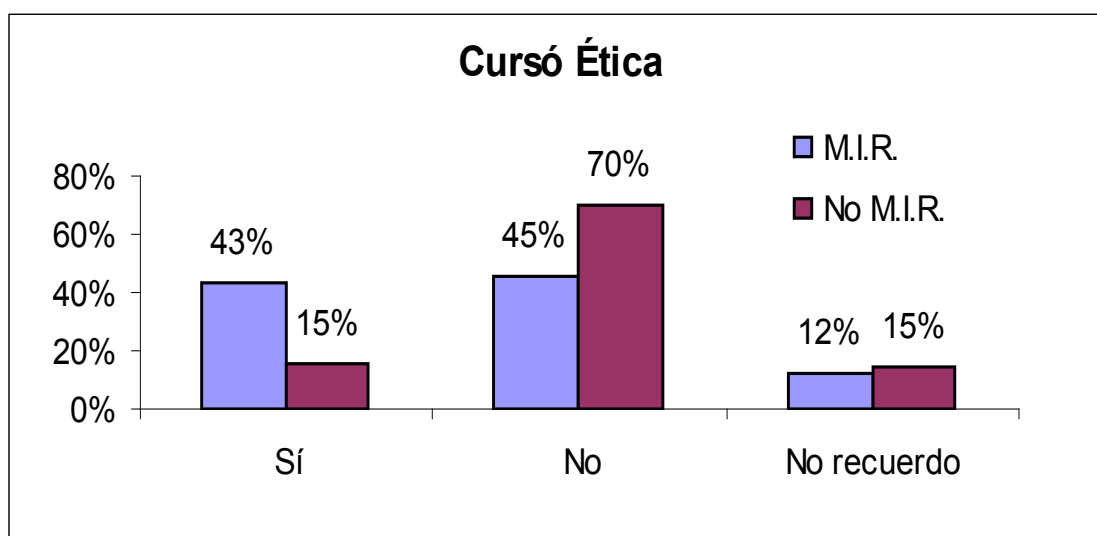


Figura 14

1.3.2. Otras vías de formación

Tanto si cursaron la asignatura, en la facultad de medicina, como si no lo hicieron, al igual que en otras áreas del saber médico, hay distintas posibilidades de seguir formándose. En ese sentido incide esta cuestión.

¿Ha recibido formación sobre Ética Médica posteriormente?

		No	Sí, autoformación	Sí, cursos	Sí, Master	Sí, Doctorado	Sí, Otros	NS/NC
Total	Absolutos	135	82	56	2	2	9	1
	%	47%	29%	20%	1%	1%	3%	0%
Sexo	Mujer	40%	32%	22%	1%	0%	4%	1%
	Hombre	51%	27%	18%	1%	1%	3%	0%
Medio	Rural	49%	31%	17%	1%	0%	1%	0%
	Urbano	43%	23%	25%	0%	1%	7%	0%
Formación	M.I.R	44%	25%	28%	1%	0%	2%	0%
	No M.I.R	48%	30%	15%	1%	1%	4%	1%

Tabla 8

El 47% (135) no ha recibido formación posterior a la licenciatura en esta materia, mientras que el resto, 52,6% (151), ha acudido a algún sistema de formación. Hay un 0,3% (1) que no responde.

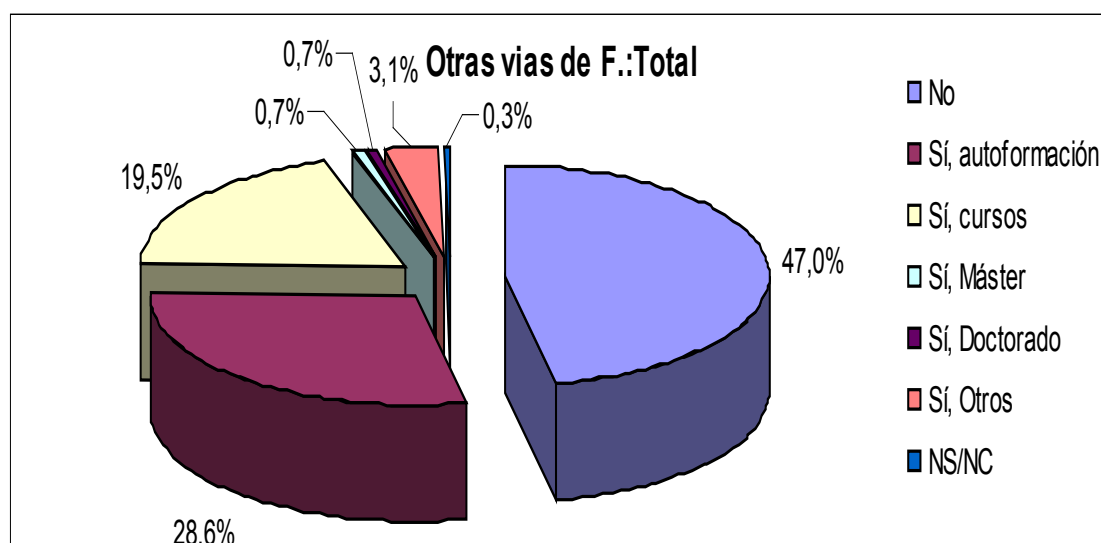


Figura 15

Al hacer la comparativa por sexos nos encontramos con que el interés por la formación en la materia, por parte de las mujeres, supera a la de los hombres de una forma sustancial. Nada menos que en un 11 %.

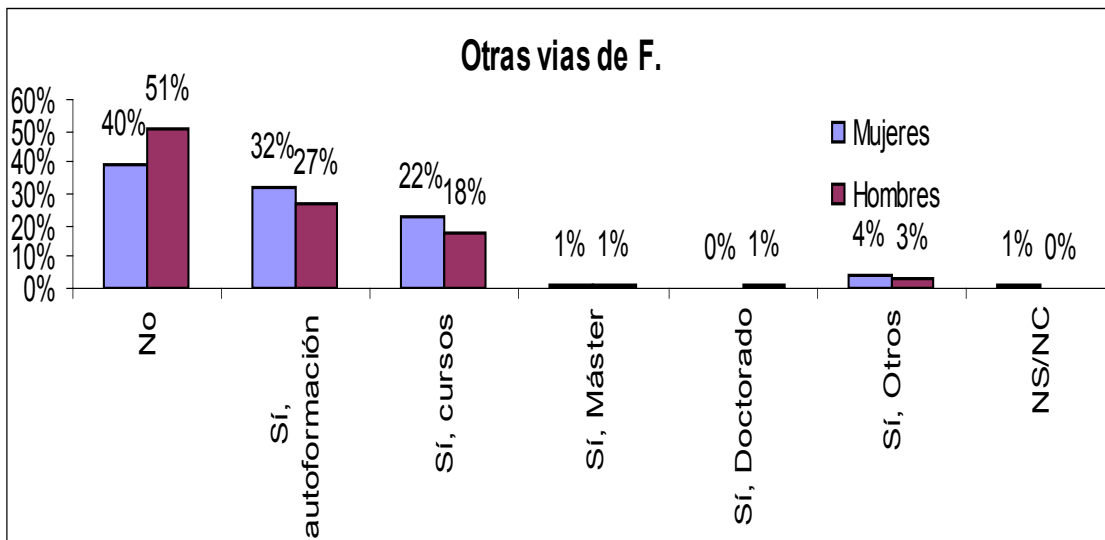


Figura 16

Si lo individualizamos, en gráficas específicas referidas al sexo, apreciamos que la diferencia entre unas y otros en la no búsqueda de formación complementaria en la materia es del 11,3 % sacando las primeras a los segundos un 5,4 % en la autoformación, como valores más destacados.

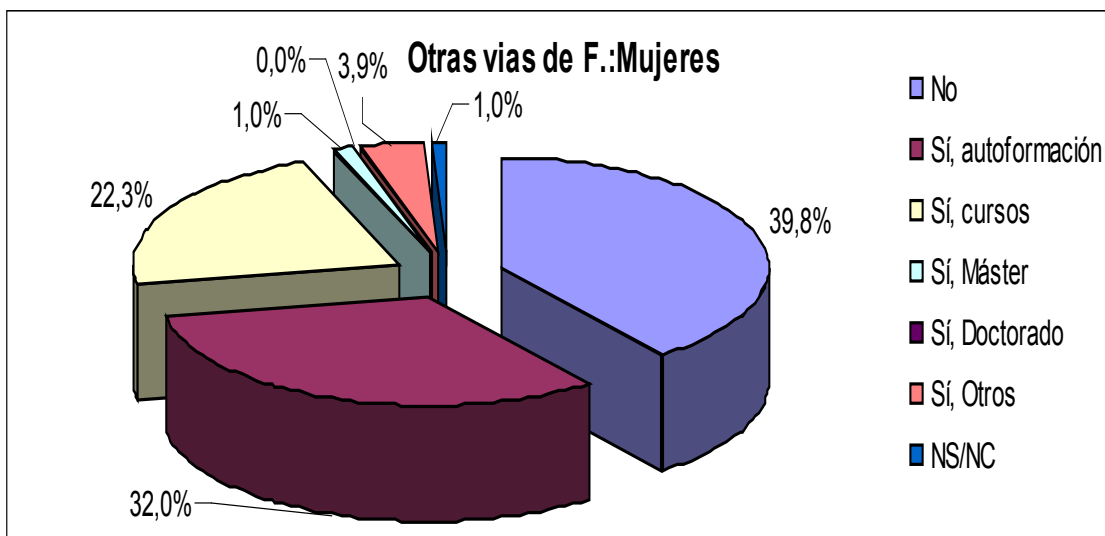


Figura 17

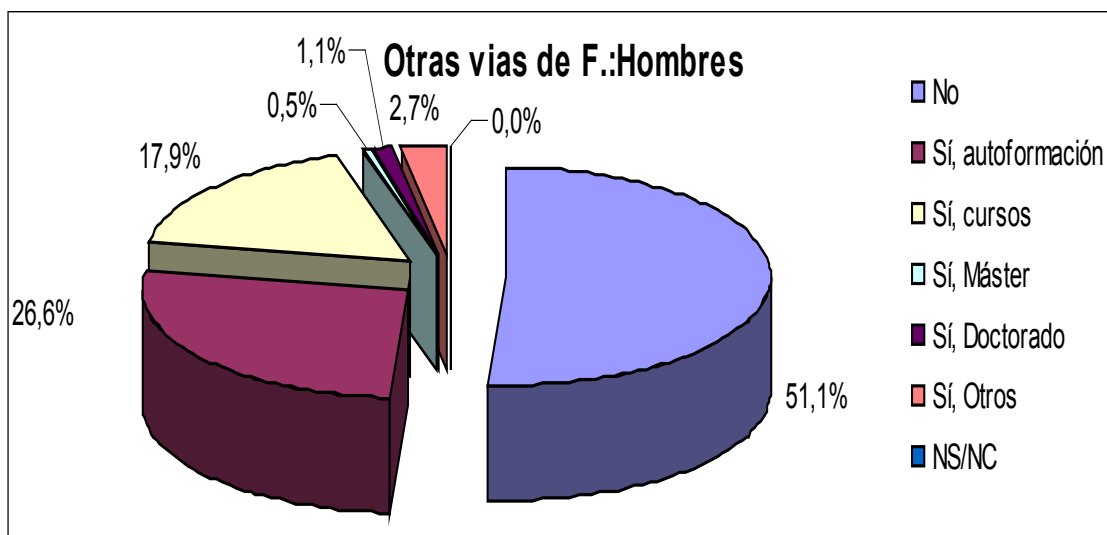


Figura 18

No se aprecia variación sustancial si atendemos al ámbito de trabajo.

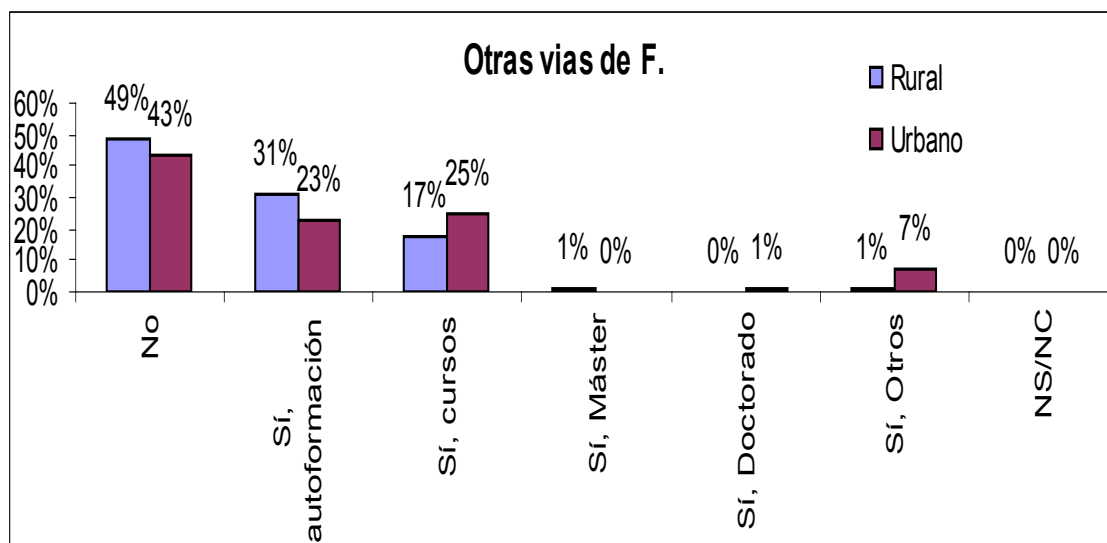


Figura 19

Pero analizado desde el punto de vista de la formación recibida, vemos como los médicos vía MIR que superan a los No MIR, proporcionalmente, en recepción de la Asignatura de Ética Médica durante sus estudios universitarios, también les superan en la búsqueda de la formación complementaria, globalmente contemplada.

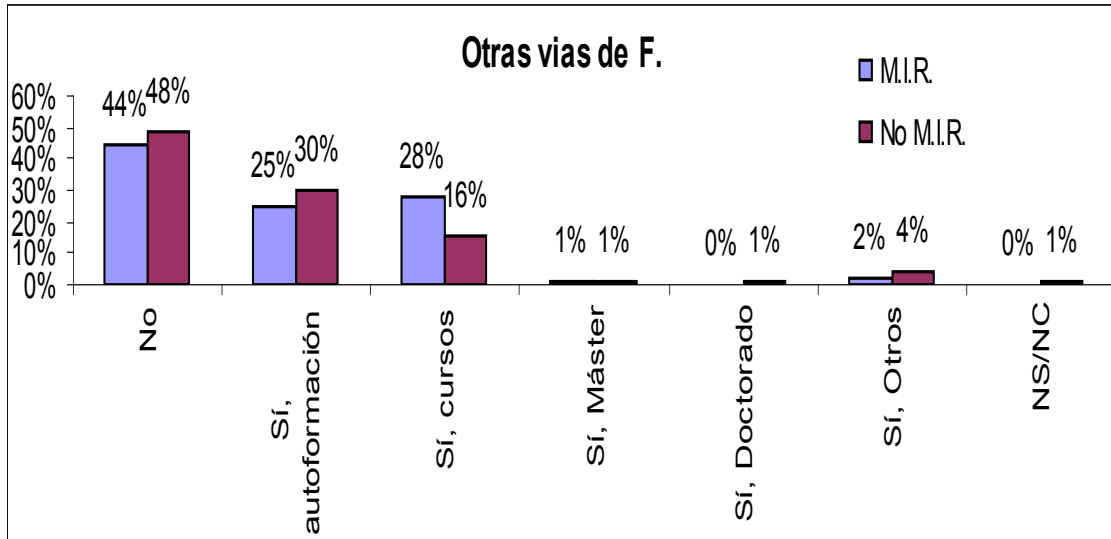


Figura 20

1.3.3. Necesidad de la asignatura de Ética Médica

Los planes de estudio nos vienen dados por quienes tienen la tarea de su diseño y elaboración. Pero, ¿Qué opina el médico, desde la experiencia del ejercicio, sobre la formación que se debe dar en la Facultad? Por eso hemos preguntado:

¿Considera que la Ética Médica es una disciplina que debe formar parte de la formación del médico como cualquier otra asignatura de la carrera?

Y las respuestas han sido:

		Sí	No	NS/NC
Total	Absolutos	260	26	1
	%	90,59%	9,06%	0,35%
Sexo	Mujer	97%	3%	0%
	Hombre	87%	13%	1%
Medio	Rural	90%	10%	0%
	Urbano	93%	7%	0%
Formación	MIR	92%	8%	0%
	No MIR	90%	10%	1%

Tabla 9

Es sintomático, y concuerda con la inquietud demostrada al buscar la autoformación, que el 90,6 % (260) consideren que la asignatura debe formar parte de la formación universitaria, mientras que sólo el 9,1 % (26) entiende que no debe ser así y sólo el 0,3 % (1) no se manifiesta.

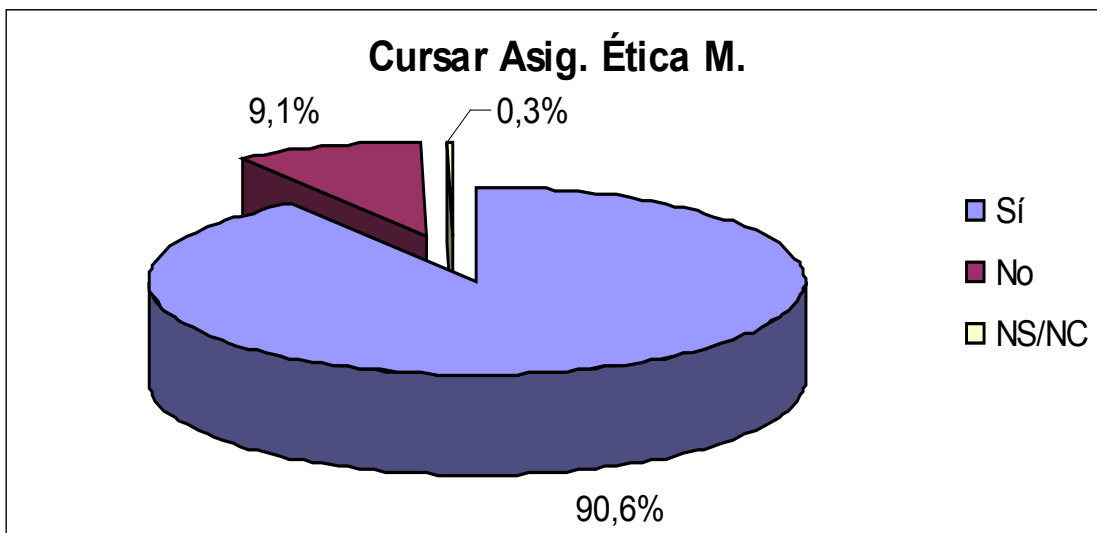


Figura 21

Distribuido por sexos apreciamos que esta consideración es mayor en las mujeres que en los hombres.

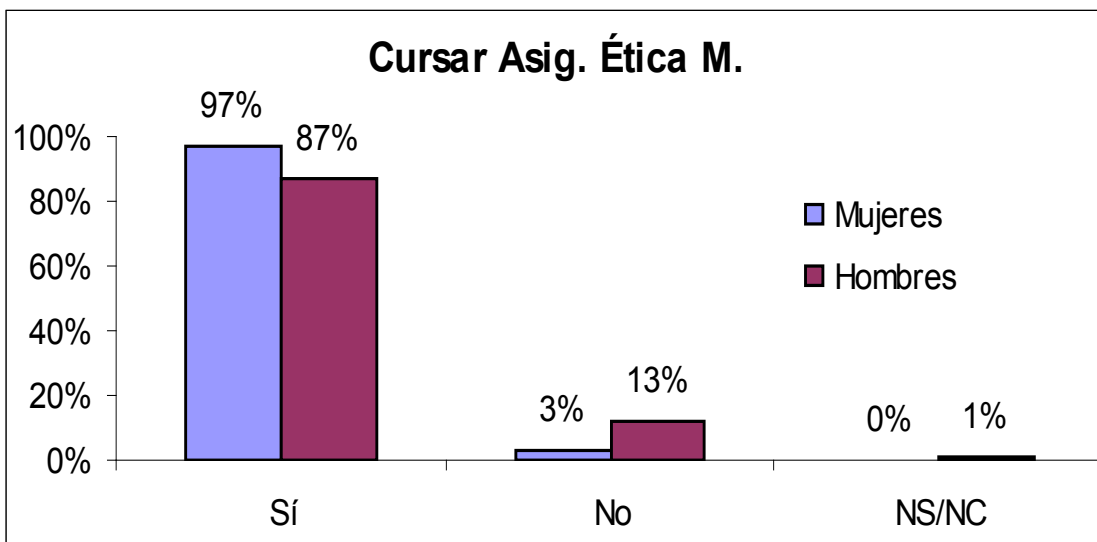


Figura 22

Como lo es, aunque con escaso margen, en los médicos urbanos que en los rurales.

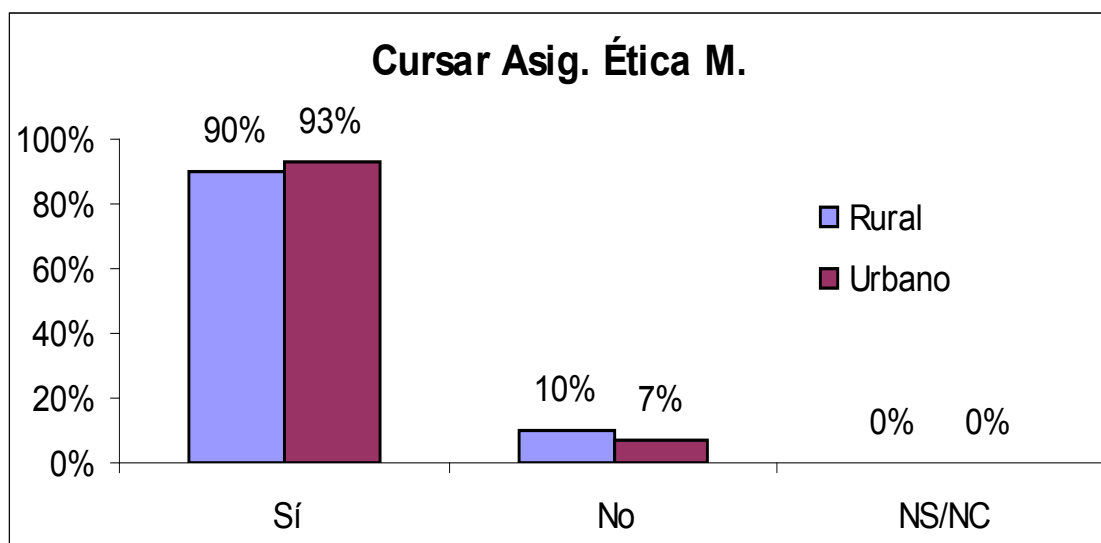


Figura 23

Al igual que en los MIR sobre los No MIR.

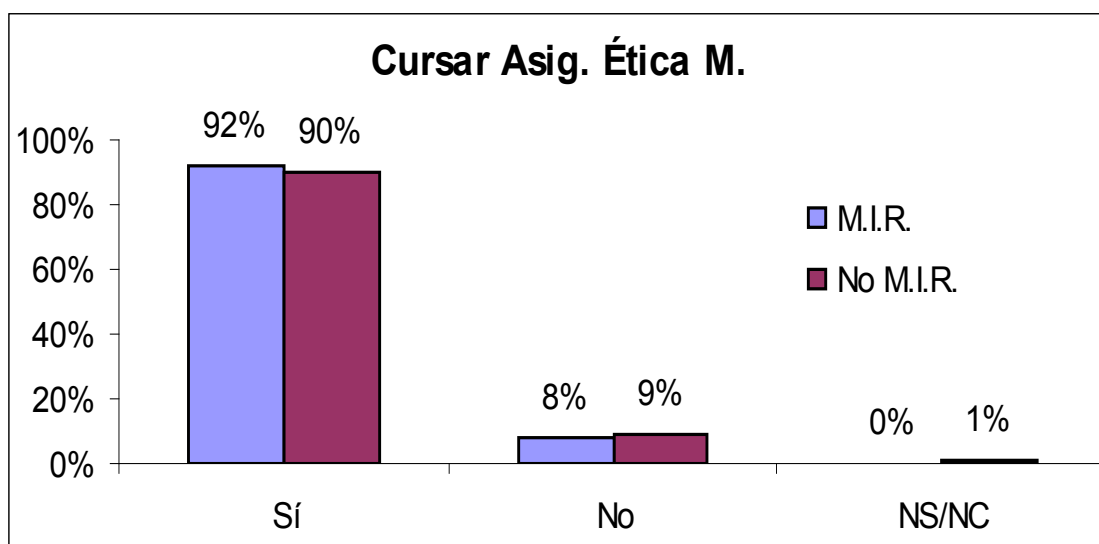


Figura 24

1.3.4. Corrientes de reflexión ética

Unos, los menos, recibieron formación en la cuestión que nos ocupa en la facultad. Mayoritariamente se han preocupado de obtener una preparación posterior. ¿Qué conocimientos tiene el médico de A. P. que ejerce en la provincia de Toledo? Y concretamente:

¿Conoce alguna de las principales corrientes de reflexión ética? (Utilitarismo, Deontologismo, Principialismo, Ética de la virtud, etc.)

		Sí	No	NS/NC
Total	Absolutos	102	185	0
	%	36%	64%	0%
Sexo	Mujer	35%	65%	0%
	Hombre	36%	64%	0%
Medio	Rural	33%	67%	0%
	Urbano	41%	59%	0%
Formación	M.I.R	45%	55%	0%
	No M.I.R	31%	69%	0%

Tabla 10

Son mayoría (64%) los que no conocen las corrientes de reflexión frente a los que sí tienen conocimiento de ellas (36%). Gráficamente, resultaría:

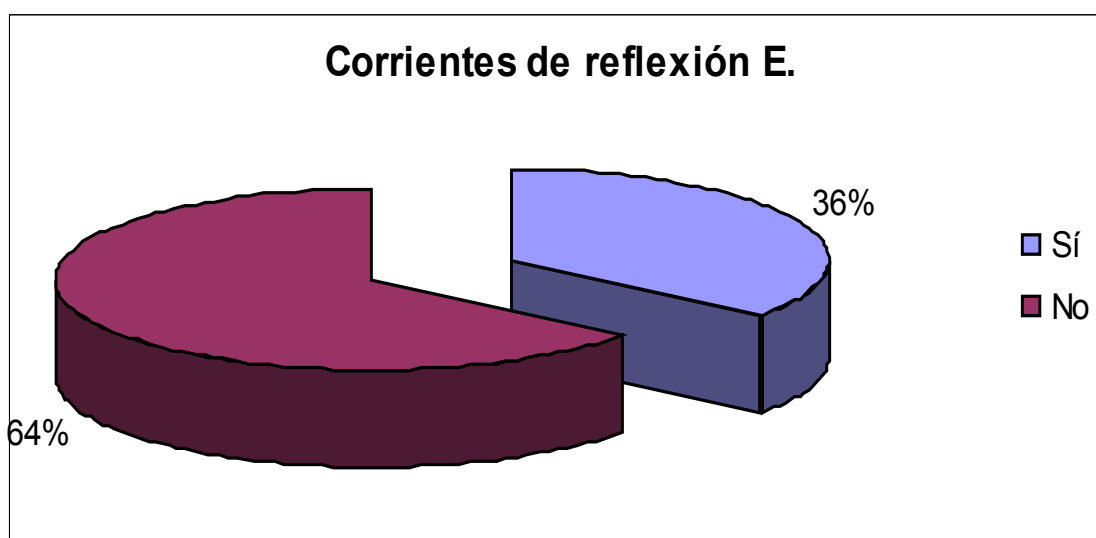


Figura 25

Y las proporciones, según el sexo, son similares:

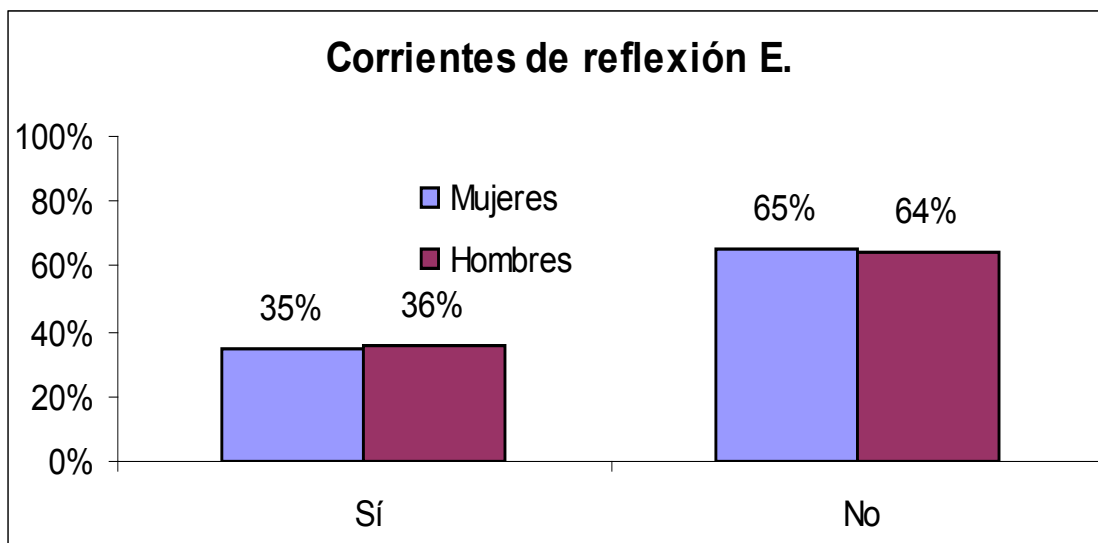


Figura 26

El conocimiento es mayor en el medio rural que en el urbano.

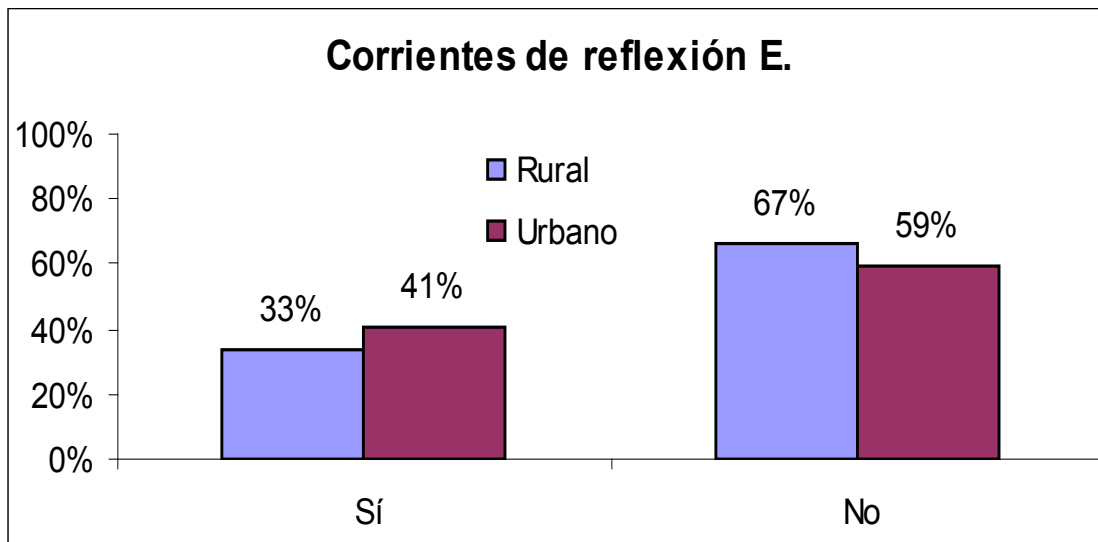


Figura 27

Y en los formados vía MIR.

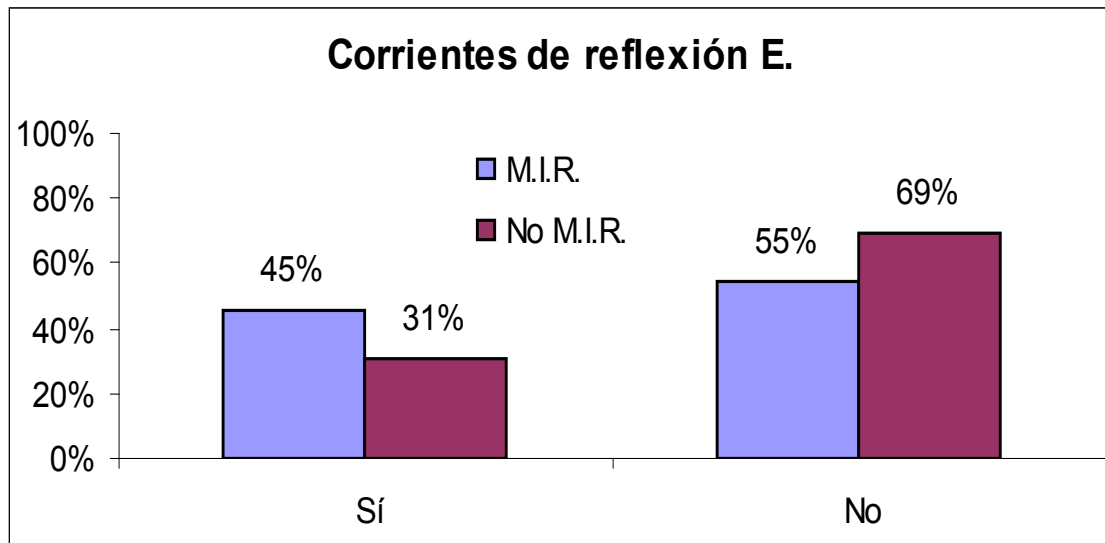


Figura 28

1.3.5. Principios éticos

¿Y los principios éticos son conocidos? Preguntamos:

**¿Está familiarizado con los 4 principios éticos aceptados como principales?
(Beneficencia, Justicia, No Maleficencia y Autonomía)**

Los resultados son justamente lo contrario y en proporciones casi idénticas. Daremos nuestra opinión, a este respecto, más adelante.

		Sí	No	NS/NC
Total	Absolutos	184	103	0
	%	64%	36%	0%
Sexo	Mujer	70%	30%	0%
	Hombre	61%	39%	0%
Medio	Rural	62%	38%	0%
	Urbano	70%	30%	0%
Formación	M.I.R	76%	24%	0%
	No M.I.R	58%	42%	0%

Tabla 11

De una forma gráfica estos resultados se verían así:

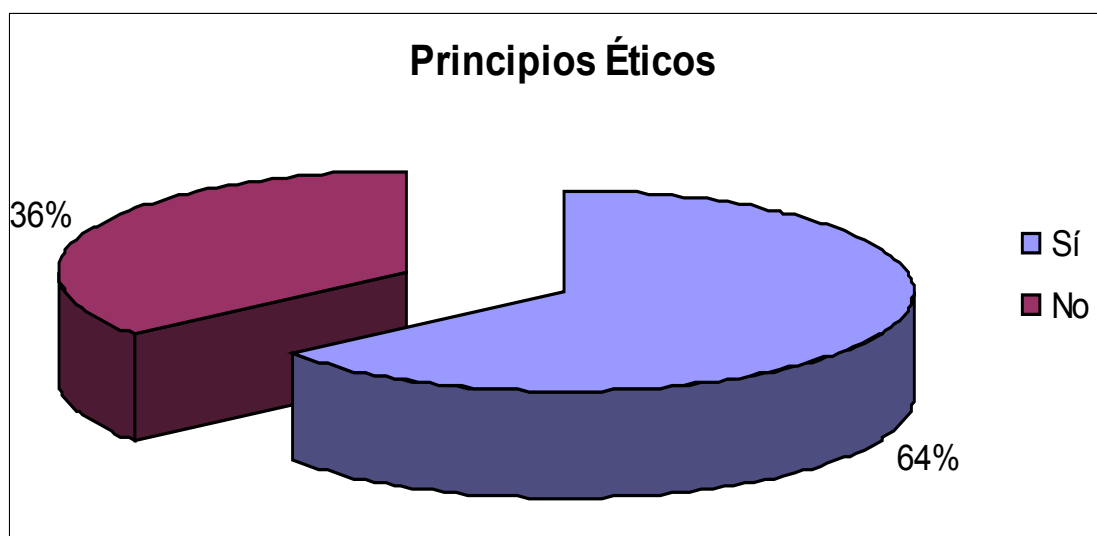


Figura 29

Superan, en esta familiarización con los cuatro principios aceptados como principales, las mujeres a los hombres:

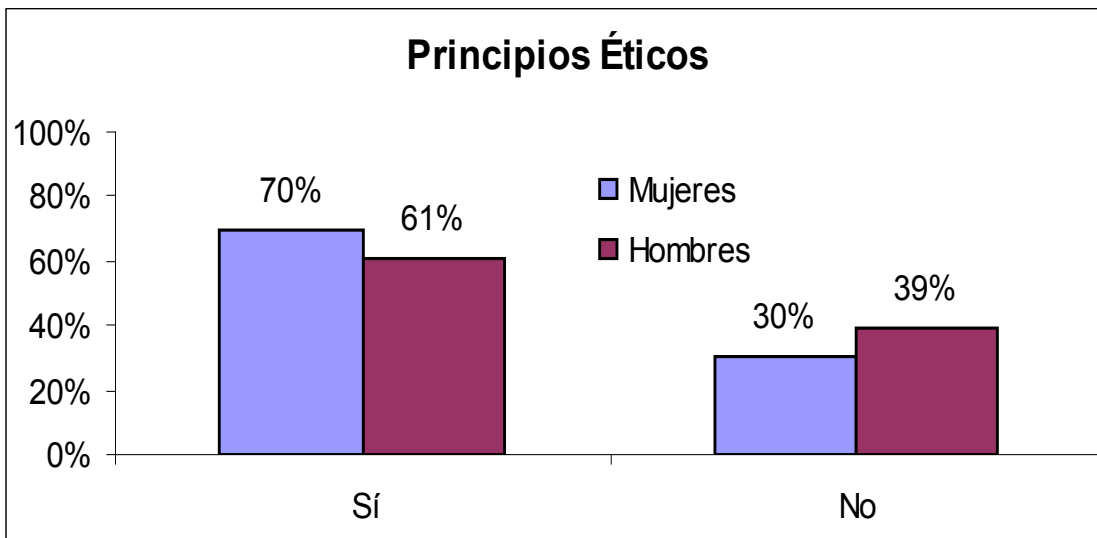


Figura 30

Los urbanos a los rurales

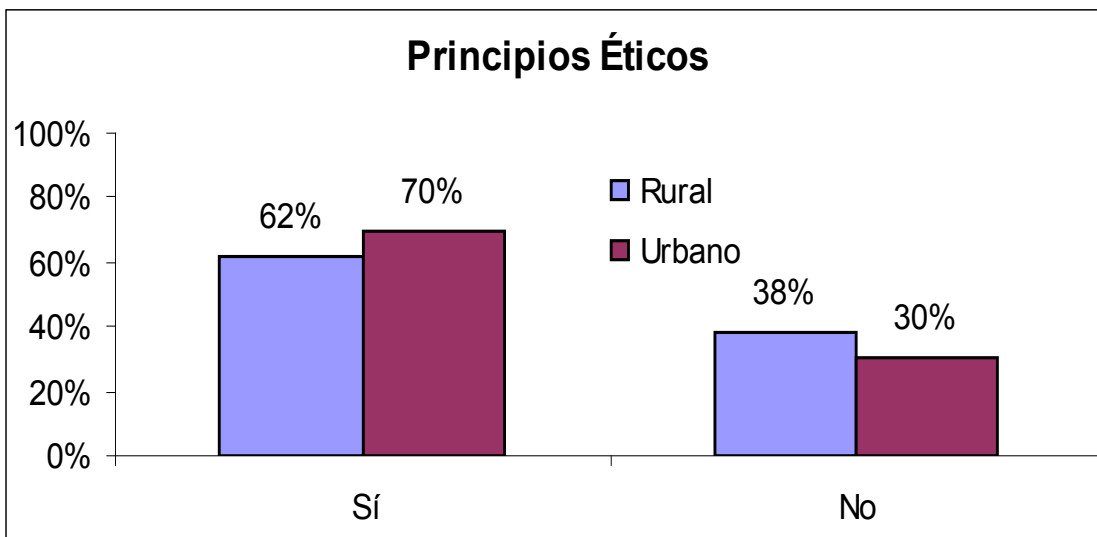


Figura 31

Y los MIR a los No MIR.

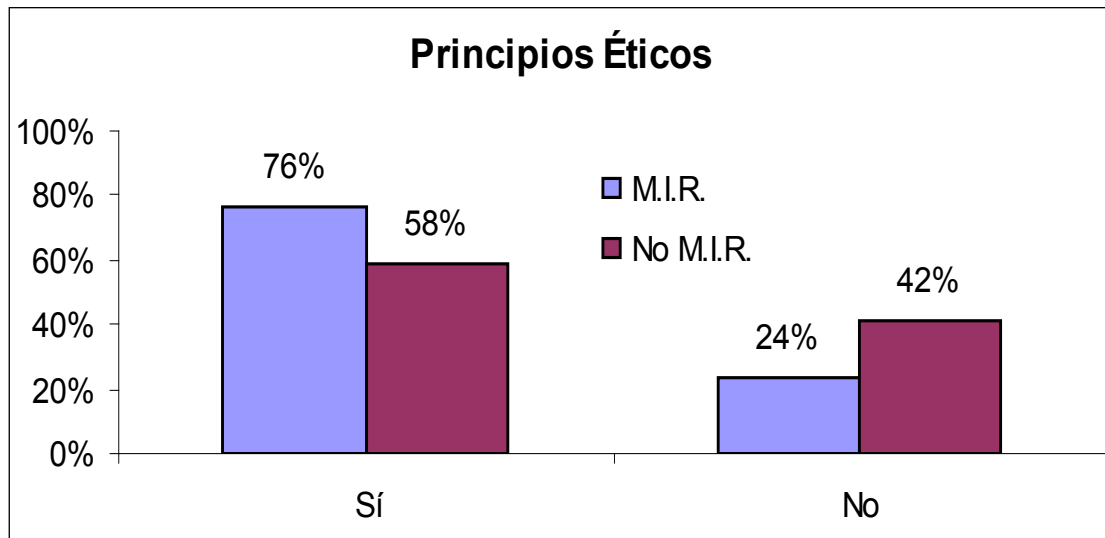


Figura 32

1.3.6. Gradación de los principios éticos

Al inquirir sobre esta cuestión partimos de que la importancia que el médico da a los principios éticos, aceptados como más importantes, tiene una dimensión fundamental y debe estar correlacionada con la respuesta a los problemas éticos que se plantean en el día a día del ejercicio profesional.

La pregunta que hacíamos era:

Si su respuesta a la pregunta anterior ha sido “Si” ordene, por favor, los cuatro principios éticos de mayor a menor importancia. (Escala: 1: El más importante; 4: El menos importante)

La respuesta global, en términos porcentuales y absolutos, de forma resumida, extraídos los que no contestan, ha sido:

	1°	2°	3°	4°
Beneficencia	31%(57)	26%(48)	20%(36)	22%(41)
Justicia	27%(50)	27%(50)	30%(55)	15%(27)
No Maleficencia	25%(47)	32%(60)	26%(47)	15%(27)
Autonomía	15%(28)	14%(25)	24%(44)	46%(86)

Tabla 12

Y de una forma más ampliada y con las correspondientes variables, los sistematizamos según el orden de importancia que se les ha adjudicado:

Beneficencia		1	2	3	4	NS/NC
Total	Absolutos	57	48	36	41	2
	%	31%	26%	20%	22%	1%
Sexo	Mujer	31%	29%	14%	25%	1%
	Hombre	31%	24%	23%	21%	1%
Medio	Rural	29%	22%	19%	29%	2%
	Urbano	36%	34%	21%	9%	0%
Formación	MIR	32%	30%	20%	18%	0%
	No MIR	30%	24%	19%	25%	2%

Tabla 13

Observamos, en la anterior tabla, que tanto en el total de pronunciamientos, como en el análisis de variables, la coincidencia es que el principio de Beneficencia es el más importante de todos.

Lo mismo nos ocurre con el principio de No Maleficencia en el que la mayoría coincide que debe ser considerado en segundo lugar de importancia.

No Malefi.		1	2	3	4	NS/NC
Total	Absolutos	47	60	47	27	3
	%	25%	32%	26%	15%	2%
Sexo	Mujer	21%	39%	21%	18%	1%
	Hombre	29%	29%	29%	13%	2%
Medio	Rural	25%	35%	25%	13%	2%
	Urbano	28%	28%	26%	19%	0%
Formación	M.I.R	23%	34%	25%	18%	0%
	No M.I.R	27%	32%	26%	12%	3%

Tabla 14

Con el principio de justicia, que colocan en tercer lugar, la opinión admite matices, aunque poco significativos, en las variables.

Justicia		1	2	3	4	NS/NC
Total	Absolutos	50	50	55	28	1
	%	27%	27%	30%	15%	1%
Sexo	Mujer	25%	24%	33%	18%	0%
	Hombre	29%	29%	28%	13%	1%
Medio	Rural	25%	30%	29%	15%	1%
	Urbano	31%	21%	33%	16%	0%
Formación	M.I.R	23%	27%	31%	20%	0%
	No M.I.R	30%	27%	29%	12%	1%

Tabla 15

Esa uniformidad de las variables que observamos en los dos primeros principios se recupera al colocar el de Autonomía en cuarto lugar.

Autonomía		1	2	3	4	NS/NC
Total	Absolutos	28	25	44	86	1
	%	15%	14%	24%	46%	1%
Sexo	Mujer	22%	8%	31%	39%	0%
	Hombre	11%	17%	20%	52%	1%
Medio	Rural	20%	12%	25%	42%	1%
	Urbano	5%	17%	21%	57%	0%
Formación	M.I.R	23%	10%	24%	44%	0%
	No M.I.R	11%	16%	24%	49%	1%

Tabla 16

Los desarrollamos, a continuación gráfica e individualmente:

1.3.6.1. Principio de Beneficencia

Vinculado, tradicionalmente, a la ética paternalista, el 31 % (59), consideran que hacer el bien por el enfermo es lo fundamental, el 26 % (49), lo colocan en segundo lugar, el 20 % (36), en tercero y el 22 % (42), entienden que es el menos importante. Un 1 % no se manifiesta.

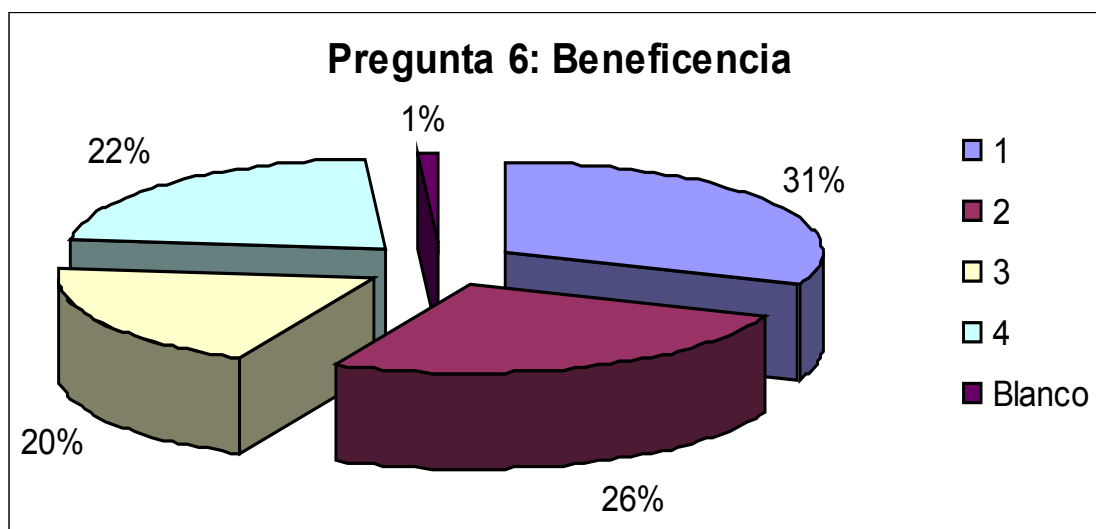


Figura 33

1.3.6.2. Principio de No Maleficencia

También vinculado, al igual que el anterior, a la ética paternalista. Solamente el 25 % (48), considera que debe encabezar el ranking de los principios éticos, mientras que la mayoría, el 32 % (60), entiende que debe estar en segundo plano, el 26 % (50), en el tercero y el 15 % (27), en el cuarto. Un 2 % no se manifiesta al respecto.

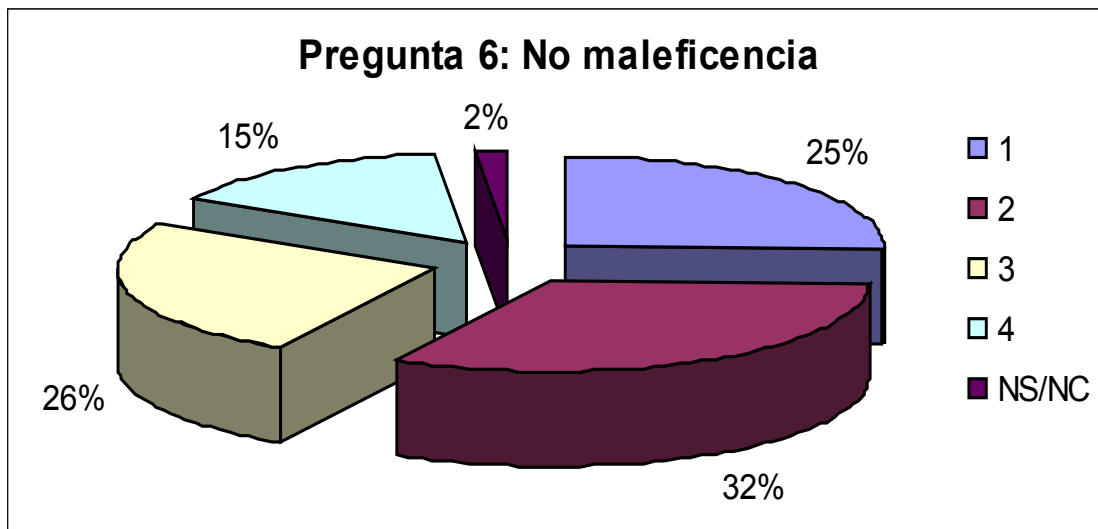


Figura 34

1.3.6.3. Principio de Justicia

De manejo más reciente que los anteriores y, como ya dijimos en su momento, de difícil y comprometida aplicación, el 27 % (103), lo encuadran en el primer y segundo lugar y el 30 % (56), lo catalogan en el tercero. Para el 15 % (28), es el de menor importancia y el 1 % no se manifiesta.

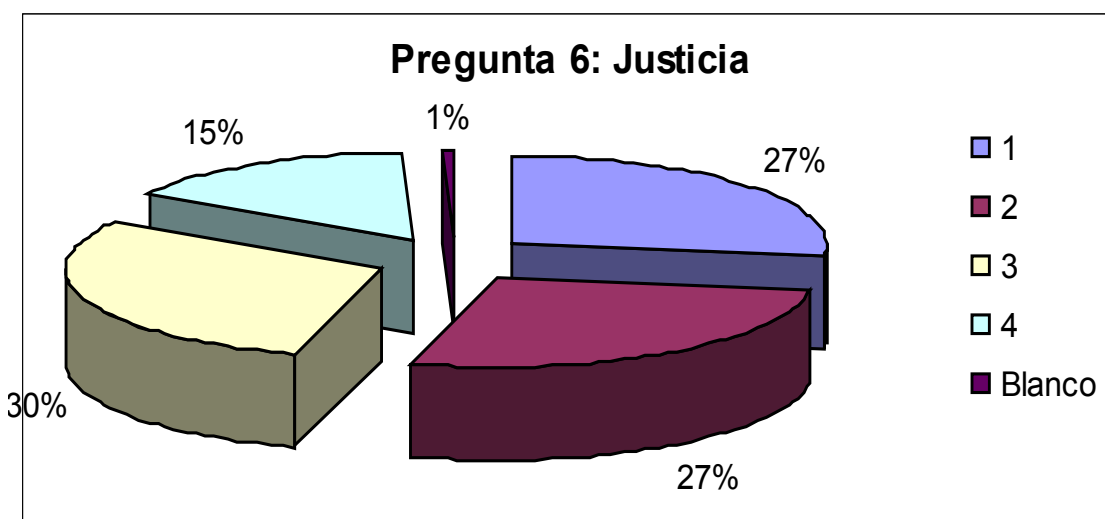


Figura 35

1.3.6.4. Principio de Autonomía

Siendo el principio de más reciente incorporación al arsenal ético del médico, ha merecido que una ley española lleve su nombre. Sin embargo y, posiblemente, porque aún no está desarrollado totalmente o, tal vez, porque ha introducido factores de distorsión en el actuar profesional, es considerado el último en importancia. Destacar que es el que más consenso ha suscitado pues el 46 % (89), considera que debe ocupar ese último lugar.

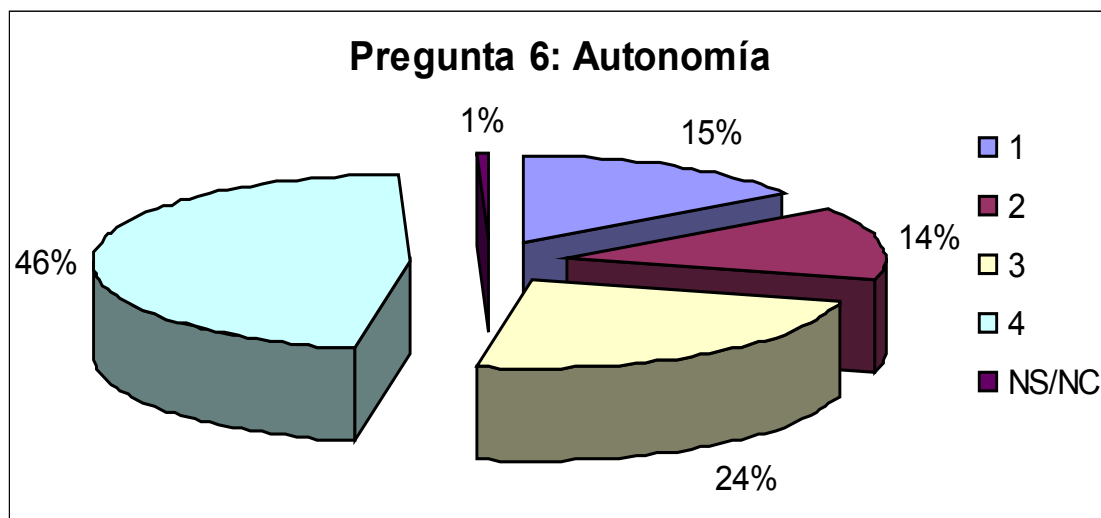


Figura 36

1.3.7. Código de Deontología Médica

Siguiendo con las preguntas para orientarnos en el grado de conocimientos, en la materia, de la población encuestada hacíamos la referida al código deontológico:

¿Conoce el Código Deontológico profesional vigente?

Hemos de hacer notar que el vigente Código de Deontología fue en su día distribuido por los Colegios Provinciales de Médicos a todos los colegiados de su demarcación correspondiente, siguiendo las recomendaciones de la Comisión Central de Deontología y del Consejo General de Colegios de Médicos.

		Perfectam	Regular	Muy superf	Desconozco	NS/NC
Total	Absolutos	6	88	120	47	5
	%	2%	32%	46%	18%	2%
Sexo	Mujer	2%	16%	41%	16%	2%
	Hombre	2%	37%	42%	17%	2%
Medio	Rural	2%	16%	40%	16%	2%
	Urbano	2%	33%	47%	18%	0%
Formación	M.I.R	4%	20%	32%	20%	0%
	No M.I.R	1%	36%	46%	14%	3%

Tabla 17

Es de destacar que, de los 282 que han respondido, el 80,2 % (235) conocen el vigente código deontológico, de ellos el 2,3 % (6) lo conoce perfectamente, el 32,1 % (109) regular y el 45,8 % (120) de una forma superficial. Solamente el 17,9 % (47) confiesan desconocerlo. Hay 5 (1,9 %) que no se pronuncian.

Lo explicamos y desarrollamos, el total y las variables, en las páginas siguientes, mediante gráficos:

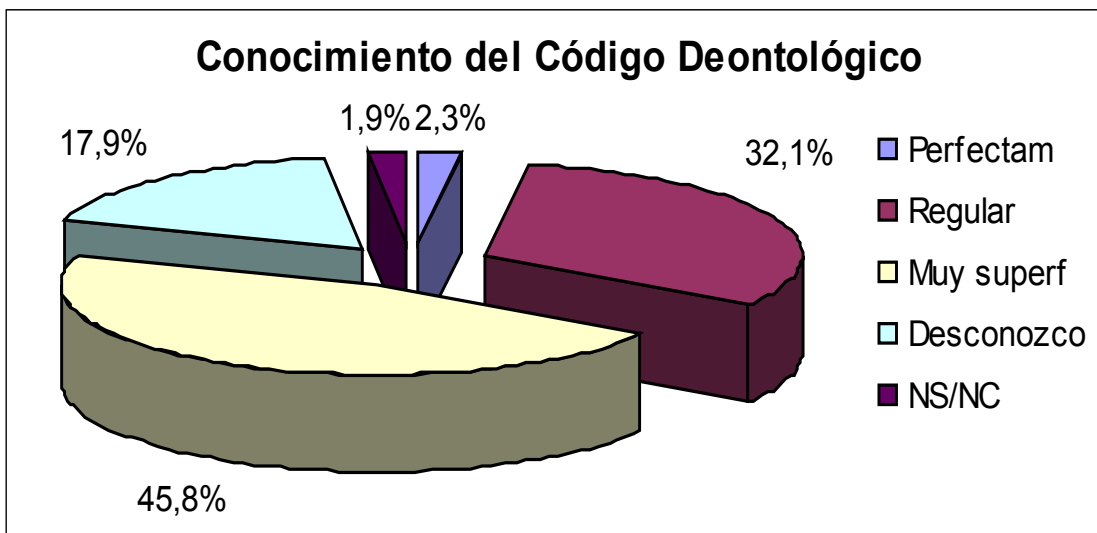


Figura 37

Si los comparamos por sexos, vemos que la diferencia se inclina, ligeramente, a favor de los hombres (81,6 % a 76,7 %).

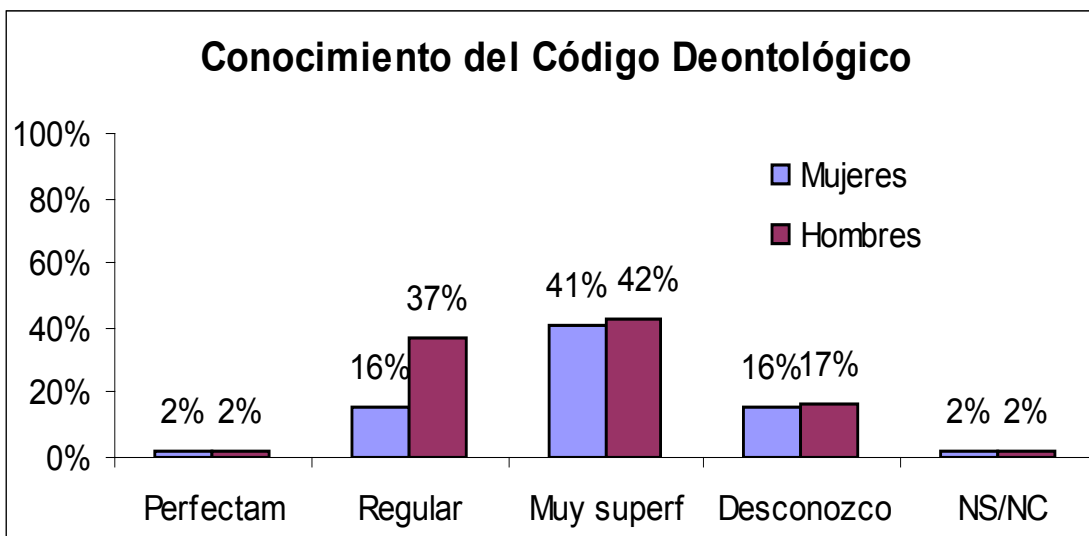


Figura 38

En cuanto al ámbito de trabajo, es mejor conocido en el medio urbano.

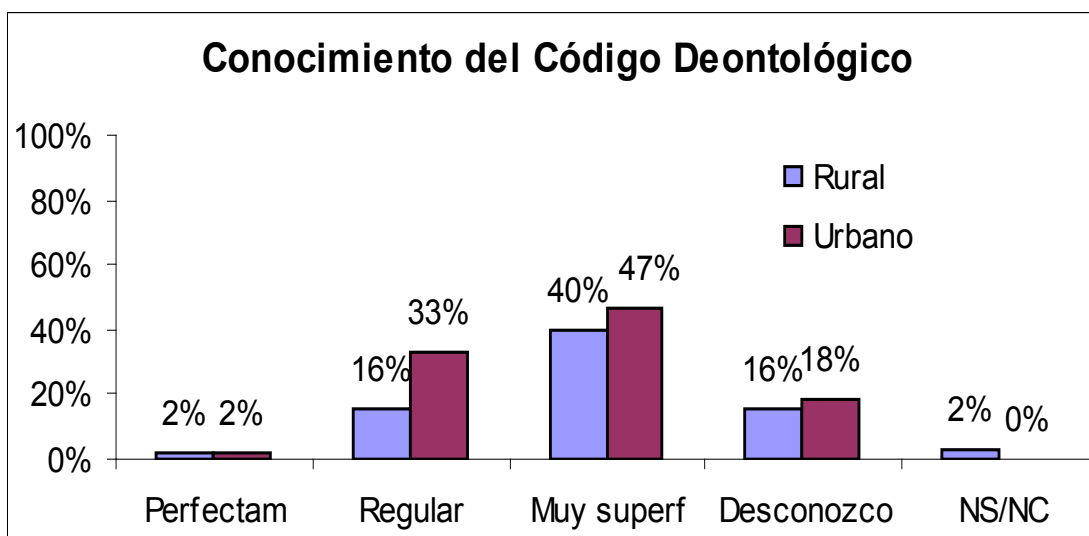


Figura 39

Y los No MIR lo conocen, aunque también lo sea de una forma superficial como en la variable anterior, mejor que los que se formaron por la vía MIR.

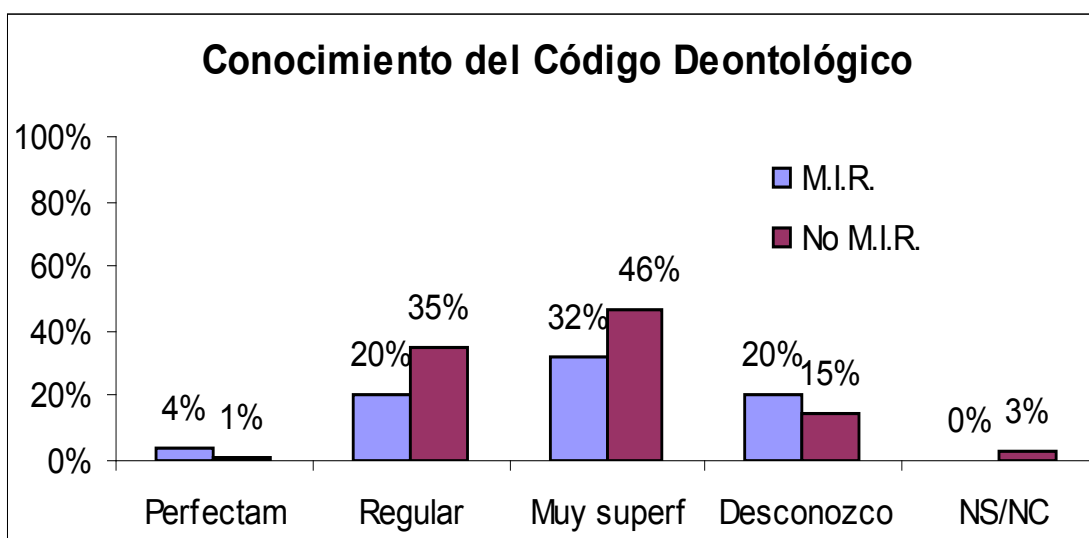


Figura 40

1.3.8. Declaraciones de la Comisión Central de Deontología

Pero nos solamente el código deontológico otorga normas de comportamiento profesional que delimiten la actuación ética del médico y que todos venimos obligados a respetar y cumplir. Por eso preguntamos también:

¿Conoce las principales declaraciones de la Comisión Central de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Médicos de España?

Las respuestas han sido:

		Perfectam	Regular	Superficial	Desconozco	NS/NC
Total	Absolutos	6	74	86	117	4
	%	2%	26%	30%	41%	1%
Sexo	Mujer	1%	30%	26%	41%	2%
	Hombre	3%	23%	32%	41%	1%
Medio	Rural	2%	25%	30%	40%	2%
	Urbano	1%	27%	29%	43%	0%
Formación	M.I.R	3%	28%	26%	43%	0%
	No M.I.R	2%	25%	32%	40%	2%

Tabla 18

Observamos que el nivel de conocimiento es sensiblemente menor que con respecto al código, pues sólo el 58 % (166) las conoce, mientras que al 41 % (117) les ocurre lo contrario. No se manifiestan el 1 % (4). Es posible que la explicación de este menor nivel de conocimiento esté en la difusión que de estas se hace.

Expresado de forma gráfica en la totalidad y en sus variables:

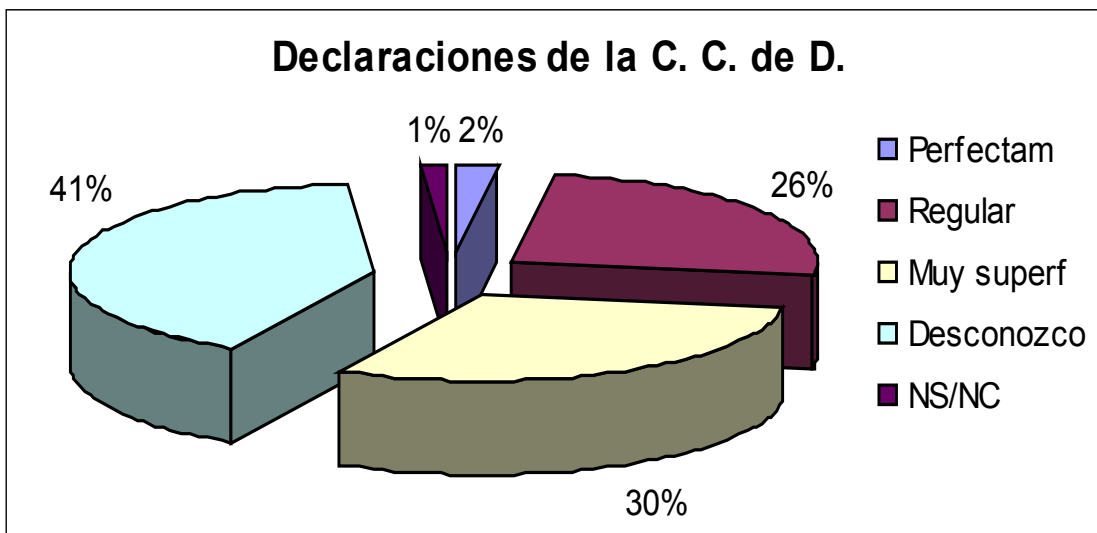


Figura 41

Las variaciones por sexo, no son sustancialmente distintas entre unas y otros, analizadas globalmente.

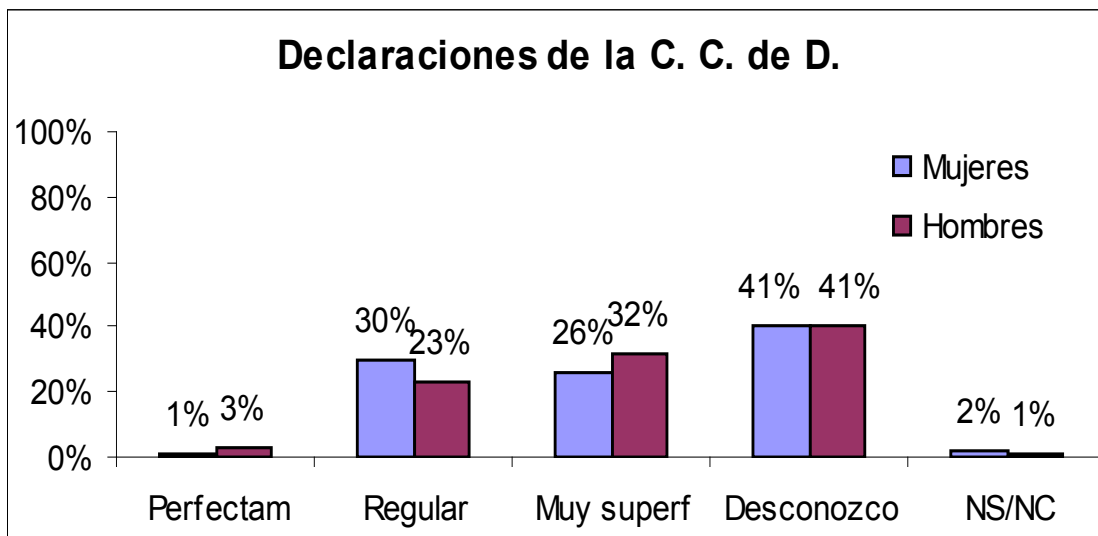


Figura 42

En el medio urbano es ligeramente superior, el conocimiento de estas declaraciones, que en el rural.

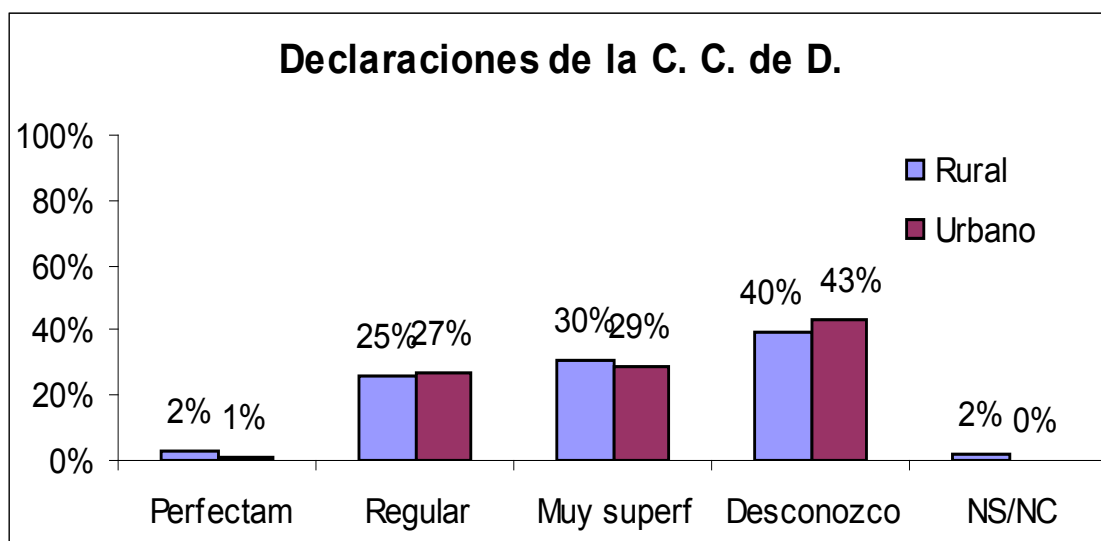


Figura 43

Los vía MIR ganan, en calidad del conocimiento que no en cantidad, a los No MIR.

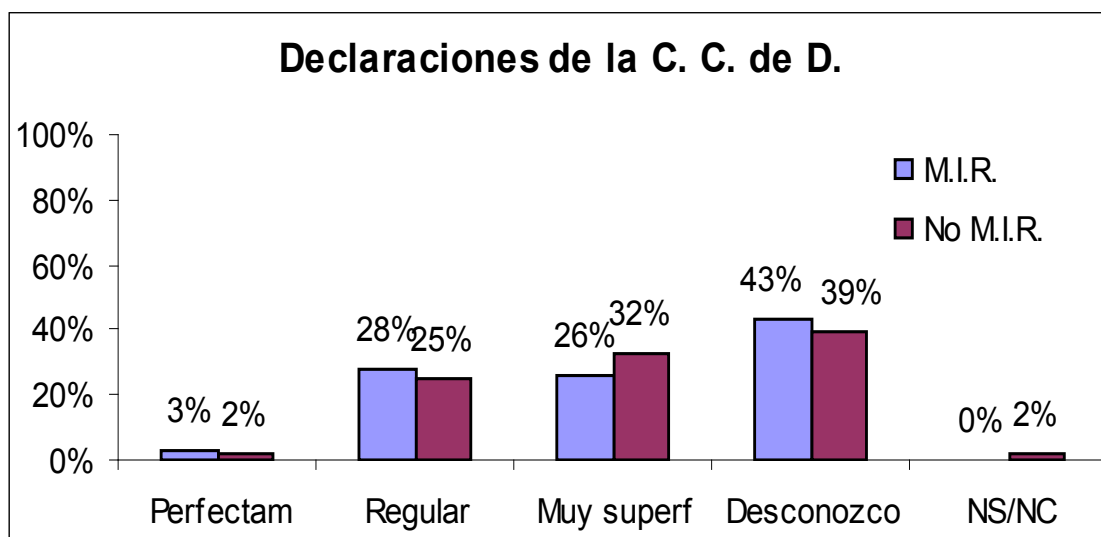


Figura 44

1.3.9. Leyes reguladoras del ejercicio profesional

El ejercicio profesional, como ya hemos repetido en varias ocasiones a lo largo de esta tesis, asienta su discurrir sobre la ética, la deontología que otorga normas y las leyes que le regulan. Con respecto a estas últimas requeríamos a los compañeros:

Indique el grado de conocimiento de las siguientes leyes reguladoras del ejercicio profesional médico en España.

A tenor de las respuestas obtenidas, que desglosamos a continuación, podemos afirmar que, en general, el nivel de conocimiento de las leyes enunciadas es alto. Así:

Constitución Española

		Bien	Regular	Mal	La desconozco	NS/NC
Total	Absolutos	77	143	50	12	5
	%	27%	50%	17%	4%	2%
Sexo	Mujer	29%	50%	15%	4%	3%
	Hombre	26%	50%	19%	4%	1%
Medio	Rural	27%	50%	16%	4%	2%
	Urbano	25%	49%	20%	5%	0%
Formación	M.I.R	23%	58%	14%	4%	1%
	No M.I.R	29%	46%	19%	4%	2%

Tabla 19

Sólo el 4 % (12), afirma desconocer la Constitución española, mientras que del 94 % (270) restante algo más del 77 % (220) la conoce bien (27 %) o regular (50 %) y sólo el 17 % (50) afirma conocerla mal. El 2 % (4) no contesta.

Gráficamente:

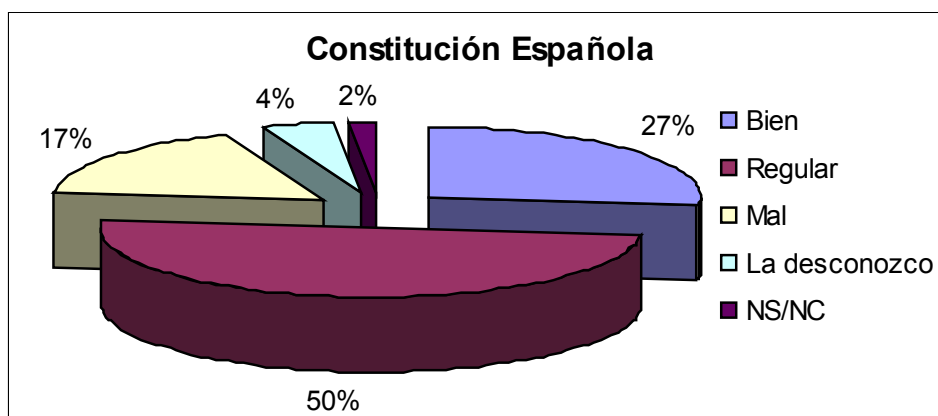


Figura 45

Ley General de Sanidad

		Bien	Regular	Mal	La desconozco	NS/NC
Total	Absolutos	68	136	61	17	5
	%	24%	47%	21%	6%	2%
Sexo	Mujer	26%	49%	17%	7%	2%
	Hombre	22%	47%	24%	5%	2%
Medio	Rural	24%	46%	22%	6%	2%
	Urbano	23%	52%	19%	6%	0%
Formación	M.I.R	22%	56%	16%	5%	1%
	No M.I.R	25%	43%	24%	6%	2%

Tabla 20

Como vemos, con la Ley General de Sanidad viene a ocurrir algo parecido, incrementándose al 6 % (17) los que afirman desconocerla, disminuyendo los que la conocen bien o regular, 71 % (204), a expensas de los que están menos al tanto y la conocen mal, 21 % (61). Los que la ignoran se incrementan otro 2 % sobre la anterior.

Y de forma gráfica:

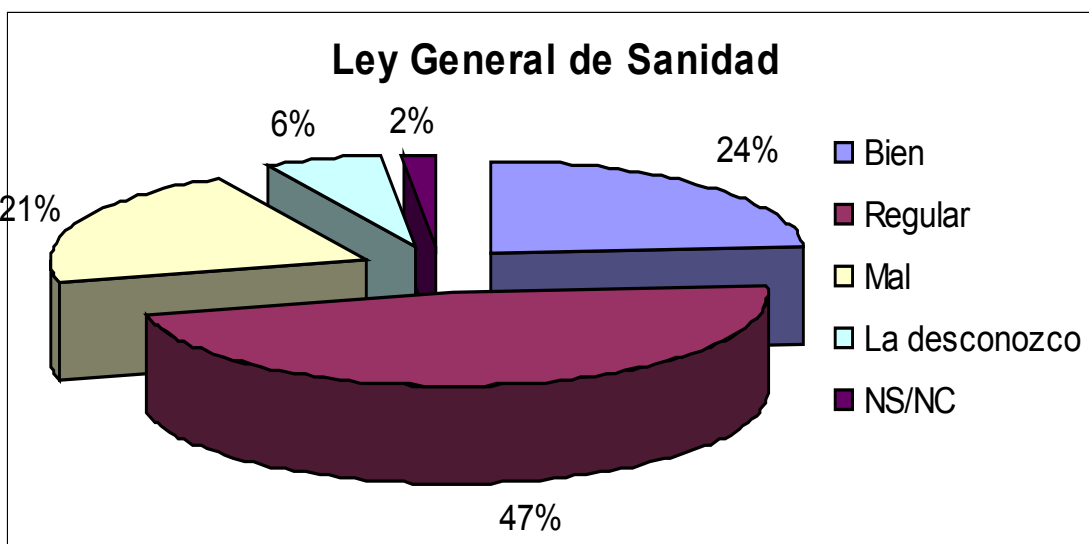


Figura 46

Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

		Bien	Regular	Mal	La desconozco	NS/NC
Total	Absolutos	23	112	100	48	4
	%	8%	39%	35%	17%	1%
Sexo	Mujer	6%	48%	30%	15%	2%
	Hombre	9%	34%	38%	18%	1%
Medio	Rural	7%	39%	34%	18%	2%
	Urbano	10%	40%	37%	13%	0%
Formación	M.I.R	8%	41%	34%	17%	0%
	No M.I.R	8%	38%	35%	16%	2%

Tabla 21

A medida que especificamos más en la legislación, la noción que se tiene de ésta disminuye y los términos se van invirtiendo.

Representada por segmentos:

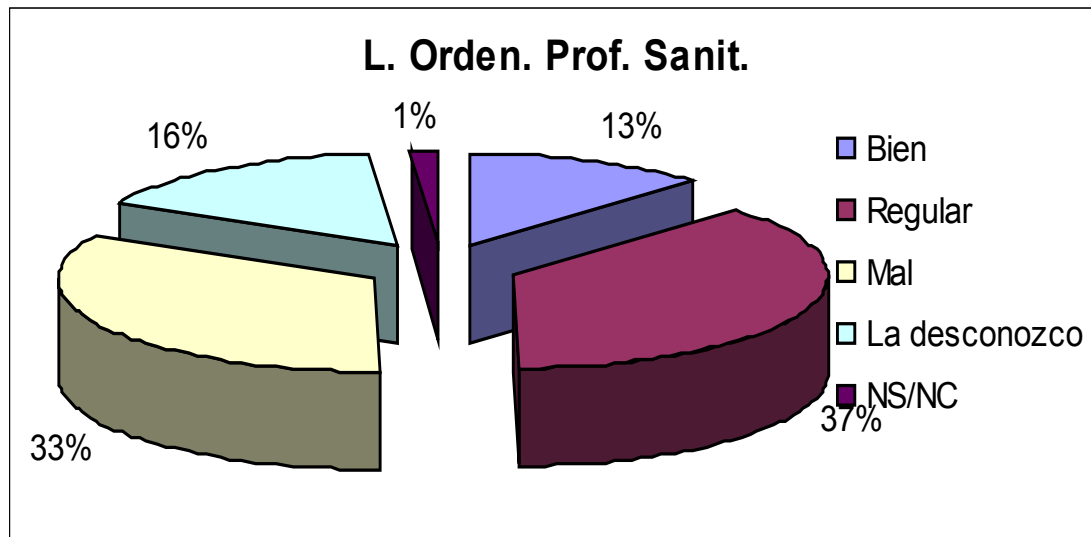


Figura 47

Ley de Autonomía del Paciente

		Bien	Regular	Mal	La desconozco	NS/NC
Total	Absolutos	33	91	98	61	4
	%	11%	32%	34%	21%	1%
Sexo	Mujer	17%	37%	27%	17%	2%
	Hombre	9%	29%	38%	23%	1%
Medio	Rural	11%	32%	33%	22%	2%
	Urbano	13%	30%	36%	20%	0%
Formación	M.I.R	14%	32%	38%	16%	0%
	No M.I.R	10%	31%	32%	24%	2%

Tabla 22

En cuanto a la Ley 41/2002, que es una Ley fundamental para el ejercicio, el conocimiento que los profesionales encuestados tienen de ella es bastante inferior a las anteriores. Sólo el 11 % (33) afirman conocerla bien, el 32 % (91) regular, el 35 % (98) mal y el 21 % (61) no la conocen. Como en la anterior, el 1 % (4), no contestan

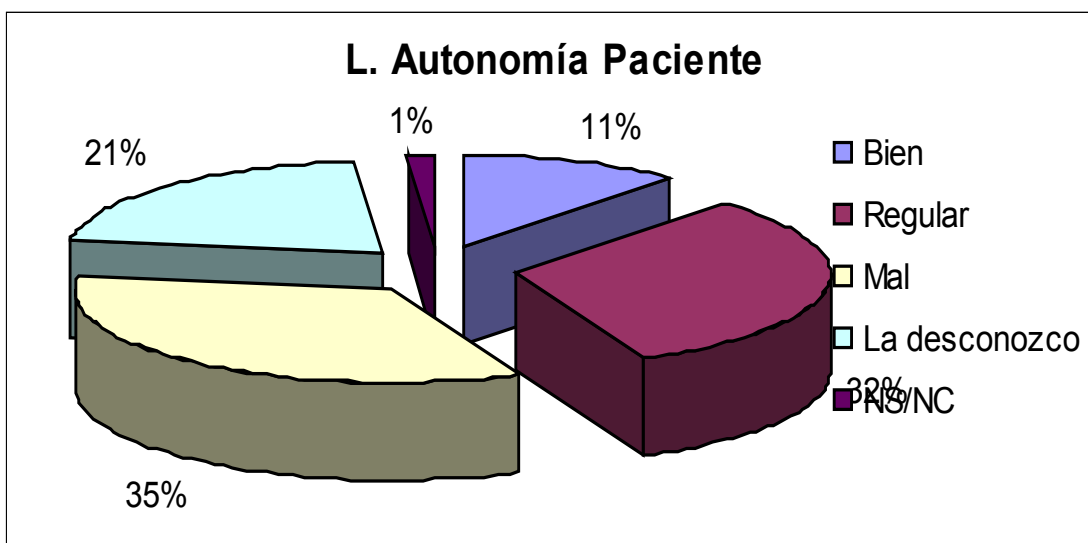


Figura 48

Es, cuando menos curioso, el cuadro comparativo, entre médicos formados vía MIR y el resto, sobre la norma legal más conocida.

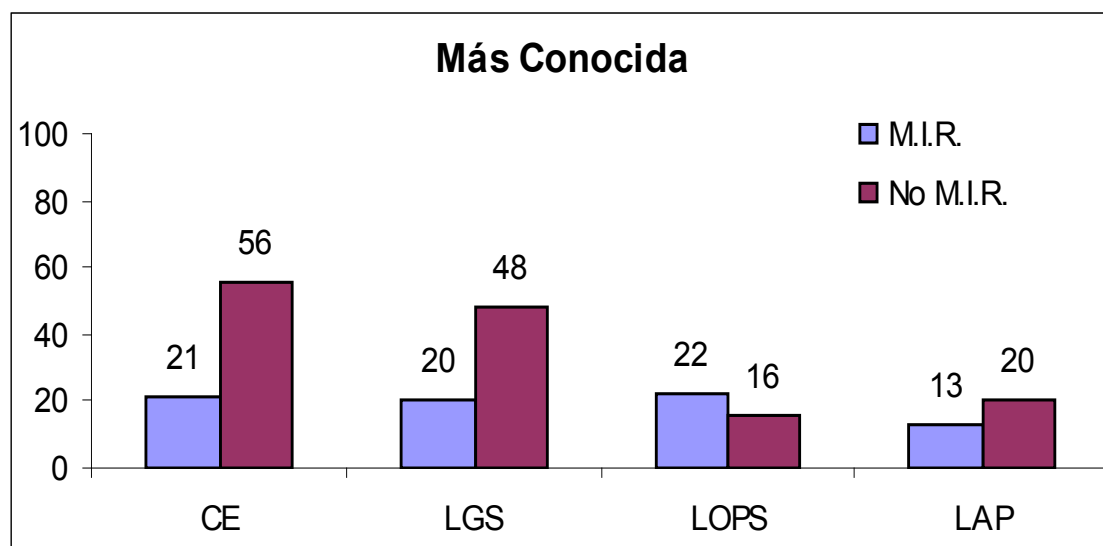


Figura 49

Podemos terminar resumiendo, en lo que atañe a este segundo bloque de la encuesta practicada, que el conocimiento de los pilares sobre los que se asienta el ejercicio médico, es decir, las corrientes de reflexión ética, los principios éticos aceptados como principales, las normas deontológicas y las leyes que consideramos más importantes es, en general, de un nivel aceptablemente alto.

1.3.10. Discusión

Lo más destacable de las respuestas obtenidas es, sin duda alguna, la importancia que se le da a la formación ética. No son muchos los que recibieron enseñanza en esta parcela en sus estudios universitarios. La asignatura es de reciente implantación y no todas las facultades la imparten, como ya ha quedado dicho. Pero hay un número importante que se preocupa por la adquisición de conocimientos posterior a su licenciatura. Y es multitud los que opinan que la asignatura debe formar parte de la enseñanza universitaria.

No es valorable el que haya más mujeres que hombres que cursaron la asignatura, pues eso les vino dado por el lugar en que realizaron sus estudios, como tampoco lo es la distribución de esta variable en función de si la vía de acceso al ejercicio fue vía MIR o no, como ya ha quedado dicho.

Sí que es significativo el que en la formación posterior, que indica un deseo expreso del individuo por adquirir conocimientos, las mujeres superan con creces a los hombres cuando inquirimos sobre “otras vías de formación”.

La aseveración de escasez numérica en la recepción de la disciplina reglada universitaria, hecha dos párrafos más arriba, puede explicar el bajo conocimiento de los pilares filosóficos de la ética médica entre la población encuestada.

Por esa misma razón los principios éticos, más “populares” y aprehensibles, son mayoritariamente conocidos al igual que la normativa deontológica y las leyes. En los congresos, simposium y demás reuniones científicas, así como en las publicaciones habituales, se habla con una cierta frecuencia de estos últimos, mientras que no se aborda esa cuestión más profunda y dificultosa que son las corrientes de reflexión ética.

Hay que hacer una mención especial a la gradación que los encuestados hacen de los cuatro grandes principios éticos sobre los que han sido requeridos:

Un análisis superficial de las respuestas obtenidas nos puede llevar a pensar que sienten y practican una ética paternalista. No sería, en todo caso, una ética paternalista dura clásica, sino más blanda, al ser modulada por la valoración que hacen de los principios de justicia y autonomía. Pero esta aseveración viene matizada por dos cosas: la primera, que analizamos respuestas de médicos de cabecera, en su mayoría rurales, con la implicación vivencial que eso supone; y la segunda que, en el caso de los urbanos, esas vivencias son

parcialmente trasladables a ellos pues hablamos de dos ciudades en que la mayor, Talavera de la Reina, apenas supera los ochenta mil habitantes.

Esa cercanía, a veces tintada de familiaridad, condiciona el pensamiento y la actitud de disposición conceptual del arsenal ético del médico ¿Se verán reflejados esos condicionantes en la respuesta que el médico da a los problemas de carácter ético concretos que le plantea el ejercicio diario?

Lo veremos en los siguientes capítulos cuando abordemos esa parte de la encuesta.

1.4. Preocupaciones éticas

Como ya decíamos en el capítulo anterior, al presentar este tercer bloque, se trata de conocer los asuntos de índole ético que preocupan al médico de Atención Primaria y en que grado lo hacen. Una vez definidos estos y, con el fin de facilitar la tarea, aportando simplificación y claridad, los hemos dividido en tres apartados: los que afectan en primera persona, los que provocan la relación con sus pacientes y los que surgen de la relación con terceros.

1.4.1. Preocupaciones sobre asuntos que afectan en primera persona

Son muchas las cosas que aportan preocupación al médico en su ejercicio. Indudablemente, todas le afectan en primera persona. Pero aquí queremos referirnos a aquellas en las que es sujeto principal e, incluso, a las que dimanar o dependen de sí mismo.

El resultado general, en función de las respuestas obtenidas, de las preocupaciones que estudiamos en este capítulo queda de la siguiente forma:

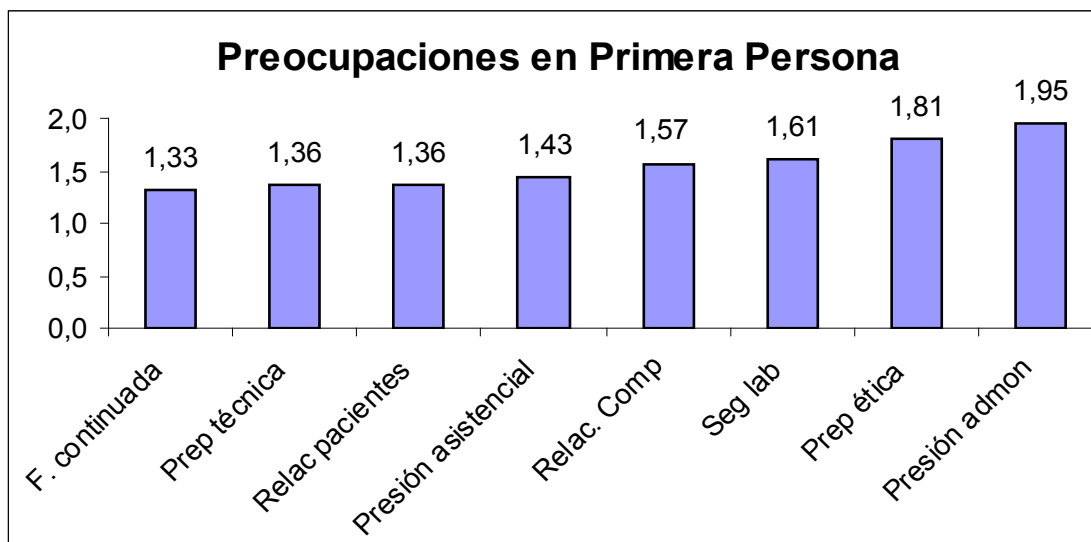


Figura 50

Queremos llamar la atención sobre el criterio utilizado para ordenar la importancia de las preocupaciones éticas en este tercer bloque, en las valoraciones globales que se

expresan en los gráficos generales: La variable se construye como un promedio ponderado de las posibles respuestas dando un peso de 1 (uno) a la respuesta “Me preocupa mucho” y de 4 (cuatro) a la respuesta “Me es indiferente”. Con esta aplicación se obtiene un “Rating Average” cuya expresión numérica menor corresponde a la preocupación considerada de mayor importancia. Es decir, que existe una relación inversa entre esta variable y el grado de importancia de la cuestión.

Este es el resultado global obtenido. Vamos a desgranarlo uno a uno. Pero, antes que eso, veamos como la respuesta general, en función del sexo, responde a un patrón similar a la total, aunque con pequeñas variaciones de matiz.

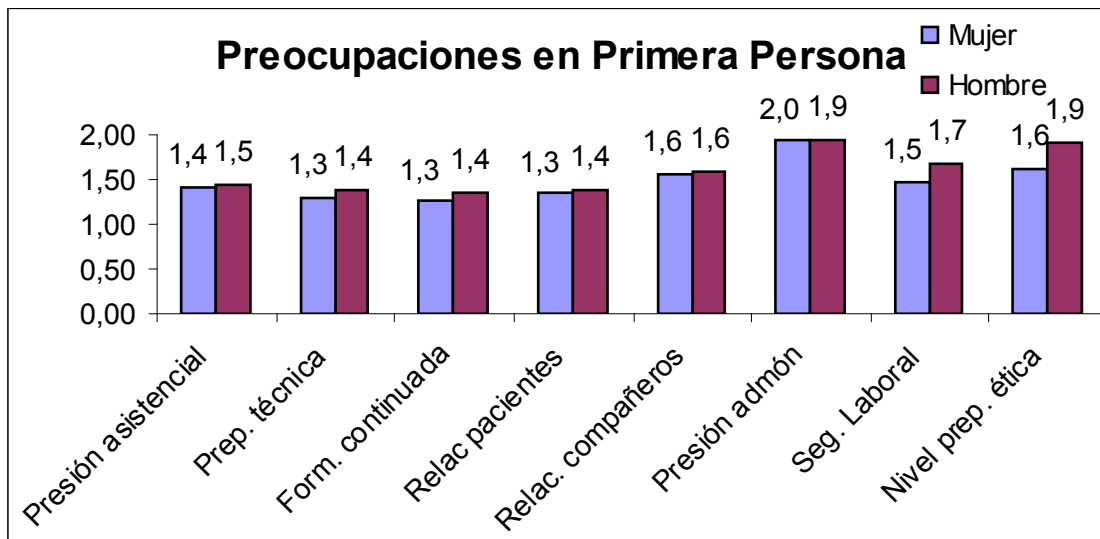


Figura 51

Analizamos en las siguientes páginas cada una de las preocupaciones ofreciendo los datos globales y los de las variables en las tablas y sólo los primeros en las gráficas por considerar que las diferencias en los resultados obtenidos desde la óptica de las variables no son significativas.

De estos datos obtenidos se deduce que, lo primero que el médico de A. P. de la provincia de Toledo quiere, es una buena formación continuada...

Formación Continuada

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	201	78	6	1	1
	%	70%	27,2%	2,1%	0,3%	0,3%
Sexo	Mujer	77%	20%	3%	0%	0%
	Hombre	66%	31%	2%	1%	1%
Medio	Rural	71%	27%	1%	0%	0%
	Urbano	69%	28%	4%	0%	0%
Formación	M.I.R	73%	24%	3%	0%	0%
	No M.I.R	69%	29%	2%	1%	1%

Tabla 23

Gráficamente:

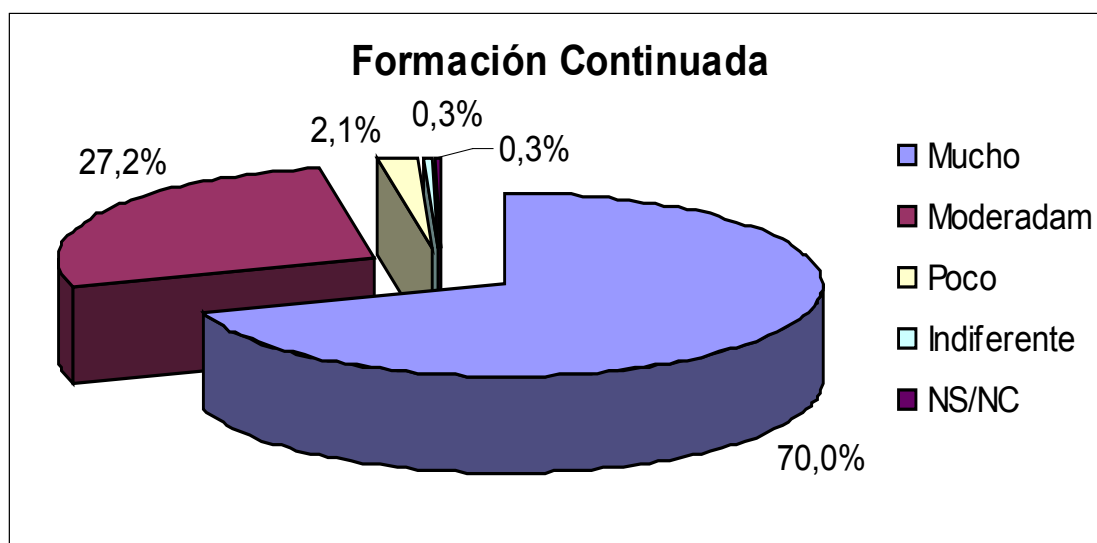


Figura 52

...con la que asegurar un buen nivel de preparación técnica. Quiere ser, ante todo, buen médico.

Nivel de Preparación Técnica

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	193	84	4	3	3
	%	67,2%	29,3%	1,4%	1%	1%
Sexo	Mujer	71%	28%	0%	0%	1%
	Hombre	65%	30%	2%	2%	1%
Medio	Rural	72%	24%	1%	1%	1%
	Urbano	55%	42%	2%	0%	0%
Formación	M.I.R	69%	29%	2%	0%	0%
	No M.I.R	66%	29%	1%	2%	2%

Tabla 24

Y en gráfico:

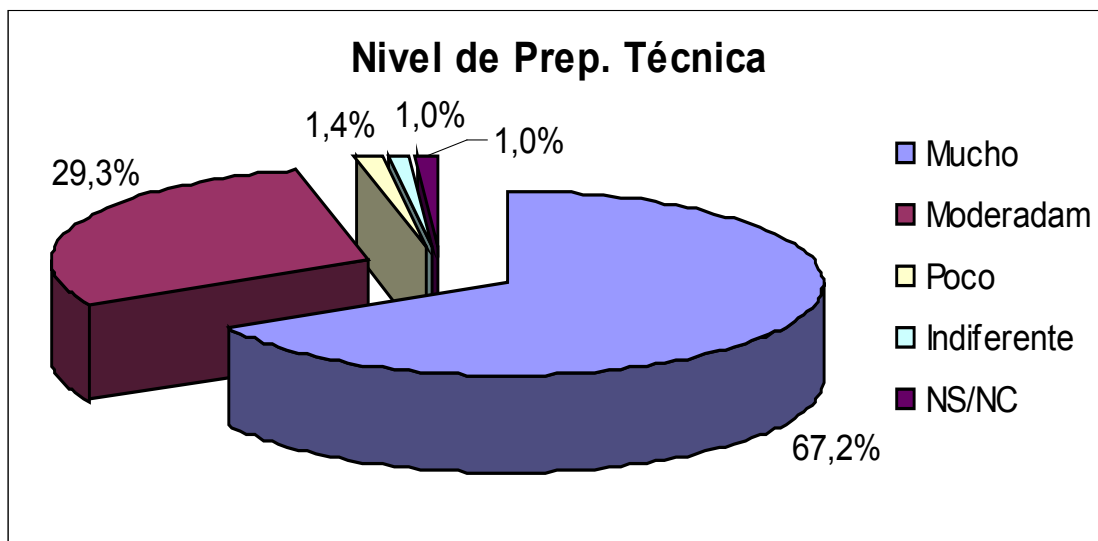


Figura 53

Un médico al que le preocupa, casi en la misma magnitud que su preparación técnica, la relación con sus pacientes.

Relación con los Pacientes

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	189	88	8	0	2
	%	65,9%	30,7%	2,8%	0%	0,7%
Sexo	Mujer	67%	32%	1%	0%	0%
	Hombre	65%	30%	4%	0%	1%
Medio	Rural	68%	29%	2%	0%	1%
	Urbano	61%	35%	4%	0%	0%
Formación	M.I.R	65%	33%	2%	0%	0%
	No M.I.R	66%	29%	3%	0%	1%

Tabla 25

En forma gráfica:

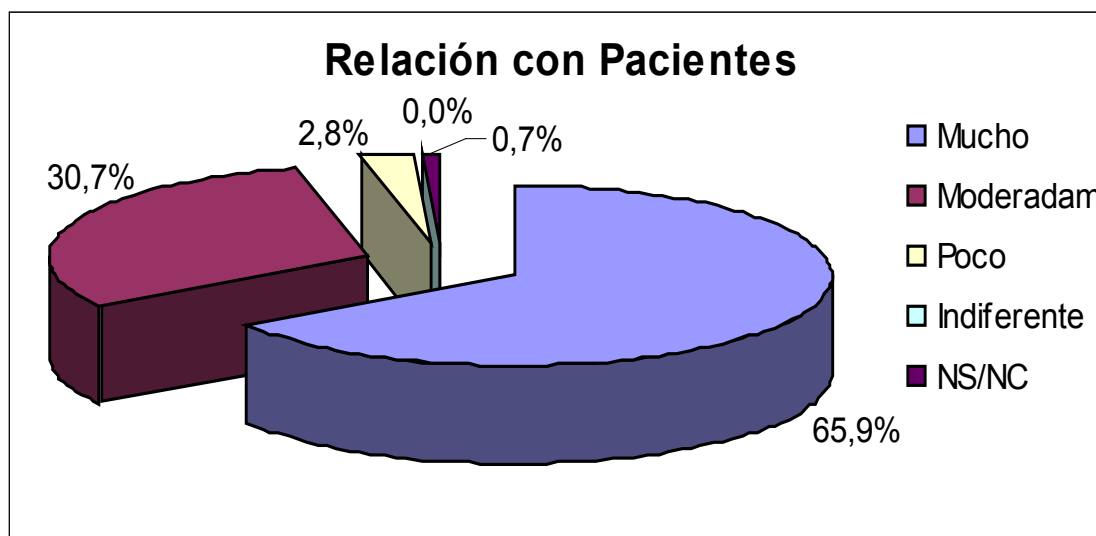


Figura 54

Y dentro de esa buena relación que desea, introduce un factor de distorsión la gran presión asistencial que soporta.

Presión Asistencial

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	189	74	19	4	1
	%	65,9%	25,8%	6,6%	1,4%	0,3%
Sexo	Mujer	70%	20%	10%	0%	0%
	Hombre	64%	29%	5%	2%	1%
Medio	Rural	63%	27%	7%	2%	0%
	Urbano	73%	22%	5%	0%	0%
Formación	M.I.R	62%	28%	8%	2%	0%
	No M.I.R	68%	25%	6%	1%	1%

Tabla 26

Gráficamente:

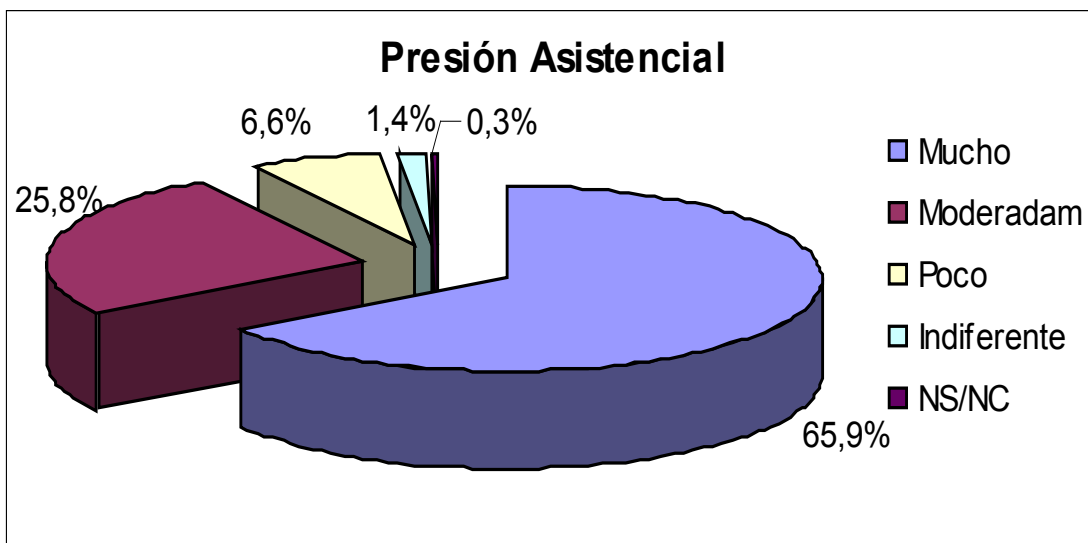


Figura 55

Y, en proporción similar a los anteriores, le preocupa la relación con sus compañeros.

Relación con los Compañeros

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	147	115	24	0	1
	%	51,2%	40,1%	8,4%	0%	0,3%
Sexo	Mujer	50%	46%	5%	0%	0%
	Hombre	52%	37%	10%	0%	1%
Medio	Rural	51%	40%	8%	0%	0%
	Urbano	51%	40%	10%	0%	0%
Formación	M.I.R	53%	40%	8%	0%	0%
	No M.I.R	51%	40%	9%	0%	1%

Tabla 27

Gráficamente:

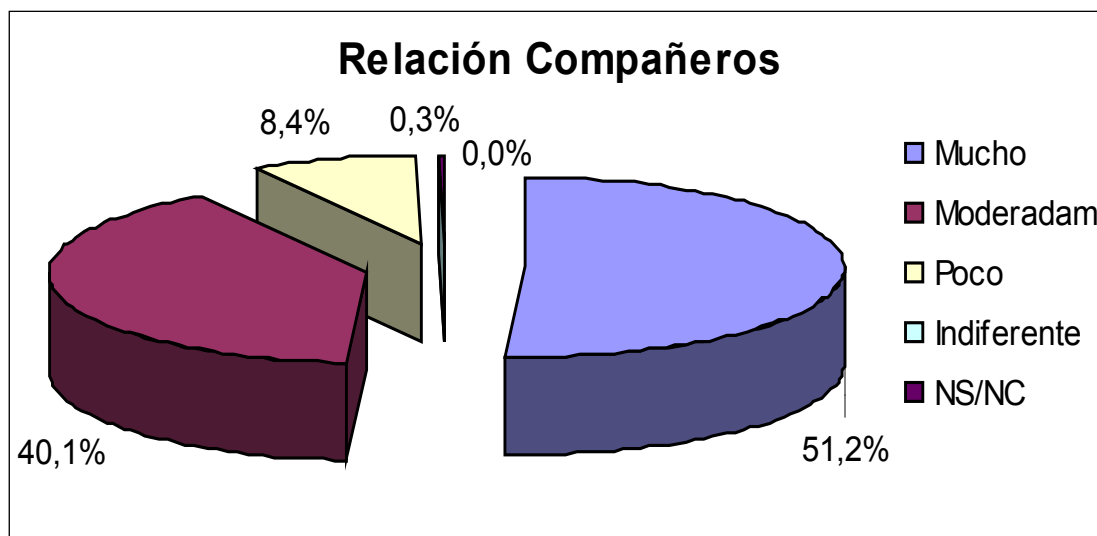


Figura 56

También la seguridad laboral, aunque ya, en menor medida que lo hacían las otras.

Seguridad Laboral

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	144	111	29	2	1
	%	50,2%	38,7%	10,1%	0,7%	0,3%
Sexo	Mujer	62%	28%	10%	0%	0%
	Hombre	43%	45%	10%	1%	1%
Medio	Rural	51%	37%	11%	0%	0%
	Urbano	48%	43%	7%	1%	0%
Formación	M.I.R	57%	37%	6%	0%	0%
	No M.I.R	47%	40%	12%	1%	1%

Tabla 28

Gráficamente:

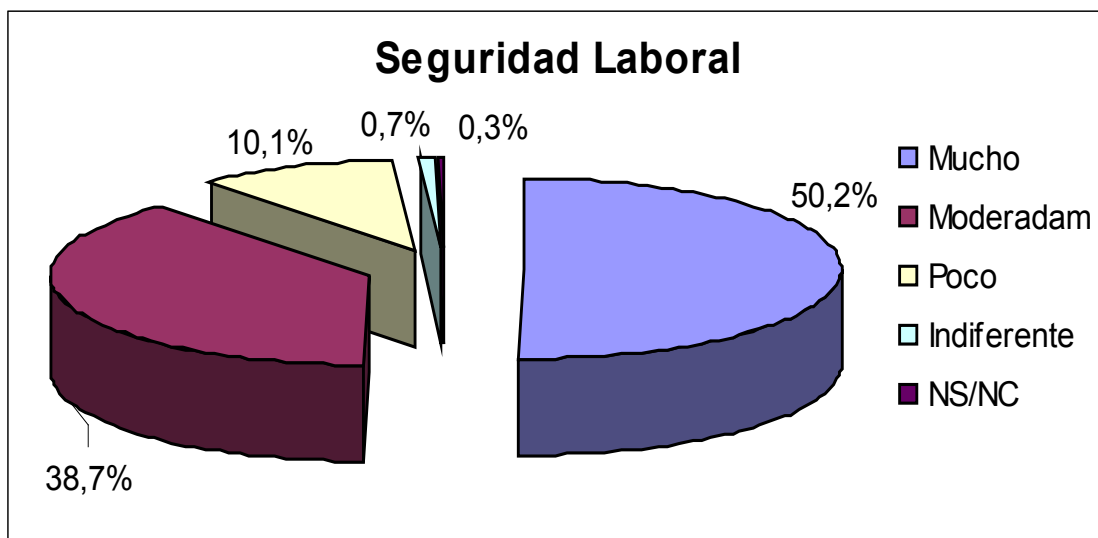


Figura 57

Y la dotación ética personal: Quiere ser un médico bueno.

Nivel de Preparación Ética

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	104	137	39	5	2
	%	36,2%	47,7%	13,6%	1,7%	0,7%
Sexo	Mujer	46%	47%	8%	0%	0%
	Hombre	31%	48%	17%	3%	1%
Medio	Rural	39%	44%	14%	2%	1%
	Urbano	30%	57%	13%	0%	0%
Formación	M.I.R	35%	55%	9%	1%	0%
	No M.I.R	37%	44%	16%	2%	1%

Tabla 29

Gráficamente:

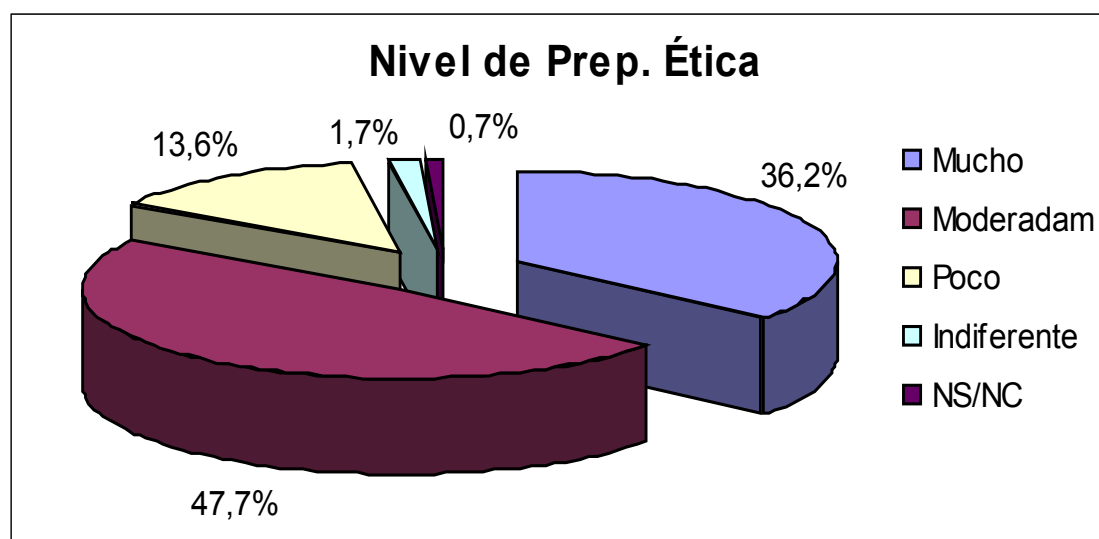


Figura 58

En un porcentaje elevado (72,5 %), en octavo y último lugar de las opciones ofrecidas, le inquieta la presión que sobre él ejerce la administración.

Presión de la Administración

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	105	103	66	12	1
	%	36,6%	35,9%	23%	4,2%	0,3%
Sexo	Mujer	39%	32%	24%	5%	0%
	Hombre	35%	38%	22%	4%	1%
Medio	Rural	35%	37%	24%	4%	0%
	Urbano	41%	33%	22%	5%	0%
Formación	M.I.R	38%	33%	24%	5%	0%
	No M.I.R	36%	37%	23%	4%	1%

Tabla 30

Gráficamente:

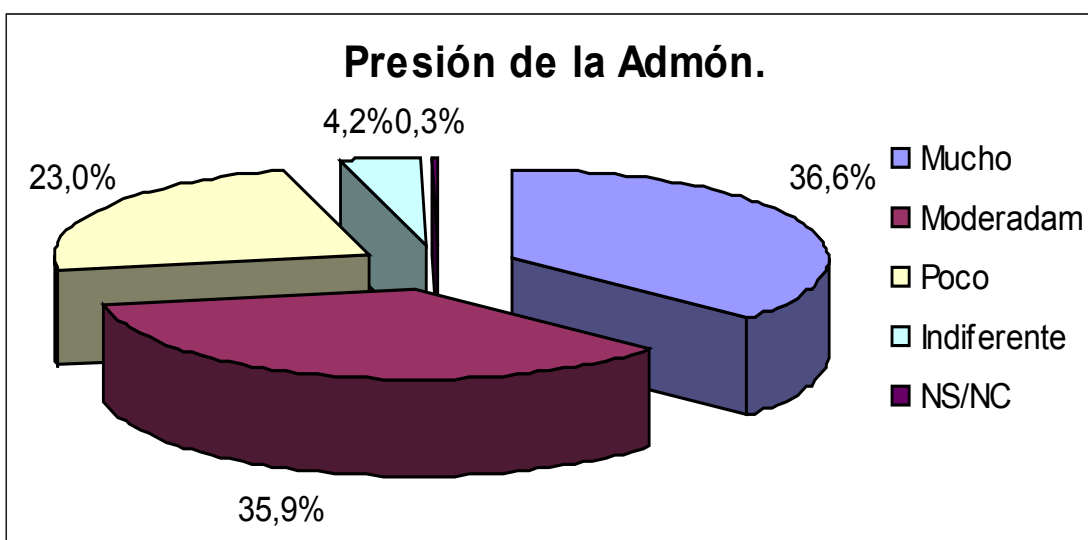


Figura 59

1.4.2. Preocupaciones surgidas en la relación médico-enfermo

La relación con el paciente allega preocupaciones éticas al médico en temas fundamentales.

Algunos de estos son muy llamativos y los hemos estudiado a lo largo de esta tesis. Es el caso de la eutanasia, el aborto o el dilema que puede significar tener que decirle a un paciente con el que, habitualmente, unen lazos más allá de lo estrictamente profesional, que tiene una enfermedad incurable y de pronóstico fatal. Pero hay otros que no son de menor importancia. Algunos vienen de antiguo, desde la instauración de la Seguridad Social, como la baja laboral o la asistencia al enfermo difícil. Otros, en cambio, son de reciente incorporación al arsenal ético del médico. Es el caso de la atención al paciente inmigrante o la prescripción de medicamentos genéricos.

Explicar aquí, como lo hacía en páginas atrás, que para hallar el “Rating Average”, en este caso, la valoración 1 (uno) se le ha aplicado a la opción “Es un problema muy serio” y la valoración 4 (cuatro) a la opción “Me es indiferente”. Insistimos en la observación de que existe una relación inversa entre esta variable y el grado de importancia de la cuestión.

El resultado global es:

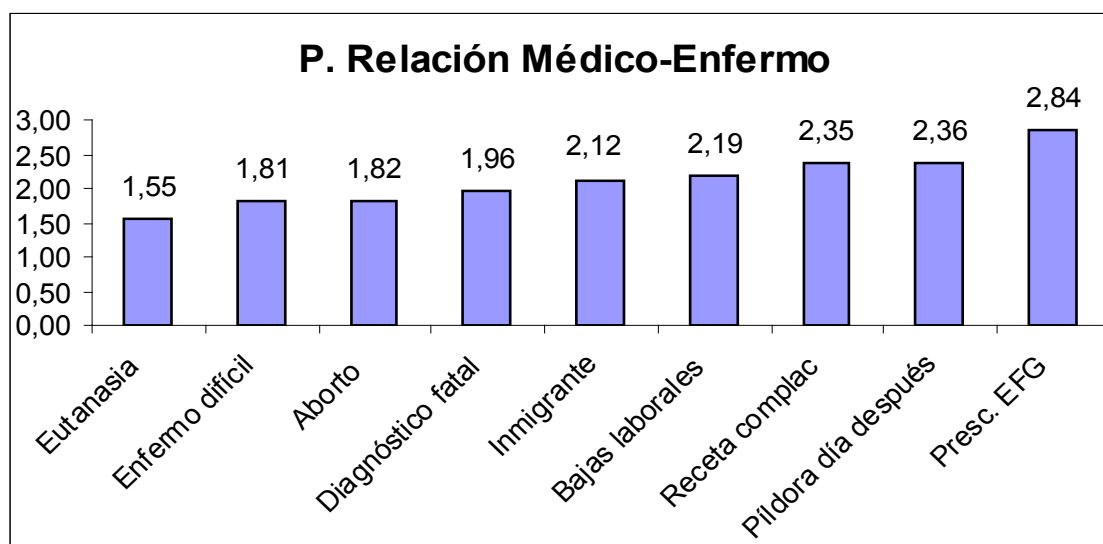


Figura 60

Como ocurría en el primer bloque de preocupaciones éticas, en este también existen diferencias de matiz entre hombres y mujeres.

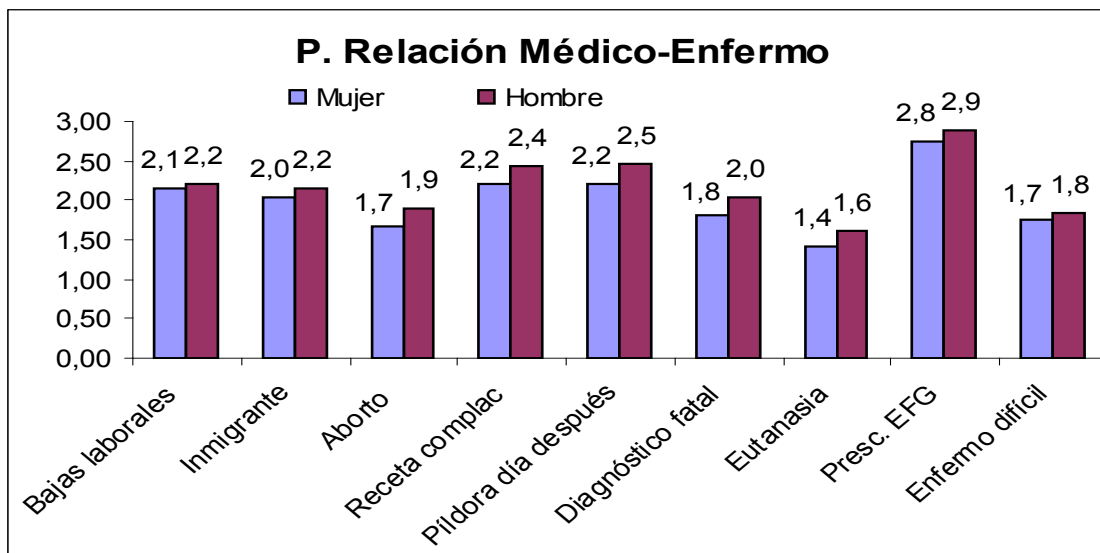


Figura 61

Pasamos a analizar los resultados individualmente.

Como hemos hecho en el apartado anterior, y por las mismas razones, en las tablas ofrecemos los resultados totales y los de las variables, mientras que en los gráficos nos limitamos a representar los primeros solamente

A los médicos de Atención Primaria de la provincia de Toledo, en primer lugar les preocupa el enfermo que, sin posibilidad razonable de curación, se enfrenta al final de su vida. Es el eterno dilema de que hacer cuando no hay nada que hacer.

Eutanasia

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	164	88	24	6	5
	%	57,1%	30,7%	8,4%	2,1%	1,7%
Sexo	Mujer	65%	27%	6%	1%	1%
	Hombre	53%	33%	10%	3%	2%
Medio	Rural	56%	31%	7%	3%	2%
	Urbano	59%	29%	11%	0%	1%
Formación	M.I.R	56%	32%	10%	1%	1%
	No M.I.R	58%	30%	8%	3%	2%

Tabla 31

Gráficamente:

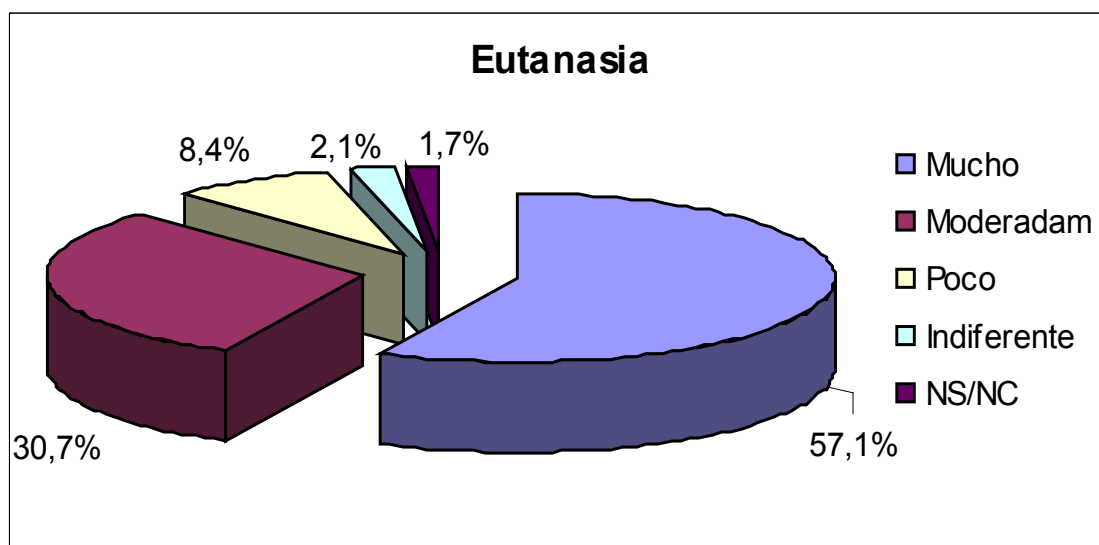


Figura 62

En segundo lugar, está la atención a ese paciente insistente, hiperfrecuentador, desconfiado, cuya atención supone un esfuerzo y un tiempo extra, del que, habitualmente no se dispone.

Atención al Enfermo “Difícil”

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	87	168	28	2	2
	%	30,3%	58,5%	9,8%	0,7%	0,7%
Sexo	Mujer	33%	58%	8%	0%	1%
	Hombre	29%	59%	11%	1%	1%
Medio	Rural	32%	57%	9%	1%	0%
	Urbano	27%	61%	11%	0%	1%
Formación	M.I.R	32%	57%	9%	1%	1%
	No M.I.R	29%	59%	10%	1%	1%

Tabla 32

Gráficamente:

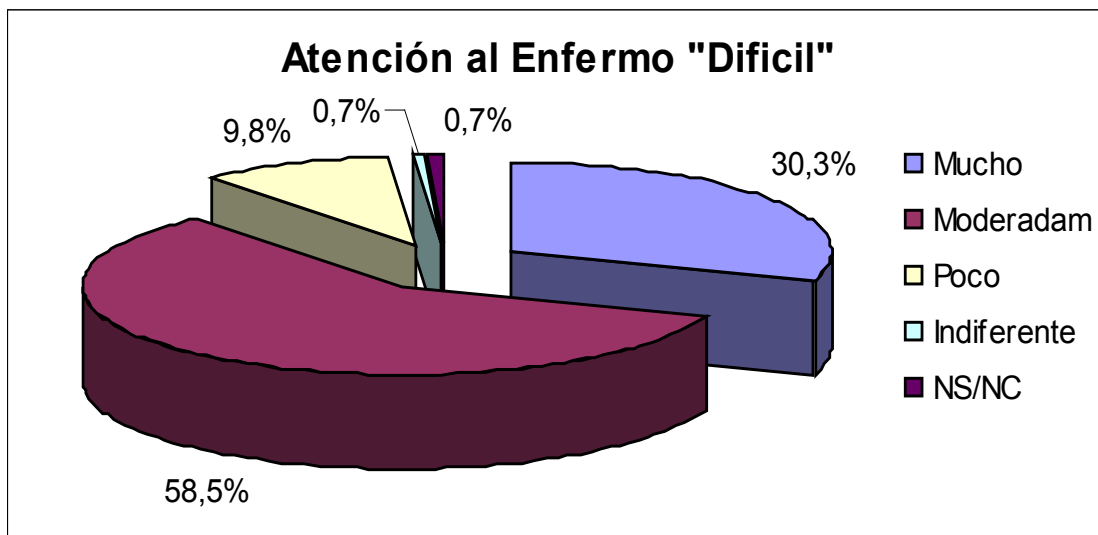


Figura 63

También ocupa un lugar destacado, en este rosario de preocupaciones éticas suscitadas por la relación con los pacientes, la petición de aborto que hace la mujer embarazada, normalmente con conocimiento de la ley o ya aleccionada sobre ella previamente. Las tres cuartas partes así lo aseveran.

Solicitud de Aborto

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	126	90	64	5	2
	%	43,9%	31,4%	22,3%	1,7%	0,7%
Sexo	Mujer	50%	31%	18%	0%	0%
	Hombre	40%	32%	24%	3%	1%
Medio	Rural	45%	31%	22%	2%	1%
	Urbano	42%	33%	24%	1%	0%
Formación	M.I.R	40%	34%	23%	3%	0%
	No M.I.R	46%	30%	22%	1%	1%

Tabla 33

Gráficamente:

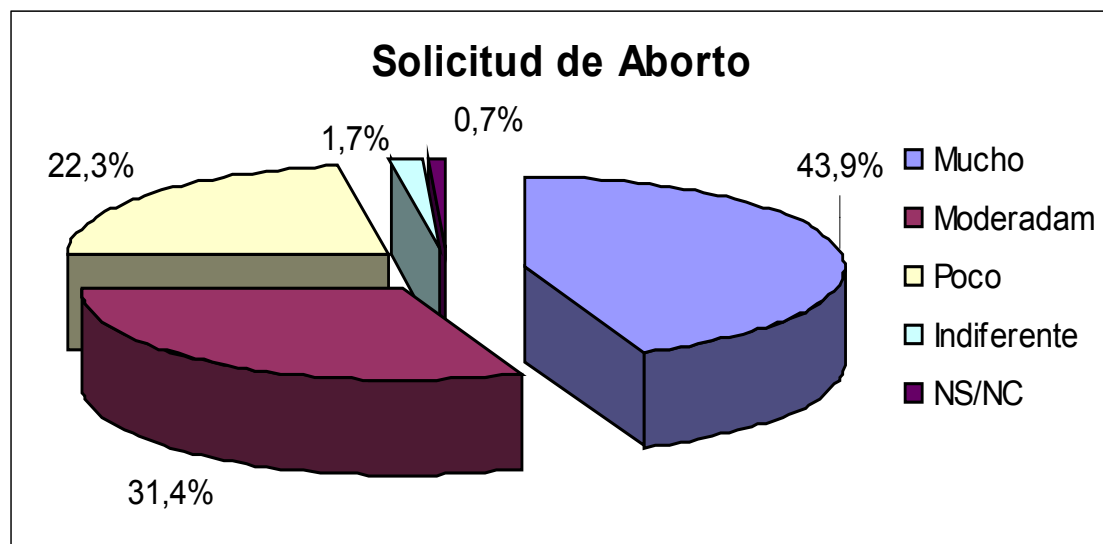


Figura 64

Ocurre, así mismo, con la comunicación de un diagnóstico fatal.

Comunicación de Diagnóstico Fatal

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	76	142	61	2	6
	%	26,5%	49,5%	21,3%	0,7%	2,1%
Sexo	Mujer	34%	47%	17%	0%	3%
	Hombre	22%	51%	24%	1%	2%
Medio	Rural	29%	46%	22%	1%	2%
	Urbano	20%	58%	19%	0%	2%
Formación	M.I.R	24%	53%	23%	0%	1%
	No M.I.R	28%	48%	21%	1%	3%

Tabla 34

Gráficamente:

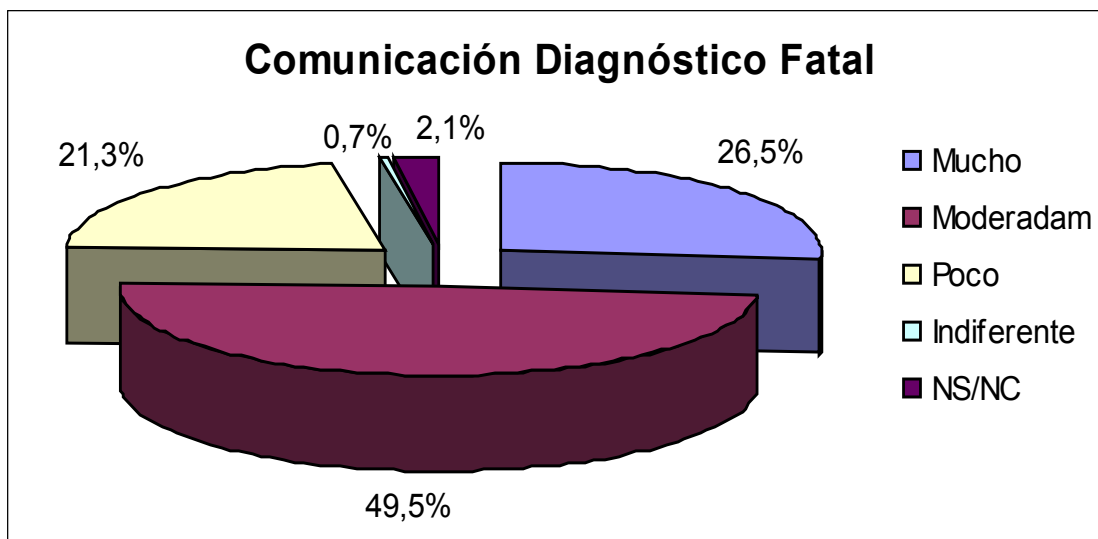


Figura 65

De reciente aparición, la atención al inmigrante, con lo que de dificultad supone por las barreras que se interponen obstaculizando una relación fluida, ocupa un lugar destacado.

Atención al inmigrante

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	51	153	79	3	1
	%	17,8%	53,3%	27,5%	1%	0,3%
Sexo	Mujer	21%	54%	23%	1%	0%
	Hombre	16%	53%	30%	1%	1%
Medio	Rural	22%	50%	26%	1%	0%
	Urbano	8%	60%	30%	1%	0%
Formación	M.I.R	20%	47%	31%	1%	0%
	No M.I.R	16%	56%	26%	1%	1%

Tabla 35

Gráficamente:

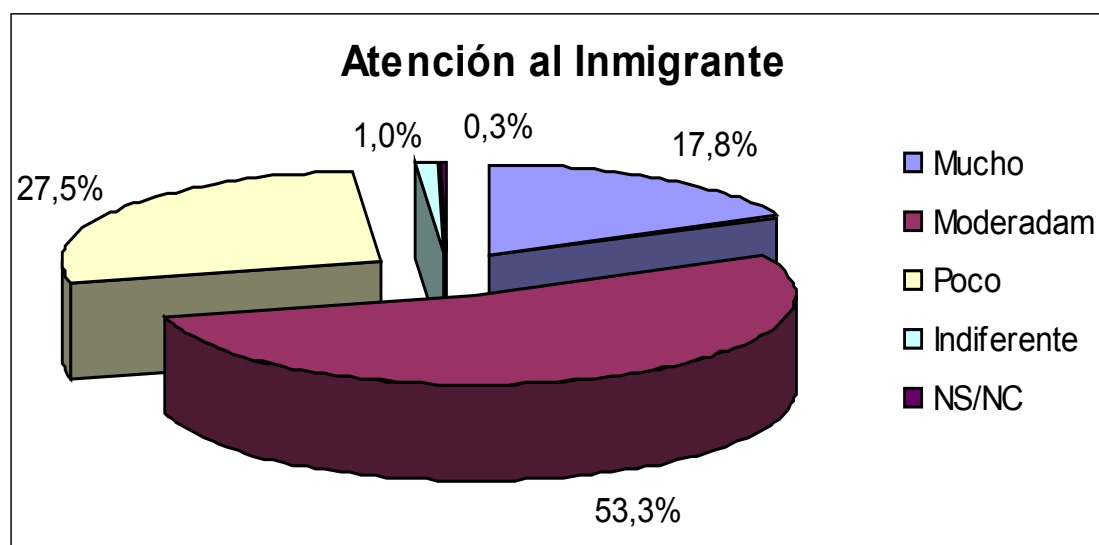


Figura 66

El siguiente en rango, aunque con resultados similares al anterior, es el generado por el sistema sanitario público, casi desde su origen, al depositar en el médico de Atención Primaria la responsabilidad de la evaluación de la capacidad laboral de la persona afectada de enfermedad o accidente no laboral.

Son muchas las dificultades con las que hay que lidiar y las trampas que, a veces, se nos tienden en este campo.

Expedición de Bajas Laborales

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	49	143	82	10	3
	%	17,1%	49,8%	28,6%	3,5%	1%
Sexo	Mujer	20%	46%	30%	2%	2%
	Hombre	15%	52%	28%	4%	1%
Medio	Rural	18%	48%	29%	4%	1%
	Urbano	16%	55%	28%	1%	0%
Formación	M.I.R	24%	39%	33%	4%	0%
	No M.I.R	14%	55%	26%	3%	2%

Tabla 36

Gráficamente:

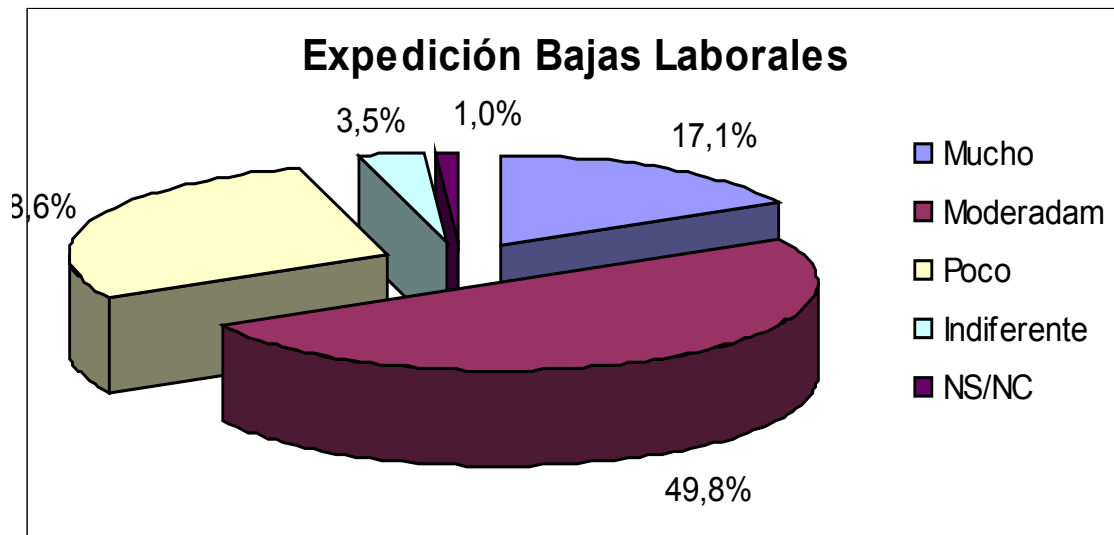


Figura 67

La receta de complacencia, cuya petición ha variado cualitativamente a medida que mejora la educación sanitaria y aumenta la doble afiliación, no es un asunto de primer orden comparado con los anteriores.

Receta de Complacencia

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	41	118	109	16	3
	%	14,3%	41,1%	38%	5,6%	1%
Sexo	Mujer	20%	42%	32%	4%	2%
	Hombre	11%	41%	41%	7%	1%
Medio	Rural	11%	45%	37%	6%	1%
	Urbano	22%	33%	41%	5%	0%
Formación	M.I.R	17%	40%	37%	6%	0%
	No M.I.R	13%	42%	39%	5%	2%

Tabla 37

Gráficamente:

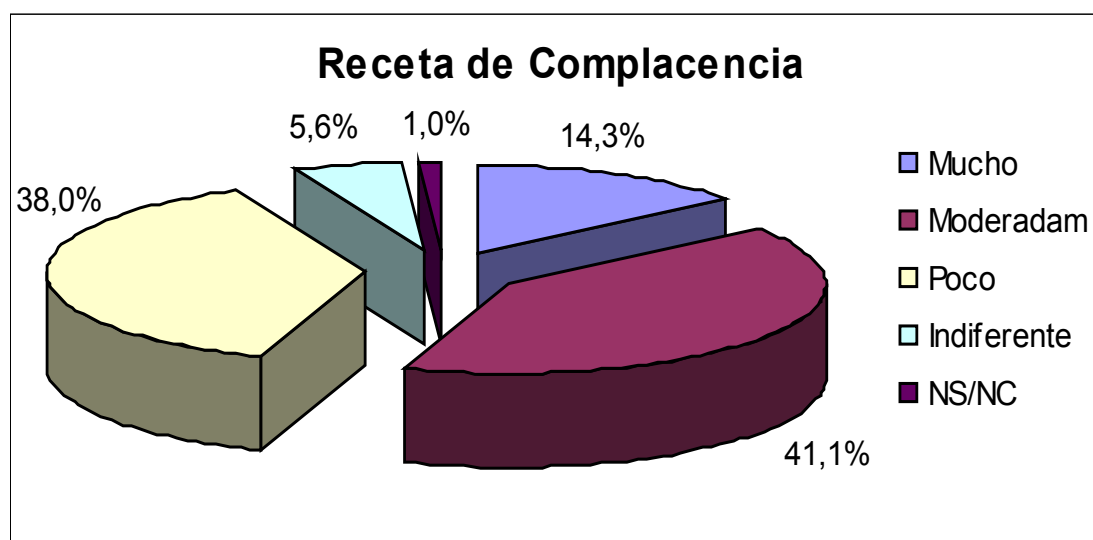


Figura 68

Lo mismo sucede con la píldora postcoital. En todo caso, como veremos más adelante, la dificultad se plantea cuando la solicitante es una menor.

Prescripción Píldora Postcoital

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	54	86	134	12	1
	%	18,8%	30%	46,7%	4,2%	0,3%
Sexo	Mujer	25%	32%	40%	3%	0%
	Hombre	15%	29%	51%	5%	1%
Medio	Rural	20%	30%	45%	5%	0%
	Urbano	17%	29%	52%	2%	0%
Formación	M.I.R	15%	29%	54%	2%	0%
	No M.I.R	21%	30%	43%	5%	1%

Tabla 38

Gráficamente:

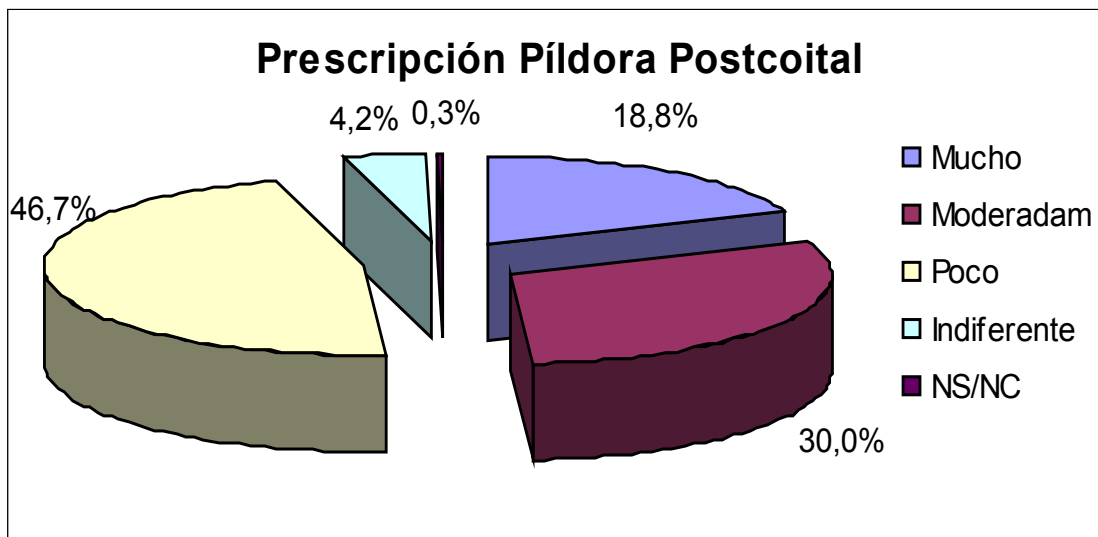


Figura 69

Hace unos años, cuando las E. F. G. empezaron, sí que pudo constituir una preocupación. Ahora, parece que no es muy importante.

Prescripción de EFG

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	7	58	190	27	5
	%	2,4%	20,2%	66,2%	9,4%	1,7%
Sexo	Mujer	2%	22%	72%	2%	2%
	Hombre	3%	19%	63%	14%	2%
Medio	Rural	2%	20%	65%	10%	2%
	Urbano	2%	20%	69%	8%	0%
Formación	M.I.R	0%	23%	65%	12%	1%
	No M.I.R	4%	19%	67%	8%	2%

Tabla 39

Gráficamente:

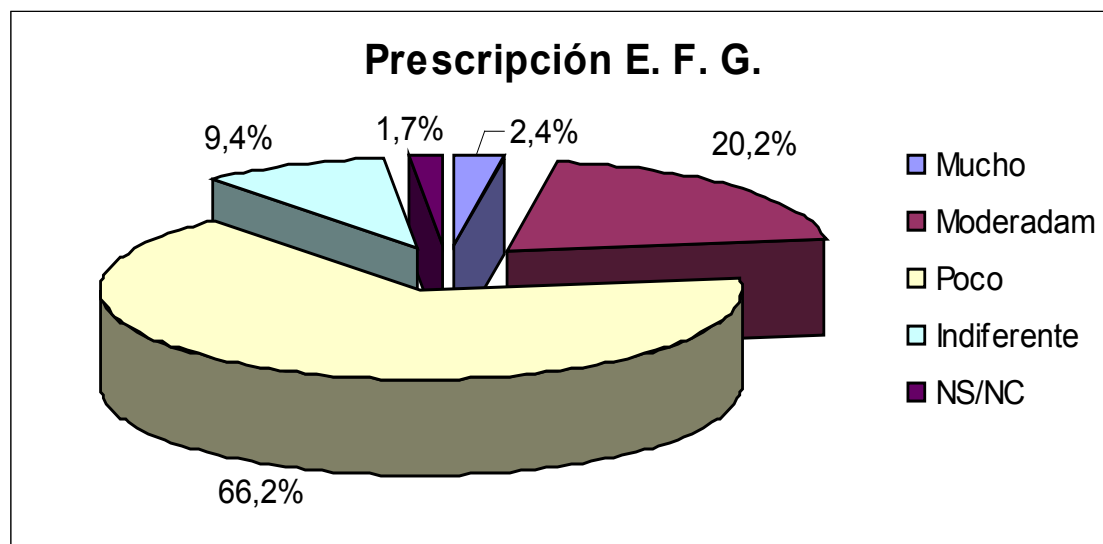


Figura 70

1.4.3. Preocupaciones surgidas en la relación con terceros

En este tercer conjunto, planteamos al profesional de A. P. de la provincia de Toledo aquellas cuestiones que puedan suscitarle inquietudes de carácter ético al relacionarse, dentro de su actividad, con terceras personas, ya sean físicas o jurídicas.

Las mayores posibilidades de conflicto, dentro de las primeras, serán con el médico hospitalario a quien envía sus pacientes por necesidad de la patología de que son portadores. En el segundo grupo, serán fundamentalmente la administración y, en menor medida, la industria farmacéutica.

Volvemos, aún a riesgo de parecer reiterativos, a recordar la relación inversa entre la variable, en el gráfico general, y su importancia. En este caso el valor 1 (uno) se aplica a la opción “Me preocupa mucho” y el valor 4 (cuatro) a la “Me es indiferente”

Los resultados generales obtenidos son los siguientes:

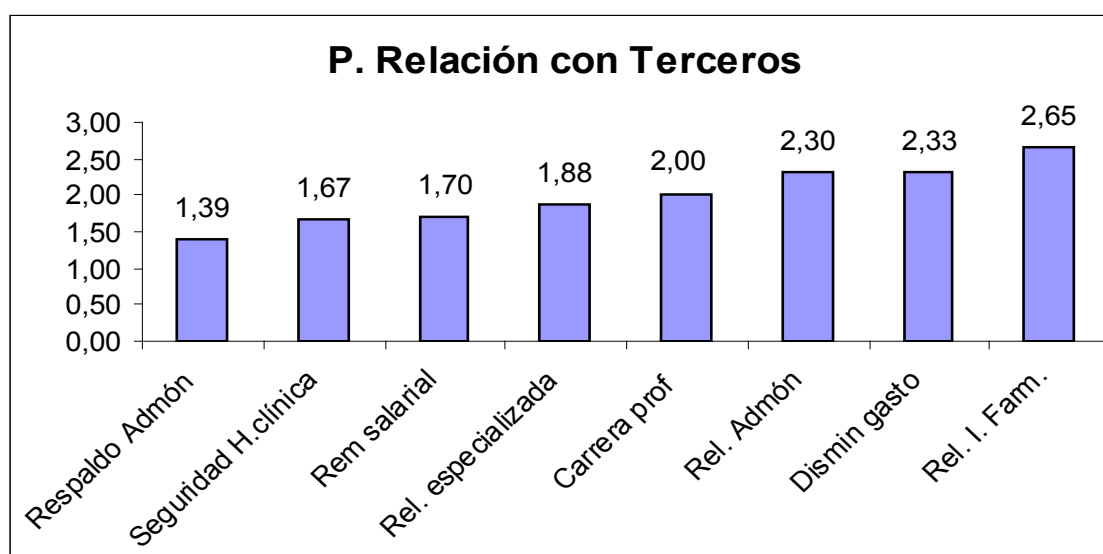


Figura 71

También apreciamos diferencias de matiz entre mujeres y hombres.

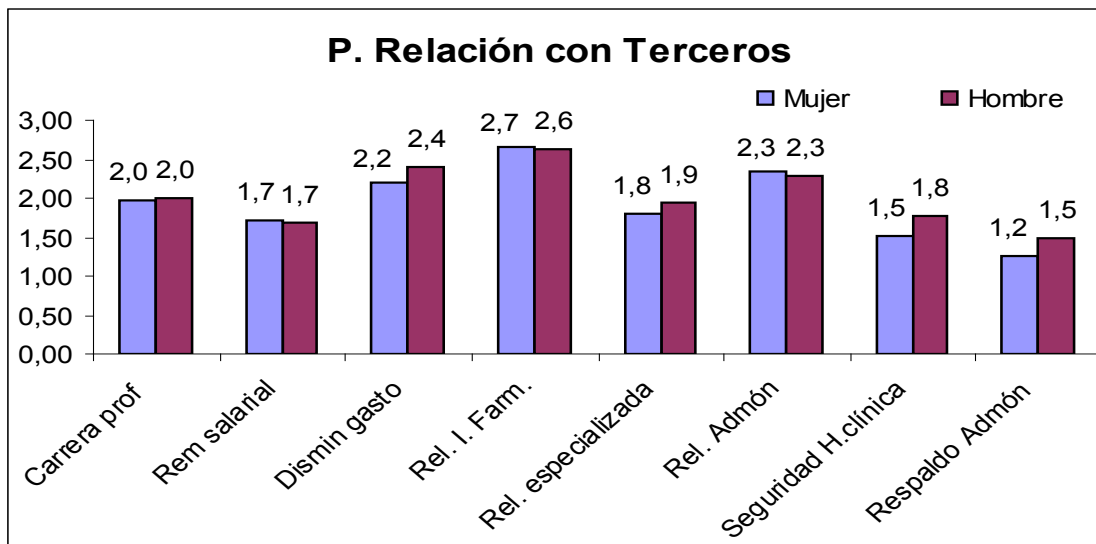


Figura 72

Como hemos hecho en los dos bloques anteriores y con las mismas características, analizamos los resultados, uno a uno, ordenados en función de la importancia que les dan los respondedores a la encuesta.

La mayor preocupación la aporta el respaldo jurídico de la administración en caso de conflicto.

Respaldo Jurídico de la Administración

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	190	80	13	2	2
	%	66,2%	27,9%	4,5%	0,7%	0,7%
Sexo	Mujer	77%	20%	2%	0%	1%
	Hombre	60%	32%	6%	1%	1%
Medio	Rural	63%	30%	5%	0%	1%
	Urbano	75%	22%	2%	1%	0%
Formación	M.I.R	71%	25%	3%	0%	1%
	No M.I.R	64%	29%	5%	1%	1%

Tabla 40

Gráficamente:

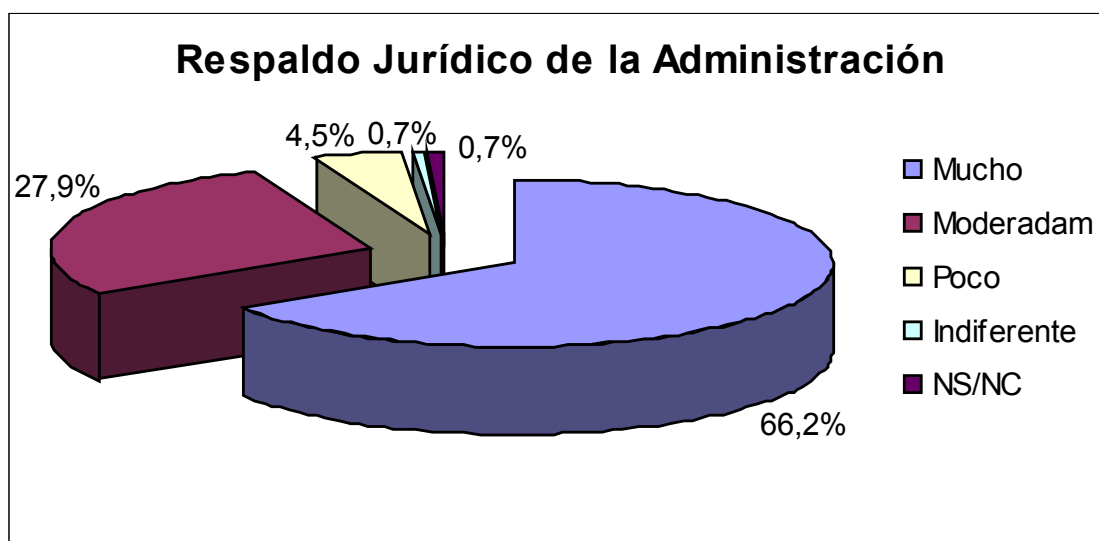


Figura 73

La sigue la falta de confianza en la seguridad de la historia clínica, actualmente depositada en los sistemas informáticos.

Seguridad de la Historia Clínica

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	133	117	32	4	1
	%	46,3%	40,8%	11,1%	1,4%	0,3%
Sexo	Mujer	56%	36%	8%	0%	0%
	Hombre	41%	43%	13%	2%	1%
Medio	Rural	41%	45%	12%	1%	0%
	Urbano	60%	30%	8%	1%	0%
Formación	M.I.R	43%	43%	12%	2%	0%
	No M.I.R	48%	40%	11%	1%	1%

Tabla 41

Gráficamente:

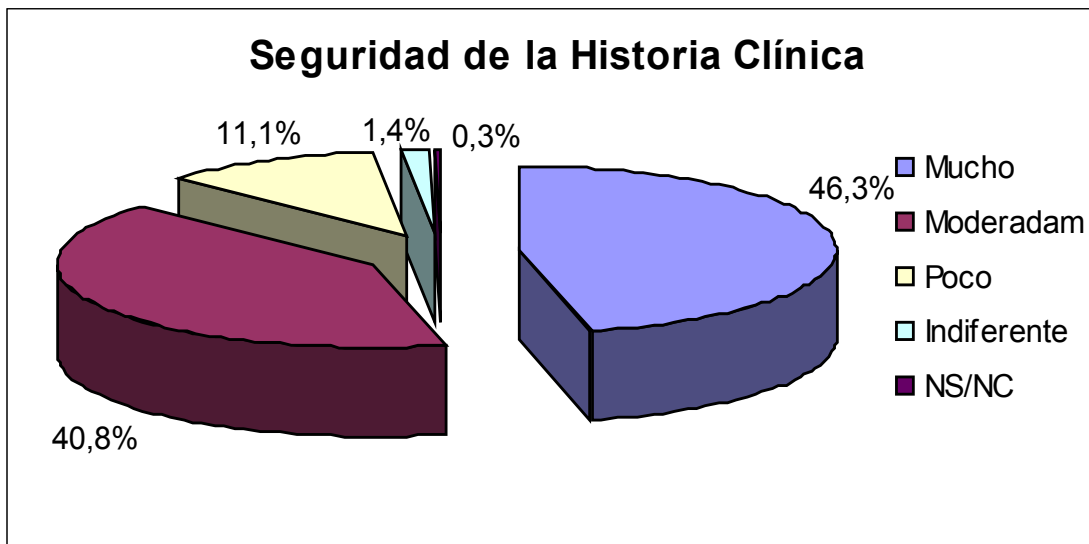


Figura 74

La percepción económica, ocupa el tercer lugar y veremos, más adelante, como expresan esa inquietud.

Remuneración Salarial

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	113	147	22	3	2
	%	39,4%	51,2%	7,7%	1%	0,7%
Sexo	Mujer	38%	54%	7%	1%	0%
	Hombre	40%	49%	8%	1%	1%
Medio	Rural	39%	50%	9%	1%	0%
	Urbano	40%	54%	4%	1%	1%
Formación	M.I.R	41%	49%	8%	2%	0%
	No M.I.R	39%	52%	8%	1%	1%

Tabla 42

Gráficamente:

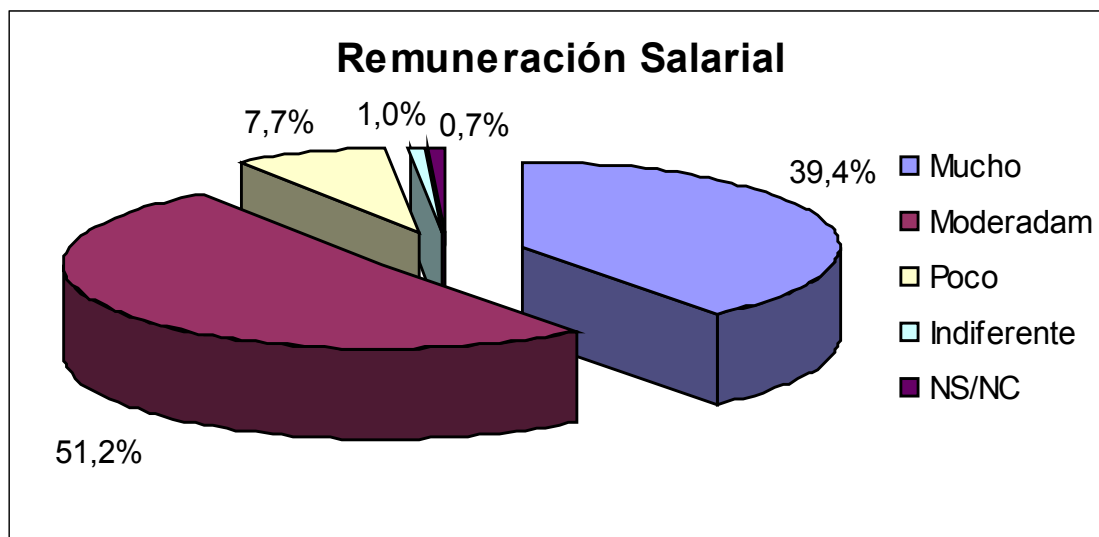


Figura 75

La relación con los compañeros del hospital, al que deriva sus pacientes, ocupa el cuarto lugar.

Relación con Especializada

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	85	154	43	4	1
	%	29,6%	53,7%	15%	1,4%	0,3%
Sexo	Mujer	35%	50%	15%	0%	0%
	Hombre	27%	55%	15%	2%	1%
Medio	Rural	30%	52%	17%	1%	0%
	Urbano	29%	58%	11%	2%	0%
Formación	M.I.R	35%	54%	9%	2%	0%
	No M.I.R	27%	54%	18%	1%	1%

Tabla 43

Gráficamente:

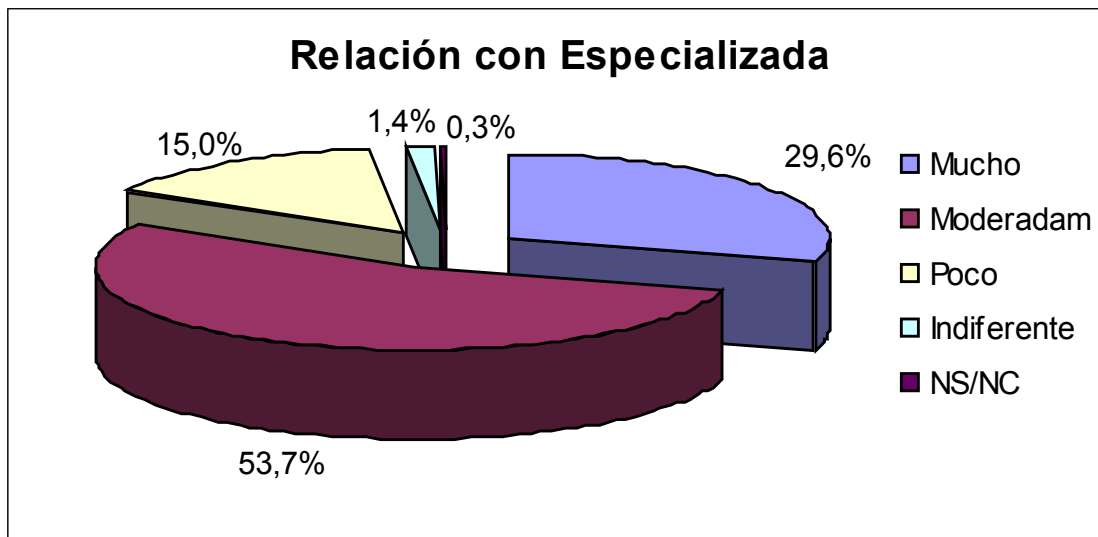


Figura 76

La carrera profesional es un concepto de nueva creación, llevando apenas un año en vigor efectivo en nuestra comunidad autónoma. No nos atrevemos a asegurar que lo expresado por nuestros compañeros no esté relacionado con su corto recorrido temporal que impide, o al menos así lo creemos, la asunción exacta de su valor y sus implicaciones de futuro.

Carrera Profesional

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	71	153	54	8	1
	%	24,7%	53,3%	18,8%	2,8%	0,3%
Sexo	Mujer	28%	49%	21%	2%	0%
	Hombre	23%	56%	17%	3%	1%
Medio	Rural	27%	53%	18%	2%	0%
	Urbano	19%	54%	22%	5%	0%
Formación	M.I.R	33%	47%	17%	2%	0%
	No M.I.R	21%	56%	20%	3%	1%

Tabla 44

Gráficamente:

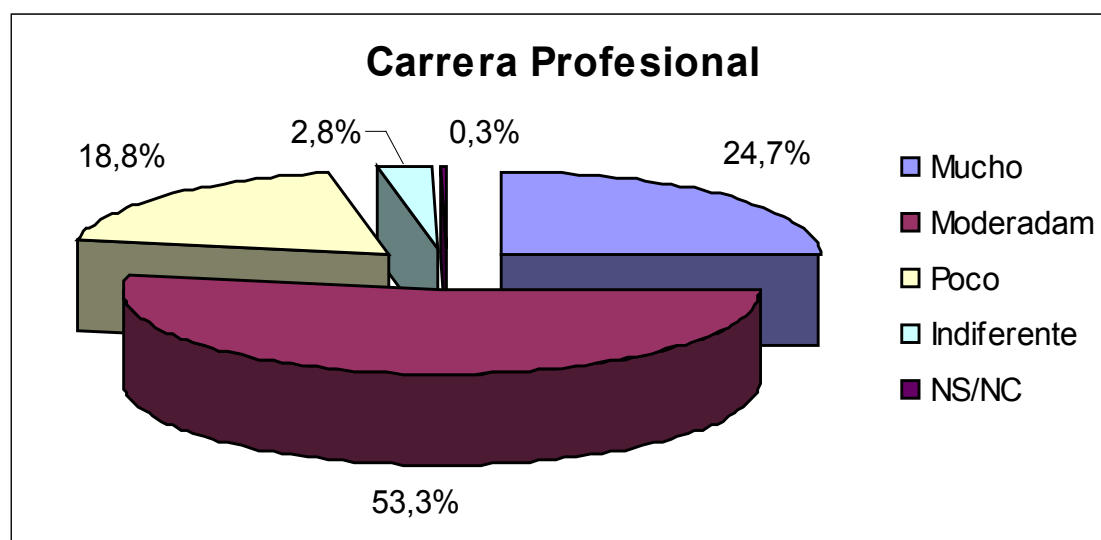


Figura 77

Íntimamente vinculada a otras cuestiones ya vistas y a la siguiente, la relación con la administración, viene a expresar el difícil equilibrio que el médico tiene que guardar frecuentemente.

Relación con la Administración

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	34	144	94	13	2
	%	11,8%	50,2%	32,8%	4,5%	0,7%
Sexo	Mujer	11%	49%	36%	4%	1%
	Hombre	13%	51%	31%	5%	1%
Medio	Rural	14%	48%	33%	4%	1%
	Urbano	7%	57%	31%	5%	0%
Formación	M.I.R	6%	54%	33%	6%	0%
	No M.I.R	14%	48%	32%	4%	1%

Tabla 45

Gráficamente:

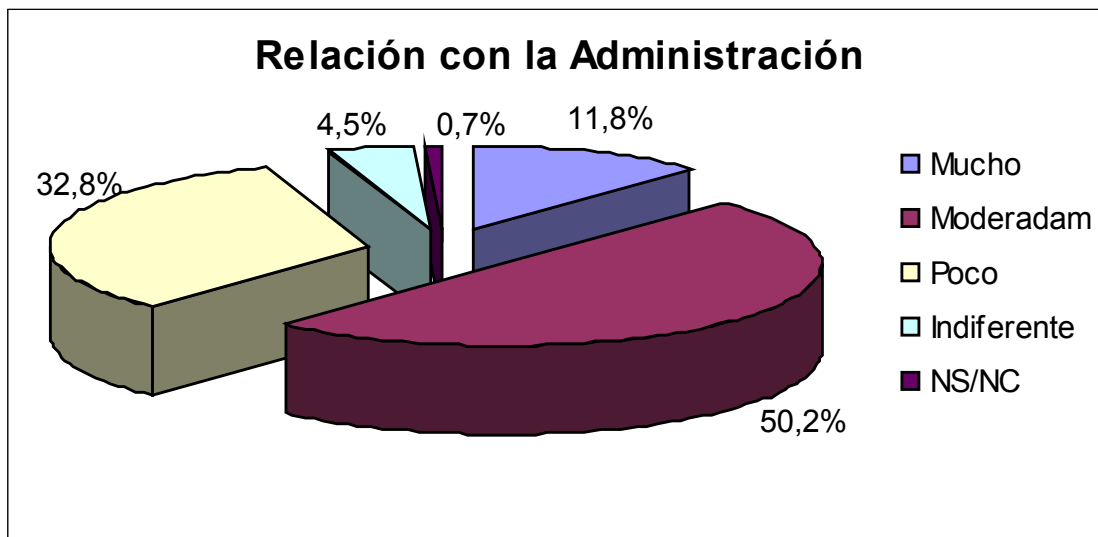


Figura 78

La presión, por parte de la administración para la disminución del gasto farmacéutico obtiene unos resultados casi superponibles a la anterior. Es muy posible que algunos compañeros hayan identificado una con la otra.

Presión para la Disminución del Gasto

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	33	146	88	19	1
	%	11,5%	50,9%	30,7%	6,6%	0,3%
Sexo	Mujer	16%	52%	27%	5%	0%
	Hombre	9%	50%	33%	8%	1%
Medio	Rural	13%	48%	32%	6%	0%
	Urbano	8%	58%	27%	7%	0%
Formación	M.I.R	13%	48%	31%	8%	0%
	No M.I.R	11%	52%	30%	6%	1%

Tabla 46

Gráficamente:

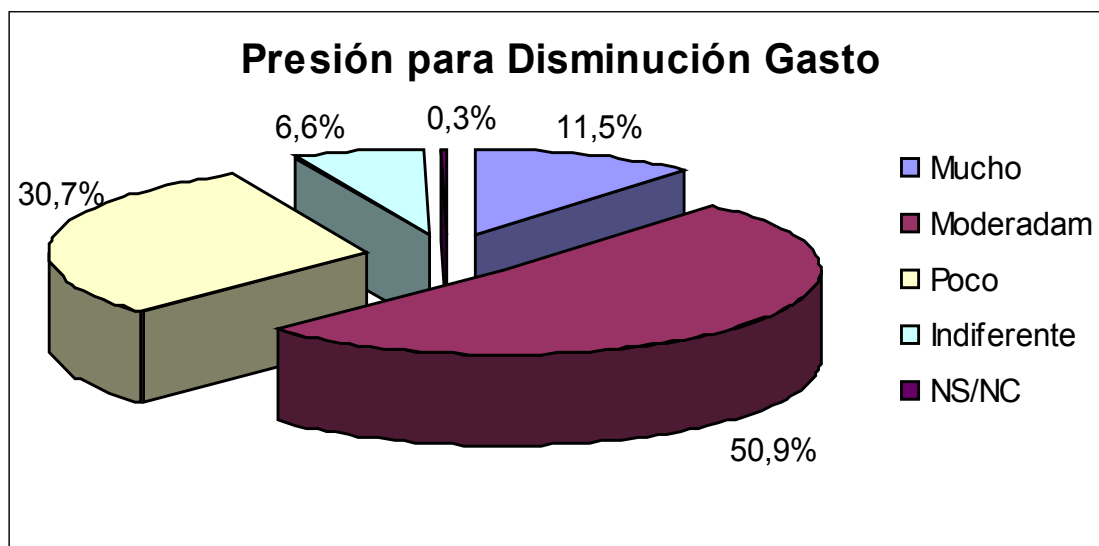


Figura 79

Se invierten totalmente, cuando llegamos a la que menor preocupación suscita, los resultados frente a las precedentes, aunque es tenida en cuenta.

Relación con la Industria Farmacéutica

		Mucho	Moderadam	Poco	Indiferente	NS/NC
Total	Absolutos	13	96	154	22	2
	%	4,5%	33,4%	53,7%	7,7%	0,7%
Sexo	Mujer	4%	36%	50%	10%	0%
	Hombre	5%	32%	55%	7%	1%
Medio	Rural	6%	34%	51%	7%	1%
	Urbano	1%	31%	59%	8%	0%
Formación	M.I.R	4%	33%	53%	10%	0%
	No M.I.R	5%	34%	54%	7%	1%

Tabla 47

Gráficamente:

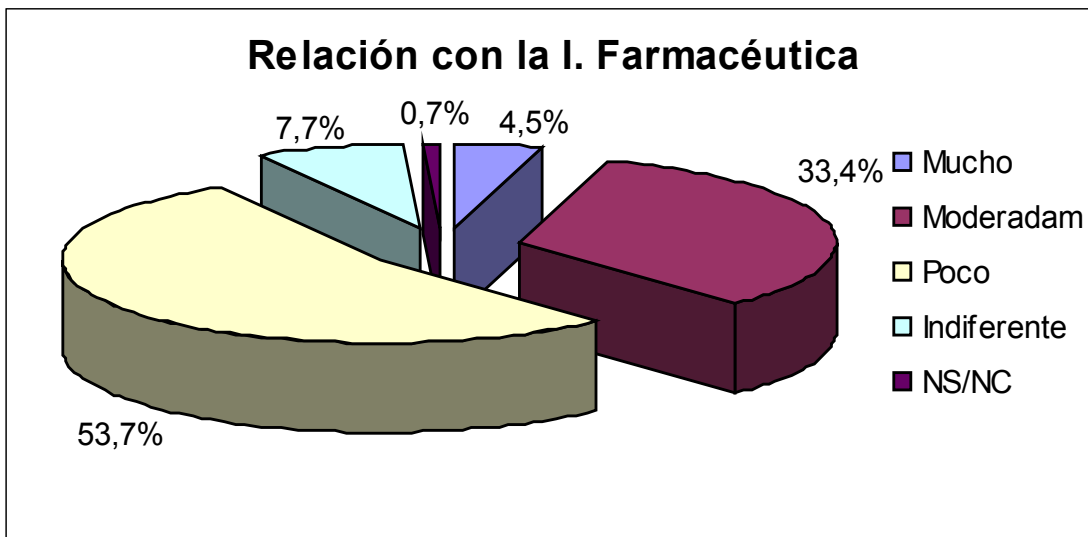


Figura 80

1.4.4. Discusión

Las preocupaciones éticas son, indudablemente, uno de los factores que condicionan la actuación del médico. Inician un estado de ánimo, una predisposición que va a condicionar la acción posterior.

Su estudio nos va a dar una idea de la personalidad ética del profesional. Lo que deducimos del estudio de las respuestas obtenidas es que el prototipo del médico de Atención Primaria de la provincia de Toledo responde a las siguientes características:

1. Responsabilidad Profesional. Basamos esta afirmación, por un lado, en la inquietud expresada por una buena preparación técnica apoyada por una adecuada formación continuada y, por el otro, en la preocupación por la relación médico-paciente que ve amenazada por la presión asistencial que soporta.

Ese sentido de la responsabilidad lo expresa, hacia fuera, en la relación con los compañeros y la inquietud por su preparación ética y, hacia el interior, en la preocupación que su seguridad laboral y la presión que percibe, por parte del empleador, le produce.

2. Respeto a los principios éticos y a las normas deontológicas. Esta aseveración surge de la expresión de preocupación que hace en cuanto al respeto a la vida y la atención a los enfermos desahuciados, difíciles y emigrantes, acordes con los principios de beneficencia y no maleficencia y con las normas deontológicas que emanan del actual código y de las declaraciones de la Comisión Central de Deontología. Deja igualmente patente, a través de la expresión de sus preocupaciones éticas, su respeto a los principios de justicia y de autonomía.

3. Independencia de criterio. Cualidad fundamental en esta profesión nuestra. A lo largo de las veinticinco preocupaciones éticas sobre las que se le requiere deja manifiestamente claro su espíritu crítico a la hora de enjuiciar aquellas cosas que le atañen en la relación con sus pacientes y, sobre todo, en la relación con terceros.

2. RESPUESTA A LOS PROBLEMAS ÉTICOS QUE SE SUSCITAN EN LA RELACIÓN CON LOS PACIENTES

La medicina socializada en que se desarrolla nuestro trabajo tiene sus ventajas. Pero también sus inconvenientes. El “todo gratis” ha llevado a una falta de valoración, por parte del usuario, de lo que el sistema ofrece. Esto hace que nunca esté suficientemente satisfecho. Y cada vez exige más. En general, se considera depositario de todos los derechos y ajeno a cualquier deber. El “para eso pago” es frase frecuentemente escuchada, no solo en la sala de espera, sino también en la consulta. Hoy, las necesidades de salud no las establece el profesional, sino que lo hace el paciente o sus familiares. Es una consecuencia de la socialización y del principio de autonomía.

El usuario, con frecuencia creciente, no sólo demanda la atención para lo que él considera una dolencia, sino que ya pide, directamente, ser derivado a tal o cual especialista, estas o aquellas pruebas complementarias y terapias concretas: “vengo a que me mande al especialista”, “quiero que me operen con láser” o “a mi me recete esto”. Si el médico hace ejercicio de su autoridad, es muy posible que se encuentre con una reclamación. Esta le será remitida por sus superiores con la obligación de explicar su actitud, argumentar el procedimiento y justificar su postura. A continuación le será remitida al reclamante.

Esta concepción del sistema, por parte del usuario, es una de las primeras causas generadora de conflictos éticos de la medicina actual. Pero no es la única. Junto a ella caminan una mayor libertad en las relaciones sexuales, falta de educación sanitaria, el deseo de aliviar el compromiso de un embarazo no deseado o el incremento de enfermedades degenerativas de pronóstico infausto, por citar algunas.

En este apartado y parte del siguiente (10.3) analizamos las respuestas que el médico de Atención Primaria da a los problemas que generan las causas apuntadas. Para su análisis lo hemos encuadrado por conceptos que a su vez pueden, en algún caso, englobar más de una pregunta. Nos hemos permitido relacionar las respuestas con el apartado anterior, correspondiente al grado de preocupación que suscita ese problema determinado, pues entendemos que esta interrelación de las respuestas nos permite una mejor aproximación a la forma de pensar del médico y una mayor aprehensión de ésta.

2.1. Relación médico-enfermo

Pero antes que nada hemos de transcribir el resultado de la respuesta, a la pregunta dieciséis de este bloque cuarto de la encuesta, que nos ilustra sobre la base ética fundamental:

4.16. ¿Cómo es, en líneas generales, la relación que mantiene habitualmente con sus enfermos?

Dice Aquiles J. Roncoroni²⁰⁸ que el enfermo, en relación con el médico, anhela la libre elección, capacidad de este con juicio clínico, buena comunicación, empatía y compasión, continuidad en la relación y ausencia de conflicto de intereses. Pero que lo que la medicina actual le ofrece es algo distinto en cuanto que no puede elegir médico, sino de un grupo que se le oferta, y en la zona rural ni eso. Tampoco puede acceder al mejor especialista en su dolencia, sino al que le corresponde.

No es compatible la clásica figura del médico de cabecera, que atendía del niño al anciano, con la ciencia actual en la que se tiende no sólo a la especialización, sino a la súper especialización en la que estar al día cuesta trabajo.

No hay tiempo material, para establecer la adecuada comunicación, debido a la presión asistencial. Tampoco es deber exigible, dentro del principio de beneficencia, la compasión y la empatía del profesional con el enfermo y la continuidad no siempre es posible por diversas causas.

Por último, la ausencia de conflicto de intereses no parece fácil, en cuanto que el médico debe cohonestar los del paciente, los propios y las presiones de la empresa, sea esta pública o privada.

Pues a pesar de esta serie de dificultades, que son innegables, el 78% (224) ha respondido que su relación es cordial, el 9,1% (26) que esta es casi familiar, para el 11,8% (34) es simplemente profesional y el 1% (3) confiesa que es distante.

208 RONCORONI, AQUILES J., Revista de Medicina. Buenos Aires, Vol. 60, pág. 84.

Lo apreciamos mejor en la siguiente tabla:

		Casi familiar	Cordial	Profesional	Distante	NS/NC
Total	Absolutos	26	224	34	3	0
	%	9,1%	78%	11,8%	1%	0%
Sexo	Mujer	11%	81%	8%	1%	0%
	Hombre	8%	77%	14%	1%	0%
Medio	Rural	10%	76%	13%	0%	0%
	Urbano	7%	82%	8%	2%	0%
Formación	M.I.R	8%	82%	10%	1%	0%
	No M.I.R	9%	77%	13%	1%	0%

Tabla 48

Estos porcentajes han sido contrastados estadísticamente utilizando la metodología explicada en el Capítulo 18 obteniendo que, al 95%, se puede rechazar la hipótesis nula de que estos porcentajes han sido fruto del azar. Por tanto, podemos concluir que estas proporciones obtenidas en la muestra se pueden extender a toda la población analizada.

Esto es lo que opinan los médicos. Pero no está muy lejos de lo que opinan los enfermos. Las encuestas de satisfacción del usuario, realizadas por el SESCAM con una cierta periodicidad, arrojan unos resultados positivos en torno al 90 % en cuanto al grado de aceptación y buena relación del asistido con su médico de cabecera.

Gráficamente:

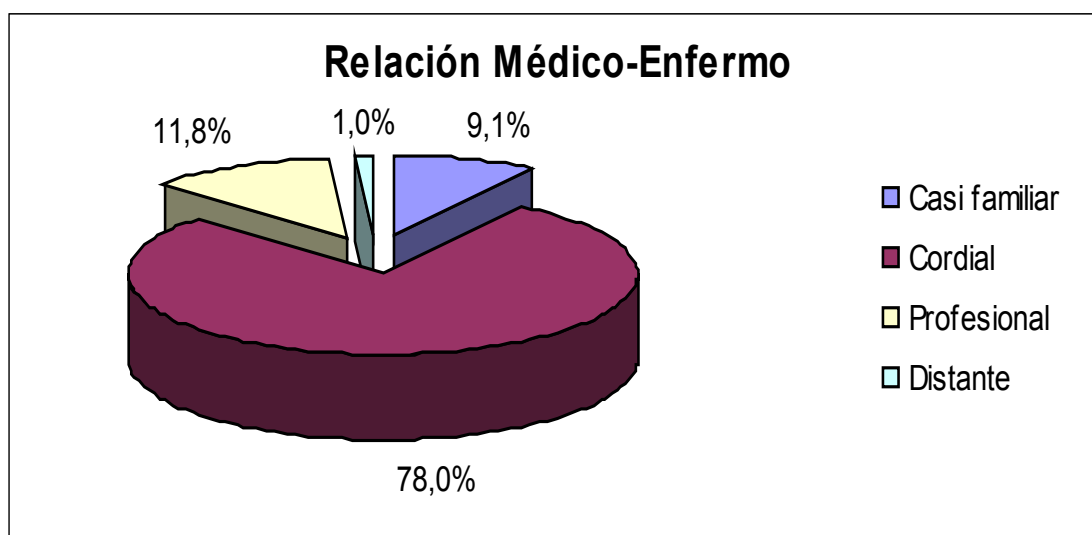


Figura 81

Las mujeres expresan una mayor cercanía al paciente que los hombres, según puede verse, sustanciada en una diferencia del 7% a su favor, entre los que tienen una relación casi familiar y cordial, frente a los otros dos parámetros en que campean los hombres.

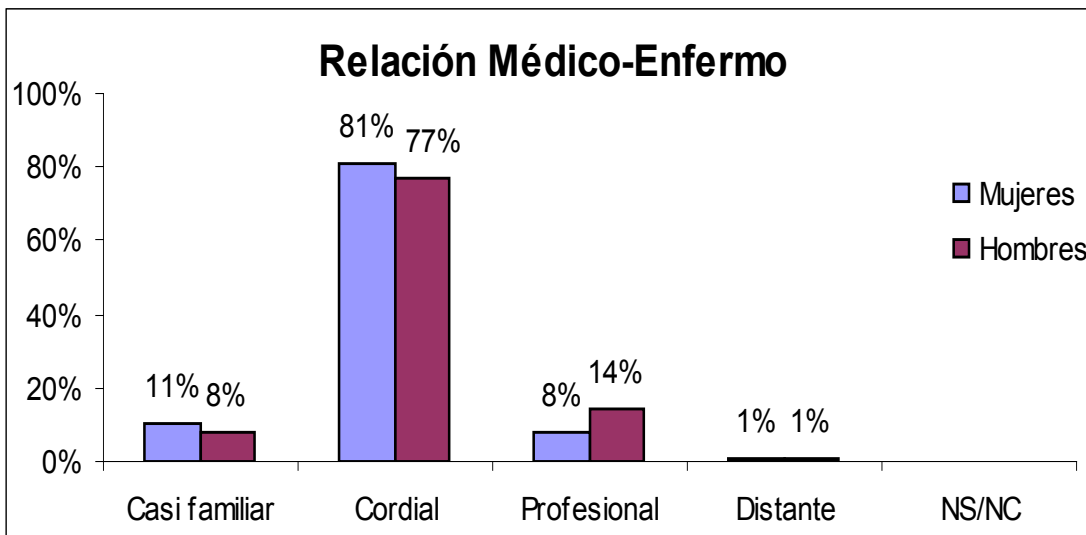


Figura 82

Hay un gran número de médicos, en esta provincia, que ya no viven en los pueblos, eso tal vez explique la distribución grafica siguiente.

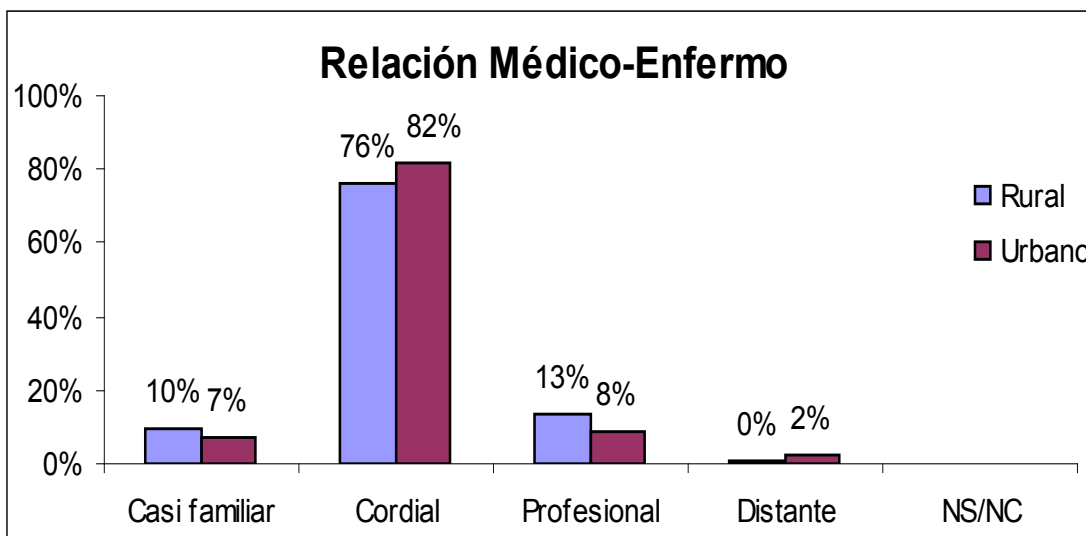


Figura 83

En cuanto a la relación en función de la vía de formación vemos que la que mantiene el MIR es más cercana y estrecha.

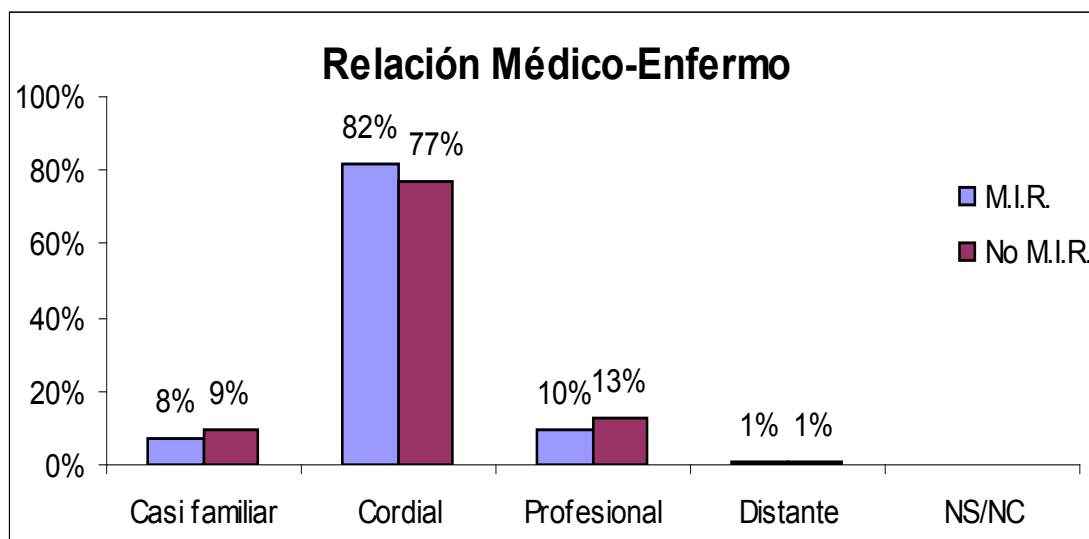


Figura 84

Sin embargo, y a pesar de lo que desde el punto de vista descriptivo pueda parecer, al analizar estadísticamente la posible dependencia entre las respuestas a esta pregunta y las distintas variables demográficas utilizadas (sexo, ámbito de trabajo y vía de formación) se concluye que no se puede rechazar, al 95%, la hipótesis nula de independencia entre las respuestas a esta cuestión y las características demográficas de la población estudiada. Es decir, el hecho de que el médico sea hombre o mujer, trabaje en el medio rural o en el urbano, o se haya formado vía MIR o no, no va a condicionar el tipo de relación que tenga con su paciente.

2.2 Aborto

En la medicina técnica griega el aborto era una cosa, no solamente aceptada sino que, incluso, era recomendable por razones eugenésicas y sociales²⁰⁹.

El Juramento hipocrático será el primero en prohibir su práctica al médico. Roma es la primera en castigarlo²¹⁰. Las religiones del libro, por la propia esencia de la ética médica que preconizan, se manifestarán en contra de este. Al hilo con el sentido religioso se legislará en la edad media y moderna. En la Europa del siglo XIX, el aborto se considera como asesinato del ser que no ha nacido todavía. Las leyes de la época van en concordancia con esta consideración ética. A pesar de la implantación, ya en los finales del siglo, de la antisepsia y la asepsia, al ser los abortos ilegales, se practican en condiciones médicamente deplorables con frecuentes complicaciones que pueden llegar a ser mortales. Eso continuará ocurriendo en la centuria siguiente. Sólo está permitido que el médico lo practique cuando hay peligro fehaciente de muerte para la madre, si el embarazo continúa²¹¹.

En lo que se refiere a España, las cosas sucedían de parecida forma hasta que, en Diciembre de 1936, se produce la primera despenalización del aborto llevada a cabo por la Generalidad de Cataluña en plena guerra civil.

El 12 de Julio de 1985, el B. O. E. (Nº 166), publica la Ley Orgánica 9/1985 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, aprobada por las Cortes del Reino que modifica el artículo 417 bis del Código Penal. Esta ley autoriza el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

1º. Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada. No establece plazo.

2º. Que el embarazo sea consecuencia de una violación. Se practicará dentro de las doce primeras semanas de gestación.

3º. Que se presuman graves malformaciones del feto. Se practicará dentro de las veintidós semanas primeras de gestación.

209 SHOTT, H. y OTROS., Crónica de la Medicina, pág. 308.

210 Opus cit., pág. 306.

211 Opus cit., pág. 308.

Posterior a esta ley se promulgan otras que especifican, aclaran y amplían varios aspectos de ella sin que la modifiquen.

Es posible que cuando esta tesis vea la luz todo esto haya cambiado pues, en estos momentos, las Cortes del Reino han abierto un debate encaminado a una posible modificación de la normativa legal vigente.

Pero en tanto esto se produce nosotros tenemos que atenernos a lo que la actual legislación preconiza, sin olvidar que la objeción de conciencia es un derecho que nos asiste.

Al médico de A. P. de la provincia de Toledo le hemos preguntado:

¿Está de acuerdo con la legislación vigente sobre el aborto? (Escala: 1: Nada de acuerdo; 5: Completamente de acuerdo)

Para el 75,8% (216) de los médicos, significa un problema ético muy serio o, al menos, relevante en su actividad profesional cotidiana, encuadrándolo como la tercera de sus preocupaciones éticas en la relación con sus pacientes, según vimos en el capítulo anterior.

El cómputo de las respuestas a esta pregunta arroja el siguiente resultado:

		1: Nada de acuerdo	2	3	4	5: Complet. De acuerdo	NS/NC
Total	Absolutos	63	54	89	64	15	2
	%	22%	18,8%	31%	22,3%	5,2%	0,7%
Sexo	Mujer	20%	21%	32%	19%	6%	1%
	Hombre	23%	17%	30%	24%	5%	1%
Medio	Rural	24%	18%	30%	23%	4%	1%
	Urbano	18%	20%	33%	20%	8%	0%
Formación	M.I.R	17%	24%	33%	20%	5%	0%
	No M.I.R	24%	16%	30%	23%	5%	1%

Tabla 49

Entendemos que cuando al médico se le pregunta por esta ley, su referencia es el primer supuesto, que es de los tres el que realmente preocupa. Y el 27,5% (79) manifiestan estar completamente o muy de acuerdo con la legislación vigente, mientras el 40,8% (119) están en desacuerdo. El 31% (89) adoptan una posición intermedia y el 0,7% (2) no se manifiestan. Las razones del desacuerdo no se han investigado directamente, pero son deducibles de las respuestas a la pregunta siguiente.

Analizado desde el punto de vista estadístico podemos afirmar con una fiabilidad del 95%, que estos resultados no son fruto del azar ni de la muestra elegida, sino que se pueden generalizar a toda la población objeto del estudio. Por otro lado, hemos analizado la independencia, o no, entre la cuestión requerida y las variables demográficas que venimos utilizando. En ninguno de los casos, se puede rechazar la independencia señalada.

A continuación, se presentan los gráficos correspondientes a las respuestas obtenidas. Primero los resultados totales y, a continuación, los referidos a las variables estudiadas.

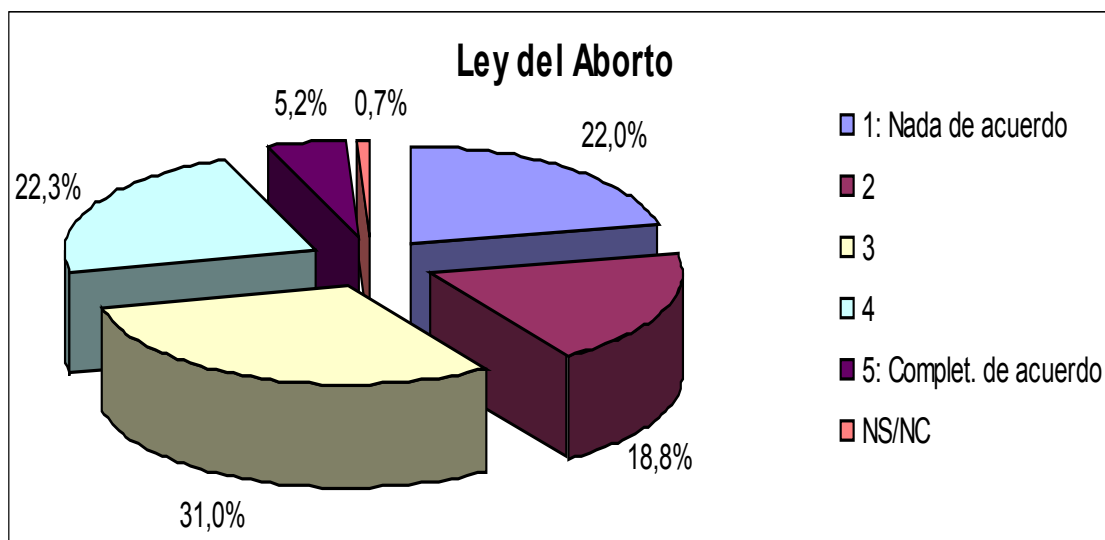


Figura 85

Las mujeres, como vemos en el gráfico siguiente, presentan pequeñas diferencias, insustanciales, con los hombres, en cuanto a su opinión sobre la legislación actual.

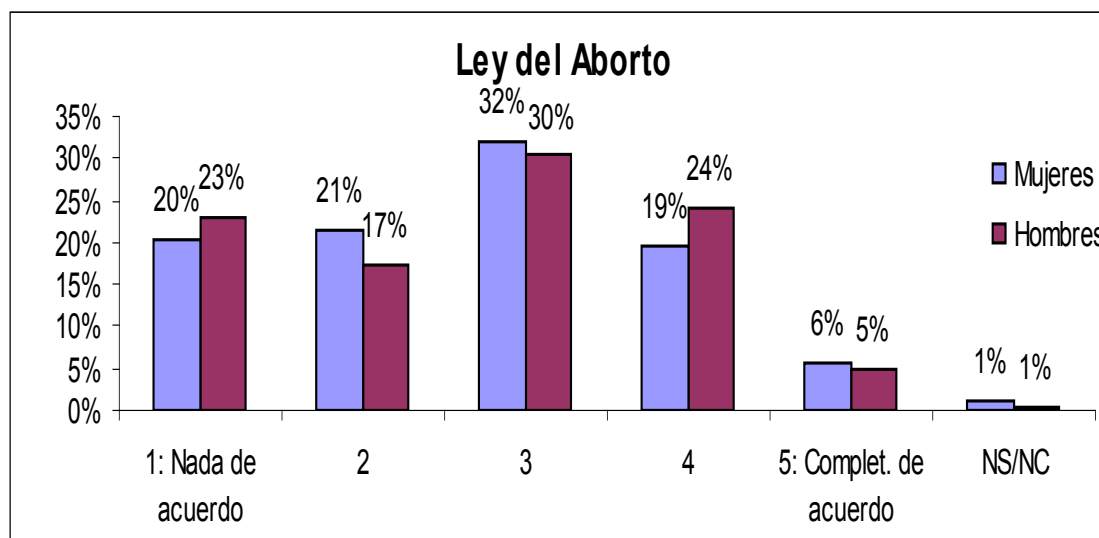


Figura 86

Hay diferencias en cuanto a la opinión que sobre esta ley tienen los médicos rurales y los urbanos.

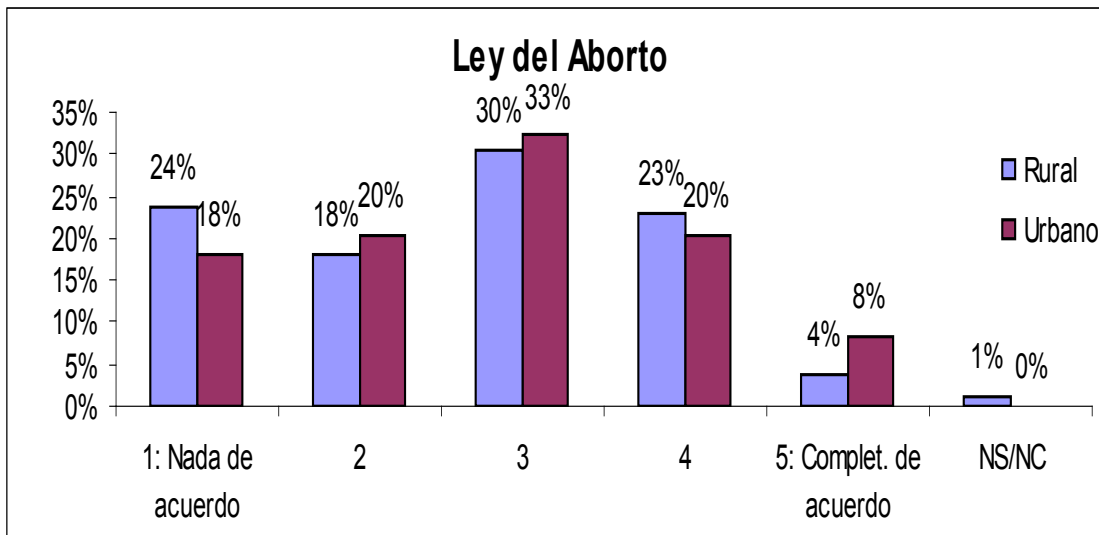


Figura 87

Pero si tenemos en cuenta la procedencia formativa los términos de respuesta se invierten, casi calcados de la anterior.

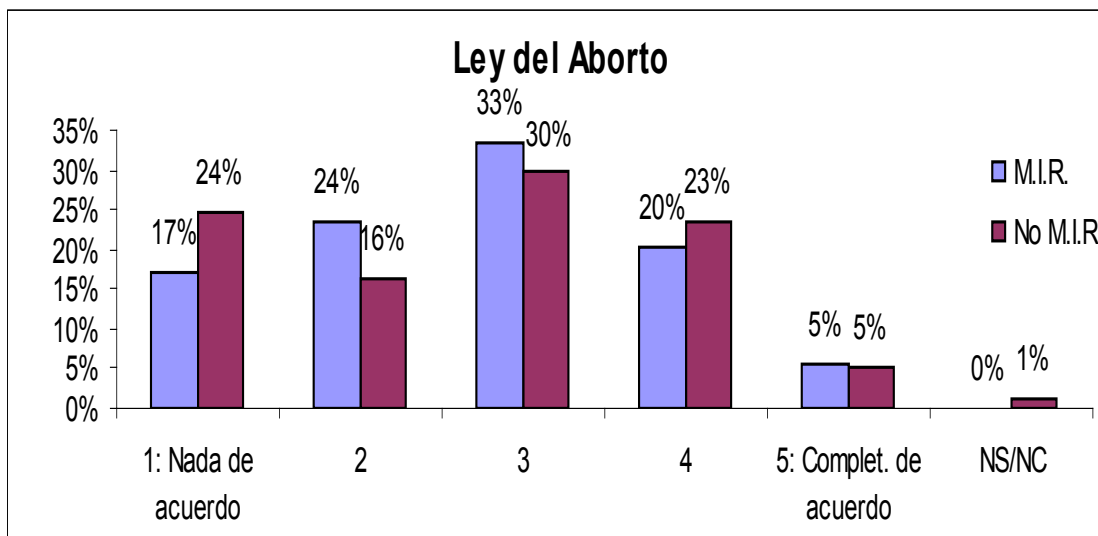


Figura 88

2.3. Solicitud de aborto

Para conocer la forma de responder al dilema ético que puede significar la demanda de aborto, por parte de la embarazada que se acoge al primer supuesto, autentica coladera convertida en un cajón de sastre mediante el cual se practican más de cien mil abortos al año, hemos preguntado:

Ante una solicitud de aborto referida al 1º supuesto contemplado en la legislación vigente, ¿De que manera procede habitualmente?

Responden de la siguiente manera:

		Facilito trámites	Derivo a otro	Intento disuadirla	NS/NC
Total	Absolutos	103	112	66	6
	%	35,9%	39%	23%	2,1%
Sexo	Mujer	42%	32%	23%	3%
	Hombre	33%	43%	23%	2%
Medio	Rural	36%	38%	24%	2%
	Urbano	36%	41%	20%	2%
Formación	MIR	42%	38%	18%	2%
	No MIR	32%	40%	26%	2%

Tabla 50

Se entiende, a la luz de estos resultados, que el 62 % (178), de una u otra manera, se muestra contrario a una actitud proabortista manteniéndose alejado del conflicto ético que este asunto pueda significarle. Luego, ya tenemos una cierta idea del porqué del rechazo a la ley actual e, incluso, por aproximación, la forma de pensar de los que adoptaban esa posición de neutralidad a la hora de opinar sobre ella.

Explicamos estos resultados mediante los correspondientes gráficos por el orden ya establecido:

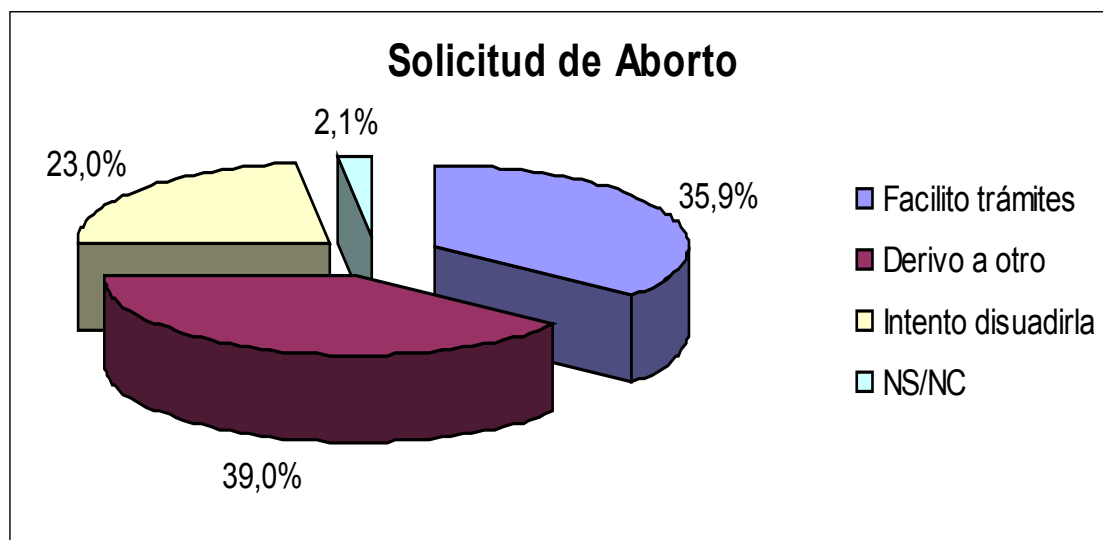


Figura 89

No solamente desde el punto de vista descriptivo se aprecia un claro rechazo a este tipo de prácticas. También desde el punto de vista estadístico ocurre. Así, hecho el análisis pertinente, estamos en condiciones de afirmar que, al 95%, se puede rechazar la hipótesis nula de que los resultados sean fruto del azar y, por tanto, éstos pueden hacerse extensibles al total de la población objeto del estudio.

En cuanto a la forma de resolver el conflicto, las mujeres son más proclives que los hombres a responder positivamente a los requerimientos de la embarazada que quiere abortar, acogiéndose a este supuesto. Sin embargo, esta apreciación no se puede demostrar estadísticamente, enfrentando la primera respuesta a las otras dos (actitud proabortista frente a actitud contraria) al no poder rechazar la independencia entre el sexo y las respuestas obtenidas, al 95%. Lo mismo ocurre cuando analizamos desde las variables de ámbito de trabajo y vía de formación.

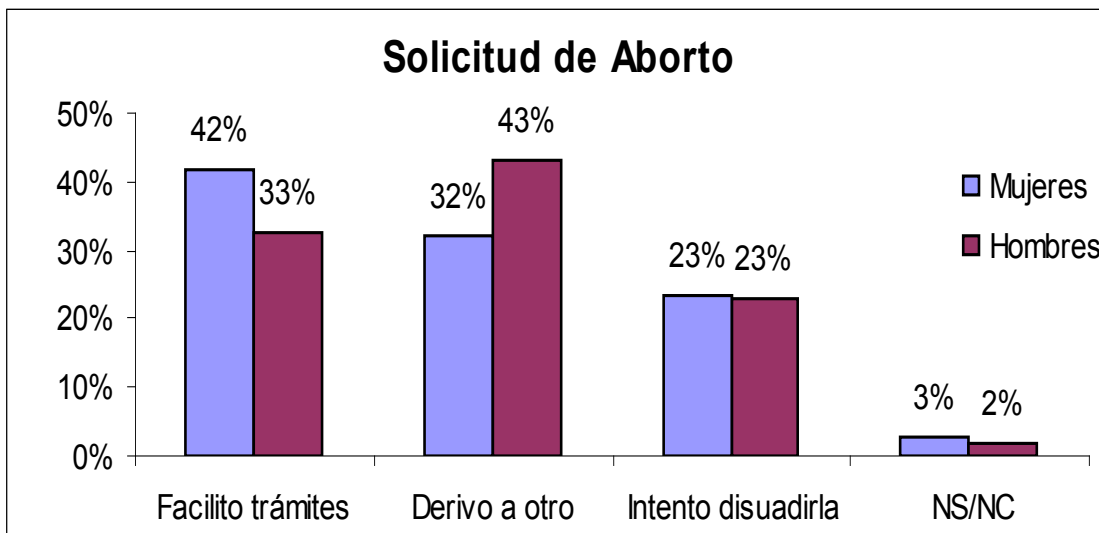


Figura 90

El médico rural, deriva menos e intenta disuadir de la práctica abortiva en mayor medida que el de la zona urbana.

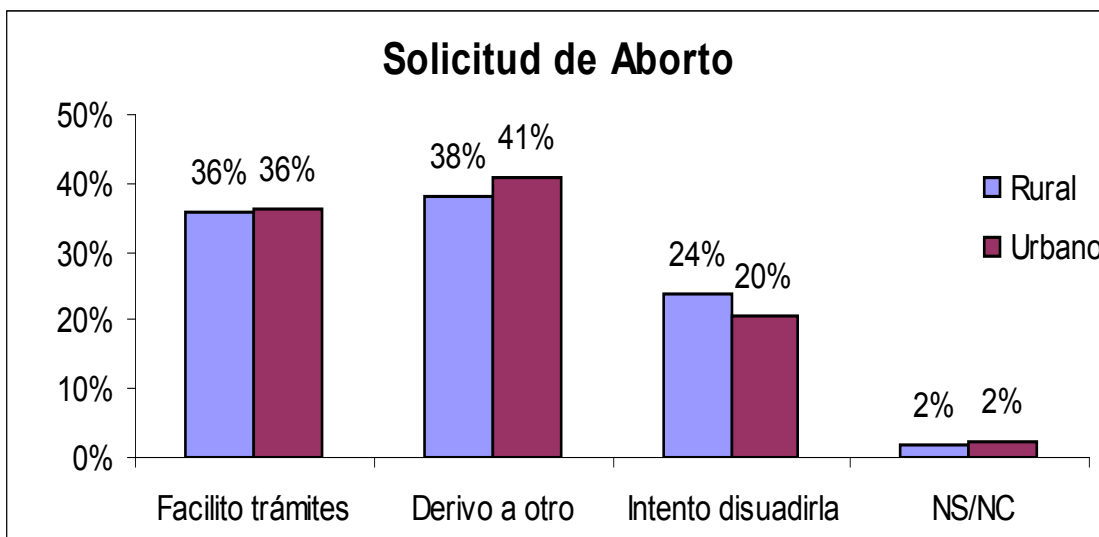


Figura 91

Sin embargo el médico de procedencia MIR es más proclive a facilitar los trámites para abortar en un 10 % que el No MIR que se esforzará en convencer a la paciente de que no debe hacerlo con una diferencia del 8 %.

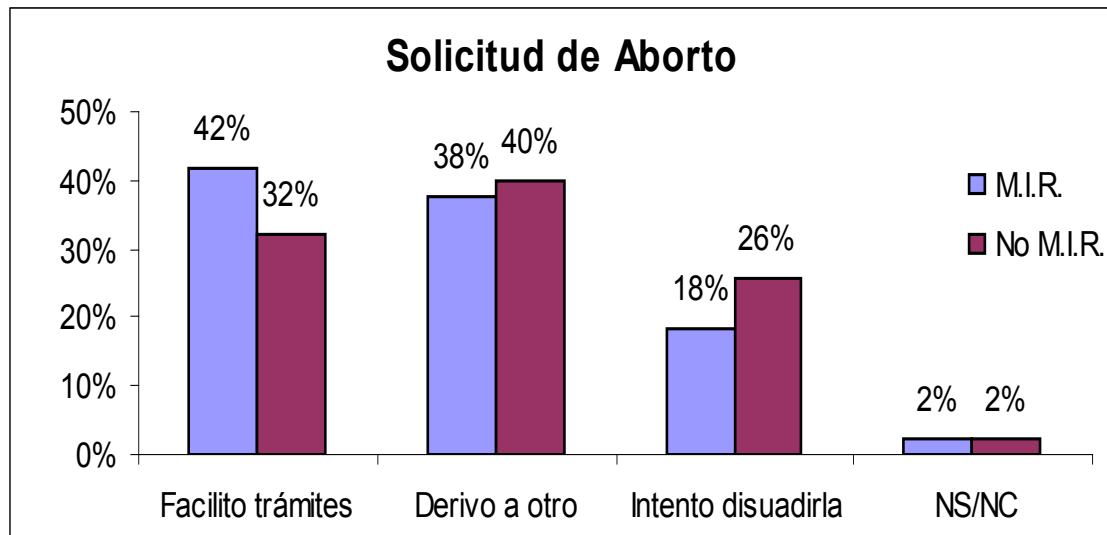


Figura 92

2.4. Eutanasia

Al hablar del principio de no maleficencia hemos hablado de la eutanasia. Poco más podemos añadir. Sólo recordar los pronunciamientos, contrarios a ella, de la Comisión Central de Deontología y la penalización que las leyes del Reino de España establecen para este tipo de prácticas.

Encuadrada como la principal preocupación, pues el 89,4 % (252) la entiende como un problema ético muy serio o relevante en la relación con sus pacientes, ante la petición de ésta por parte de un enfermo abocado al final de su vida a consecuencia de padecimiento incurable y en perfecta posesión de sus facultades mentales, queremos saber como responde el profesional a este reto ético:

Ante una petición de eutanasia de un enfermo desahuciado y en perfecta posesión de sus facultades mentales, ¿Cómo procedería?

He aquí las respuestas:

		Según sus deseos, le ayudaría a bien morir	No colaboraría	No colab y lo paso a otro compañero	No colab y aviso a la Autoridad Civil	NS/NC
Total	Absolutos	69	168	31	14	5
	%	24%	58,5%	10,8%	4,9%	1,7%
Sexo	Mujer	20%	62%	9%	4%	5%
	Hombre	26%	57%	12%	5%	0%
Medio	Rural	25%	58%	10%	6%	1%
	Urbano	22%	60%	13%	2%	2%
Formación	M.I.R	20%	62%	11%	4%	2%
	No M.I.R	26%	57%	11%	5%	2%

Tabla 51

De las respuestas aportadas obtenemos que el 58,5 % (168) de los médicos resuelve el dilema no colaborando directamente, el 10,8 % (31) expresa su deseo de quitarse del medio pasando el caso a otro compañero y el 4,9 % (14) se decanta por no colaborar y dar cuenta de las intenciones del doliente a la autoridad civil. El 24 % (69) manifiesta su deseo de ayudar de alguna forma al paciente. El 1,7 % (5) elude la cuestión.

Dicho de otra manera lo que el resultado nos indica es que casi la cuarta parte (24 %) admite como buenas las conductas eutanásicas y estaría dispuesto a llevarlas a cabo mientras que las otras tres cuartas partes (74,2 %) se colocan en la posición contraria.

A la hora de hacer los contrastes de hipótesis estadísticos, hemos agrupado las respuestas en dos. Por un lado, hemos considerado los que se inclinarían por conductas eutanásicas frente a los que, acogiéndose a una de las otras tres respuestas, rechazarían este tipo de conductas. Los resultados muestran que, al 95% de significatividad, podemos rechazar la hipótesis de que estas respuestas son fruto del azar y, por tanto, estos resultados podemos hacerlos extensibles a la población analizada.

Pasamos a analizar estos resultados de forma gráfica siguiendo el orden establecido de antemano.

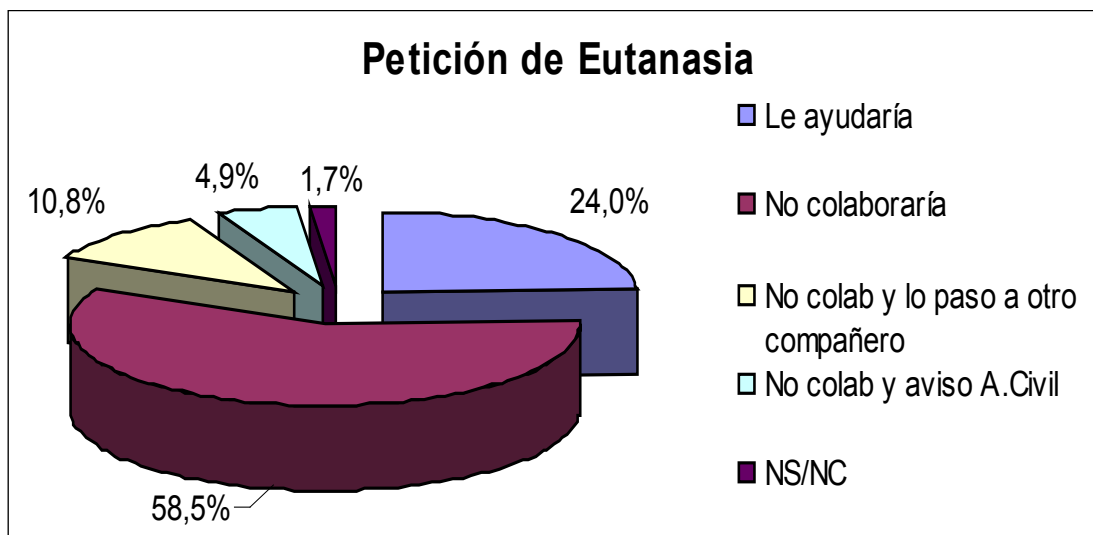


Figura 93

Parece que queda claro que las mujeres son más reacias, de una forma bastante evidente, a este tipo de prácticas eutanásicas que los hombres, según podemos observar en la siguiente gráfica.

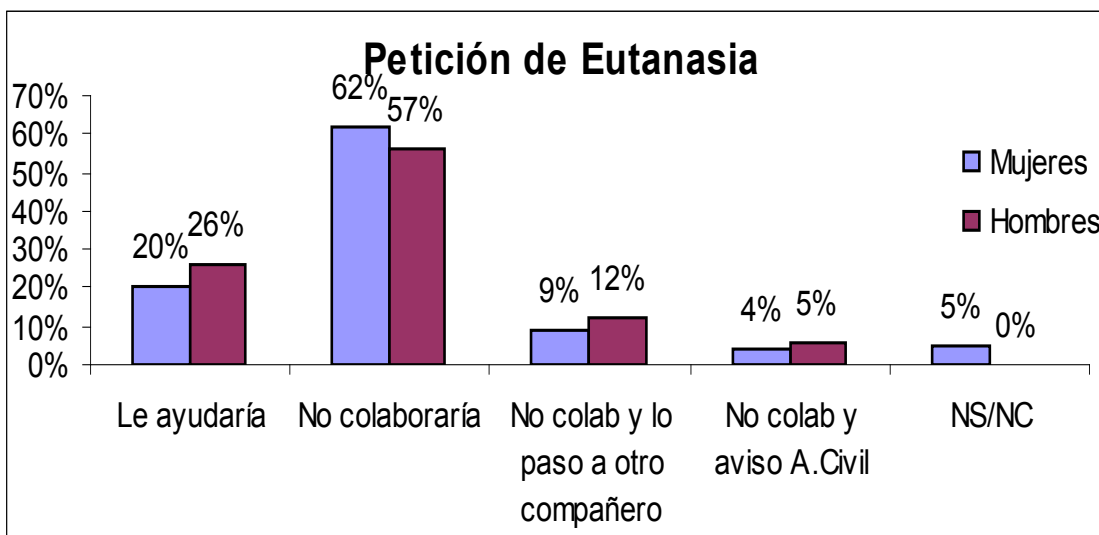


Figura 94

Si lo analizamos desde la óptica del medio de trabajo, llaman la atención los resultados de la tercera y cuarta respuesta de los médicos rurales. Como explicación se nos ocurre que en la tercera lo que hacen es derivar el enfermo al hospital. Para la cuarta no hallamos explicación.

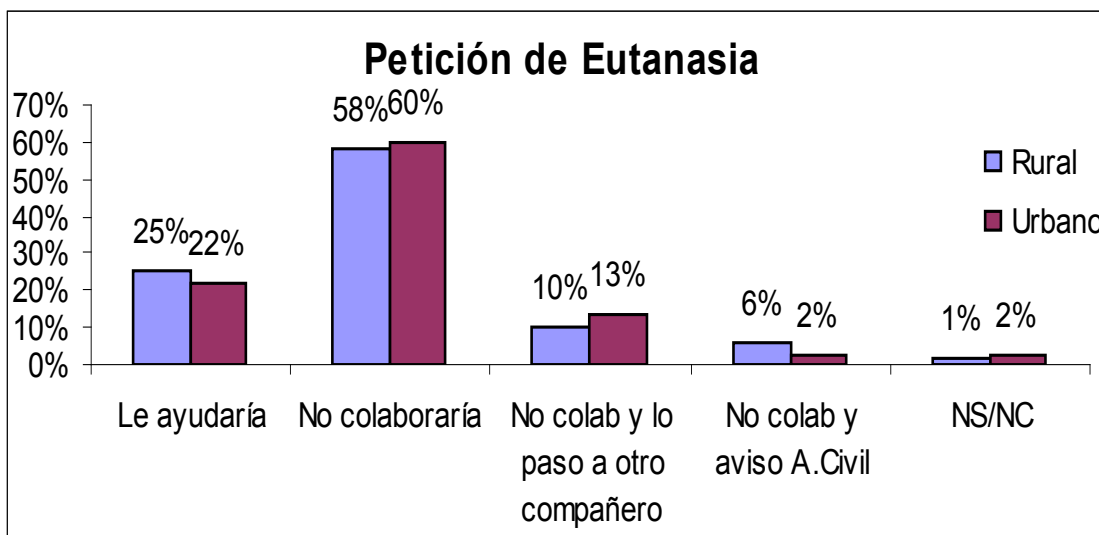


Figura 95

2.5. Píldora postcoital

Según afirma la Federación de Planificación Familiar de España, aproximadamente cuatrocientos mil jóvenes recurren, cada año, a la “*píldora del día después*”. Durante 2004 se dispensaron seiscientos mil dosis en España, incluyendo farmacias, centros de salud y hospitales²¹².

Se sabe que no interrumpe el embarazo establecido, pero su mecanismo de actuación no es muy bien conocido, existiendo dudas razonables en cuanto a si este consiste en que impide la fecundación o evita el anidamiento del ovulo fecundado. Este es uno de los problemas éticos que plantea a algunos profesionales. Poco podemos decir sobre él. El otro, es la edad de prescripción. Sobre esta, y siguiendo a Martínez Escudero²¹³, hemos de dejar constancia de que puede prescribirse a:

-Las mujeres mayores de dieciocho años.

-Mayores de dieciséis años, debiéndose tener en cuenta su opinión y madurez para la toma de decisiones, excepto en caso de grave riesgo que serán informados los padres o representantes legales de la paciente.

-Menores de dieciséis años, maduras, con capacidad intelectual y emocional suficiente para comprender el alcance de la intervención que se efectúa. Vale la excepción mencionada en el caso anterior.

-Con el consentimiento de los padres o de los representantes legales, además de en la excepción anterior en:

-Pacientes con incapacidad psíquica.

-Pacientes incapacitadas legalmente.

-Menores de dieciséis años que no tenga la capacidad intelectual o emocional suficiente para entender la solución que se plantea.

La valoración de la madurez de la adolescente es un criterio médico y dependerá de cada caso y de cada situación en concreto.

Estas afirmaciones vienen respaldadas por el reconocimiento de los derechos de los menores con respecto a la asistencia sanitaria que están regulados por:

-El Código Civil vigente.

-Ley 14/1986, General de Sanidad.

212 MATINEZ ESCUDERO, M^a V., Revista de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina General, pág. 6

213 Opus cit., pág. 7.

-Ley Orgánica 1/1996, de 15 de Enero, de protección jurídica del menor.

-Ley 41/2002 del principio de autonomía del paciente que establece que los menores tienen:

- Derecho a la información.
- Derecho al consentimiento informado.
- Derecho a la intimidad y confidencialidad.
- Derecho de acceso a la Historia Clínica.

-Ley 45/2002, de 14 de Noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Establece la mayoría de edad en materia de asistencia sanitaria a los dieciséis años, exista o no emancipación. Introduce la apreciación sobre la capacidad intelectual y emocional del menor para comprender el alcance de una intervención como criterio importante para la solicitud del consentimiento por representación.

Del trabajo de campo realizado se desprende que los médicos que han respondido a la encuesta sitúan esta inquietud en el penúltimo lugar de prioridad dentro de las preocupaciones éticas en la relación con sus pacientes. Ante el problema ético que puede suscitar la valoración de la madurez en menores de 16 años, les hemos preguntado:

¿Está de acuerdo con que el facultativo determine la madurez ante la solicitud de “píldora del día después” entre los 13 y 16 años?

Aclaremos, en la siguiente pregunta, específica de la edad, el porqué de establecer el corte, en la adolescente, en los trece años.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

		1: Nada de acuerdo	2	3	4	5: Complet. De acuerdo	NS/NC
Total	Absolutos	102	40	52	39	49	5
	%	35,5%	13,9%	18,1%	13,6%	17,1%	1,7%
Sexo	Mujer	37%	14%	14%	12%	22%	2%
	Hombre	35%	14%	21%	15%	14%	2%
Medio	Rural	34%	14%	17%	15%	18%	2%
	Urbano	40%	13%	20%	11%	14%	1%
Formación	MIR	37%	12%	19%	13%	18%	1%
	No MIR	35%	15%	18%	14%	17%	2%

Tabla 52

El 49,4 % (142) no está de acuerdo con que sea el médico quien determine la madurez de la paciente. El 30,7 % (88) si que lo está. El 18,1 % (52) no se posiciona y, por último, el 1,7 % (5) no responde.

Al realizar los contrastes de hipótesis podemos afirmar, al 95%, que estos resultados son estadísticamente significativos.

Los pasamos a la forma gráfica:

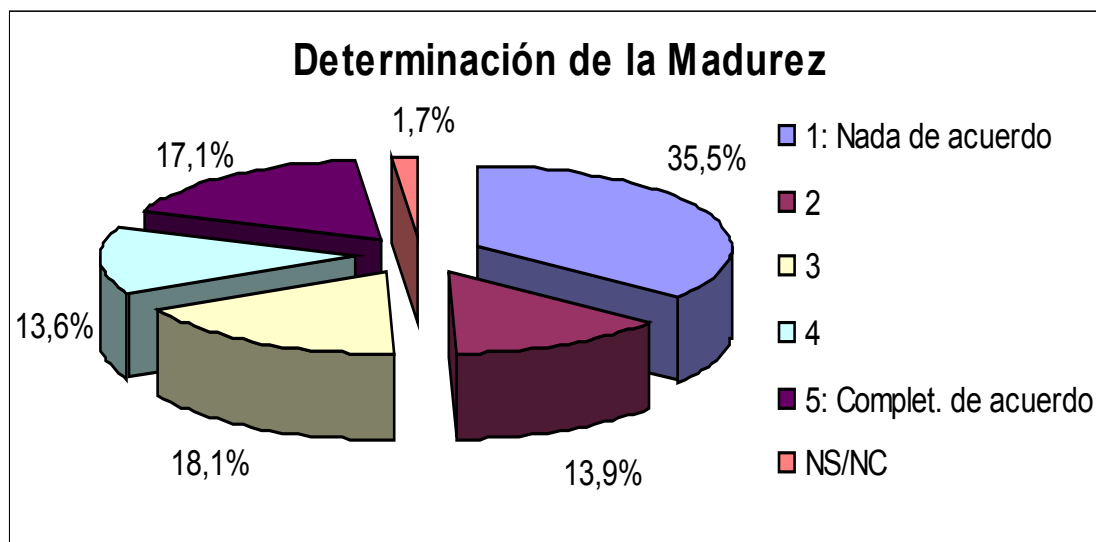


Figura 97

Analizado, según sexo, se aprecia que las mujeres están más por la labor de ser ellas quienes establezcan si existe o no madurez suficiente en la paciente.

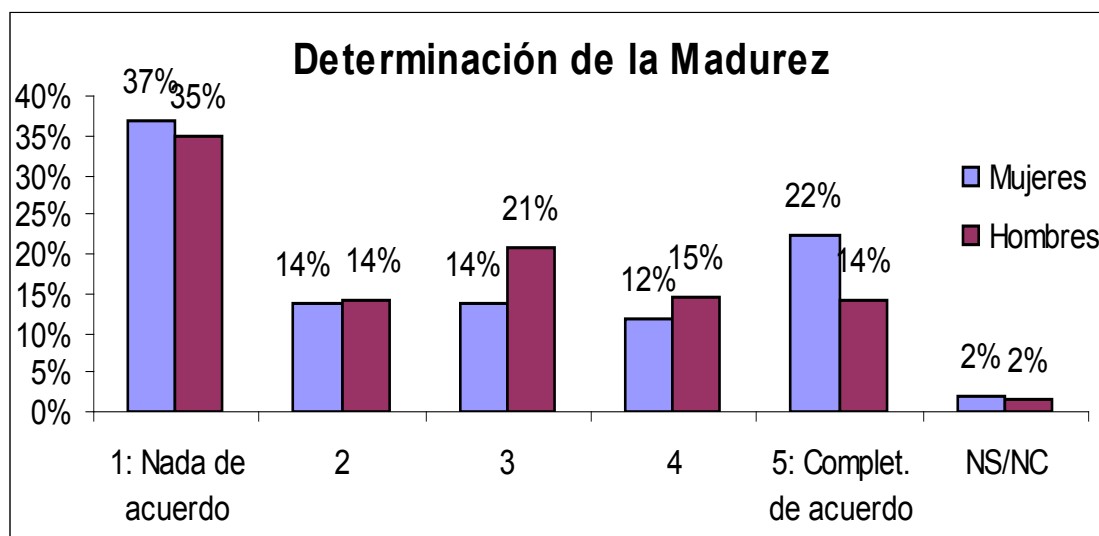


Figura 98

Esta diferencia entre hombres y mujeres a la hora de opinar, sobre si debe ser el médico el que establezca la madurez de la paciente, se aprecia mejor en los siguientes gráficos. Observamos que las cifras varían, mínimamente, pues en estos empleamos decimales, mientras que en la tabla y la gráfica de barras redondeábamos.

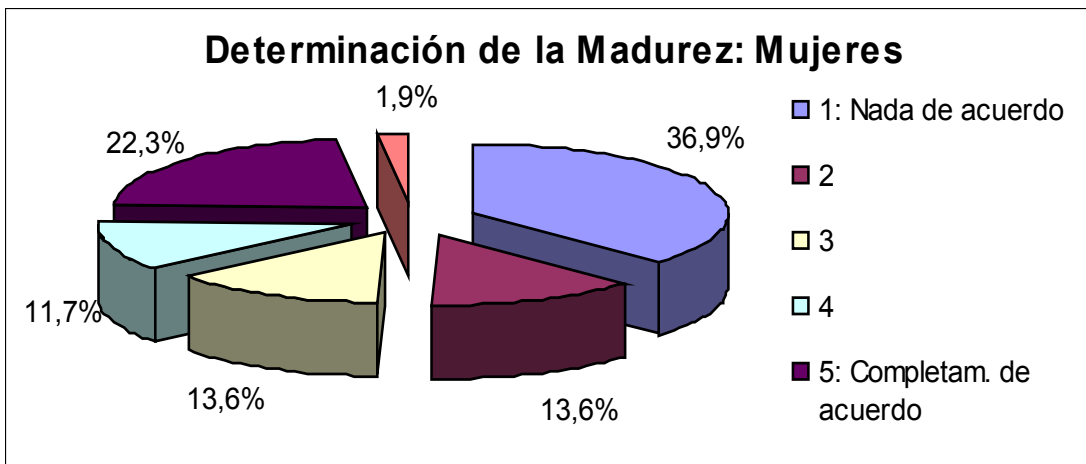


Figura 99

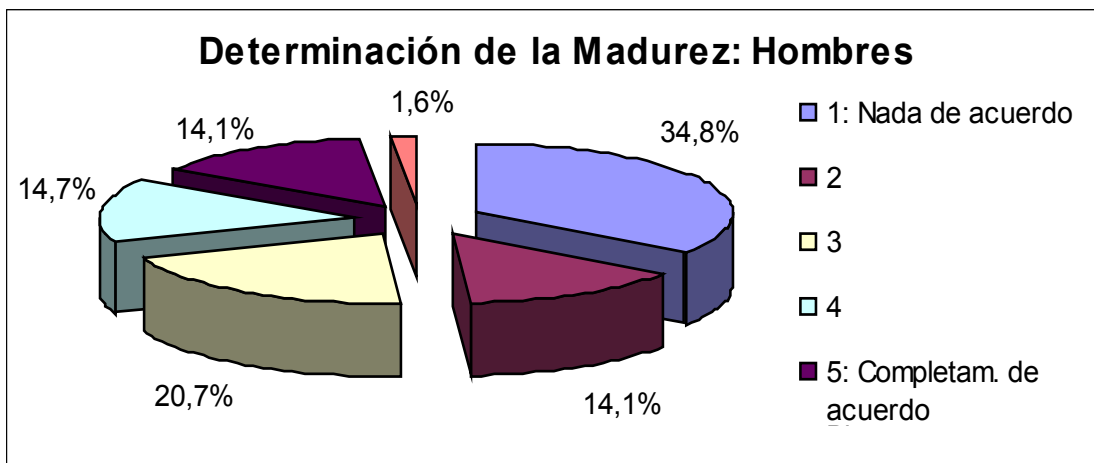


Figura 100

La diferencia, a favor de que deba ser el médico el que determine la madurez, en función del ámbito de trabajo de este, se hace patente, como con las mujeres, a favor del médico rural.

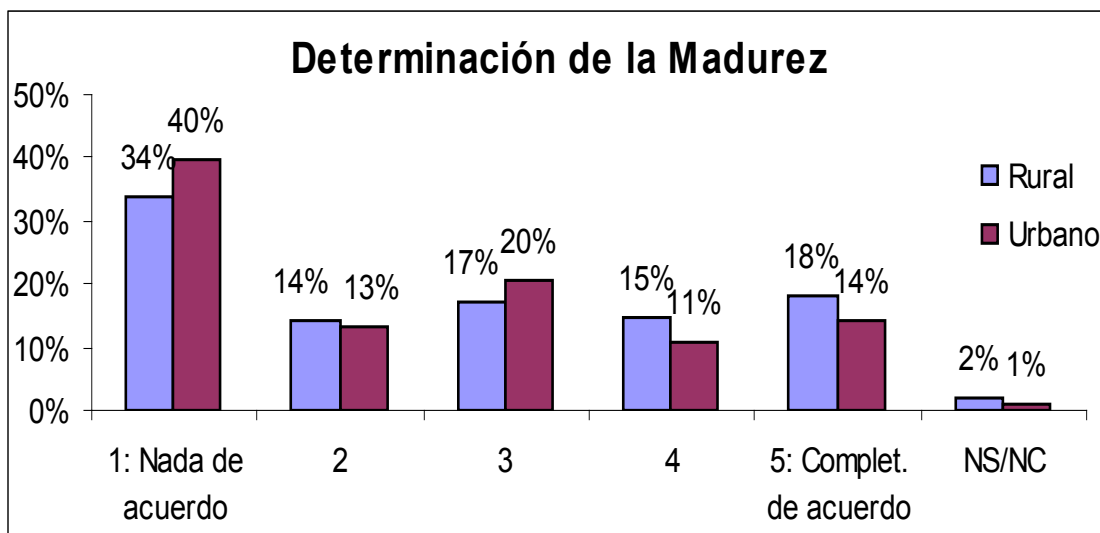


Figura 101

En cuanto a la vía de formación los resultados son similares globalmente.

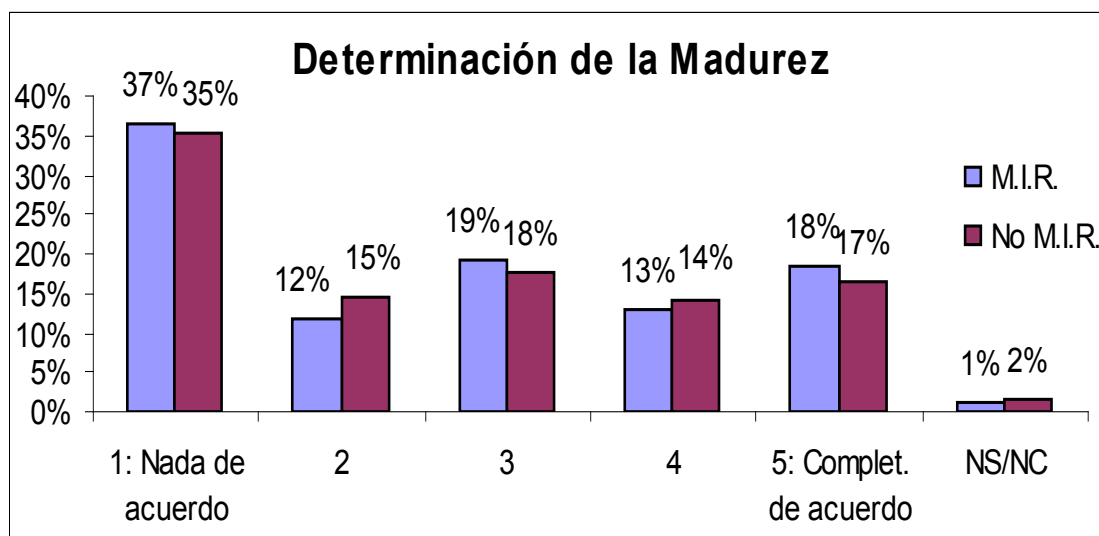


Figura 102

Al igual que ocurre en las cuestiones anteriores, al hacer los contrastes de independencia de esta cuestión con las variables demográficas, no se puede rechazar en ningún caso, al 95%, que exista independencia.

2.6. Solicitud de píldora postcoital por mujer menor de 16 años

Hemos analizado la determinación de la madurez de la paciente menor de edad. Pero cuando esta paciente se presenta solicitando, por la razón que fuere la píldora postcoital y hay que tomar una decisión ¿Cómo responde el médico de A. P. de la provincia de Toledo?. Le hemos preguntado:

Ante la petición de una menor entre 13 y 16 años de la “píldora del día después” ¿Cómo procede habitualmente?

La razón por la que hemos dado el corte, por abajo, a los trece años no es casual. Se ha hecho así porque en el pilotaje de la encuesta ningún profesional conocía casos de solicitud por debajo de esa edad. Ante el supuesto de que se presentara tal evento, todos coincidieron que la actuación correcta sería la personación de los padres o representante legal de la paciente.

		No prescribo	La prescribo	Pido que venga con adulto	Determinar grado madurez	NS/NC
Total	Absolutos	55	21	94	115	2
	%	19,2%	7,3%	32,8%	40,1%	0,7%
Sexo	Mujer	19%	4%	39%	37%	1%
	Hombre	19%	9%	29%	42%	1%
Medio	Rural	18%	6%	32%	43%	0%
	Urbano	22%	10%	34%	34%	1%
Formación	MIR	17%	3%	37%	42%	1%
	No MIR	20%	9%	31%	39%	1%

Tabla 53

Los médicos, ante el problema planteado, niegan la prescripción y derivan al servicio de Ginecología en el 19,2 % (55), el 7,3 % (21) prescribe sin más, el 32,8 % (95) solicita la presencia de un adulto responsable de la menor y el 40,1 % (115) se detiene a determinar el grado de madurez y actúa en consecuencia. El 0,7 % (2) no responde.

De esto se deduce que, ante todo, la actitud del médico de Atención Primaria es proclive al abordamiento de la cuestión.

Estadísticamente, se puede concluir la significatividad de estos resultados, al 95% y, por tanto, la generalización de estos a toda la población.

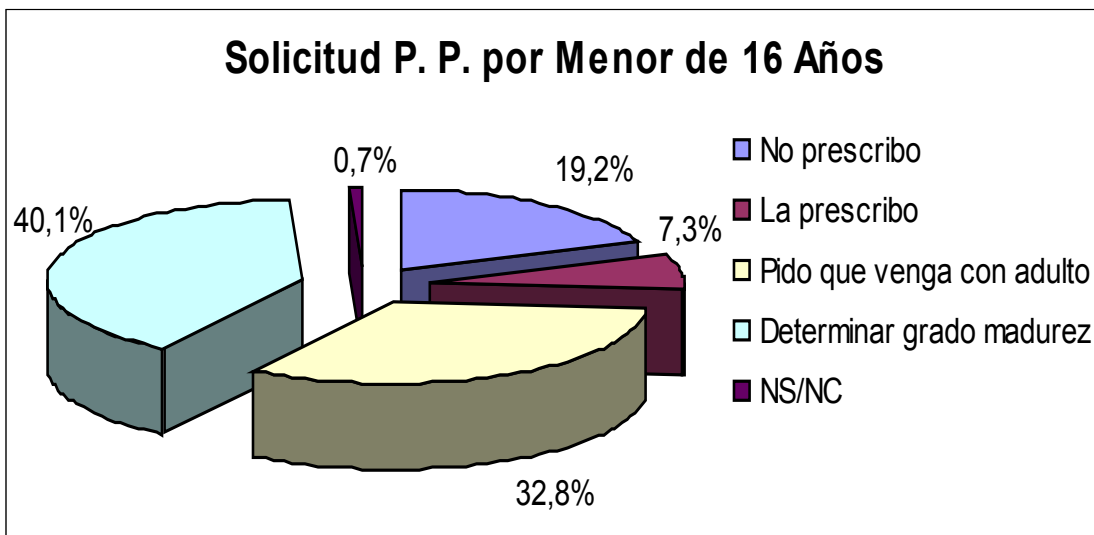


Figura 103

Las mujeres recurren más a la presencia de adultos responsables que los hombres, mientras estos se inclinan más por la determinación del grado de madurez de la paciente. En el resto de parámetros, obran de forma similar.

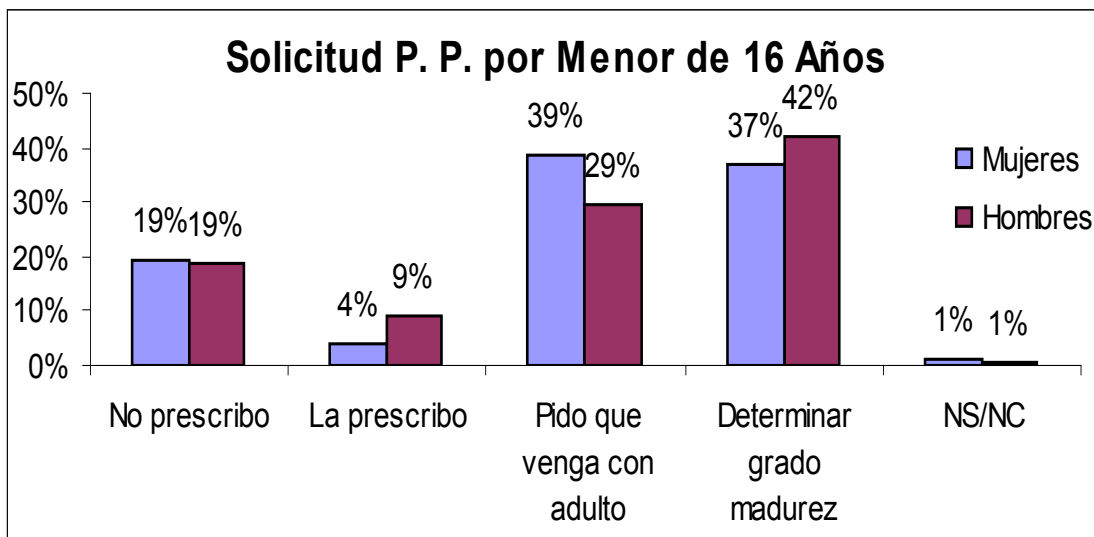


Figura 104

La actitud positiva, de la que hablábamos antes, se hace más patente en la medicina rural que en la urbana.

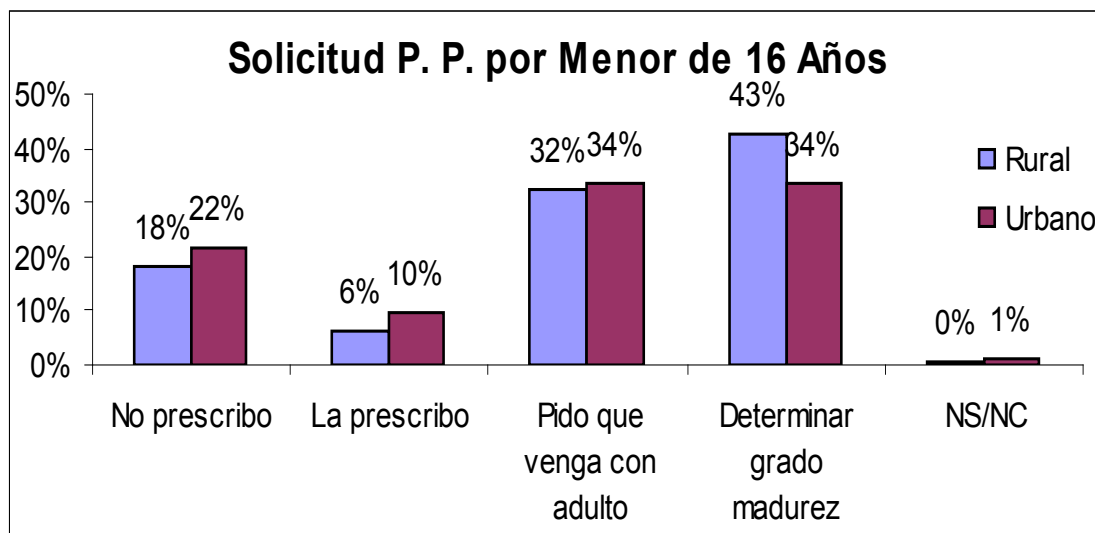


Figura 105

También los MIR, comparados con los No MIR, presentan una actitud menos proclive a la prescripción directa y más a la valoración de la madurez.

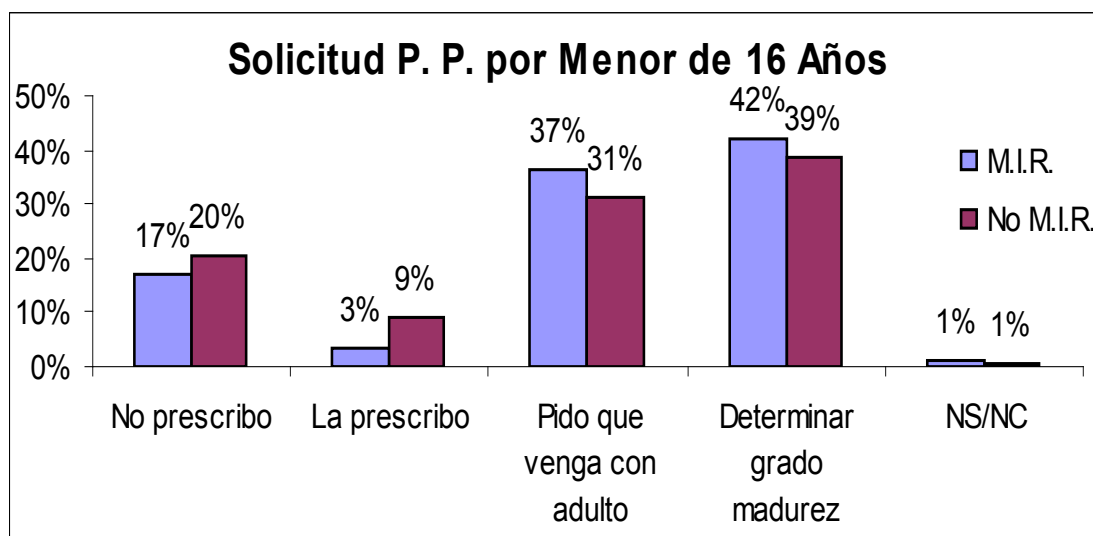


Figura 106

Aunque descriptivamente, encontremos diferencias en cuanto a la respuesta dada y las características demográficas del médico, esta hipotética dependencia no se puede concluir al hacer los correspondientes contrastes de hipótesis.

2.7. Solicitud de píldora postcoital por mujer mayor de 16 años

¿Y si quien demanda la prescripción es una mujer mayor de 16 años? No parece, en principio, que haya el problema de la capacidad para decidir por si misma, a tenor de lo que dicen las leyes. Pero puede haber problemas de índole ética. Por eso:

En una mujer mayor de 16 años, ¿Cómo actúa?

Este es el resultado:

		No la prescribo	La prescribo	Valoro situación	NS/NC
Total	Absolutos	36	96	153	2
	%	12,5%	33,4%	53,3%	0,7%
Sexo	Mujer	13%	27%	59%	1%
	Hombre	13%	37%	50%	1%
Medio	Rural	13%	30%	57%	0%
	Urbano	12%	41%	45%	2%
Formación	MIR	10%	31%	58%	1%
	No MIR	14%	35%	51%	1%

Tabla 54

Luego en este caso, que como hemos visto avala la ley, no parece que represente un problema, pues el 87 % (249) afirma prescribirla, valorando la situación antes de prescribir el 53,3 % (153), mientras que el 33,4 % (96) lo hace directamente. Sólo el 12,5 % (36) lo elude y deriva. Parece razonable pensar que estaría en relación con las dudas éticas que plantea el desconocimiento del mecanismo de actuación a que hacíamos referencia al principio. El 0,7 % (2) no responde.

Desde el punto de vista de la estadística de contrastes enfrentamos la no prescripción con el supuesto contrario, independientemente de la valoración o no por parte del facultativo. Hecho el análisis hallamos que, al 95%, se rechaza la hipótesis de que la respuesta dada sea fruto del azar y, por tanto, es extensible el resultado a la población.

Gráficamente:

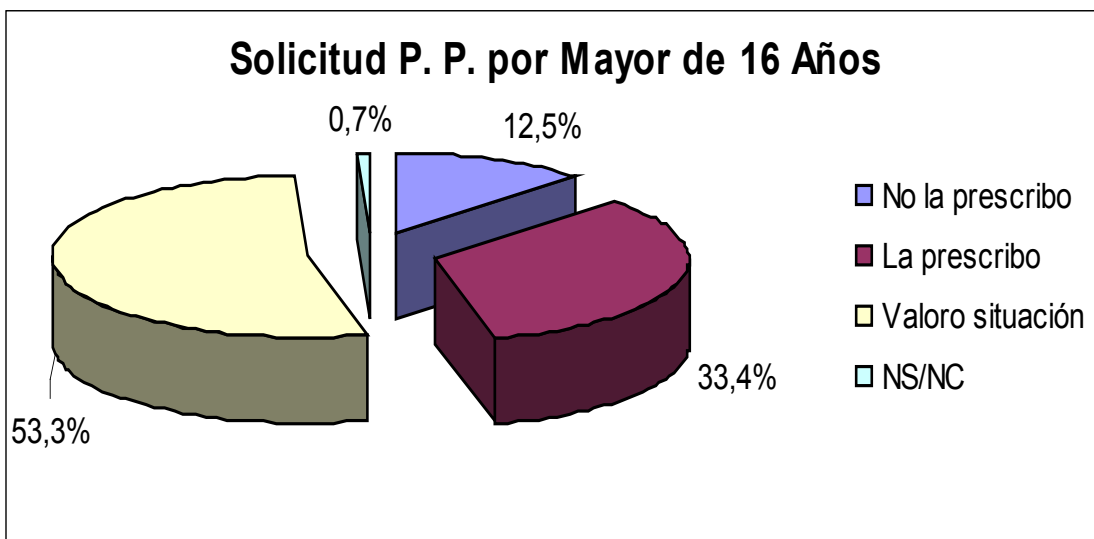


Figura 107

Hay una cierta diferencia al analizar por sexos, con una inclinación a favor de la valoración previa de casi el 10 % que hacen las mujeres, sobre la prescripción directa, que hacen los hombres. Sin embargo, al analizar si existe dependencia entre la respuesta dada y esta variable, no podemos admitir ésta al 95% de significatividad.

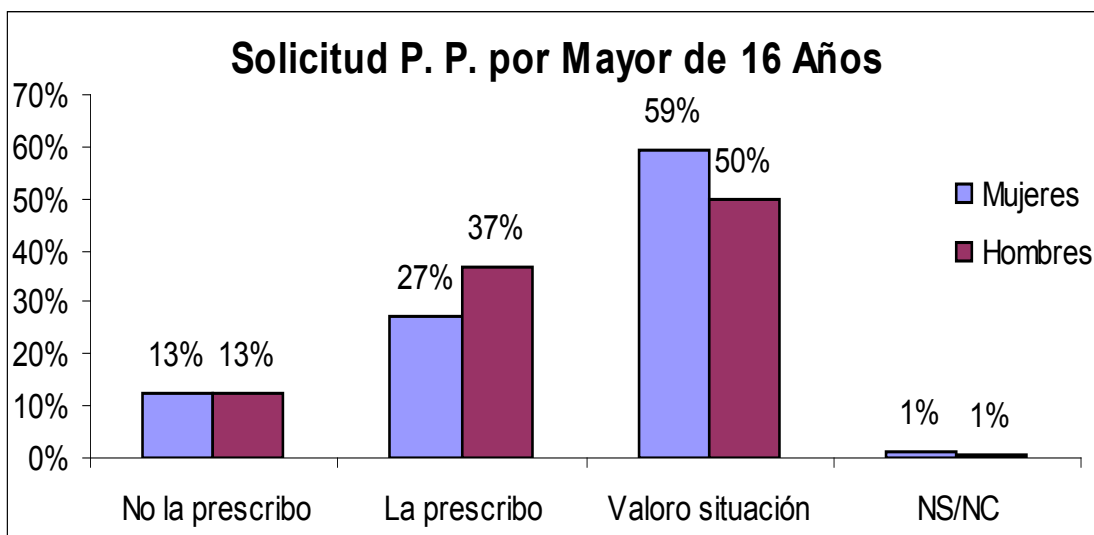


Figura 108

Son diferentes los resultados al enfrentar el ámbito de trabajo. Asume en mayor medida una actitud de ponderación el médico rural que el urbano. Seguramente no es por falta de sentido de la responsabilidad, sino por falta de tiempo. Analizado estadísticamente ocurre lo mismo que con la anterior variable.

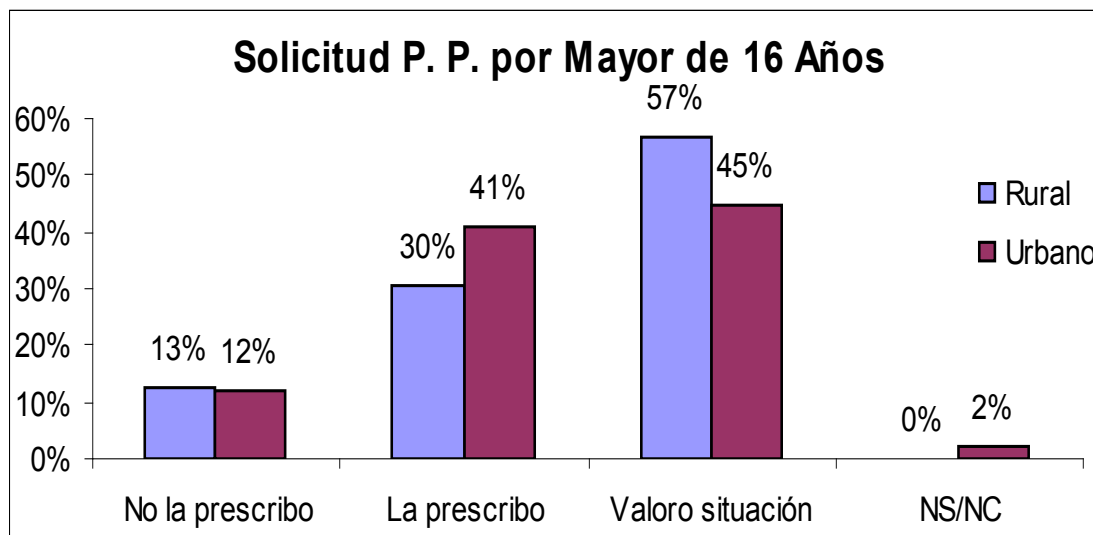


Figura 109

El médico que recibió formación vía MIR se manifiesta más responsable y prudente en sus reacciones ante esta petición que el No MIR. Pero, desde el análisis estadístico, ocurre lo mismo que con la variable anterior.

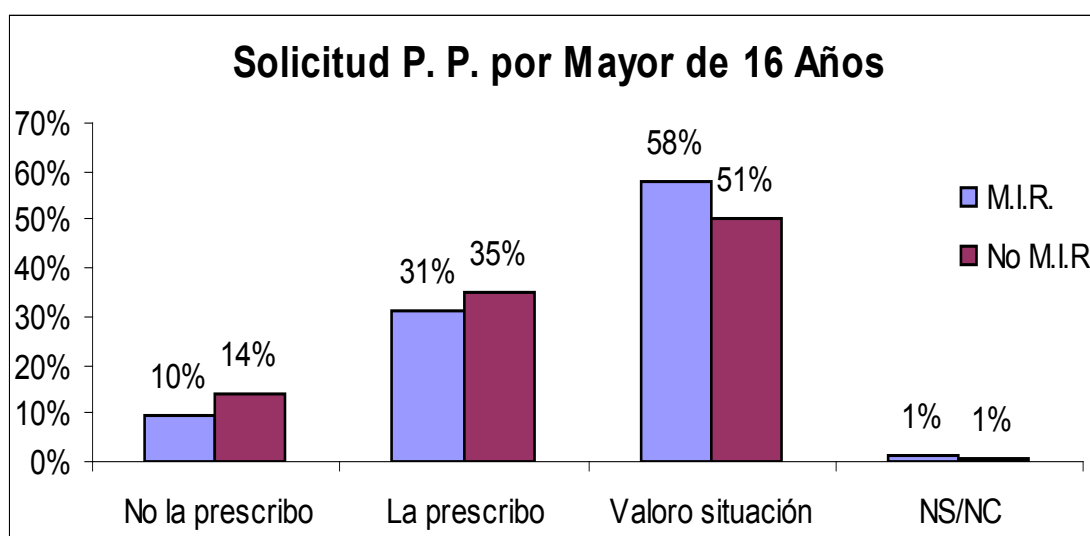


Figura 110

2.8. Atención al paciente inmigrante

A medida que las expectativas de empleo y la creación de riqueza aumentaban en nuestra nación, ha progresado de una forma significativa la llegada de gentes procedentes de otras latitudes. Salvo en el caso de las que vienen de los países hispanoamericanos, con los que compartimos lengua y bases culturales relativamente próximas, hay unas barreras, dadas por estos conceptos, a las que hemos de sumar, como principales, las derivadas de la religión y las costumbres.

Al incluir a todas estas personas en el sistema público de salud, independientemente de su situación laboral o legalidad de la estancia, se produce una sobrecarga en este que ha ido creciendo con los años. Originarios de países con sistemas sanitarios poco avanzados, de clases sociales bajas y portadores de patologías que nosotros habíamos dejado atrás, su concurrencia supone un esfuerzo adicional. Las dificultades de comunicación, la diferencia de costumbres que dificultan la relación médico enfermo, basada en el conocimiento mutuo, la identificación, el respeto y la confianza, y esas enfermedades con cuyo diagnóstico y terapéutica habíamos perdido el contacto, hacen que el trabajo con estas personas sea muy dificultoso.

Su atención, a veces, deja al descubierto una serie de problemas a los que no es ajeno un cierto rechazo del médico por el tiempo que tiene que dedicar, por el esfuerzo de comprensión y adaptación a la forma de ser de estas personas o por la necesaria utilización del traductor que parece, casi siempre, que está midiendo la capacidad del médico, su comportamiento y su actitud.

El médico es consciente de los riesgos éticos que corre y que Seguí Díaz²¹⁴ estudia en el trabajo que citamos. Estos riesgos vienen dados, fundamentalmente, por el aumento de las probabilidades de error en el diagnóstico y, consecuentemente, en el tratamiento, por el cumplimiento inadecuado de este, dada la dificultad de un diálogo terapéutico conductual y por la falta de vigilancia de la evolución de la enfermedad, debida a la dificultad del seguimiento, ya que, habitualmente, utilizan los servicios sanitarios sólo cuando ellos creen que les son necesarios.

214 SEGUÍ DÍAZ, M., Semergen, Vol. 31, pág. 507

La actitud ética del médico, ante estos pacientes, es de muy fácil definición, pero no lo es tanto llevarla a cabo, si tenemos en cuenta el ritmo de unas consultas sobrecargadas con muy escaso tiempo de dedicación por paciente. No obstante nos acogemos a las recomendaciones del autor citado que dice que

... “debemos abordar a estos pacientes de una manera distinta, intentando cambiar nuestra actitud frente a ellos, teniendo más paciencia y más comprensión y empatía que nos ayude alcanzar a comprender gran parte de los problemas que aquejan a estas personas y abordar sus problemas de una manera global, utilizando todos los recursos a nuestro alcance: interpretes, servicios sociales, servicios municipales, enfermería...etc.”²¹⁵.

Este problema ocupa el quinto puesto dentro de las preocupaciones éticas del médico de A. P.

A la hora de averiguar el comportamiento de los encuestados sobre como resuelven el problema ético que puede suscitar la atención a estos pacientes hemos abordado primero una preocupación que cada vez se extiende más. El dotar médicos especialmente para ese menester:

¿Considera que, ante las barreras lingüísticas y culturales en la atención al paciente inmigrante, debería éste ser atendido por compañeros específicamente formados? (Escala: 1: Nada de acuerdo; 5: Completamente de acuerdo)

Y los resultados obtenidos son:

		1: Nada de acuerdo	2	3	4	5: Complet. de acuerdo	NS/NC
Total	Absolutos	34	55	84	50	58	6
	%	11,8%	19,2%	29,3%	17,4%	20,2%	2,1%
Sexo	Mujer	9%	14%	33%	17%	24%	4%
	Hombre	14%	22%	27%	18%	18%	1%
Medio	Rural	12%	20%	27%	18%	20%	3%
	Urbano	11%	18%	34%	17%	20%	0%
Formación	M.I.R	14%	20%	32%	18%	13%	2%
	No M.I.R	11%	19%	28%	17%	23%	2%

Tabla 55

215 Opus cit., pág 507

Vemos como al opinar sobre la necesidad de dotar médicos, específicamente formados para la atención a estas comunidades, el 37,6 % (108) se muestra favorable o muy favorable a la propuesta. El 31 % (89) se manifiesta en sentido contrario. El 29,3 % (84) tiene una actitud intermedia, es decir, no se manifiesta en uno u otro sentido y el 2,1 % (6) elude responder.

En esta cuestión no podemos concluir, hechos los correspondientes análisis de contraste de hipótesis, la significatividad de estos resultados.

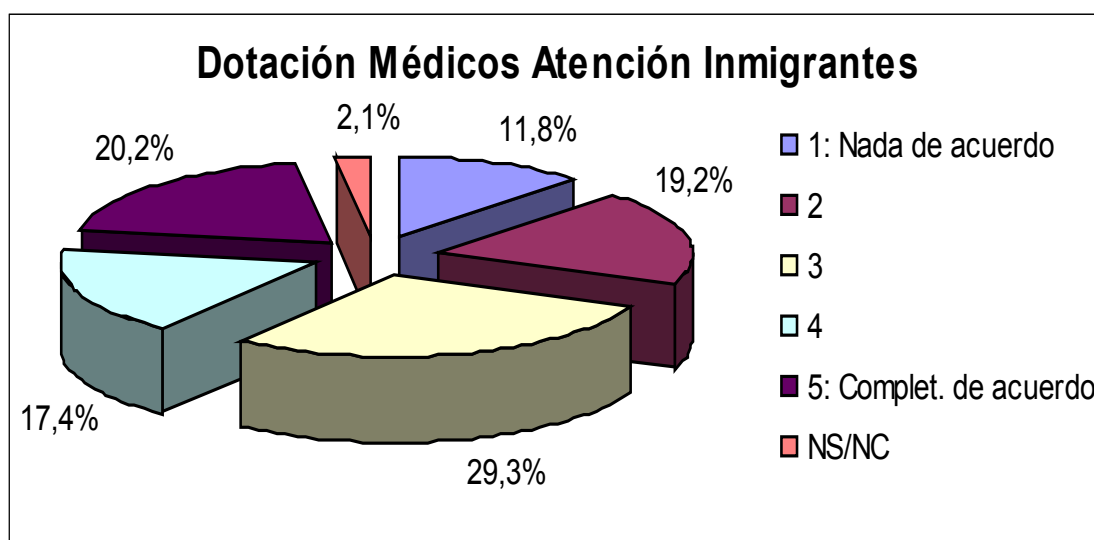


Figura 111

Se aprecia diferencia en la opinión cuando lo analizamos por sexos. Las mujeres son más reacias a que se doten plazas destinadas a este menester exclusivamente. Pero, sobre todo, hay muchas más indecisas.

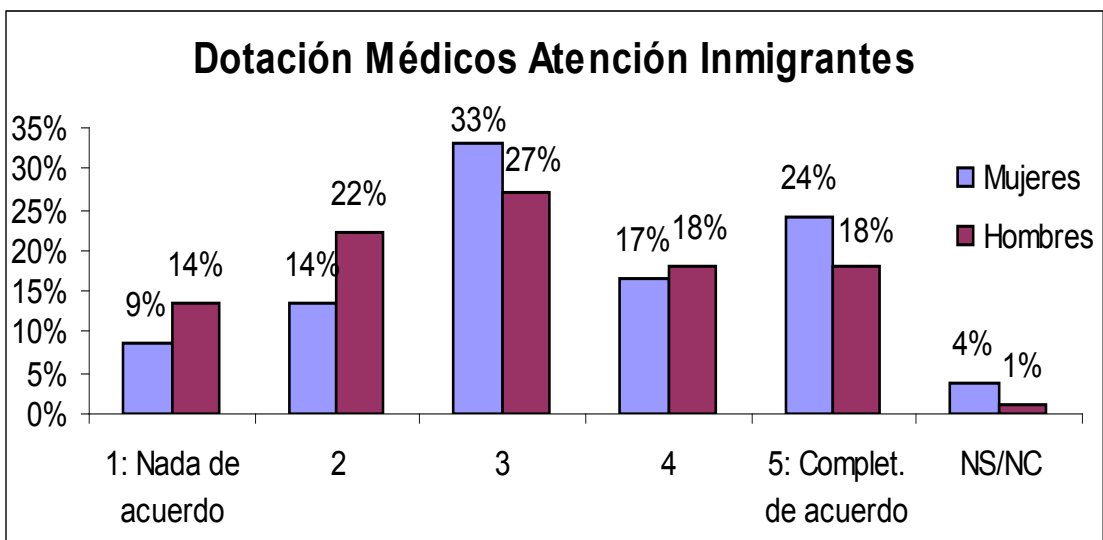


Figura 112

Lo mismo ocurre con los rurales, aunque con menos indecisos.

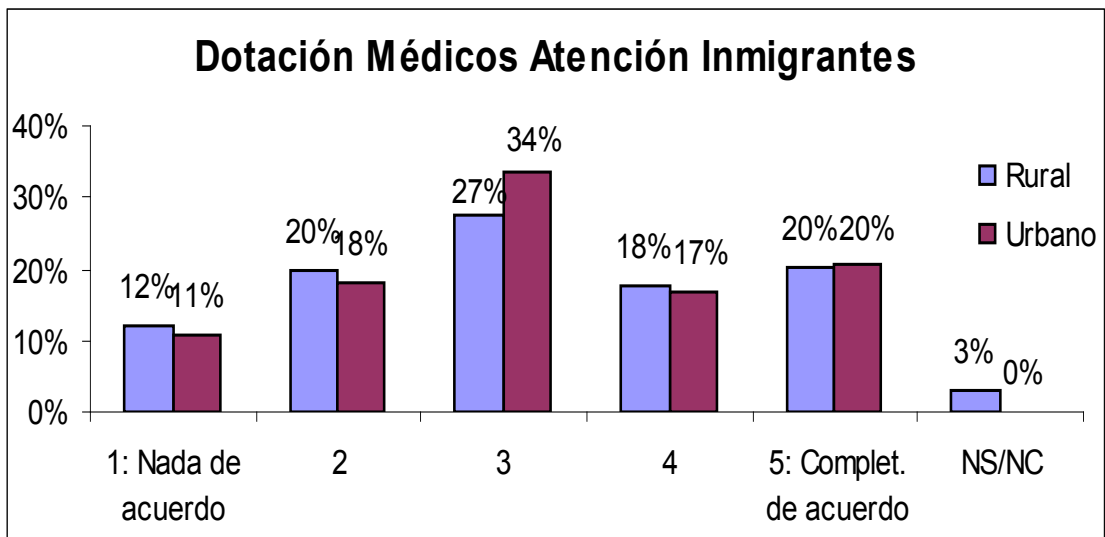


Figura 113

Y en cuanto a la respuesta, analizada desde la vía de formación, los MIR son contundentes en su respuesta.

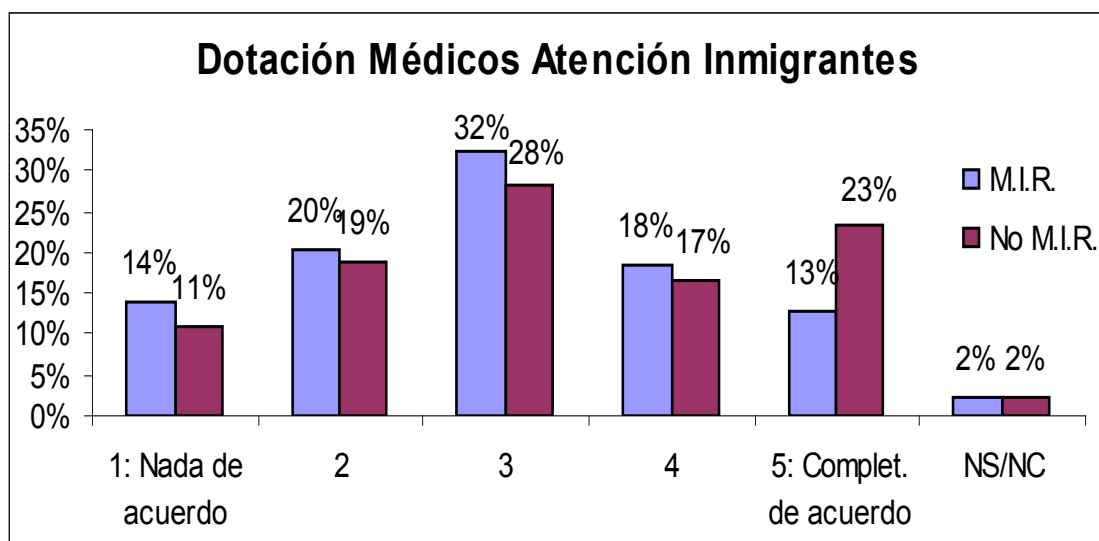


Figura 114

2.9. Dificultad para la atención al paciente inmigrante

La siguiente pregunta, al respecto, aborda directamente la solución que se da al problema cuando este se plantea.

Ante dificultades lingüísticas, culturales, etc. con un paciente inmigrante, ¿Cómo actúa habitualmente?

El cómputo de las respuestas dadas lo vemos en la tabla:

		Doy receta	Derivo a especialista	Recurro a compañero	Esfuerzo por entenderlo	NS/NC
Total	Absolutos	9	6	20	247	5
	%	3,1%	2,1%	7%	86,1%	1,7%
Sexo	Mujer	2%	2%	9%	85%	2%
	Hombre	4%	2%	6%	86%	2%
Medio	Rural	1%	2%	9%	86%	1%
	Urbano	7%	2%	2%	86%	2%
Formación	M.I.R	2%	2%	5%	88%	2%
	No M.I.R	4%	2%	8%	85%	2%

Tabla 56

Las respuestas son contundentes, el 86,1 % (247) responden con lo que históricamente ha hecho el médico: poner de su parte el esfuerzo necesario para vencer las barreras y llevar a cabo aquello que su condición le exige. El 7 % (20) recaban ayuda y sólo el 5,2 % (15) se manifiestan por las otras opciones. El 1,7 % (5) no responde.

Estos resultados son significativos al 95% y, por tanto, podemos generalizarlos a toda la población. Los expresamos de forma gráfica:

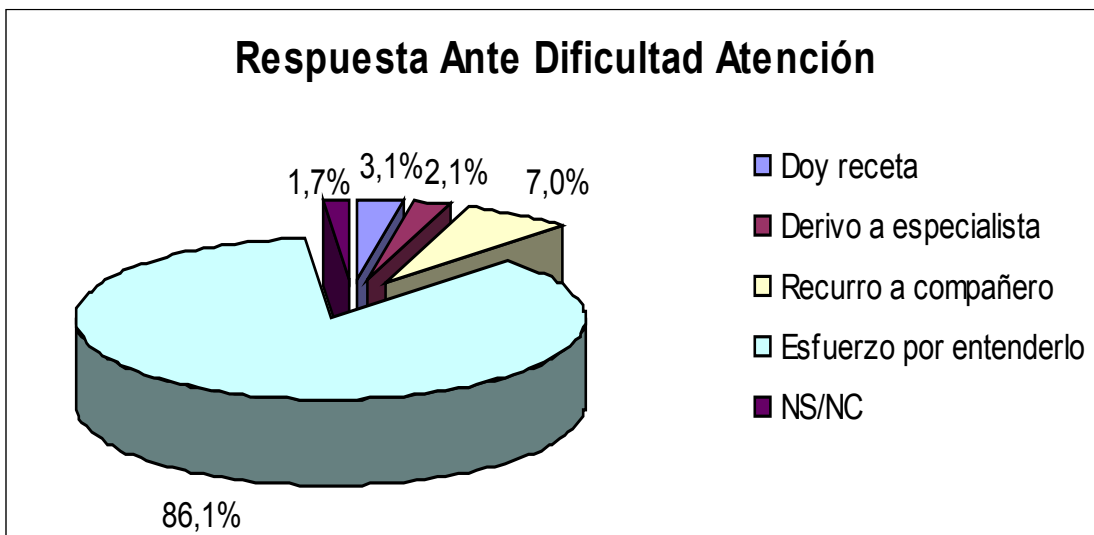


Figura 115

Las diferencias de actuación entre sexos no son significativas, como puede apreciarse en el gráfico. Tampoco lo son estadísticamente.

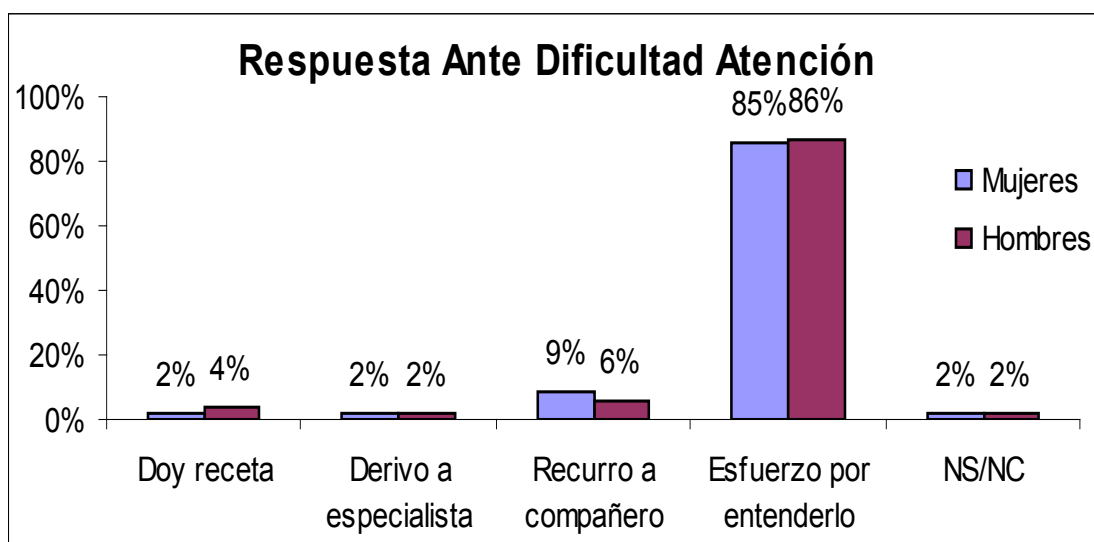


Figura 116

La actitud ante esta dificultad se expresa de parecida forma en los dos ámbitos laborales, aunque en el urbano hay una mayor tendencia a quitarse el enfermo del medio recurriendo a la expedición de recetas.

Sin embargo, estadísticamente, no hay relación entre la respuesta dada y el ámbito laboral.

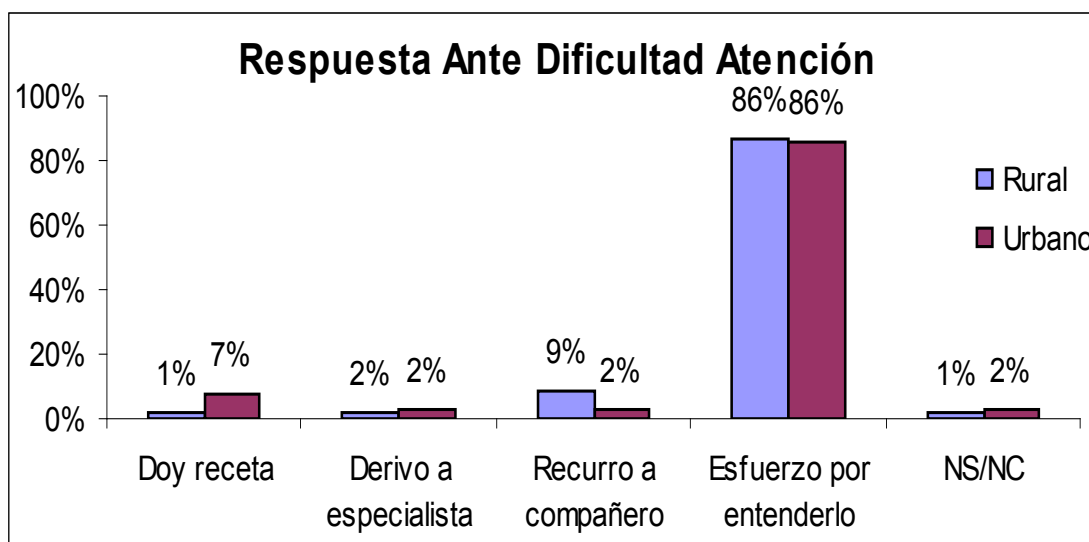


Figura 117

El MIR supera la media y a los demás colectivos, yendo un poco más allá en ese esfuerzo que sigue las recomendaciones de Seguí Díaz. Pero, desde el punto de vista del análisis estadístico, ocurre lo mismo que con la anterior variable.

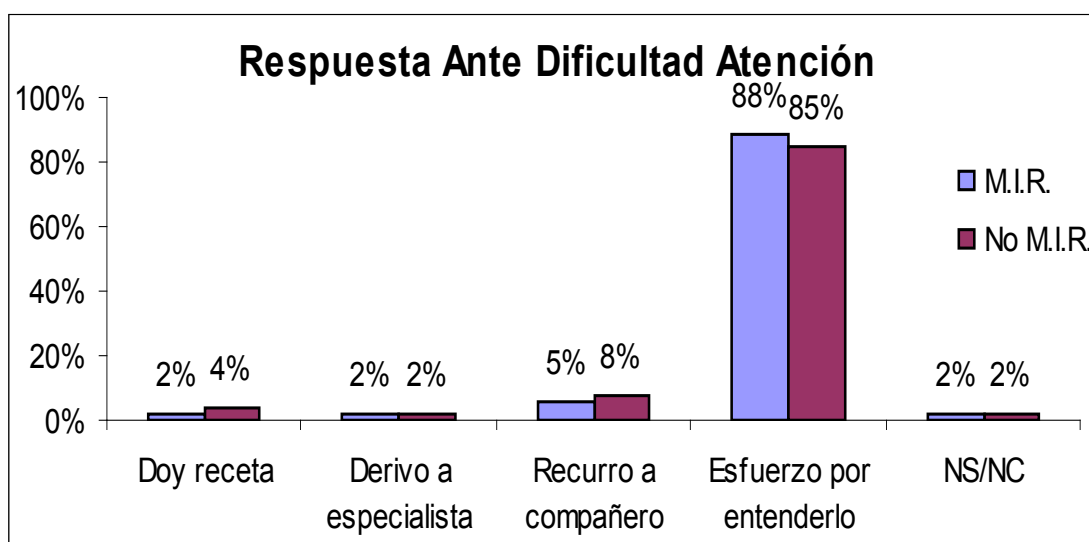


Figura 118

2.10. Baja laboral por enfermedad o accidente no laboral

Viene regulada por una legislación que va quedando algo anticuada. A saber:

- Ley de Bases de la Seguridad Social, 193/1963 de 28 de Diciembre, en su base séptima referida a la Incapacidad Laboral Transitoria.

- Ley General de la Seguridad Social (21.04.1966) en su Capítulo segundo sobre la Incapacidad Transitoria.

- Texto Refundido del Real Decreto Ley 1/1994, de 20 de Junio, en sus artículos 38 y 128 sobre acción protectora.

-Ley 42/1994 de 30 de Diciembre, sobre medidas fiscales, administrativas y de orden social que modifica los artículos 38 y 128 citados anteriormente.

- El Real Decreto 575/1997 de 18 de Abril, que en su artículo 1, punto 1, explica la emisión del Parte de Baja, tras el reconocimiento del trabajador, por el médico del Servicio Público de Salud.

Del estudio realizado, no parece que sea una de las principales preocupaciones éticas del médico, pues está colocada en el sexto lugar. Pero desde hace tiempo se viene hablando de la necesidad de que deje de ser competencia de los médicos de Atención Primaria por los problemas técnicos y de otro tipo que plantea la valoración de esa incapacidad laboral. Por eso hemos preguntado:

¿Considera que el actual sistema de baja por incapacidad laboral debe seguir siendo asumido por el médico de atención primaria? Escala: 1. Nada de acuerdo; 5: Completamente de acuerdo)

A esta primera pregunta sobre la baja laboral por incapacidad debida a enfermedad o accidente no laboral han respondido:

		1: Nada de acuerdo	2	3	4	5: Complet. De acuerdo	NS/NC
Total	Absolutos	74	58	75	45	29	6
	%	25,8%	20,2%	26,1%	15,7%	10,1%	2,1%
Sexo	Mujer	20%	21%	28%	22%	6%	2%
	Hombre	29%	20%	25%	12%	13%	2%
Medio	Rural	25%	22%	25%	16%	11%	1%
	Urbano	29%	17%	29%	14%	7%	4%
Formación	MIR	26%	19%	30%	15%	8%	2%
	No MIR	26%	20%	24%	16%	11%	2%

Tabla 57

Luego la opinión mayoritaria de los encuestados es que deben cambiar las cosas y el médico de atención primaria debe dejar de hacer lo que ha venido haciendo y que sean los médicos de las mutuas o quien la autoridad determine quienes asuman esta función. Afirmamos esto desde la tozudez de las cifras, ya que solamente el 25,8 % (74) entiende que las cosas deben continuar como están mientras el 46 % (132) se manifiesta en desacuerdo con seguir asumiendo esta responsabilidad y el 26,1 % (75) no adopta una postura definida. El 2,1 % (6) no responde.

Estos resultados son significativos al 95% y, por tanto, no son fruto ni del azar ni de la muestra que tenemos, siendo extensibles a la población total.

Por otro lado, al analizar la independencia entre las respuestas y las distintas variables demográficas, no podemos concluir que exista, al 95% de significatividad, algún grado de dependencia entre las mismas. Y, por tanto, las posibles diferencias, en cuanto a las respuestas, que se observen en los gráficos descriptivos, que se presentan a continuación, no son fruto de las características particulares del médico de Atención Primaria de la provincia de Toledo.

De igual modo que venimos haciendo:

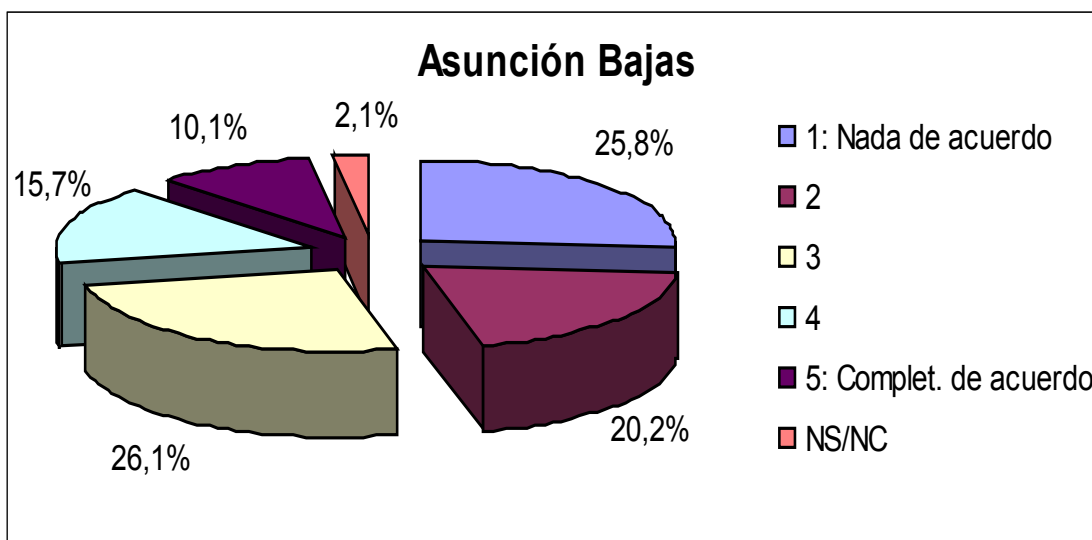


Figura 119

Hay una diferencia en la opinión según el sexo. La mujer se manifiesta más conservadora con la situación actual que el hombre.

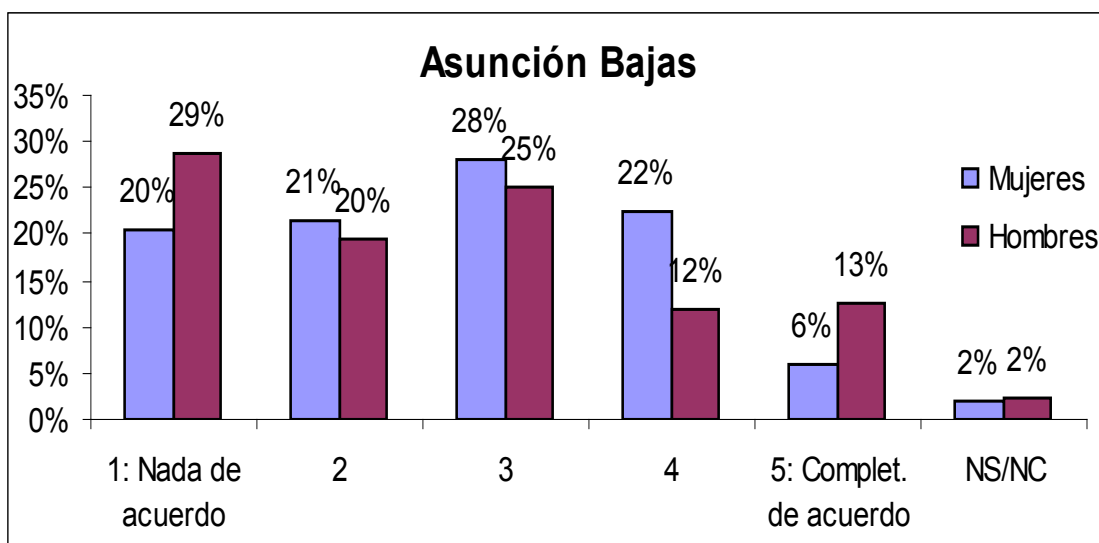


Figura 120

El médico rural es más favorable a la asunción de esta responsabilidad como podemos ver.

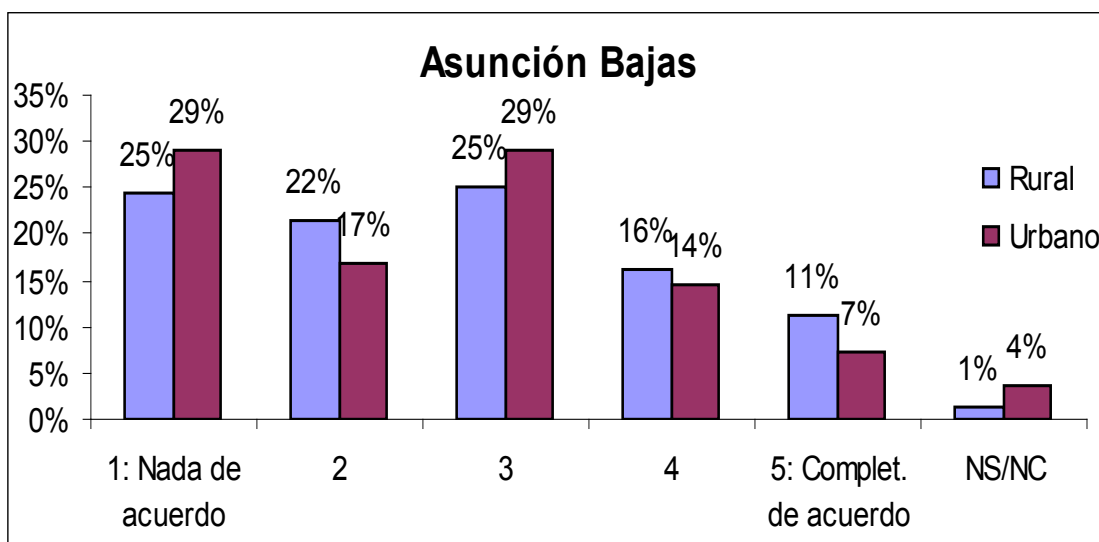


Figura 121

El formado como MIR se posiciona más, globalmente, en contra de que el médico de Atención Primaria continúe asumiendo la responsabilidad superando la media del resultado general.

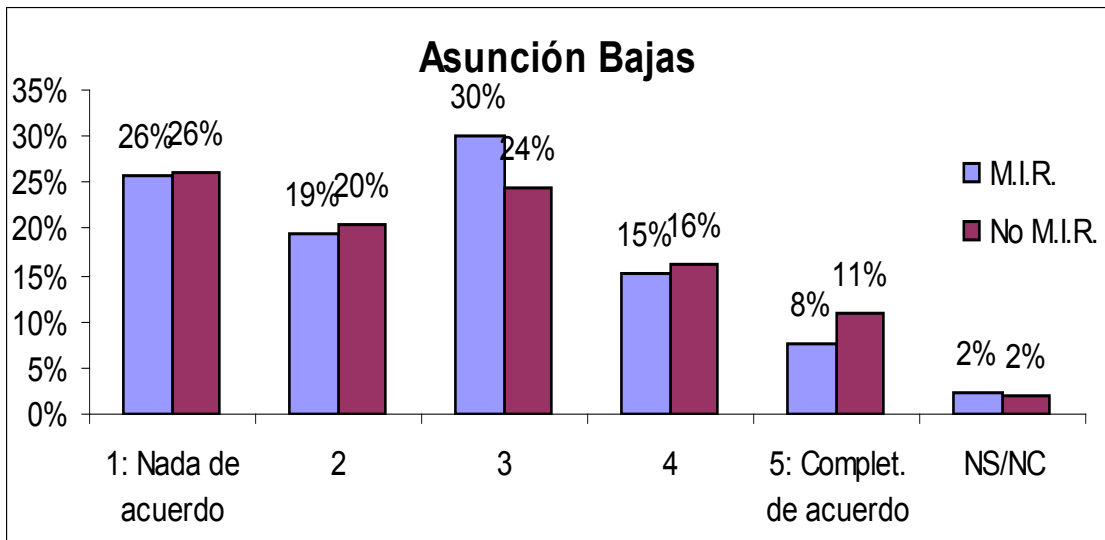


Figura 122

2.11. Alta laboral indicada

Todos sabemos y, con cierta frecuencia, hemos tenido que lidiar con ellos, que hay auténticos “profesionales de la baja por enfermedad”. También nos encontramos con el caso de que, por circunstancias puntuales, el enfermo solicita unos días más de permanencia en la situación de incapacidad laboral.

El rechazo, por parte del usuario a recibir el alta, normalmente por una de las dos razones arriba citadas, es un problema que se nos presenta con una cierta asiduidad en consulta, por eso hemos preguntado:

Cuando un paciente en baja laboral no quiere que le de el alta a pesar de que usted considera que está indicado, ¿Cómo procede habitualmente?

Y han respondido:

		Transijo	Prolongo la situación	Informo a la inspección	Se la doy	NS/NC
Total	Absolutos	8	143	71	61	4
	%	3,8%	49,8%	24,7%	21,3%	1,4%
Sexo	Mujer	2%	53%	21%	20%	3%
	Hombre	3%	48%	27%	22%	1%
Medio	Rural	3%	45%	25%	26%	1%
	Urbano	1%	61%	25%	10%	2%
Formación	M.I.R	1%	54%	24%	20%	1%
	No M.I.R	4%	48%	25%	22%	2%

Tabla 58

Observamos que el 49,8 % (143) va a optar por prolongar la situación alguna semana más, el 24,7 % (71) opta por dar cuenta de la situación a la Inspección Médica, el 21,3 % (61) da el alta sin más contemplaciones y el 2,8 % (8) se calla y mantiene la baja. El 1,4 % (4) no contesta.

Estos resultados son significativos al 95% y, por tanto, tal y como ha ocurrido en las cuestiones anteriores, podemos generalizar estos resultados y hacerlos extensibles a la población que hemos considerado, esto es, los médicos de Atención Primaria de la provincia de Toledo.

Abordamos, con las mismas consideraciones que hasta ahora, su explicación de forma gráfica:

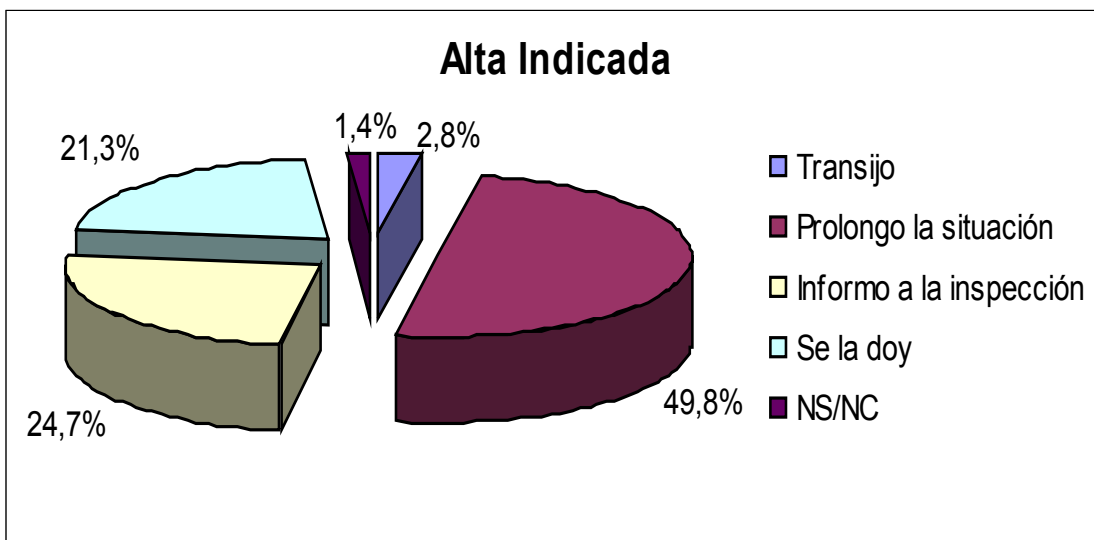


Figura 123

Las mujeres son más condescendientes a la hora de negociar y transigir con la baja indebida, prolongando ésta.

Sin embargo, no se puede rechazar la independencia entre las respuestas a esta cuestión y la variable sexo.

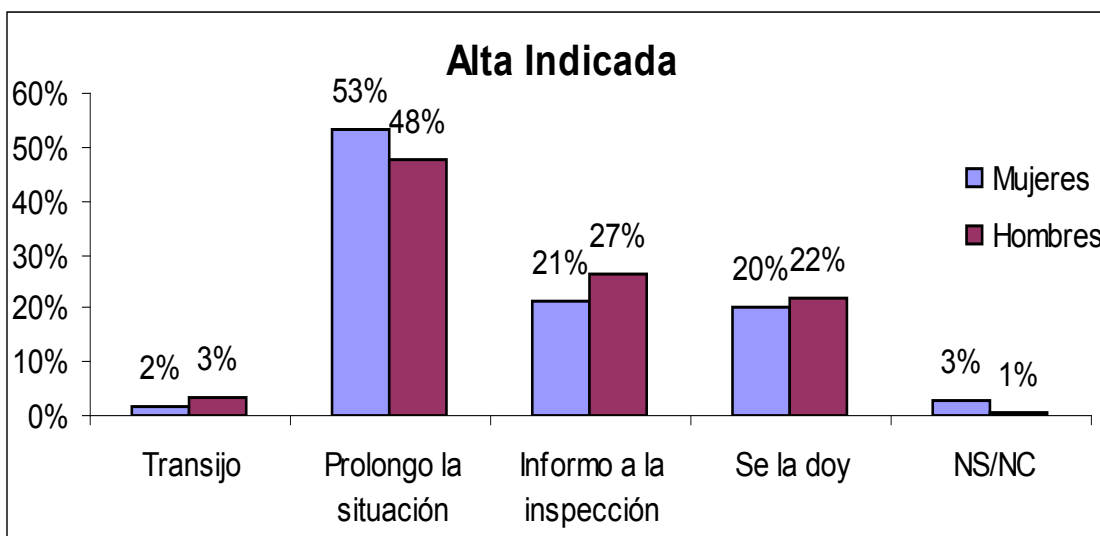


Figura 124

En cuanto al medio en que el médico realiza su trabajo se observan unas diferencias muy llamativas.

Estas diferencias, que hacen suponer que pueda existir algún tipo de relación entre el ámbito de trabajo y la respuesta dada, se confirman al hacer el contraste de hipótesis puesto que, al 95%, se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre ambas. Sin embargo, el coeficiente de contingencia es del 20,2% lo que indica que la dependencia no es muy elevada.

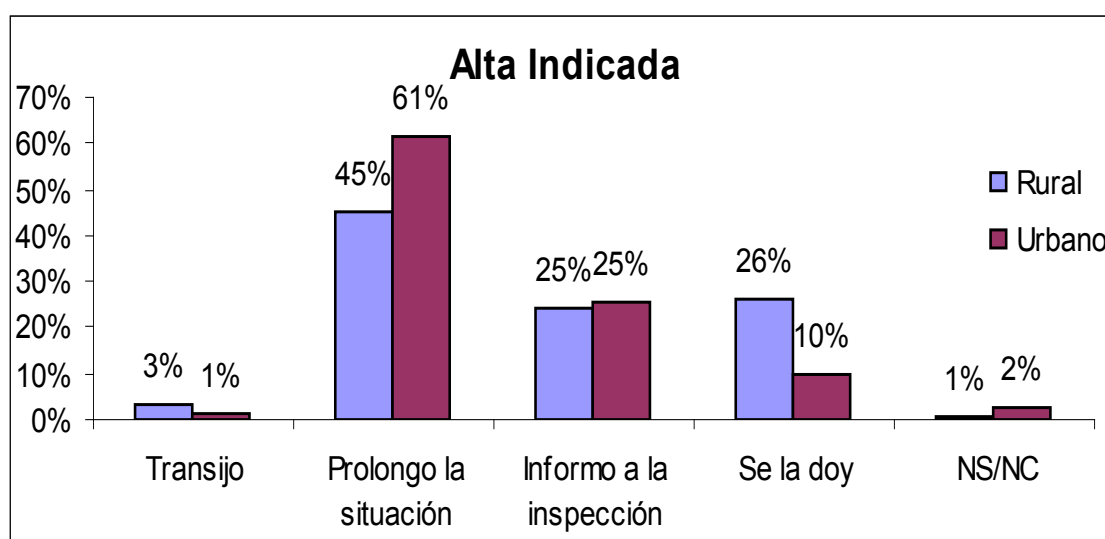


Figura 125

Al igual que el médico urbano, el formado vía MIR, es más proclive a prolongar la situación, evitando el hipotético enfrentamiento que pudiera suponer con el enfermo.

Sin embargo, no se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre ambas variables (respuesta dada y vía de formación del médico).

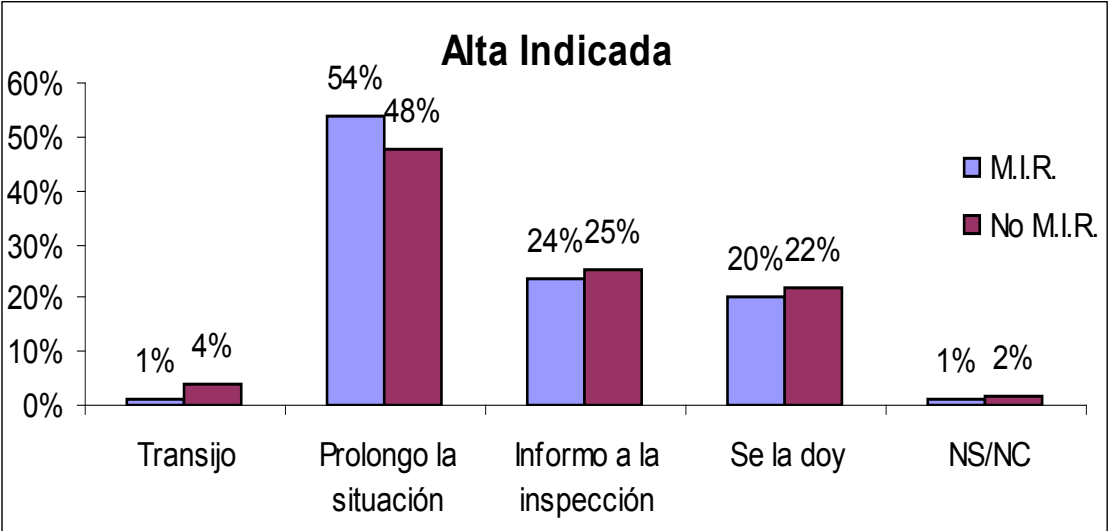


Figura 126

2.12. Solicitud de baja por situación de necesidad sobrevenida

Pero hay otro caso, real, que se nos presenta en la consulta. Tal es el que puede suponer una situación personal o familiar de carga o sufrimiento. Al médico de Atención Primaria se le presenta un dilema ético: dar o no dar la baja. Lo primero va contra las leyes, mientras que lo segundo seguramente crea un problema añadido al sufrimiento existente.

Planteada la cuestión, directamente:

Ante un paciente que le solicita la baja laboral porque tiene a su cuidado un familiar gravemente enfermo, ¿Cómo procede habitualmente?

Los encuestados responden:

		Se la doy	Se la doy condicionada	Planteo el problema	Se la niego	NS/NC
Total	Absolutos	21	195	30	37	4
	%	7,3%	67,9%	10,5%	12,9%	1,4%
Sexo	Mujer	7%	73%	9%	9%	3%
	Hombre	8%	65%	11%	15%	1%
Medio	Rural	6%	66%	11%	16%	1%
	Urbano	11%	72%	10%	5%	2%
Formación	M.I.R	8%	70%	13%	8%	2%
	No M.I.R	7%	67%	9%	15%	1%

Tabla 59

Vemos que la reacción va a ser mayoritariamente de ayudar. Posiblemente se pueda tildar de paternalismo y, desde luego, va contra la normativa legal, pero el 75.2 % (216) accede a la petición que se le hace. Solamente el 12,9 % (37) se decanta por lo contrario. El 10,5 % (30) plantea el problema a la Inspección Médica y el 1,4 % (4) se abstiene de contestar.

Desde el punto de vista estadístico, al 95%, estos resultados son significativos y, por tanto, generalizables al total de la población.

Lo analizamos, como venimos haciendo, de una forma gráfica.

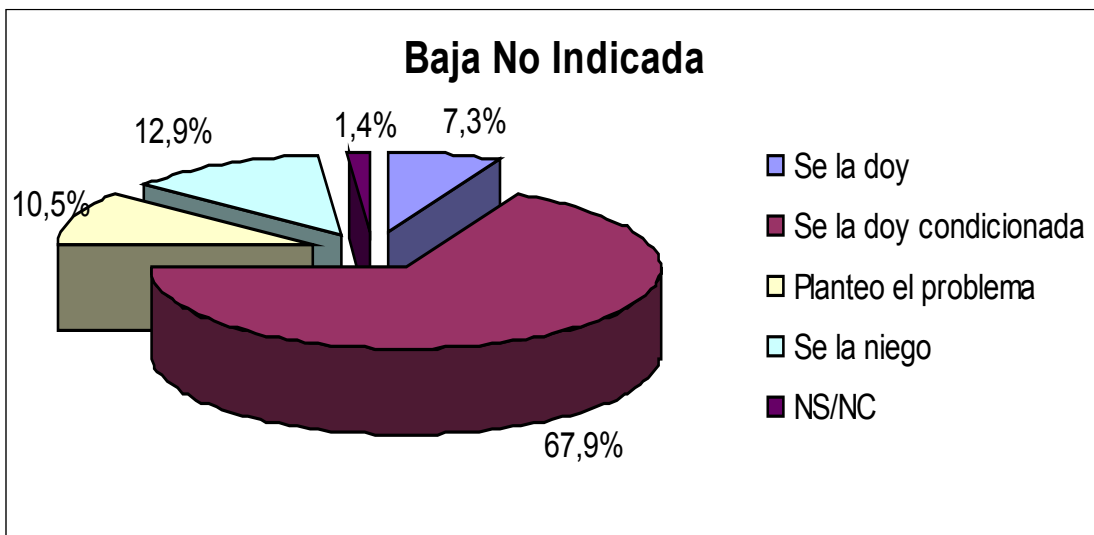


Figura 127

Como en la cuestión anterior, en este caso las mujeres son más permisivas pues el 5,6 % van a expedir la baja laboral, condicionada a buscar una solución en un corto espacio de tiempo, sobre los hombres.

Sin embargo, la posible dependencia que parece existir a nivel muestral, no se puede concluir al hacer el contraste de hipótesis de independencia entre ambas variables puesto que no se puede rechazar la hipótesis nula.

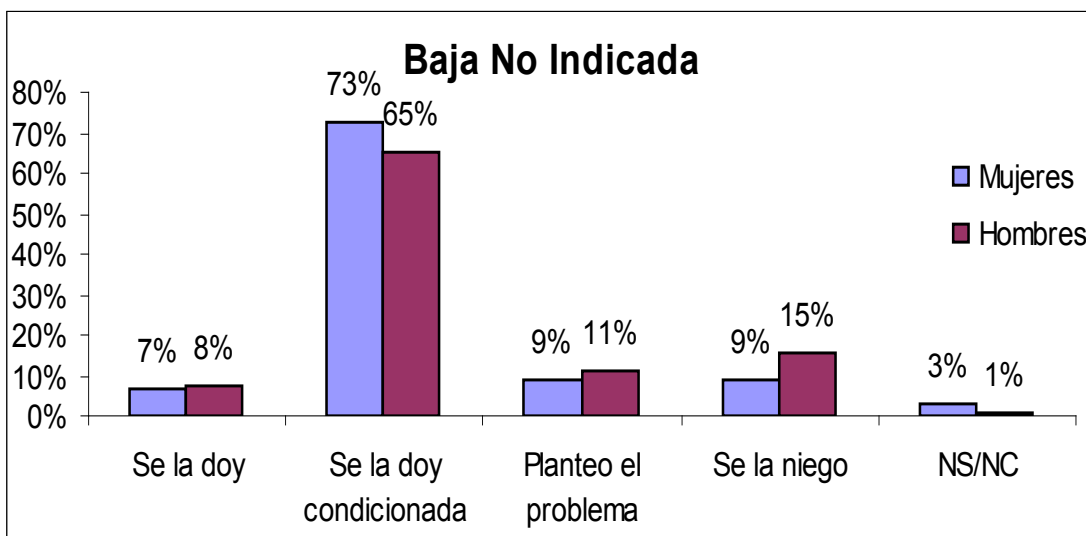


Figura 128

El médico rural es más resolutivo. Posiblemente sea debido a que maneja un cupo de enfermos de los que tiene un mayor conocimiento, por número y cercanía, que el médico urbano.

En este caso, tampoco se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre el ámbito de trabajo y la respuesta dada por el médico.

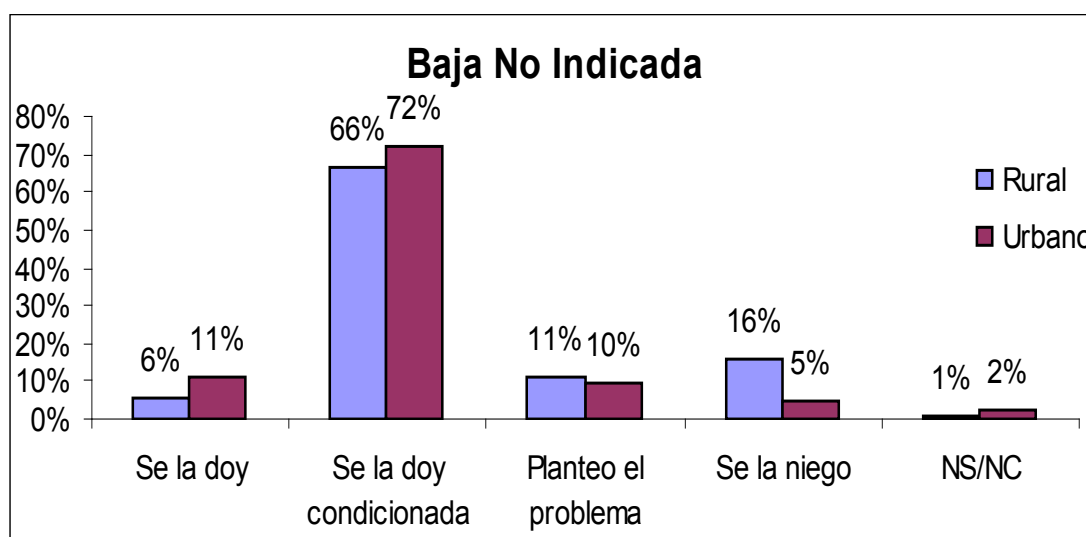


Figura 129

El MIR se muestra más receptivo a la situación de necesidad sobrevenida y responde al problema expidiendo la baja aunque, legalmente, no esté indicada. El médico No MIR la niega directamente superando en un 7 % a sus compañeros del grupo anterior.

Sin embargo, y a pesar de lo que nos indica esta estadística descriptiva, no se puede concluir, al 95%, que no exista independencia entre el tipo de formación que ha recibido el médico y la respuesta que ha dado.

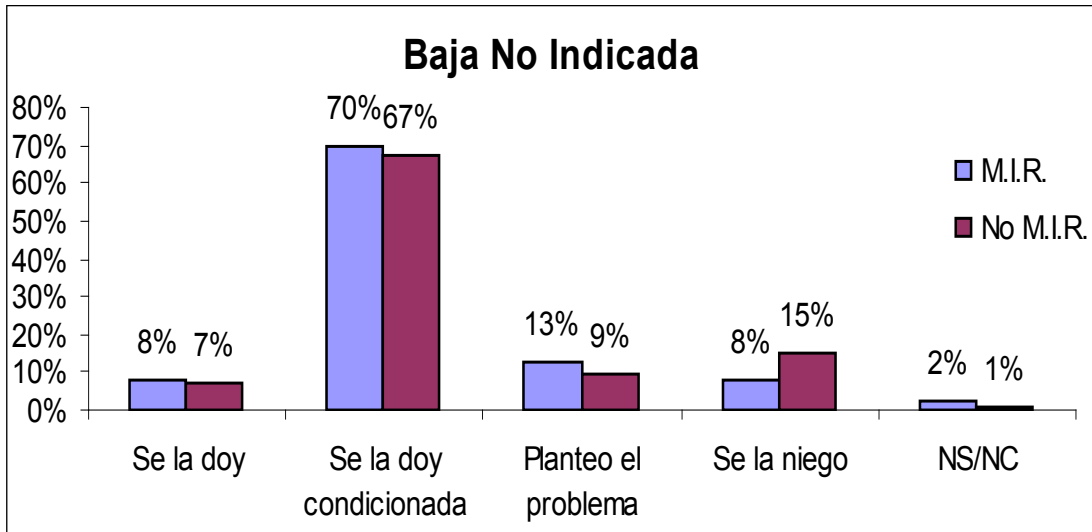


Figura 130

2.13. El enfermo “difícil”

En nuestras consultas es habitual la presencia de los que, coloquialmente, llamamos “enfermos de plantilla”. Suelen ser, fundamentalmente, ancianos que padecen una de las enfermedades del alma más terribles de nuestro tiempo: el síndrome de soledad.

Pertencen a una generación que tuvo las cosas difíciles en casi todos los órdenes. El estilo actual de vida, consumista, poco solidario, trepidante y racionalmente materialista les ha desplazado a un plano de la sociedad que ellos perciben como secundario. No requieren de su médico grandes esfuerzos. Se conforman con ser escuchados, que se les explique una y otra vez, con una cierta naturalidad, su patología, normalmente crónica y recibir un poco de cariño.

Pero, junto a estos, hay otros hiperfrecuentadores, incordiantes, desconfiados, exigentes y, a veces, hasta mal educados, que llegan a constituir una auténtica tortura.

No es un problema baladí, pues, para el médico, es la segunda de sus preocupaciones éticas en la relación con sus enfermos. ¿Y que hace?

Ante un paciente difícil, hiperfrecuentador y desconfiado, ¿Cómo actúa habitualmente?

Han respondido:

		No presto atención	Recrimino su actitud	Se cambie de cupo	Frialdad y displicencia	Método de trabajo	NS/NC
Total	Absolutos	2	25	21	43	195	1
	%	0,7%	8,7%	7,3%	15%	67,9%	
Sexo	Mujer	1%	8%	8%	15%	68%	1%
	Hombre	1%	9%	7%	15%	68%	0%
Medio	Rural	0%	8%	6%	14%	71%	0%
	Urbano	1%	10%	10%	18%	61%	0%
Formación	M.I.R	0%	11%	8%	18%	63%	0%
	No M.I.R	1%	8%	7%	14%	70%	1%

Tabla 60

El 67,9 % (195) no le va a hacer mucho caso continuando con su método habitual de trabajo. Sólo el 31 % (91) va a ver alterada su dinámica habitual y responderá el 15 % (43) tratándole con frialdad y displicencia a ver si hay enmienda, el 8,7 % (25) le recriminará su actitud, el 7,3 % (21) pidiéndole que se cambie de cupo o solicitándolo el directamente, y el 0,7 % (2) no le presta atención. Sólo 1 (0,3 %) elude la pregunta.

Al hacer el contraste de hipótesis, cuya hipótesis nula es que las respuestas son fruto del azar, se ha obtenido que, al 95%, se puede rechazar dicha hipótesis nula. Al ser significativos estos resultados, podemos generalizarlos a la totalidad de la población que estamos considerando.

Representamos estos resultados gráficamente:

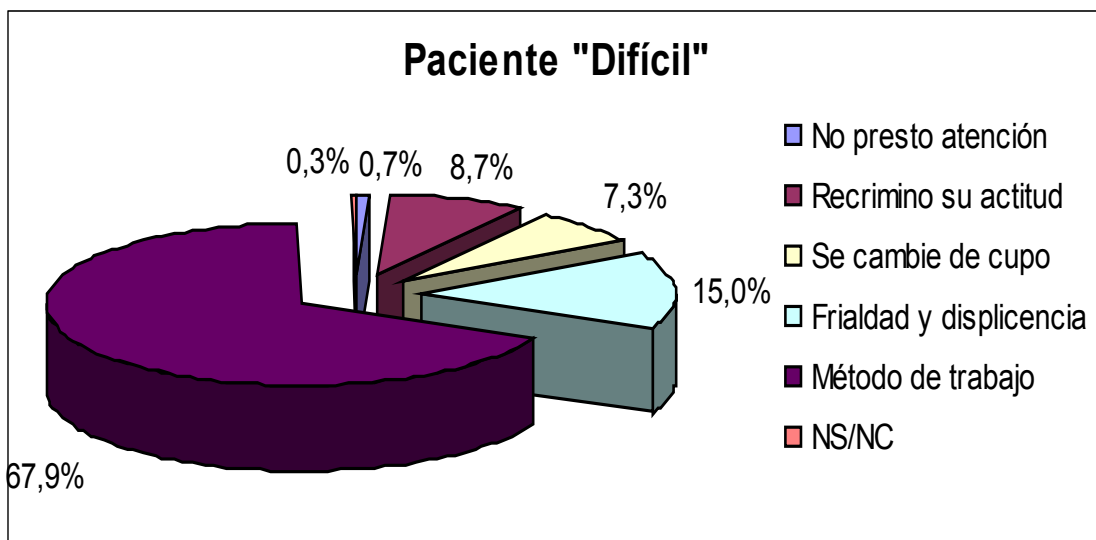


Figura 131

La respuesta, en función de los sexos, es muy similar

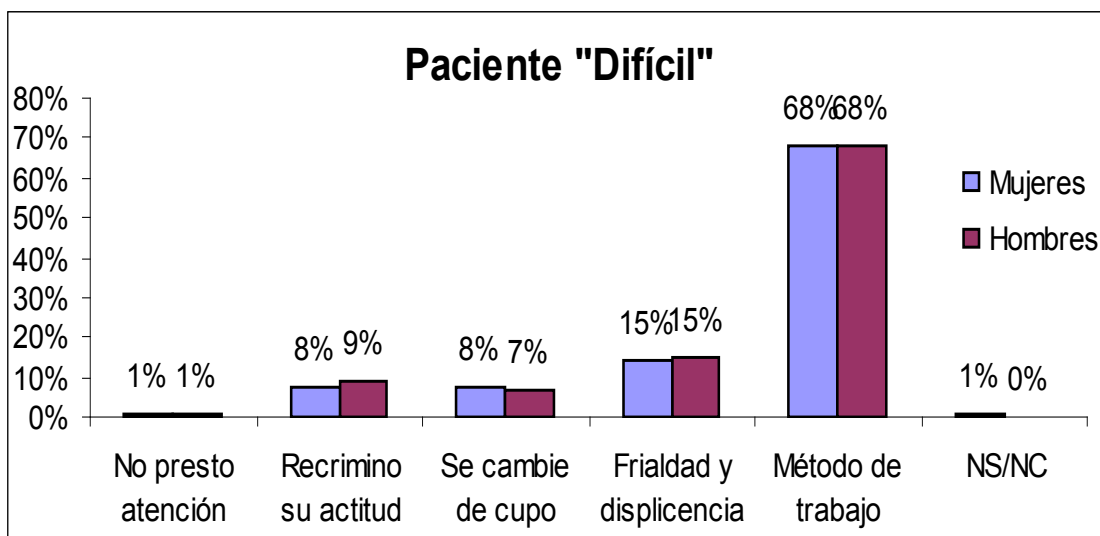


Figura 132

Y, en cuanto al medio laboral, parece que el médico rural tiene más aguante.

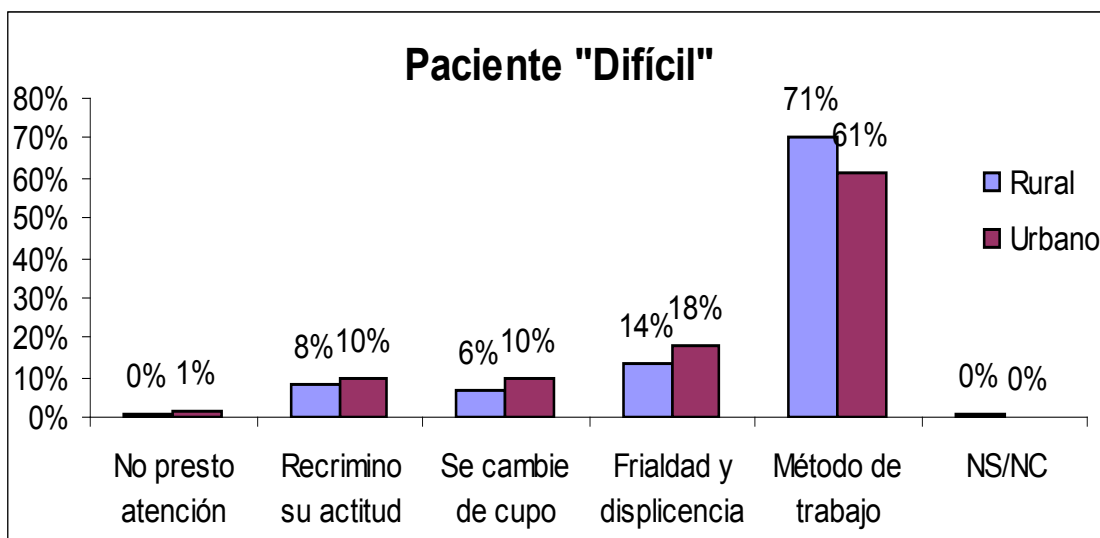


Figura 133

En la comparativa MIR, No MIR, contemplamos como la respuesta se inclina por el esfuerzo más en los segundos que en los primeros.

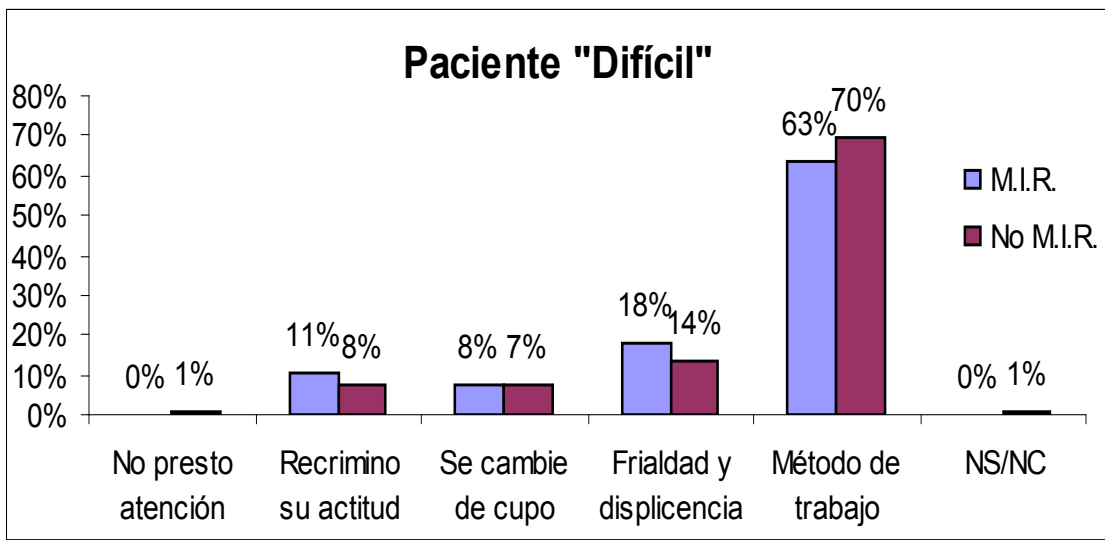


Figura 134

Al hacer los contrastes de independencia correspondientes, entre cada una de las variables demográficas con el tipo de respuesta dada, se concluye que, al 95%, no se puede rechazar dicha independencia.

2.14. Receta de complacencia

Cada vez menos, a medida que se eleva el nivel de educación sanitaria, se nos presenta el caso de la demanda de receta de medicamentos prescritos por un compañero hace tiempo o el de aquel que tomó un familiar, un amigo o un vecino, para la patología que el demandante entiende similar a la suya. Pero aumenta la prescripción del médico con ejercicio privado, dado el auge que está tomando la doble afiliación (seguridad social y compañías privadas de seguros médicos).

No parece que sea una de las preocupaciones importantes del médico, pues ocupa el séptimo lugar de las nueve que se le plantearon. Está acorde este dato con la contundencia de la respuesta cuando el problema se plantea mediante la siguiente pregunta:

Cuando un paciente le solicita una o varias recetas de fármacos prescritos por un médico privado o de algún medicamento que en el pasado otro compañero le prescribió y le resultó eficaz para una determinada patología, ¿Cómo actúa habitualmente?

La respuesta la tenemos en la siguiente tabla:

		Expido la receta	No expido la receta	Verificar la patología	NS/NC
Total	Absolutos	31	15	238	3
	%	10,8%	5,2%	82,9%	1%
Sexo	Mujer	8%	8%	83%	1%
	Hombre	13%	4%	83%	1%
Medio	Rural	12%	5%	82%	1%
	Urbano	8%	6%	84%	1%
Formación	MIR	12%	5%	82%	1%
	No MIR	10%	5%	83%	1%

Tabla 61

Así, el médico responde, mayoritariamente, expidiendo la receta, de forma que el 82,9 % (238) verifican primero la patología y la posible indicación y si están de acuerdo expiden ésta, mientras que el 10,8 % (31) da por bueno lo indicado por el compañero del sistema privado y sólo el 5,2 % (15) se niega a realizarla. Tres (1 %) no contestan.

Al igual que ocurre con las preguntas anteriores, las proporciones son significativas y, por tanto, no son fruto del azar.

Representados estos datos de forma gráfica:

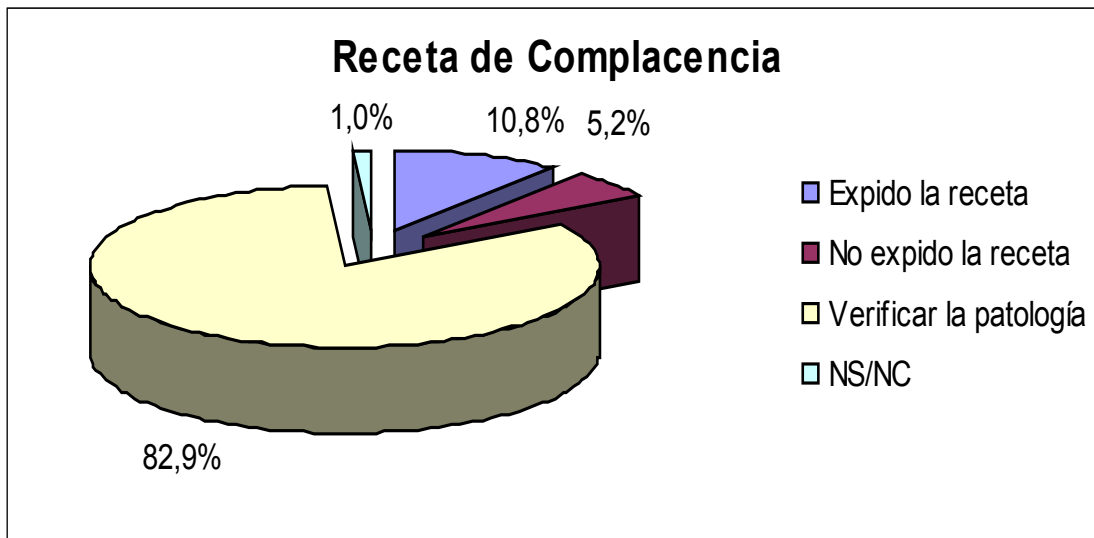


Figura 135

Se aprecia una diferencia entre mujeres y hombres en cuanto a la expedición, o no, de la receta. ¿Desconfianza de la primera hacia el compañero de la privada? ¿O, simplemente, prudencia?

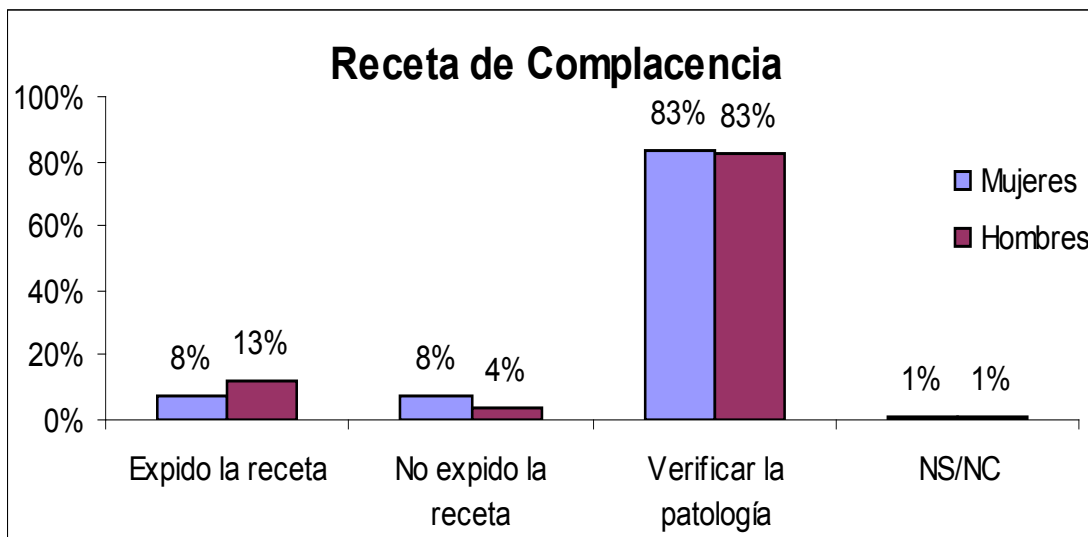


Figura 136

Ocurre a la inversa con los médicos rurales.

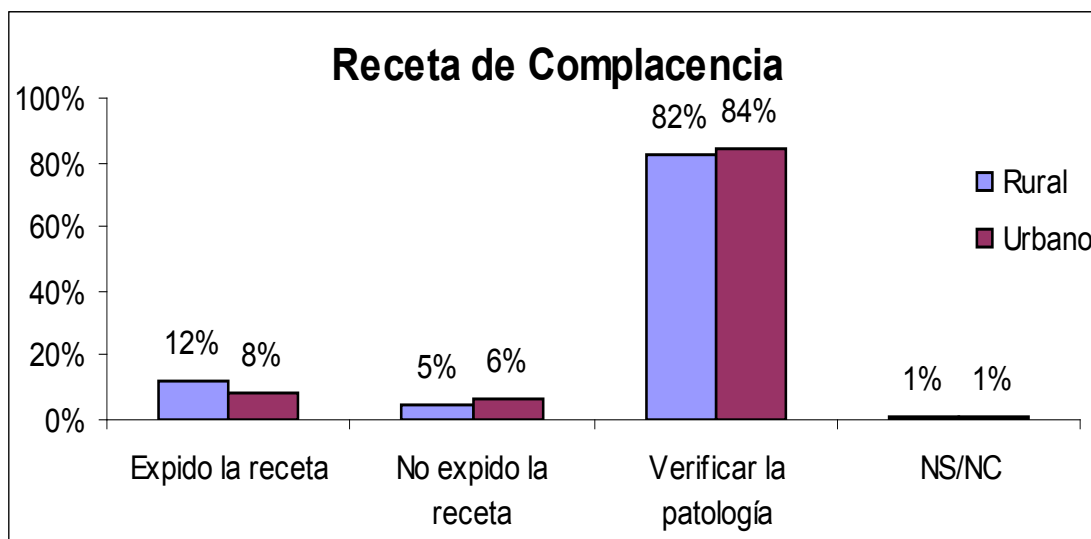


Figura 137

Y en cuanto a los otros dos parámetros que venimos analizando vemos que no hay diferencia sustancial.

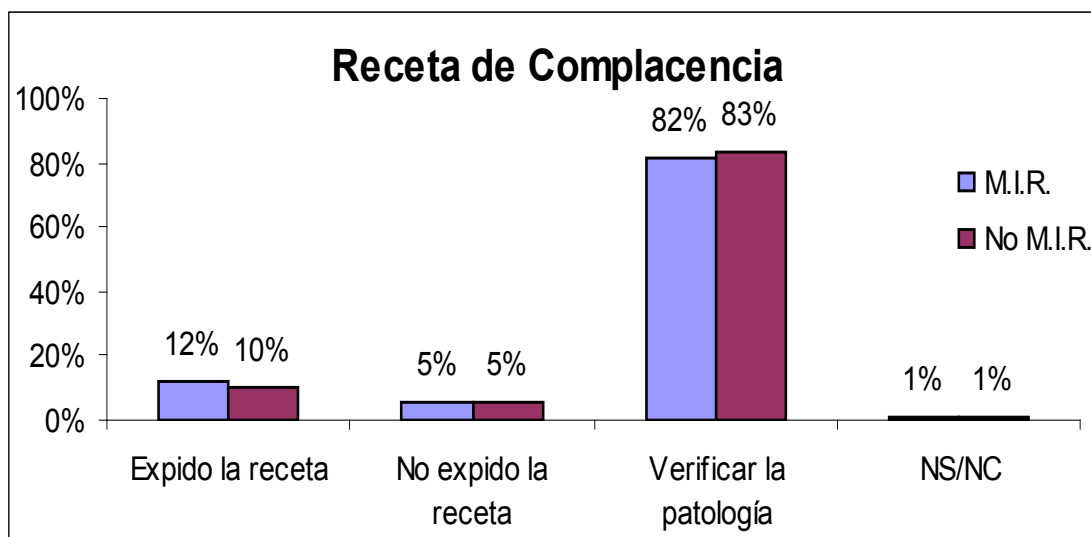


Figura 138

Al hacer los contrastes de independencia entre las distintas variables demográficas y esta cuestión, en ninguno de los tres contrastes se puede rechazar la hipótesis nula de independencia.

2.15. Prescripción de Especialidad Farmacéutica Genérica

Desde la actitud economicista que preside, para algunas cosas, el gobierno de la sanidad pública, se viene presionando constantemente al médico, no siempre con respeto a este y a las normas básicas de la ética profesional, para la prescripción de Especialidades Farmacéuticas Genéricas por lo que suponen de disminución del gasto. En menor medida, con campañas publicitarias puntuales, se ha hecho con el usuario.

Pero hay ciertas dudas de la efectividad real de este tipo de medicamentos, en cuanto que la normativa que los regula deja un amplio margen en la biodisponibilidad del principio activo y no es precisa en lo que se refiere a los excipientes. Esta duda científica puede inducir duda ética.

No parece, a tenor de las respuestas obtenidas cuando hablábamos de las inquietudes éticas, que esto sea así en la realidad de la Atención Primaria de la provincia de Toledo, pues el médico sitúa este problema en último lugar de sus preocupaciones y la respuesta a la siguiente pregunta sobre este asunto no deja lugar a la más mínima duda.

A la hora de prescribir una E. F. G., ¿Cómo actúa habitualmente?

La respuesta, como vemos, es bastante clara:

		No prescribo	Prescribo por bajar gasto	Prescribo por eficaz	Prescribo por incentivos	NS/NC
Total	Absolutos	27	89	149	17	5
	%	9,4%	31%	51,9%	5,9%	1,7%
Sexo	Mujer	4%	26%	63%	4%	3%
	Hombre	13%	34%	46%	7%	1%
Medio	Rural	9%	34%	50%	5%	2%
	Urbano	11%	24%	58%	7%	0%
Formación	M.I.R	8%	28%	56%	8%	1%
	No M.I.R	10%	33%	49%	5%	2%

Tabla 62

Así el 88,8 % (255) opta por la utilización de los llamados medicamentos genéricos, bien sea por que los consideran eficaces, 51,9 % (149), para disminuir el gasto farmacéutico, 31 % (89) o para mejorar los incentivos económicos, 5,9 % (17). Sólo el 9,4 % (27) manifiesta no prescribirlos. El 1,7 % (5), no contesta.

Estos resultados son significativos al 95% y, por tanto, generalizables al conjunto de la población.

Los representamos gráficamente:

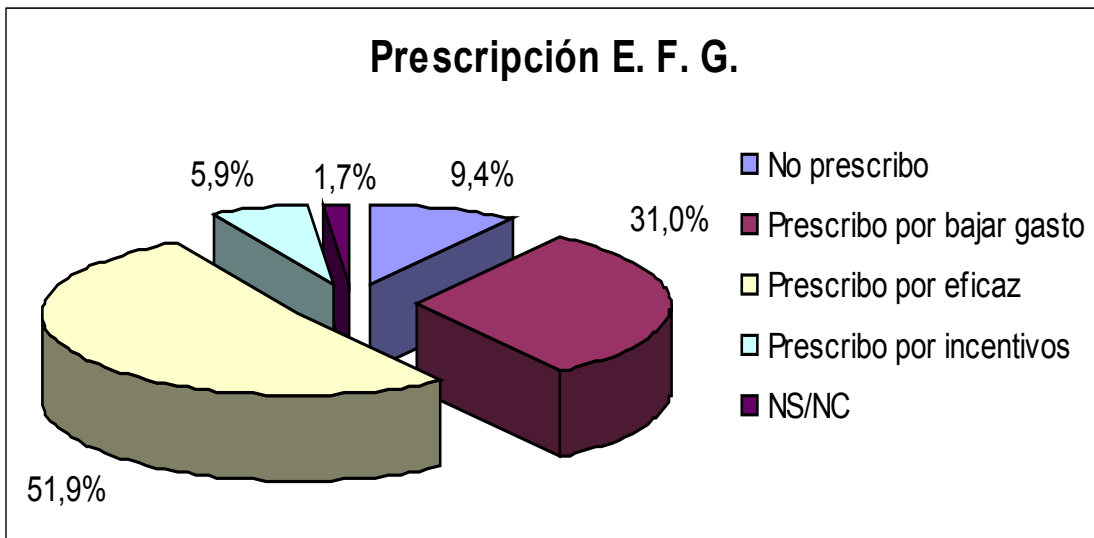


Figura 139

Al analizar la variable del sexo:

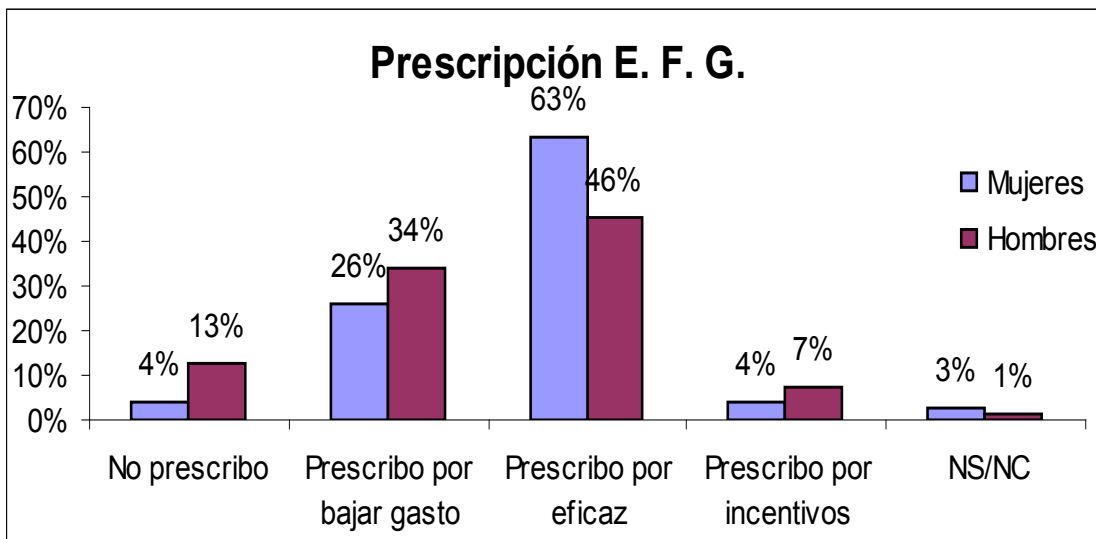


Figura 140

Vemos que la diferencia es sustancial, inclinándose las mujeres en seguir lo preconizado por la administración que busca, sobre todo, la disminución del gasto, en mayor medida que los hombres.

Esta discordancia en los resultados, en cuanto a esta variable se refiere, nos lleva a pensar que pueda existir algún tipo de relación entre el hecho de que el médico sea mujer con el tipo de respuesta que da.

Al hacer el contraste de hipótesis sobre la independencia entre ambas variables, se concluye que, al 95%, se rechaza la hipótesis nula, lo que corrobora lo apreciado en la muestra. El coeficiente de contingencia obtenido es igual al 20,3%, no siendo, por tanto, excesivamente alto.

En cuanto al ámbito de trabajo, apreciamos como los médicos rurales se decantan, sustancialmente (un 10 % de diferencia), por disminuir el gasto farmacéutico sobre cualquier otra cosa.

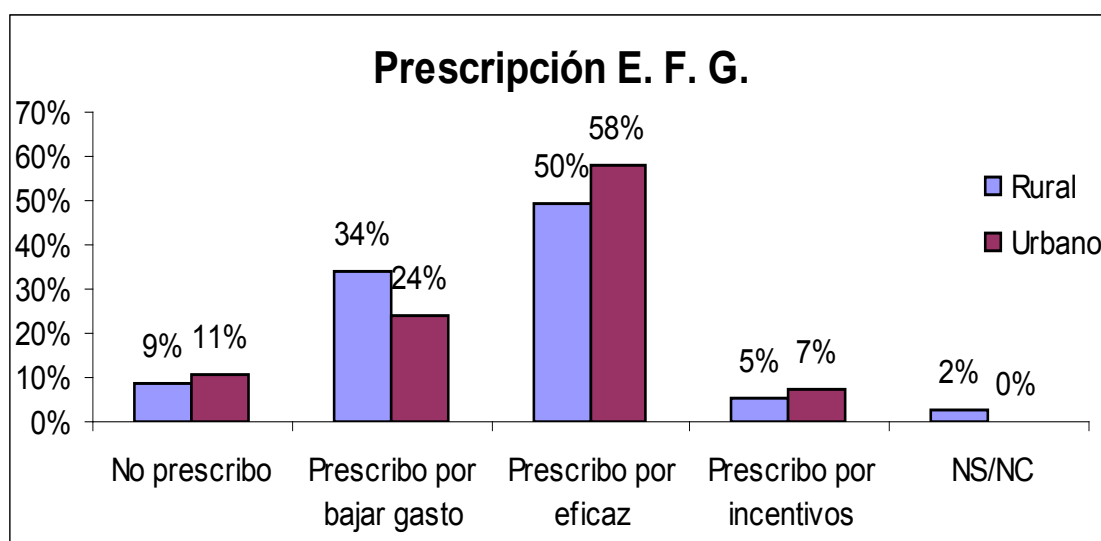


Figura 141

El MIR, en cambio, basando también el razonamiento en la eficacia, supera al resto, en esta respuesta al problema, en un 7 %.

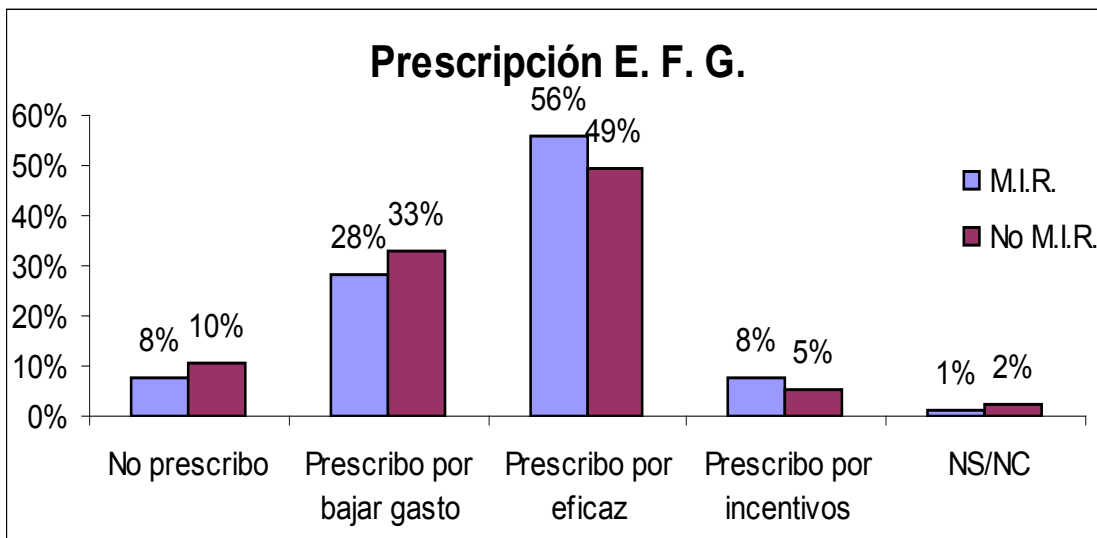


Figura 142

A diferencia de lo que ocurre con el sexo, no se puede decir lo mismo con respecto a las otras variables demográficas estudiadas ya que, al hacer los respectivos contrastes de hipótesis de independencia, en ninguno de los dos casos podemos rechazar la hipótesis nula al 95%.

2.16. Relación con la medicina especializada

En muchas de las situaciones que vivimos, en la relación cotidiana con nuestros pacientes, entran en juego terceras personas que introducen un cierto factor de distorsión en esa relación. Este es el caso que plantea esta pregunta.

Uno de sus enfermos ha sido derivado al hospital y se le ha prescrito un tratamiento cuya eficacia parece no ser la adecuada dada la evolución del paciente, ¿Cómo procede habitualmente?

Entra en juego el interés por el enfermo y la relación con los compañeros. Ambas cosas son compatibles pero, en caso de conflicto de intereses, la prioridad siempre es el enfermo. Pero no perdamos de vista que, entre las preocupaciones éticas del médico en relación con terceras personas, ocupa el quinto lugar.

Las respuestas obtenidas las vemos en la siguiente tabla:

		Cambio tto por no adecuado	Cambio tto con explicación	Remito de nuevo	NS/NC
Total	Absolutos	28	190	66	3
	%	9,8%	66,2%	23%	1%
Sexo	Mujer	10%	64%	25%	1%
	Hombre	10%	67%	22%	1%
Medio	Rural	8%	66%	25%	0%
	Urbano	14%	66%	17%	2%
Formación	MIR	14%	70%	15%	1%
	No MIR	8%	64%	27%	1%

Tabla 63

De cualquier manera, a la luz de las respuestas obtenidas, la aseveración de la compatibilidad parece acertada, pues el 66,2 % (190) opta por esa vía, el 23 % (66) remite de nuevo al enfermo a especializada y sólo el 9,8 % (28) acude a una postura de confrontación. El 1 % (3) no responde.

Al hacer el contraste de hipótesis, podemos concluir la significatividad de las proporciones anteriores.

Exponemos los resultados gráficamente:

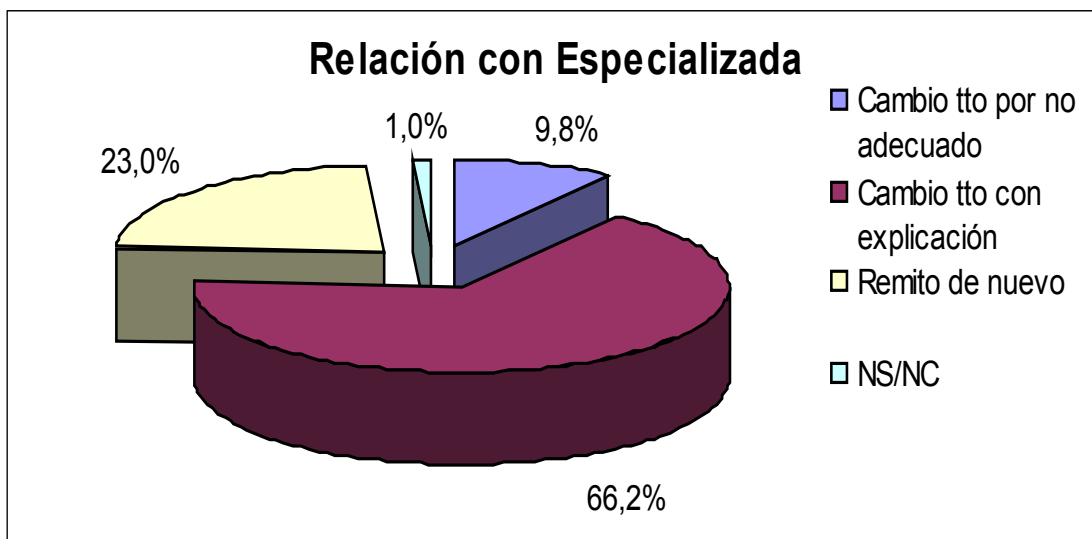


Figura 143

Las mujeres parece que escogen la opción de la conciliación en menor medida, a la vez que se inclinan más por volver a remitir el enfermo.

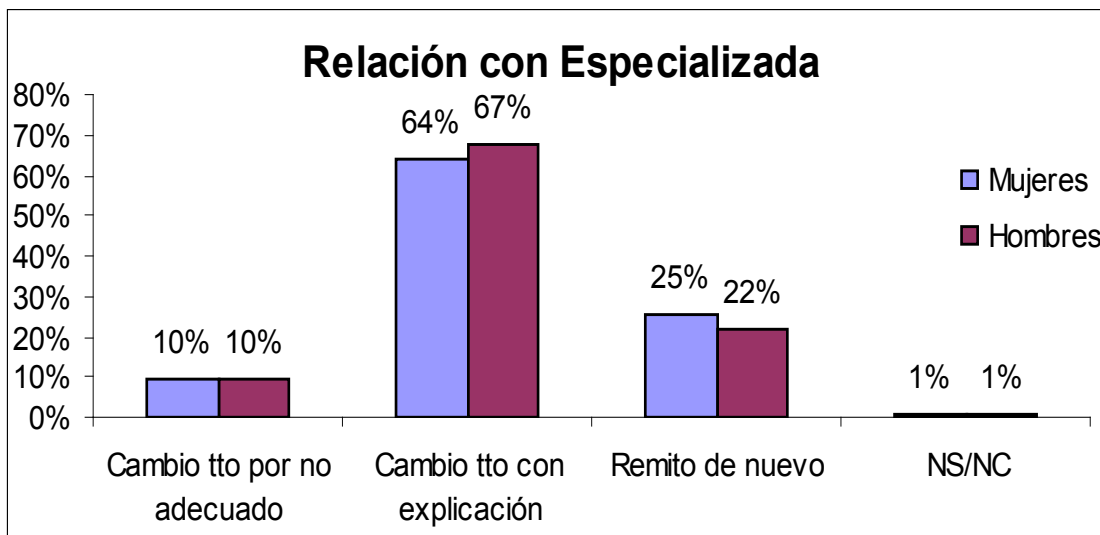


Figura 144

Mientras que el médico rural está más por la conciliación de intereses, optando por la tercera vía, aún a costa de proponer un nuevo desplazamiento al enfermo a la ciudad.

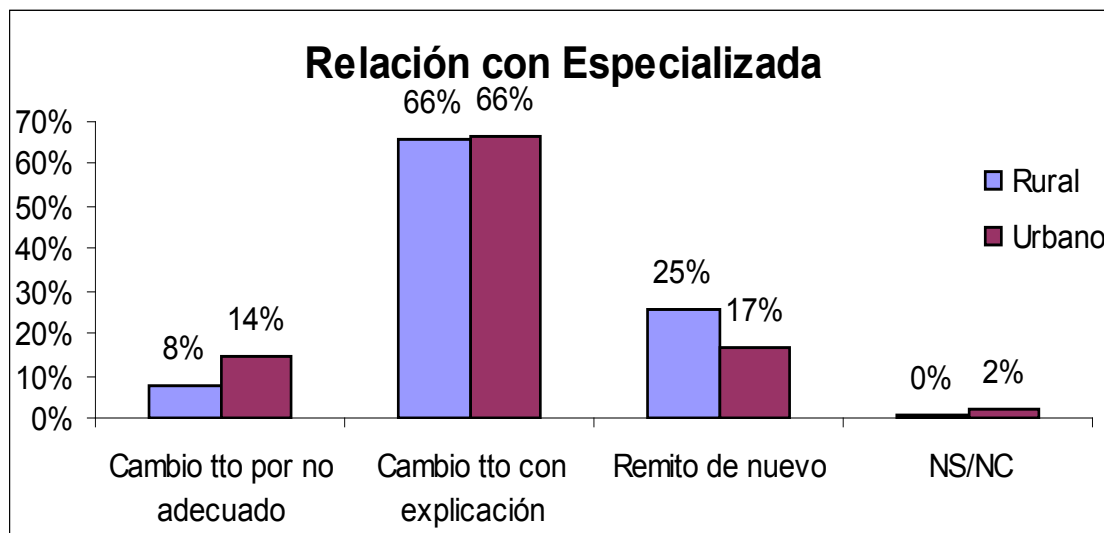


Figura 145

El MIR se muestra más rotundo y seguro en su actuación, optando por la confrontación, y un 12 % menos que los No MIR por remitir de nuevo y, en mayor medida que estos, por cambiar el tratamiento.

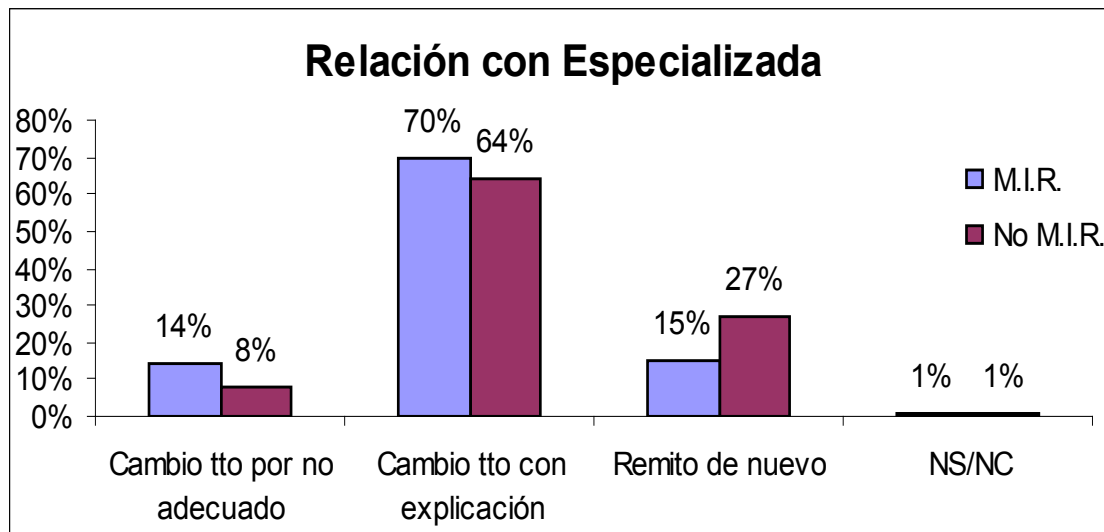


Figura 146

Hechos los correspondientes contrastes de hipótesis sobre la independencia de las respuestas con cada una de las variables demográficas, en ninguno de los casos se puede rechazar la hipótesis nula al 95%.

2.17. Comunicación de diagnóstico fatal

Uno de los peores momentos, para el médico de cabecera, es el de tener que comunicar un diagnóstico de enfermedad con pronóstico infausto o, al menos, oscuro.

Los principios de beneficencia y no maleficencia se enfrentan con crueldad al de autonomía en el corazón del médico. A lo largo de mi ejercicio así lo he vivido y se que lo seguiré viviendo. A esto no se acostumbra uno.

Ocupa el cuarto lugar de este bloque de preocupaciones éticas.

A los compañeros de la provincia de Toledo, sobre este dilema ético, les hemos preguntado como lo resuelven:

A la hora de comunicar un diagnóstico fatal a un enfermo adulto y en plena posesión de sus facultades mentales, ¿Cómo procede habitualmente?

Y la respuesta ha sido:

		Comunico familia	Inf. Total paciente	Inf. Parcial paciente	NS/NC
Total	Absolutos	60	51	171	5
	%	20,9%	17,8%	59,6%	1,7%
Sexo	Mujer	11%	19%	68%	2%
	Hombre	27%	17%	55%	2%
Medio	Rural	23%	15%	61%	1%
	Urbano	16%	24%	57%	4%
Formación	MIR	14%	22%	62%	2%
	No MIR	24%	16%	58%	2%

Tabla 64

Observamos que, al margen de sentimientos, los compañeros que han respondido a la encuesta son respetuosos con el derecho a saber la verdad y así el 77,4 % (222) se lo comunica al enfermo, bien directamente y sin ningún tipo de reservas, el 17,8 % (51) o matizando la respuesta, evitando datos concretos o manifestarse abiertamente sobre pronóstico y desarrollo de la enfermedad, el 59,6 % (171). Tan sólo el 20,9 % (60) no se lo dice al paciente y se lo comunica a la familia. El 1,7 % (5), no responde.

Estamos en condiciones de afirmar, hecho el correspondiente contraste, que las proporciones observadas a nivel muestral son significativas al 95%.

Gráficamente:

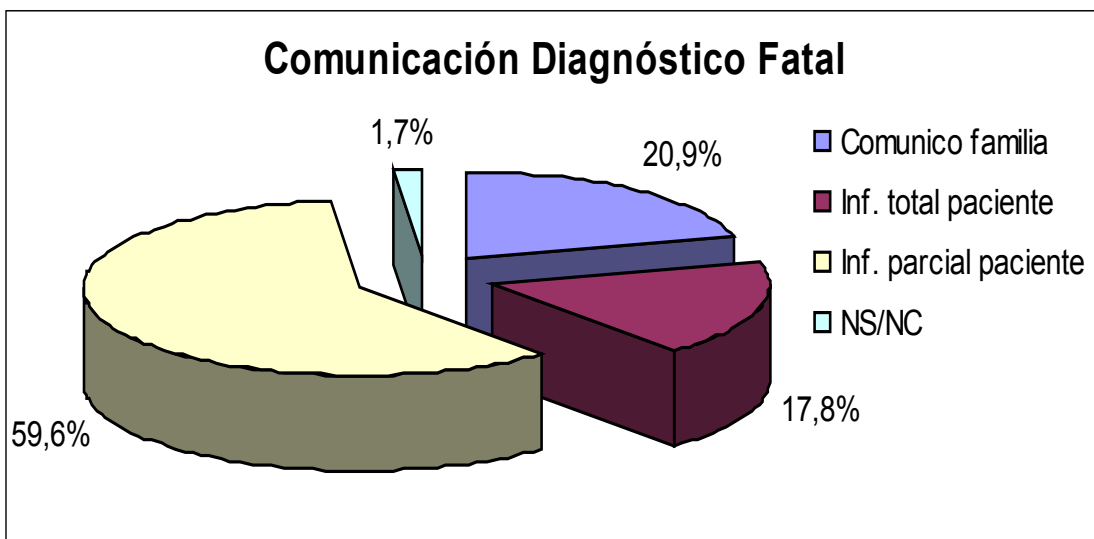


Figura 147

Parece que las mujeres son más respetuosas con el derecho a saber que los hombres.

Esta afirmación descriptiva se corrobora al hacer el contraste correspondiente y rechazar la hipótesis nula de independendia entre el sexo y la respuesta dada, al 95%.

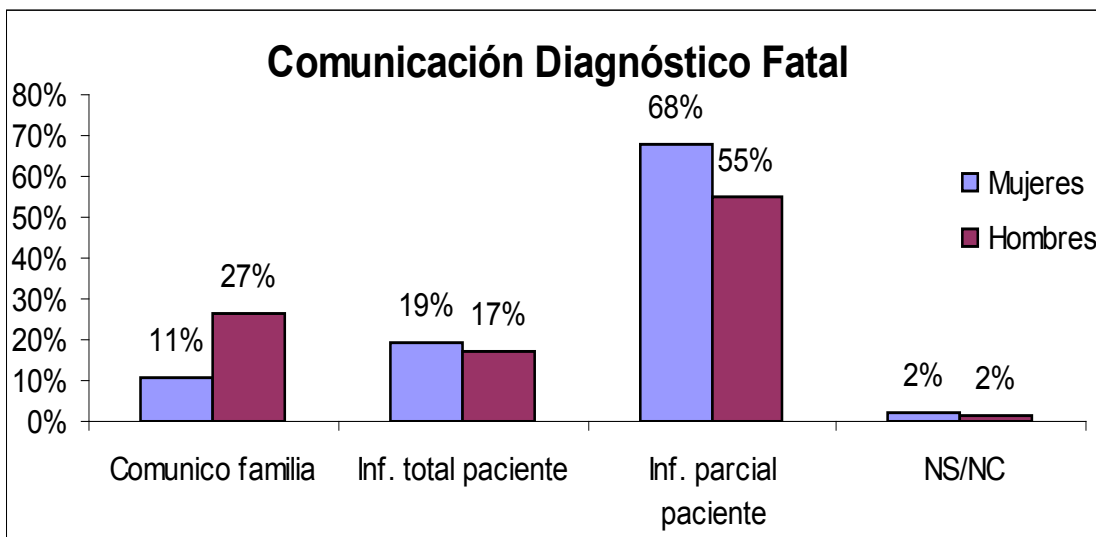


Figura 148

El médico rural huye, en mayor medida, de la comunicación clara y directa de este tipo de noticias a su enfermo. La explicación podemos encontrarla en el mayor contacto, por vecindad, que tiene con sus pacientes.

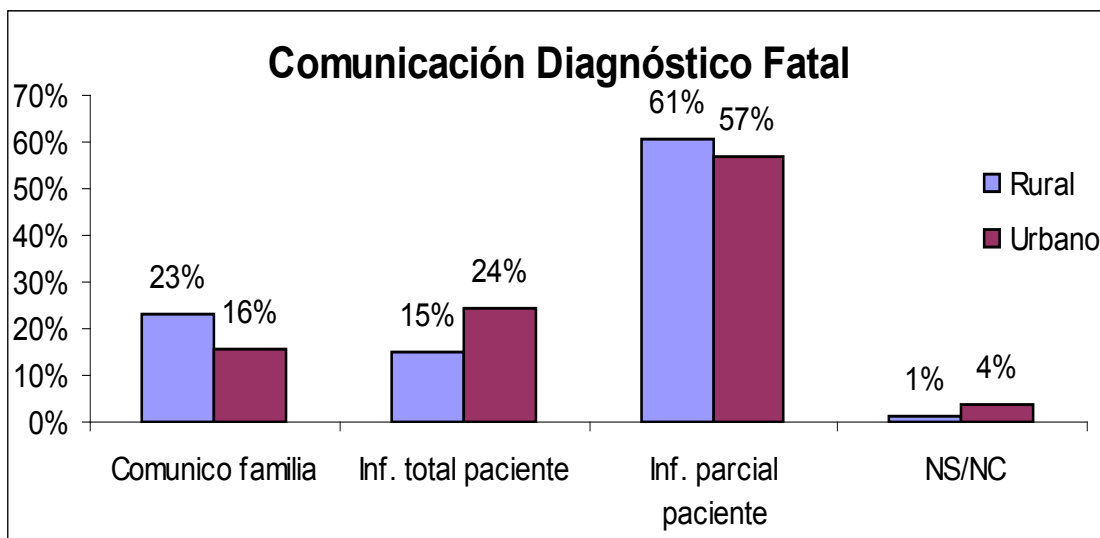


Figura 149

En cambio, atendiendo a la vía de formación, vemos como el MIR va a basar la respuesta ante este importante problema, en la comunicación con el enfermo más que el No MIR, bien sea para darle la información total o parcialmente.

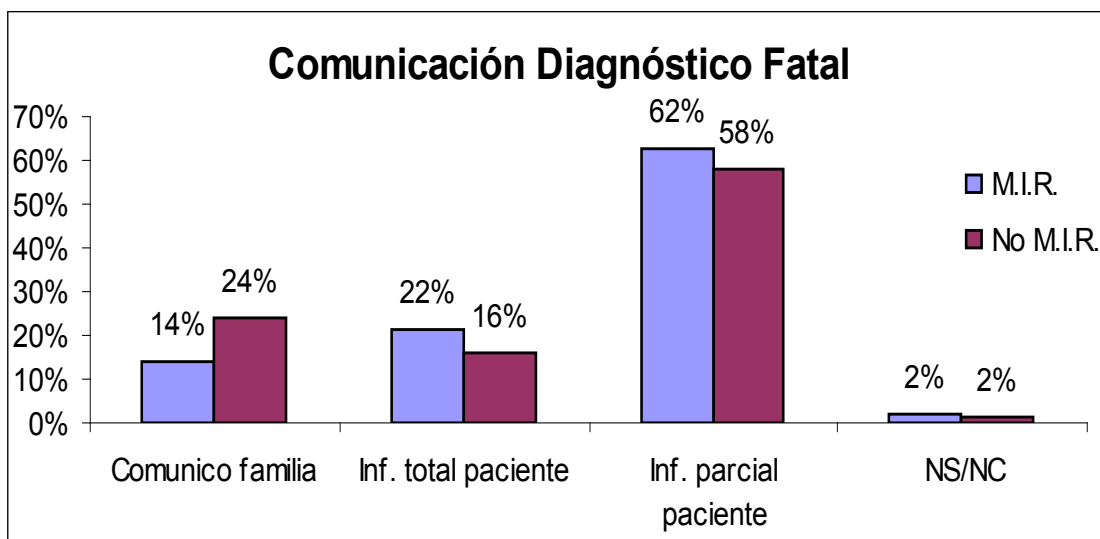


Figura 150

Con respecto a las otras dos variables demográficas, no se puede rechazar, al 95%, la independencia de éstas con la respuesta dada.

2.18. Consentimiento informado

Suele haber un error en cuanto a quien tiene la obligación de la obtención del consentimiento informado. Parece que la creencia extendida, sobre este deber, es que compete a los profesionales que realizan la intervención y los que la indican no tienen nada que ver con ello. Como defiende P. Simón²¹⁶, desde el punto de vista legal, y ateniéndonos a lo preceptuado por la Ley 41/02, la obligación de obtener el consentimiento informado corresponde al profesional que va a ejecutar la intervención, pero la responsabilidad de la información corresponde a todos los que participan en el proceso, cada uno según su grado de competencia y sin que ninguno quede eximido.

Desde el punto de vista ético, el médico responsable, y todos los que participan en el proceso, vienen obligados a asegurarse que el enfermo ha sido debidamente informado de la exploración o terapia a la que va a ser sometido, ha entendido lo que se le ha explicado y ha tomado libremente la decisión. Y uno de los profesionales participantes en el proceso, ya que normalmente es el iniciador de este, es el médico de Atención Primaria. ¿Lo cumple?

Cuando a un paciente suyo le entregan un documento de consentimiento informado en el hospital para un procedimiento diagnóstico o terapéutico y este se lo trae a usted para revisarlo y pedir su consejo, ¿Cómo procede habitualmente?

Las respuestas han sido:

		Rehúyo el caso	Mero formalismo	Que lo lea	Explico en qué consiste	NS/NC
Total	Absolutos	1	23	39	223	1
	%	0,3%	8%	13,6%	77,7%	0,3%
Sexo	Mujer	0%	9%	14%	78%	0%
	Hombre	1%	8%	14%	78%	1%
Medio	Rural	0%	8%	13%	78%	0%
	Urbano	0%	8%	14%	77%	0%
Formación	M.I.R	1%	2%	16%	81%	0%
	No M.I.R	0%	11%	13%	76%	1%

Tabla 65

216 SIMÓN, P., Anuario del Sistema Sanitario Navarro, Vol. 29, pág. 35

A tenor de los resultados obtenidos, parece que en la Atención Primaria de la provincia de Toledo se lleva a cabo como debe ser, pues el 77,7 % (223) responden al requerimiento de información del enfermo explicándole, lo mejor que pueden, en que va a consistir el proceso a que va a ser sometido y el 13,6 % (39) recomiendan que lo lea detenidamente o se lo lea algún familiar o allegado. Sólo el 8 % (23) considera, y así se lo hace saber, que es un mero formalismo. El 0,3 % (1) escurre el bulto con la excusa de falta de tiempo y otro 0,3 % (1) no contesta.

Y esto que ocurre a nivel muestral se puede generalizar a nivel poblacional puesto que dichas proporciones son significativas al 95%.

Expresado gráficamente:

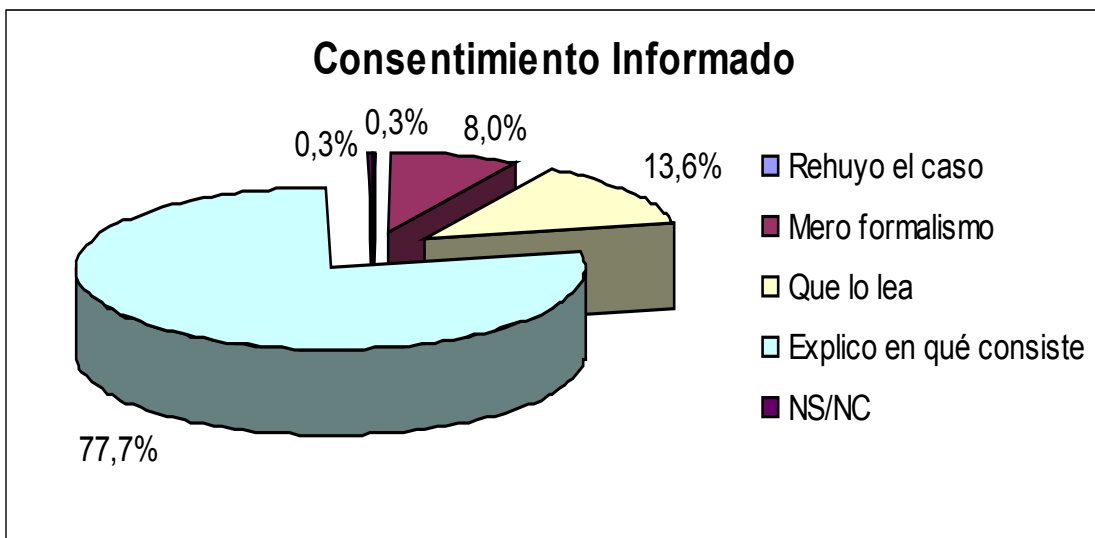


Figura 151

Llama la atención la, casi perfecta, coincidencia de la respuesta al problema entre mujeres y hombres.

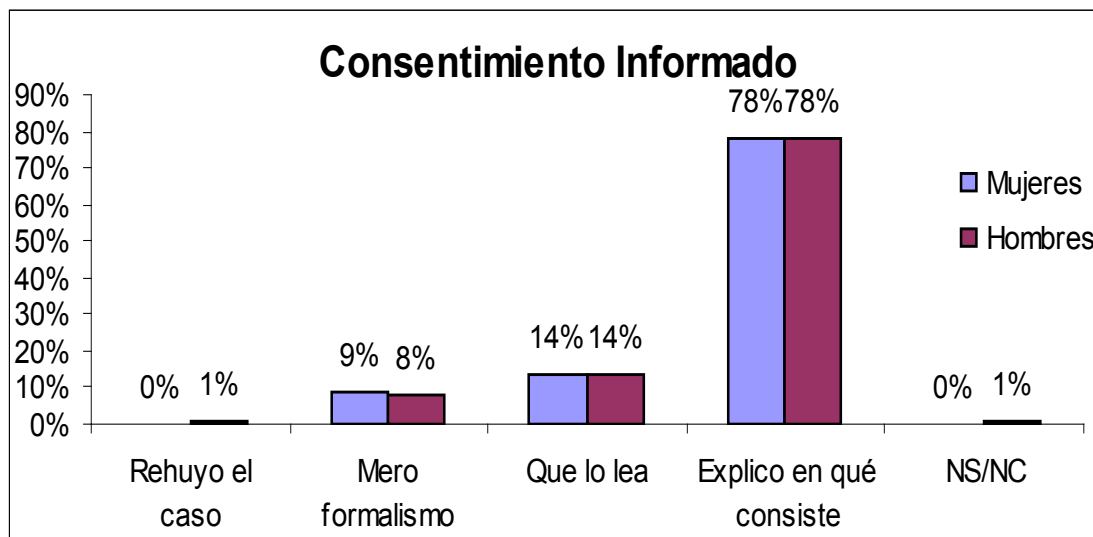


Figura 152

Y, lo mismo, entre los dos ámbitos de trabajo.

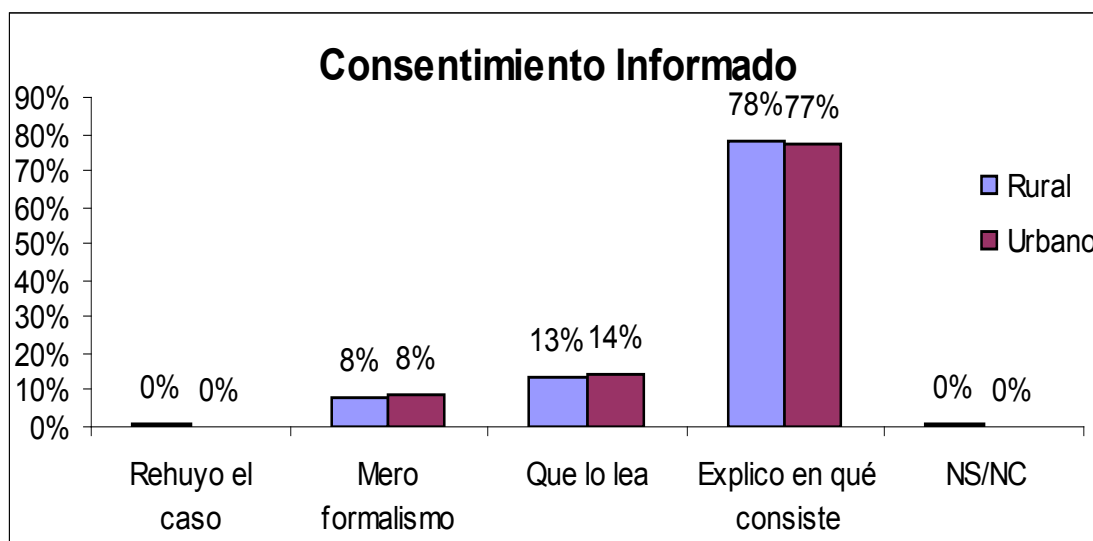


Figura 153

Sin embargo si lo analizamos desde el punto de vista de la vía de formación vemos como los que recibieron esta vía MIR son más celosos en cuanto a la dedicación que los que lo fueron por otra vía, descendiendo hasta el 2 % los que entienden el C. I. como un mero formalismo.

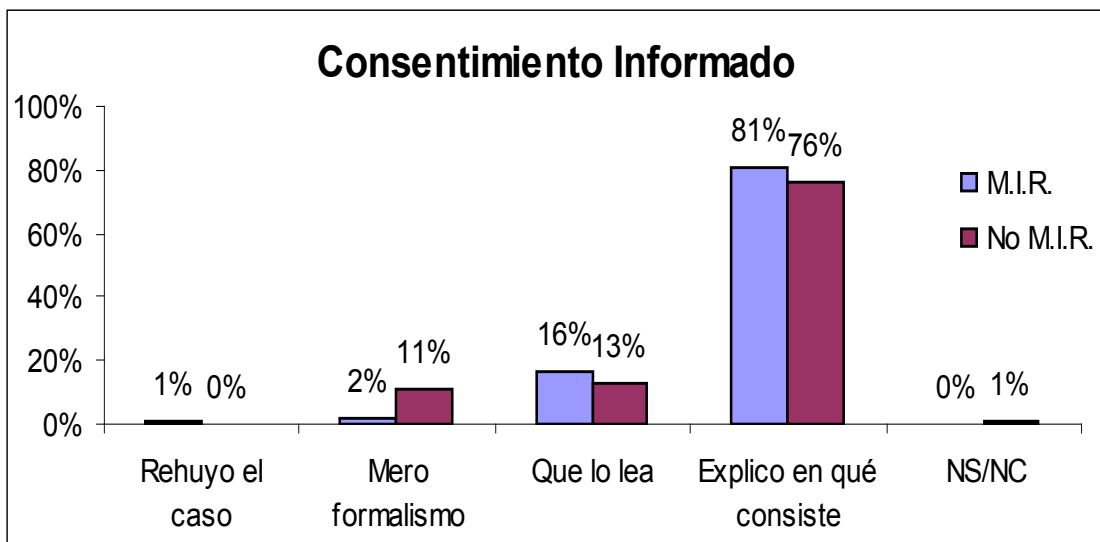


Figura 154

Al realizar los contrastes de independencia correspondientes, al igual que se ha hecho en las preguntas anteriores, no se puede rechazar, al 95%, la hipótesis nula de independencia entre estas variables demográficas y la respuesta dada.

2.19. Discusión

Hecha la descripción estadística y, aplicados los correspondientes contrastes de significatividad para comprobar que los resultados obtenidos son extensibles a toda la población estudiada, a tenor de las respuestas obtenidas, estamos en condiciones de afirmar que el médico de Atención Primaria de la provincia de Toledo mayoritariamente:

1.- Basa su actividad profesional en la relación médico enfermo que establece desde unos criterios de cercanía cordial que, sin que signifique una concreta actitud ética, está en sintonía con la secular tradición médica estudiada en la primera parte de esta tesis doctoral al hilo con el principio de beneficencia. También la asienta en una buena relación con sus compañeros de especializada.

2.- Como ya decíamos al hablar de las preocupaciones éticas, se manifiesta, con una claridad meridiana, a favor de la vida. Viene respaldada esta afirmación por la respuesta ofrecida ante el aborto o la posibilidad de adoptar conductas eutanásicas.

Con respecto al primero, y desde la manifestación claramente contraria a la actual legislación reguladora, a pesar de que casi un tercio se quede en un territorio de ambigüedad, deja meridianamente clara su posición de rechazo a la vía del primer supuesto.

En cuanto a la eutanasia, ocurre otro tanto. De una u otra forma, las tres cuartas partes de los médicos de Atención Primaria de la provincia de Toledo se manifiestan claramente en contra de una hipotética conducta eutanásica. Respetan, con esta actitud, no solamente el principio de no maleficencia sino también los postulados deontológicos y las leyes vigentes.

3.- Si bien hay una mayoría que muestra su desacuerdo con que sea el facultativo quien determina la madurez de la paciente menor de edad que solicita la píldora postcoital, va a actuar desde el respeto al principio de autonomía y a las leyes obrando en consecuencia, tanto en el caso de las menores de edad como en las que ya alcanzaron la mayoría.

De igual manera respetará dicho principio a la hora de la colaboración necesaria en el consentimiento informado y a la de comunicar un diagnóstico fatal, aunque en este caso venga matizado por la más que probable afectividad dimanante de la cercanía que significa el ser médico de cabecera de ese enfermo.

4.- El respeto al principio de beneficencia, además de en el primer punto descrito más arriba, queda patente en las respuestas ofrecidas a los problemas éticos que plantea la

asistencia al inmigrante y al paciente difícil.

Deja claro su lealtad al principio de justicia al responder sobre la prescripción de medicamentos genéricos y la expedición de recetas, que sin afán peyorativo, hemos denominado de complacencia.

En definitiva, podemos afirmar con absoluto rigor que nuestros compañeros son, en general, unos profesionales respetuosos con los principios éticos, con las normas deontológicas y las leyes vigentes.

3. RESPUESTA A LOS PROBLEMAS ÉTICOS QUE SE SUSCITAN EN LA RELACIÓN CON TERCEROS

Pero los dilemas éticos, que a diario se nos plantean, no sólo vienen de la relación con los enfermos y con los compañeros, también los generan la relación con la administración y con la industria farmacéutica. En este capítulo final abordamos estos y la respuesta que se les da.

3.1. La presión asistencial

El panorama de las salas de espera de consulta, habitualmente, es desolador. Ya hemos dejado constatación de que a algunos profesionales se les cita un enfermo cada cuatro minutos.

En las urgencias, la demora puede ser de horas y, a veces, se encuentra uno con que esa urgencia es para atender un dolor inespecífico de varias semanas de duración o un catarro de varios días.

Hoy la aspiración colectiva, que supuestamente encarnan los sindicatos médicos, es reivindicar la dedicación de diez minutos por paciente. Hemos preguntado:

¿Está de acuerdo en que la presión asistencial que soporta en su ejercicio diario repercute negativamente en la atención de sus enfermos aumentando las derivaciones a especialistas y el gasto en pruebas complementarias? (Escala: 1: Nada de acuerdo; 5: Completamente de acuerdo)

La respuesta es clara:

		1: Nada de acuerdo	2	3	4	5: Complet. de acuerdo	NS/NC
Total	Absolutos	15	13	36	79	143	1
	%	5,2%	4,5%	12,5%	27,5%	49,8%	0,3%
Sexo	Mujer	6%	1%	16%	31%	46%	1%
	Hombre	5%	7%	11%	26%	52%	0%
Medio	Rural	7%	5%	15%	24%	49%	0%
	Urbano	0%	4%	7%	37%	52%	0%
Formación	M.I.R	2%	2%	12%	26%	57%	1%
	No M.I.R	7%	5%	13%	28%	47%	0%

Tabla 66

Así vemos que el 77,3 % (222), de los 286 médicos que han respondido, están muy de acuerdo o completamente de acuerdo con que la presión asistencial repercute negativamente en la atención a sus pacientes con las correspondientes consecuencias que llevan al aumento del gasto. Tan sólo el 12,5 % (36) mantiene una opinión neutral mientras que el 9,7 % (28) consideran que esto no es así. El 0,3 % (1) no contesta.

Estas proporciones muestrales se pueden generalizar a nivel poblacional puesto que dichas proporciones son significativas, al 95%.

Concuerta, esta contundente respuesta, con la dada al inquirir sobre el grado de preocupación que este asunto produce y que, como ya vimos en el capítulo correspondiente, ocupa el cuarto lugar, sólo superado por la inquietud en la formación y la relación con los pacientes.

Expresamos estos resultados de forma gráfica:

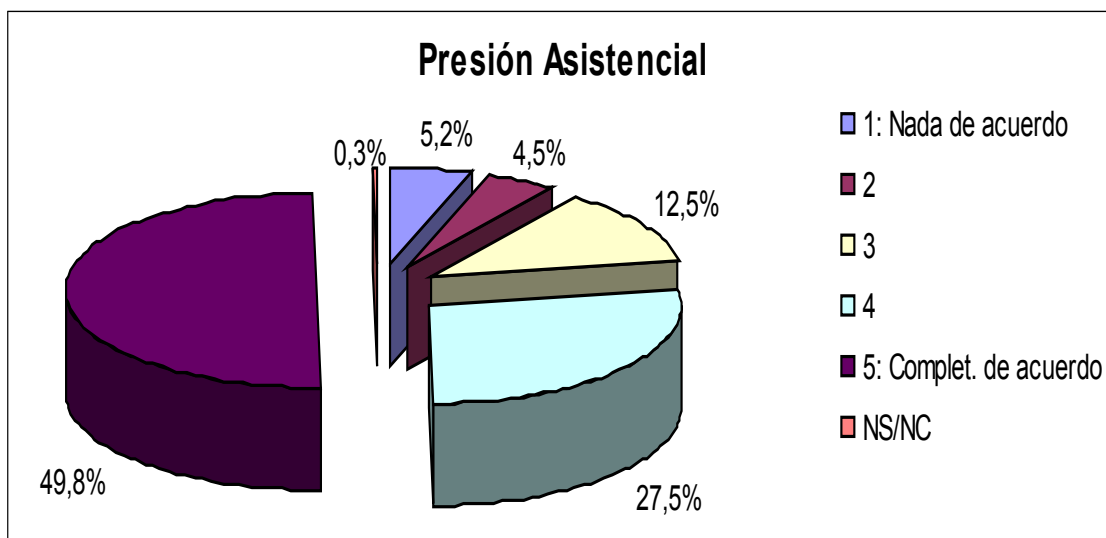


Figura 155

Aunque, a primera vista, puede parecer que hay diferencia entre mujeres y hombres, si se analiza detenidamente, se aprecia que no hay una variación sustancial.

Así lo ratifica el contraste de hipótesis sobre la independencia entre el sexo y la respuesta dada.

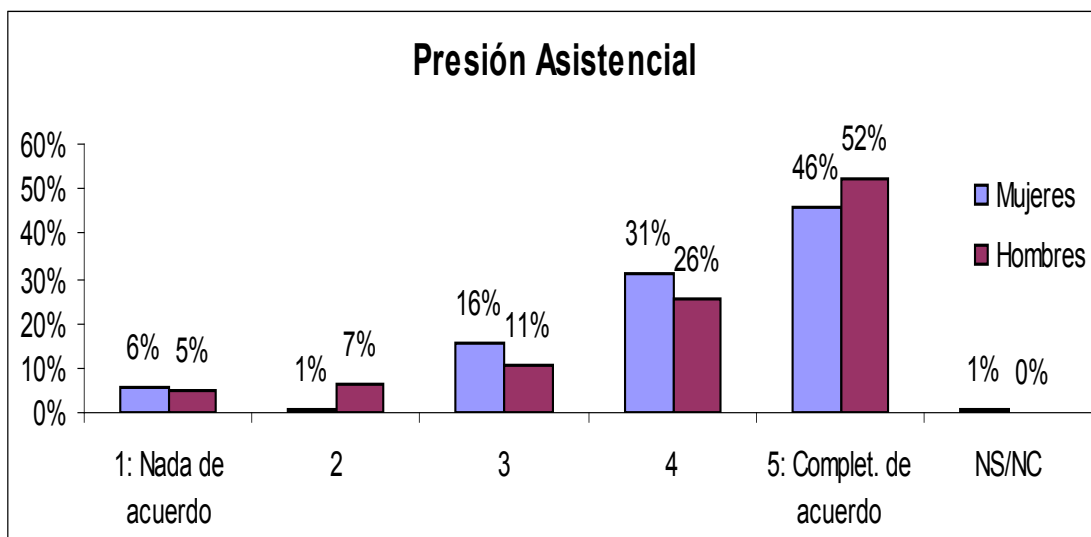


Figura 156

Pero sí que la hay entre los profesionales, en función de los ámbitos en que prestan sus servicios, con una mayoría clara a favor de los rurales que consideran que la presión asistencial influye menos en su forma de trabajar que los urbanos. Respuesta que nos habla de que esta es menor en aquel medio que en el segundo.

Sin embargo, esta conclusión efectuada desde el punto de vista descriptivo, no se sostiene al hacer el correspondiente contraste de hipótesis.

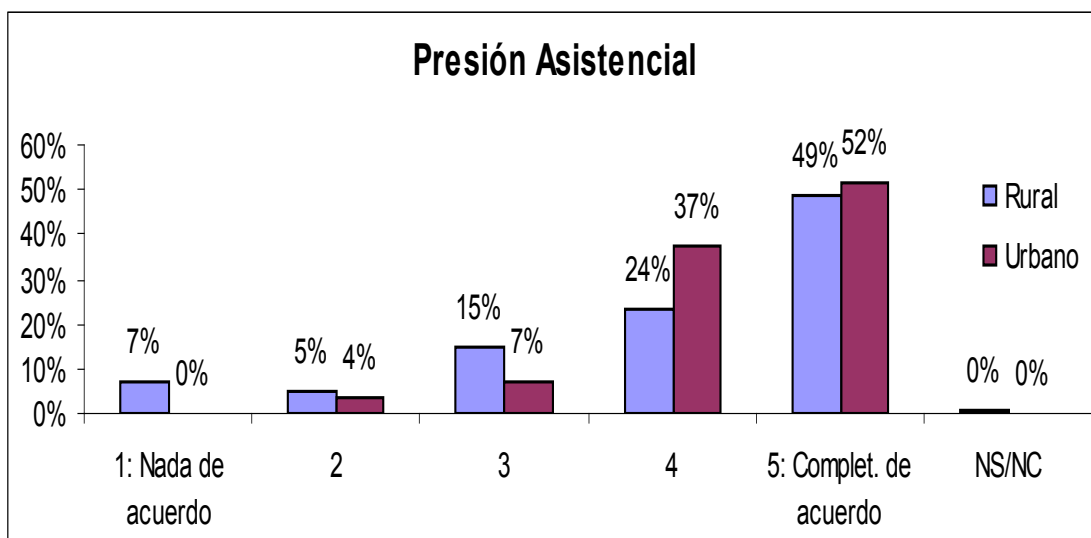


Figura 157

En cuanto a la opinión según la vía de formación vemos que el MIR es mucho más sensible a este problema que el No MIR con una diferencia sustancial a favor del primero. Sin embargo, esta diferencia no se justifica al hacer el contraste de hipótesis de independencia.

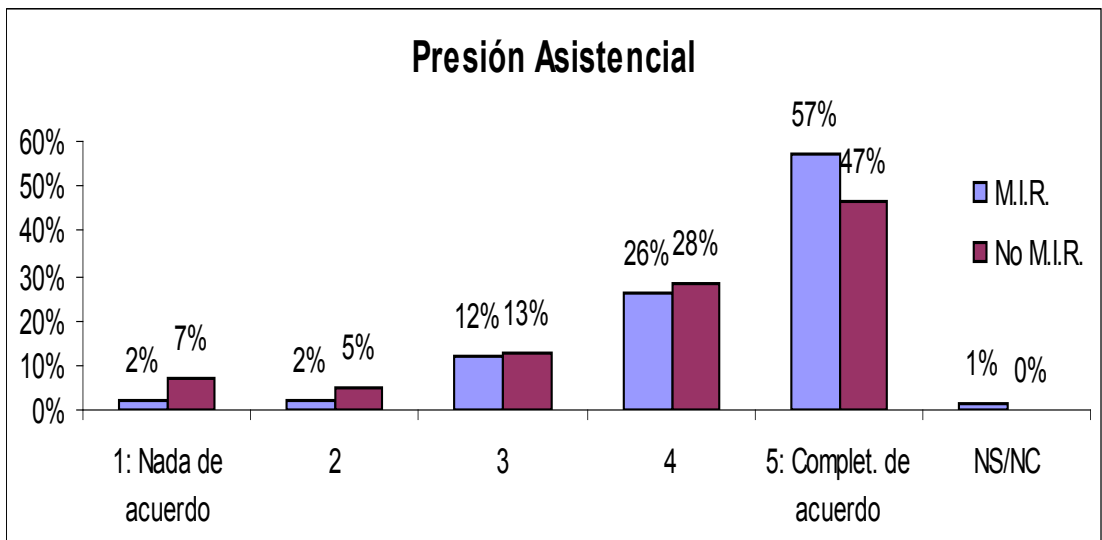


Figura 158

3.2. Soluciones contra la presión asistencial

Pero hemos querido ir más allá en el análisis de este problema y les hemos requerido soluciones proponiendo cuatro opciones que se contrastaron con los compañeros que participaron en el pilotaje de la encuesta y se hallaron como las más lógicas y factibles:

Si está de acuerdo en que la presión asistencial exagerada es un factor con un impacto negativo en la calidad de su ejercicio profesional ¿Cómo cree que debe solucionarse? (Si no está de acuerdo con el enunciado puede saltar esta pregunta).

No todos los encuestados han respondido a este requerimiento. Como vemos en el enunciado también se ofrecía esta posibilidad. Por ello al principio del análisis de cada opción indicamos el número y porcentaje de respuestas y los resultados porcentuales se establecen sobre estas.

Al no resultar significativo, ni desde el punto de vista descriptivo ni estadístico, hemos obviado la representación gráfica de las variables.

Ordenamos los resultados sobre las opciones que se les ofrecían a los encuestados de mayor a menor aceptación.

La solución que se aporta, mayoritariamente, con una respuesta del 91,28 % (262), dentro de las opciones propuestas, como primera, es la de liberar al médico de las tareas administrativas que realiza. Estas tareas, de todos conocidas, llevan un tiempo al facultativo que tiene que restar de lo que es atención médica propiamente dicha.

El 90,9 % lo manifiestan así al decir que están completamente o muy de acuerdo con esta solución.

Lo vemos en la siguiente tabla:

Evitando al médico las tareas administrativas que enlentecen la consulta

		Nada	Un poco	Indiferente	Muy de ac	Completa
Total	Absolutos	1	10	13	67	171
	%	0,8%	3,8%	5%	25,6%	65,3%
Sexo	Mujer	0%	1%	3%	27%	56%
	Hombre	1%	5%	5%	21%	61%
Medio	Rural	0%	2%	3%	24%	58%
	Urbano	0%	6%	8%	22%	63%
Formación	M.I.R	0%	3%	4%	22%	66%
	No M.I.R	1%	4%	5%	24%	57%

Tabla 67

Efectuado el correspondiente contraste de hipótesis, se concluye que estas proporciones son significativas, al 95%, y, por tanto extensibles al total de la población.

En cuanto a los contrastes de hipótesis de independencia entre esta cuestión y las variables demográficas, en ninguno de los casos se puede rechazar la hipótesis nula y, por tanto, la respuesta dada no depende de las características demográficas de la población encuestada.

Exponemos estos resultados gráficamente:

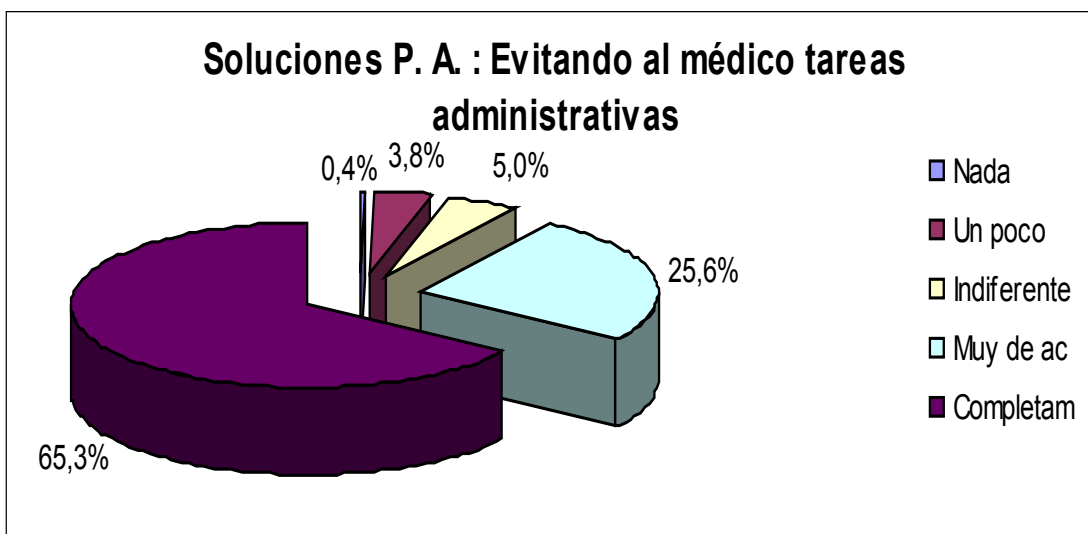


Figura 159

En segundo lugar, con una respuesta del 93 % (267) se propone como solución la disminución de los cupos y el consiguiente incremento de plazas. Optan por esta solución, de entre los respondedores, el 86 % que se manifiestan como completamente o muy de acuerdo con ella.

Lo vemos en la siguiente tabla:

Disminuyendo los cupos y creando más plazas para médicos

		Nada	Un poco	Indiferente	Muy de ac	Completam
Total	Absolutos	7	15	15	80	150
	%	2,6%	5,6%	5,6%	30%	56,2%
Sexo	Mujer	2%	5%	1%	22%	61%
	Hombre	3%	5%	8%	31%	47%
Medio	Rural	2%	6%	5%	25%	51%
	Urbano	2%	4%	5%	34%	54%
Formación	M.I.R	4%	4%	3%	24%	59%
	No M.I.R	2%	6%	6%	30%	49%

Tabla 68

También es, efectuado el correspondiente contraste de hipótesis, significativa al 95%. No lo son las variables.

Gráficamente:

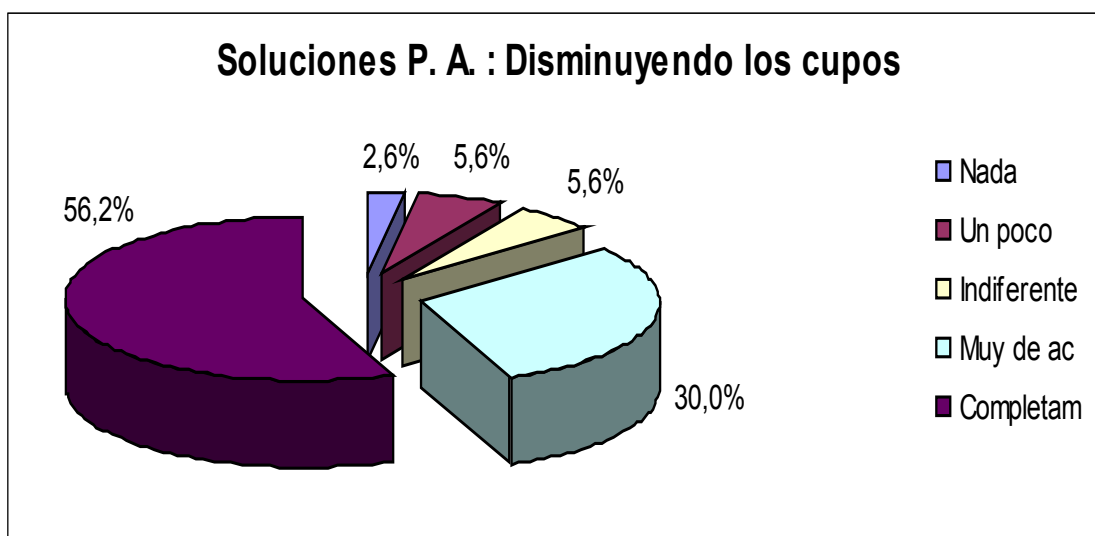


Figura 160

En tercer lugar, se propone el establecimiento de un “ticket moderador”. Responden el 90,9 % (261) de los que el 63,3 % manifiestan estar completamente o muy de acuerdo con esta solución.

Imponiendo un “ticket moderador”

		Nada	Un poco	Indiferente	Muy de ac	Completam
Total	Absolutos	27	40	29	74	91
	%	10,3%	15,3%	11,1%	28,4%	34,9%
Sexo	Mujer	13%	16%	12%	19%	27%
	Hombre	8%	13%	9%	29%	34%
Medio	Rural	8%	14%	8%	26%	32%
	Urbano	12%	14%	16%	25%	31%
Formación	M.I.R	15%	15%	9%	23%	30%
	No M.I.R	7%	13%	11%	27%	32%

Tabla 69

Al igual que las anteriores, también es significativa al 95% y no lo son las variables. Llevados estos resultados a un gráfico de segmentos:

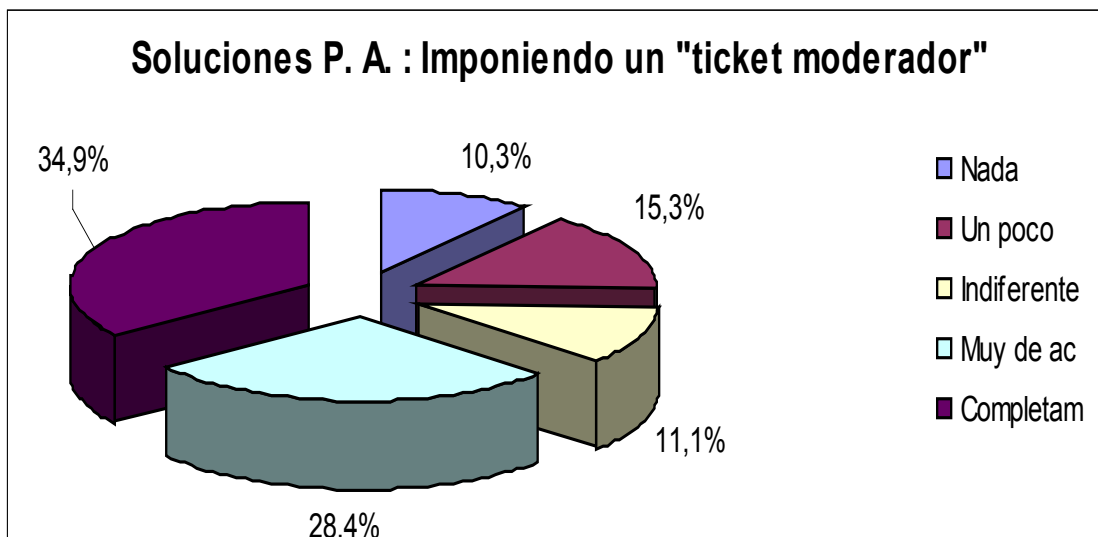


Figura 161

Rechazan de forma clara, como solución, el aumento de la lista de espera a base de espaciar las citas. Responde el 91,63 % (263) de los que el 29,7 % (78) se muestran muy de acuerdo o completamente de acuerdo con esta solución, el 33,8 % (89) están en contra mientras que el 27,4 (72) se mostrarían sólo un poco de acuerdo y el 9,4 % (24) se manifiestan indiferentes a esta proposición.

Espaciando las citas aún a costa de aumentar la lista de espera

		Nada	Un poco	Indiferente	Muy de ac	Completam
Total	Absolutos	89	72	24	58	20
	%	31%	25%	8%	20%	7%
Sexo	Mujer	29%	22%	8%	21%	7%
	Hombre	32%	27%	9%	20%	7%
Medio	Rural	34%	23%	9%	16%	7%
	Urbano	24%	30%	6%	30%	7%
Formación	M.I.R	32%	28%	10%	22%	5%
	No M.I.R	30%	24%	8%	20%	8%

Tabla 70

Estadísticamente, también es significativa al 95% y no son, al igual que en los casos anteriores, las variables.

Expresados de forma gráfica:

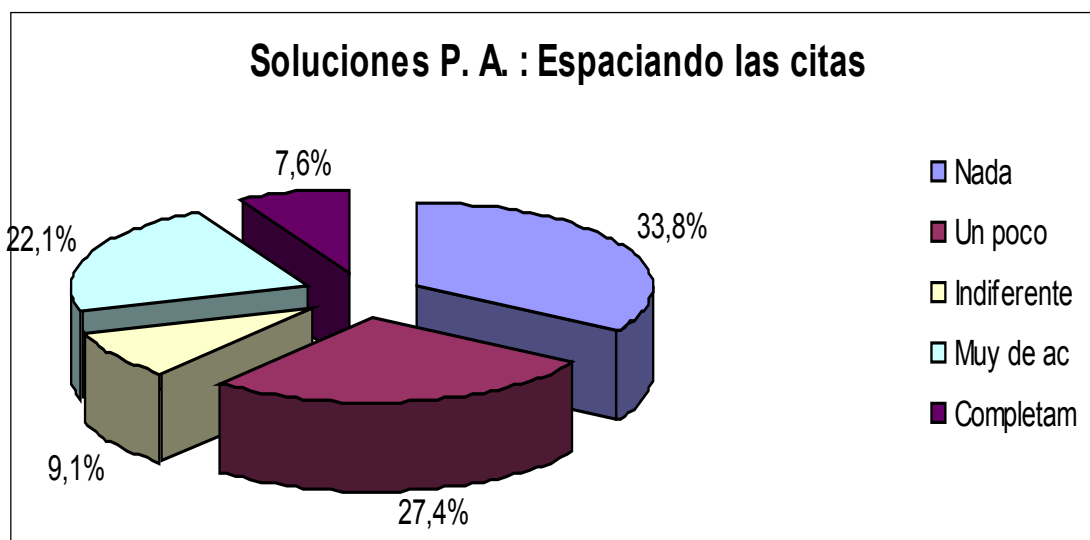


Figura 162

No debemos perder de vista, al analizar estas respuestas, que se trata de opciones integradas y no excluyentes y, por tanto, pueden ser tomadas como complementarias.

3.3. El deber ético del estudio

Decíamos más arriba que toda empresa que se precie fomenta la formación continuada de sus trabajadores por el propio bien de la empresa. Queremos dejar claro que la administración tiene el deber ineludible de fomentar el estudio entre sus facultativos. Pero no hay que olvidar que, ante todo y por encima del deber de la empresa, el médico tiene contraído un deber ético individual, reflejado en el Código Deontológico vigente, en su Art. 21.1., en cuanto al mantenimiento y actualización de sus conocimientos²¹⁷.

Y la pregunta que hacíamos es:

¿Cumple con el deber ético del estudio y la formación continuada como profesional médico? (Escala: 1: No lo cumpla nada; 5: Lo cumpla completamente)

La respuesta ha sido:

		1: No lo cumpla nada	2	3	4	5: Lo cumpla complet.	NS/NC
Total	Absolutos	3	15	93	139	37	0
	%	1%	5,2%	32,4%	48,4%	12,9%	0%
Sexo	Mujer	0%	4%	29%	50%	17%	0%
	Hombre	2%	6%	34%	47%	11%	0%
Medio	Rural	1%	7%	35%	45%	12%	0%
	Urbano	0%	0%	27%	58%	16%	0%
Formación	MIR	0%	4%	30%	52%	14%	0%
	No MIR	2%	6%	33%	47%	13%	0%

Tabla 71

Responden el 100 % (287), encuadrándose el 61,3 % (176) entre los que cumplen con este deber ético completamente o casi completamente, el 32,4 % (93) de una forma dudosa y el 6,2 % (18) aseguran que no lo cumplen.

Estas proporciones obtenidas a nivel muestral, se pueden generalizar a nivel poblacional puesto que, al hacer los contrastes de hipótesis correspondientes, las proporciones son significativas al 95%.

217 CONSEJO GRAL. DE C. MÉDICOS, Código de Ética y Deontología Médica. 1999, pág.14

Adjuntamos estos resultados de forma gráfica:

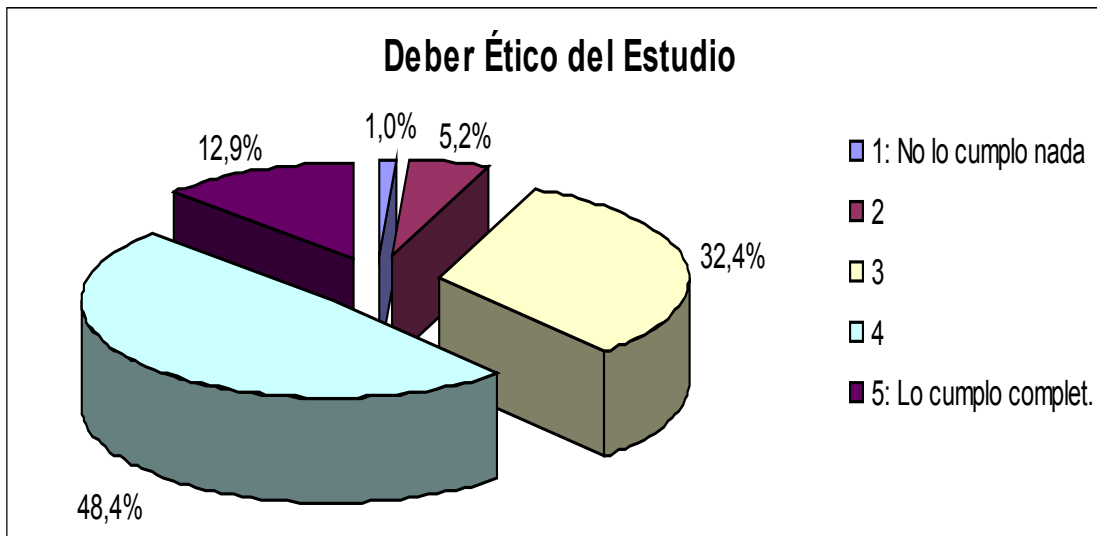


Figura 163

Haciendo una comparativa del cumplimiento del deber ético del estudio por sexos, la diferencia es sustancial.

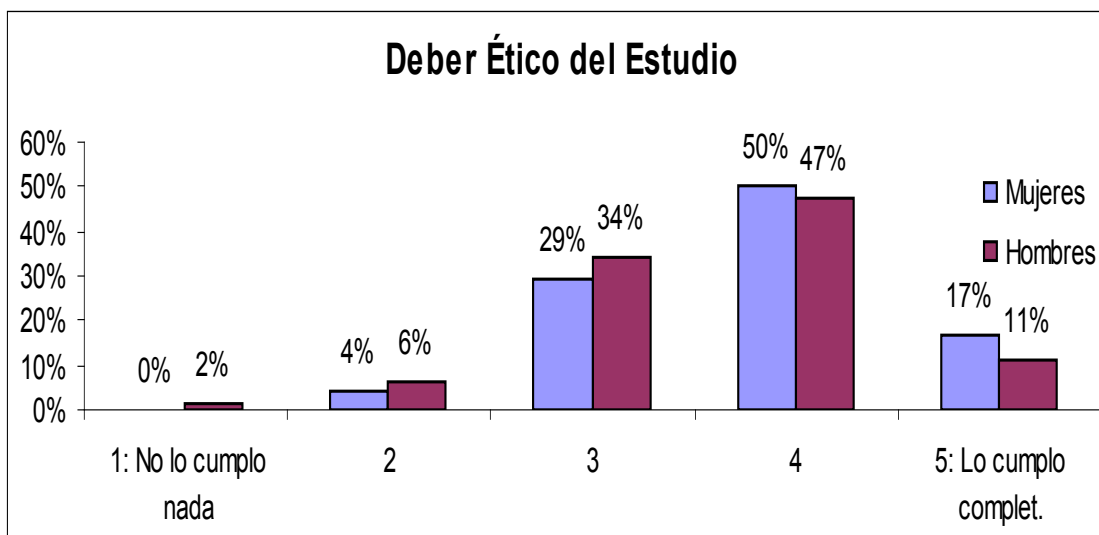


Figura 164

Los médicos de ámbito urbano cumplen mejor con el deber de estudiar, como podemos ver en esta gráfica.

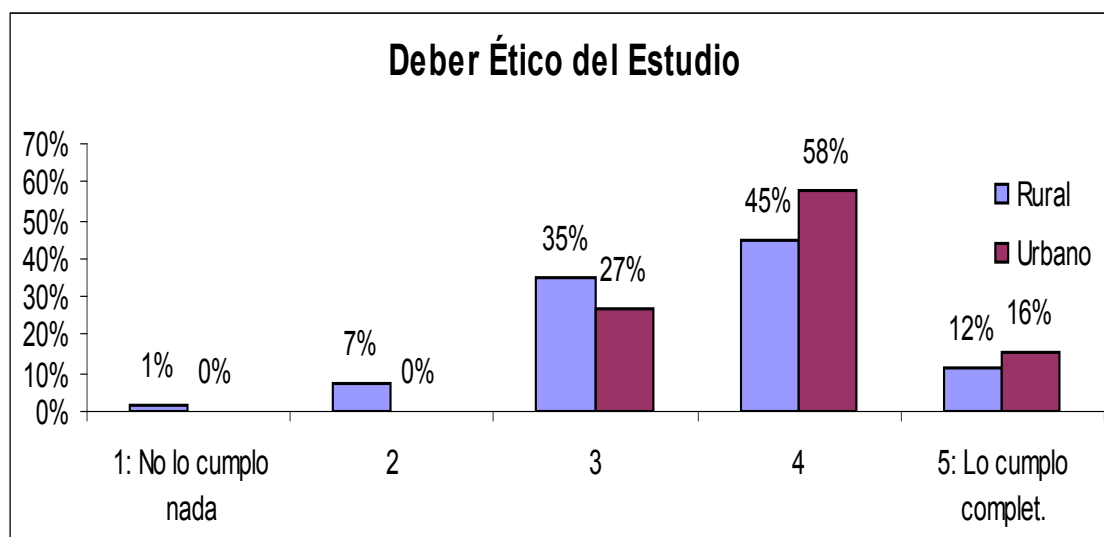


Figura 165

En cuanto a la incidencia por formación, los médicos vía MIR superan en un pequeño porcentaje (3 %) a los de otra procedencia formativa.

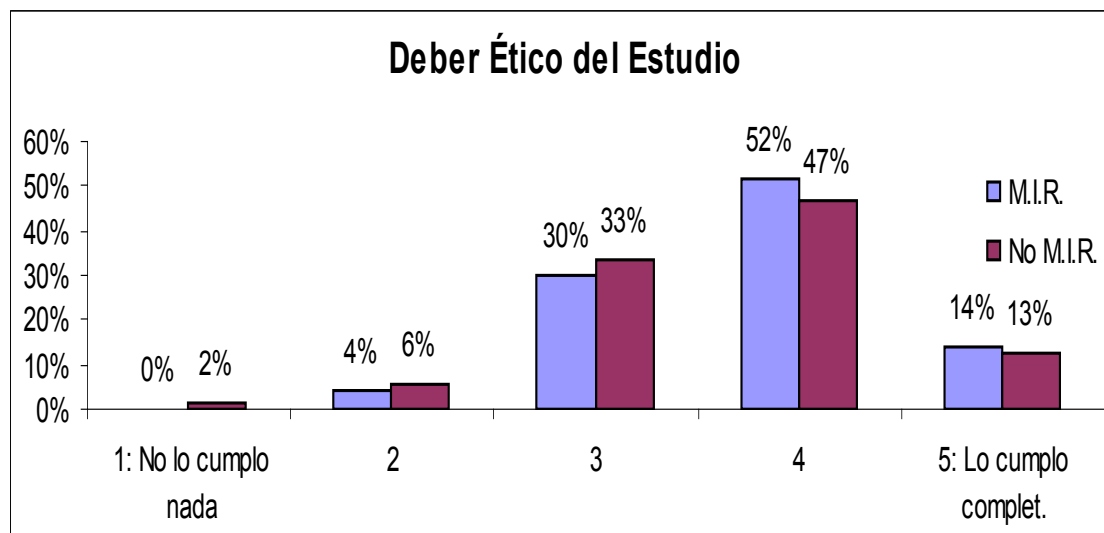


Figura 166

A pesar de las diferencias que existen a nivel muestral y que nos pueden hacer pensar que exista algún tipo de relación entre las características demográficas del médico y la respuesta dada a esta cuestión, al hacer los correspondientes contrastes de hipótesis, no se puede rechazar, al 95%, y en ninguno de los casos, la hipótesis nula de independencia entre las variables demográficas y la respuesta dada.

3.4. Causas de la falta de estudio

Los que no cumplen con este deber ético ¿A que se debe? Preguntamos:

Si la respuesta a la anterior pregunta ha sido 3 o menos, ¿A que cree que es debido fundamentalmente?

Ofertábamos como opciones a elegir: Considero que mi formación es suficientemente buena; La categoría y consideración de mi trabajo no merecen un esfuerzo extra por mi parte; No tengo tiempo para estudiar dada la elevada presión asistencial; La administración no se preocupa en proteger parte de nuestro tiempo para el estudio ni en proporcionar una adecuada formación continuada.

Y la respuesta ateniéndose a las opciones ofertadas ha sido:

		Formación buena	No esfuerzo extra	No tiempo	Admón no se preocupa	NS/NC
Total	Absolutos	2	5	27	72	5
	%	1,8%	4,5%	24,3%	64,9%	4,5%
Sexo	Mujer	0%	0%	18%	71%	12%
	Hombre	3%	6%	27%	62%	1%
Medio	Rural	1%	4%	24%	67%	3%
	Urbano	5%	5%	27%	55%	9%
Formación	M.I.R	0%	9%	16%	72%	3%
	No M.I.R	3%	3%	28%	62%	5%

Tabla 72

Como razones del incumplimiento vemos que la mayoría, las basa en la falta de protección del tiempo de estudio por parte de la administración.

Así, de los 111 que responden a esta cuestión, el 64,9 % (72) culpan a la administración, el 24,3 % (27) a la falta de tiempo, el 4,5 % (5) entiende que la categoría y consideración de su puesto de trabajo no merecen un esfuerzo extra por su parte y el 1,8 % (2) consideran que su formación ya es lo bastante buena.

Estas proporciones se pueden generalizar a la población, puesto que al realizar el contraste correspondiente, los resultados son significativos al 95%.

De forma gráfica:

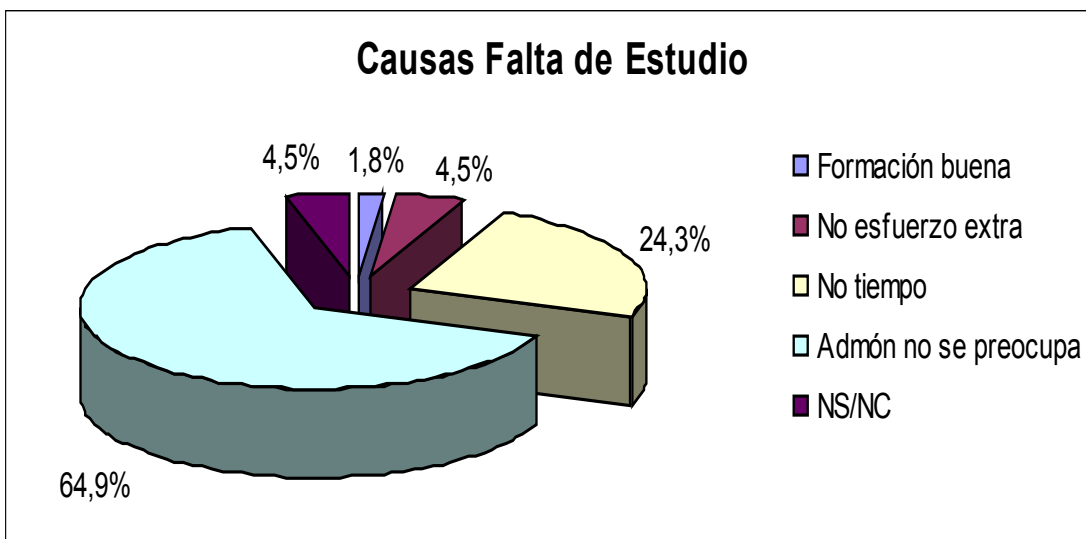


Figura 167

Las causas de la insuficiencia en el estudio, en los que esta se da, entre mujeres y hombres, también difieren. Más mujeres que hombres (8,3 %) culpan a la falta de protección del tiempo, para poder estudiar, por parte de la administración.

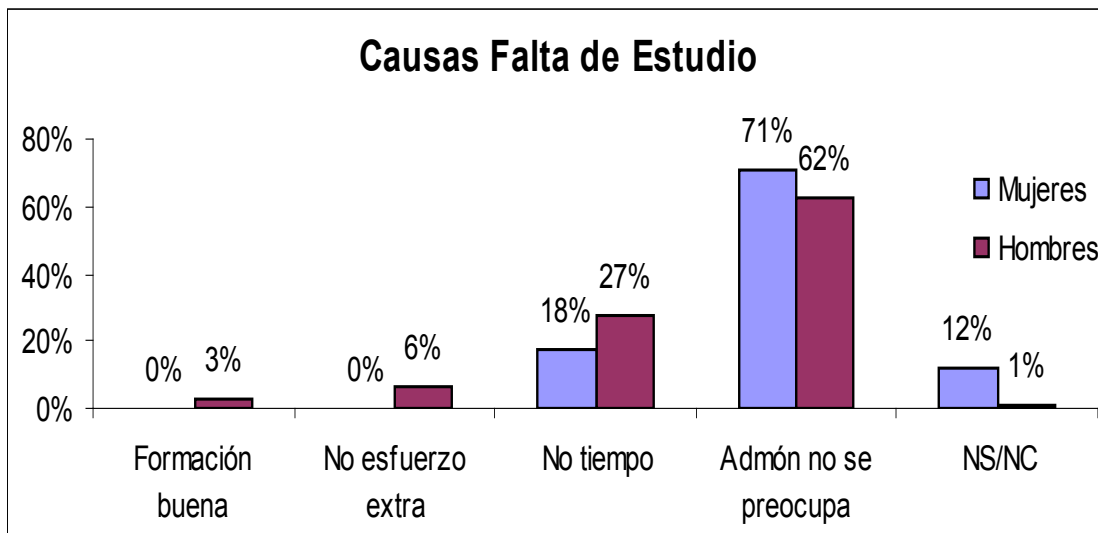


Figura 168

En la comparación, según el medio en que se desarrolla el trabajo, la diferencia entre rurales y urbanos es sustancial, a favor de los primeros en cuanto a imputar la causa a la administración.

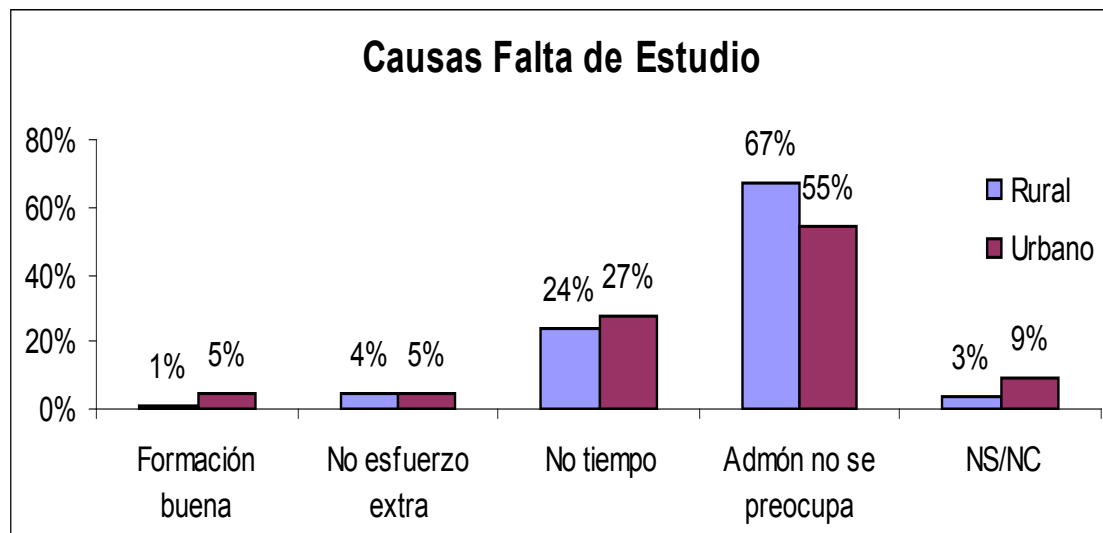


Figura 169

En cuanto a la vía de formación, los médicos de origen MIR imputan, con gran diferencia, a la administración y menos a la falta de tiempo que el resto de sus compañeros. Es de tener en cuenta que el 9 % de los primeros considera que el papel que desempeñan no merece un esfuerzo extra por su parte y que el 3 % entiende que su formación es ya lo bastante buena como para que, encima, deban seguir estudiando.

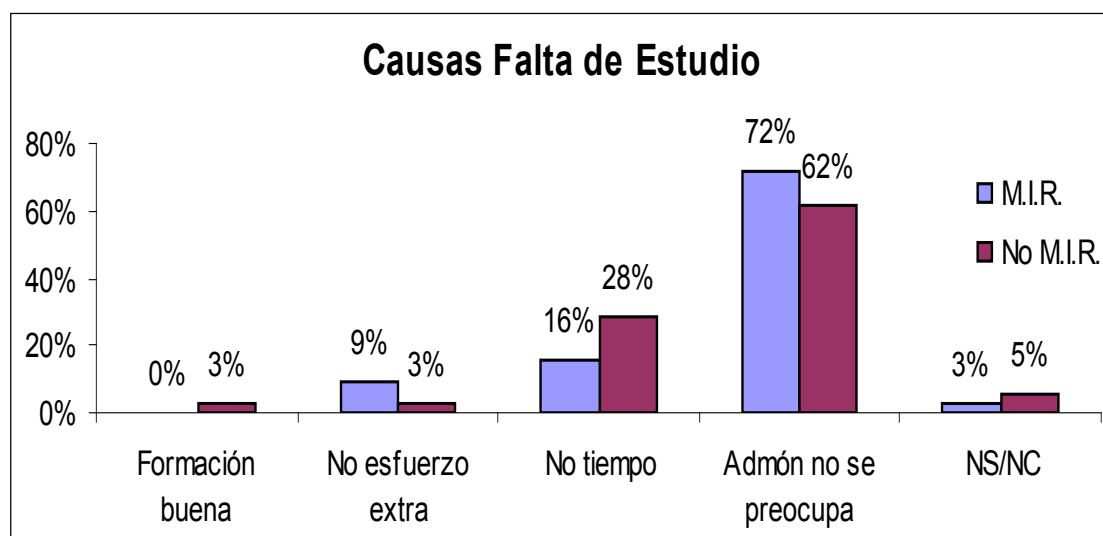


Figura 170

Al igual que ocurría en la cuestión anterior, la dependencia que parece existir a nivel muestral, y que apreciamos en la estadística descriptiva, no encuentra justificación al realizar los contrastes de hipótesis puesto que, en ningún caso, se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre la respuesta dada y las variables demográficas consideradas.

3.5. La relación con la industria farmacéutica

A medida que progresa la organización sanitaria, lo hace la investigación y la fabricación de medicamentos. En una sociedad de consumo, como la nuestra, es lógico que esa actividad se desarrolle al igual que lo hacen otras. Pero, además de investigar y fabricar, hay que vender. Así, este sector, crea una red de delegados comerciales que visitan, con una cierta asiduidad, al médico en cuanto responsable de la prescripción.

Sin duda ninguna no todos los que están en este negocio, que mueve cantidades ingentes de dinero, responden a unas prácticas moralmente aceptables. Todos somos conscientes de ello y, en mayor o menor medida, conocemos los “mecanismos de recompensa” que se utilizan. Hay un organismo dependiente de las autoridades sanitarias que vela por el cumplimiento ético de este trabajo.

Pero no hay que olvidar que buena parte, por no decir la mayoría, de la formación continuada del médico la soporta económicamente la industria farmacéutica.

No es una preocupación ética importante para el médico, pues la considera como la última de estas. ¿Influye la industria farmacéutica en el médico a la hora de prescribir? Y hemos preguntado:

¿Está usted de acuerdo en que la presión de la industria farmacéutica influye en su política prescriptora? (Escala: 1: Nada de acuerdo; 5: Completamente de acuerdo)

Y las respuestas han sido:

		1: Nada de acuerdo	2	3	4	5: Complet. De acuerdo	NS/NC
Total	Absolutos	44	79	94	59	10	1
	%	15,3%	27,5%	32,8%	20,6%	3,5%	0,3%
Sexo	Mujer	21%	26%	31%	17%	3%	1%
	Hombre	12%	28%	34%	22%	4%	0%
Medio	Rural	13%	26%	32%	24%	5%	0%
	Urbano	20%	30%	35%	13%	0%	1%
Formación	MIR	19%	25%	29%	23%	3%	1%
	No MIR	14%	29%	34%	20%	4%	0%

Tabla 73

A tenor de estas parece que no, pues el 42,8 % (123) manifiestan no estar nada (15,3 %) o muy poco (27,5 %) de acuerdo con esa aseveración, el 32,8 % (94) no se posiciona de una forma clara y el 24,1 % (69) está muy de acuerdo (20,6 %) o completamente de acuerdo (3,5 %). El 0,3 % (1) no responde.

Estos resultados se pueden generalizar a la población puesto que, al 95%, las proporciones relativas a si están poco o nada de acuerdo; o muy de acuerdo o completamente de acuerdo, son significativas.

Expresamos los resultados gráficamente:

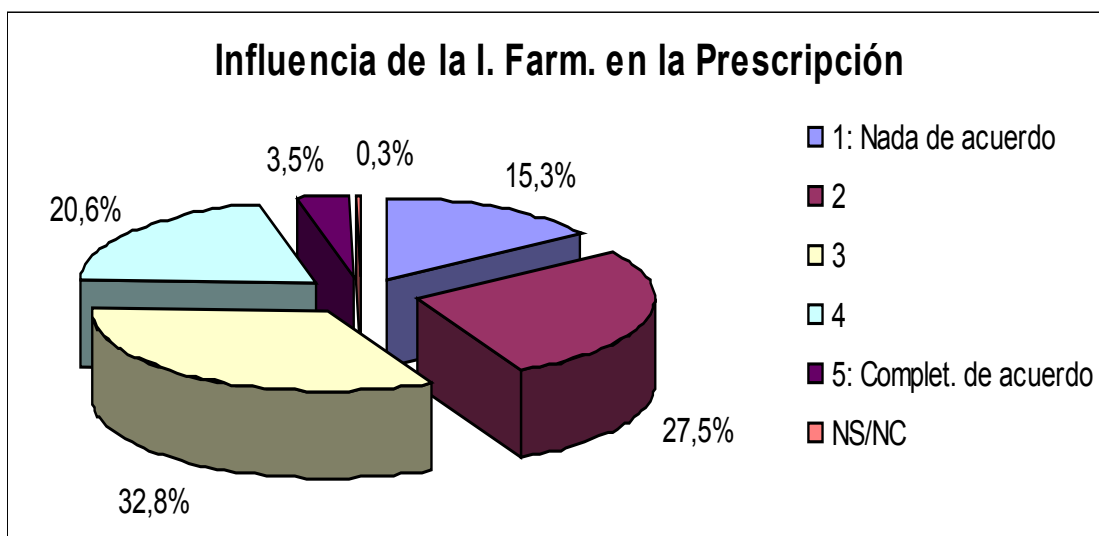


Figura 171

En cuanto a la distribución por sexos vemos que las mujeres son más contundentes en su respuesta, pues superan a los hombres en un 7,6 %, en cuanto a no estar de acuerdo con la influencia y un 5,7 % menos en el supuesto contrario.

Sin embargo, al realizar el contraste de hipótesis de independencia entre el sexo y las respuestas, hay que señalar que, al 95%, no se puede rechazar la hipótesis nula.

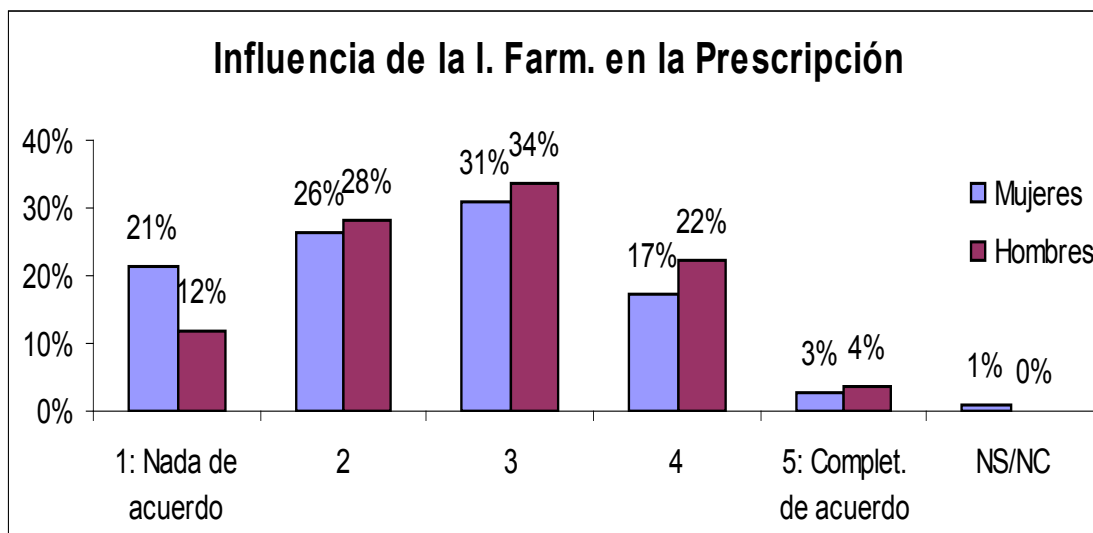


Figura 172

El médico rural, sin embargo, difiere de la media de opinión manifestándose en un 16 %, por encima del urbano, en cuanto a que considera que la Industria Farmacéutica sí que influye en su prescripción.

Pero a pesar de lo que descriptivamente es evidente y, al igual que ocurre con el sexo, en el caso del ámbito de trabajo del médico, tampoco es una variable que guarde relación con el hecho de estar, o no, de acuerdo con la influencia de la industria farmacéutica a la hora de la prescripción, puesto que no se rechaza la hipótesis nula de independencia entre ambas variables.

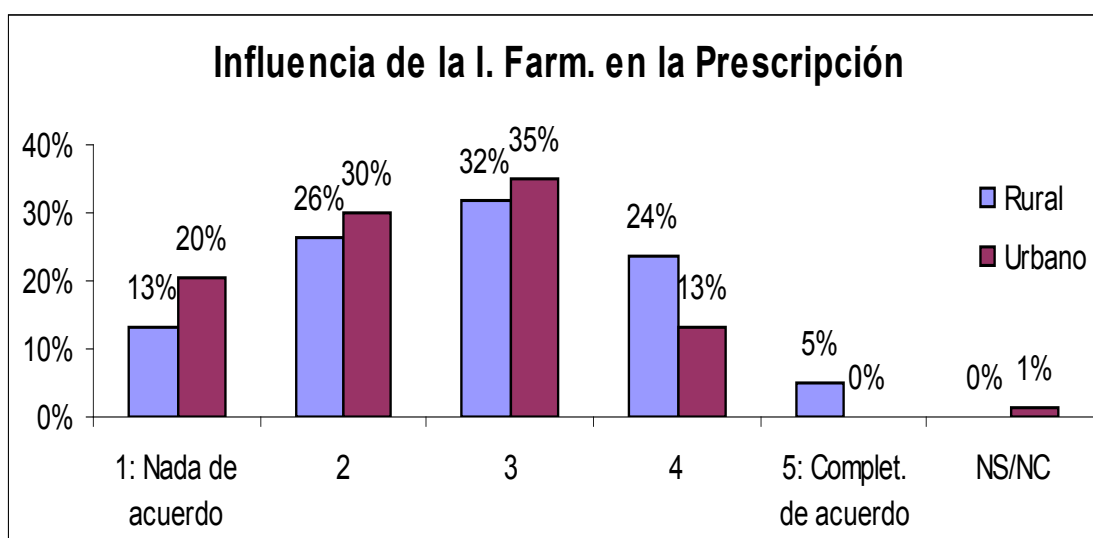


Figura 173

Pero si comparamos los vía MIR con los No MIR la mayor diferencia está en que los que se quedan en tierra de nadie son más los segundos que los primeros con una diferencia del 5 %, mientras que el resto de resultados caminan bastante parejos.

Así mismo, al hacer las correspondientes confrontaciones, tampoco se puede rechazar, al 95%, la independencia entre la vía de formación del médico y el grado de acuerdo con esta cuestión.

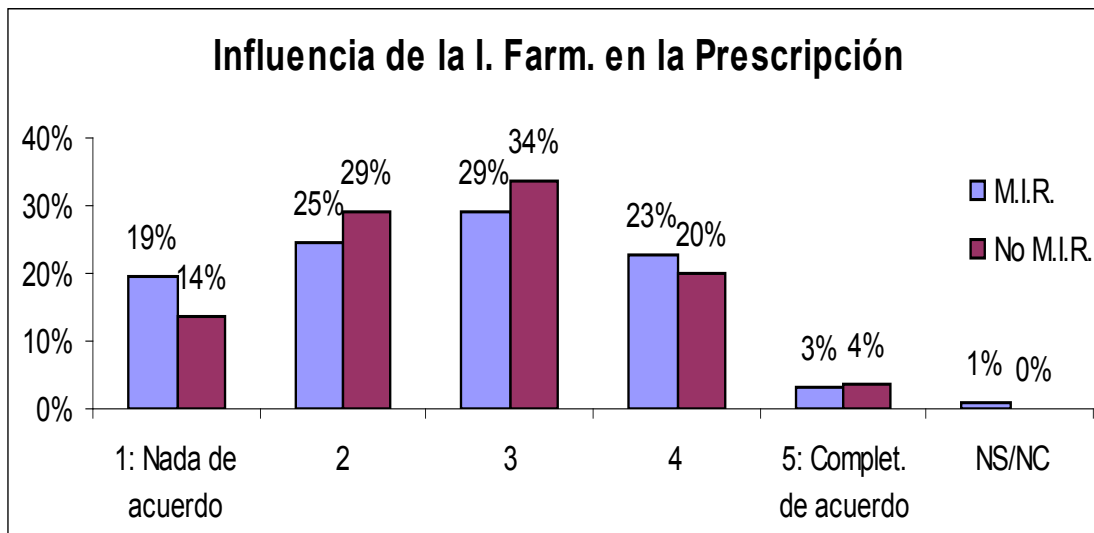


Figura 174

3.6. Razones de la influencia

¿Y si la respuesta es positiva?

Si su respuesta ha sido “4” o “5”, ¿A que lo atribuye?

Los resultados en tabla:

		Inf científica	Marketing	Recompensa	NS/NC
Total	Absolutos	49	10	5	5
	%	71%	14,5%	7,2%	7,2%
Sexo	Mujer	71%	5%	5%	19%
	Hombre	71%	19%	8%	2%
Medio	Rural	66%	17%	9%	9%
	Urbano	100%	0%	0%	0%
Formación	MIR	67%	8%	4%	21%
	No MIR	73%	18%	9%	0%

Tabla 74

Al analizar las razones por las que 69 opinan que sí influye la industria en sus prescripciones, el 71 % (49) responde que es debido al interés científico, el 14,5 % (10) es sensible al buen marketing que despliega el delegado y su empresa y al 7,2 % (5) le mueven los llamados “mecanismos de recompensa”. Hay otro 7,2 % (5) que elude la respuesta.

Estas proporciones, al igual que en el resto de cuestiones analizadas en este último bloque de preguntas, son significativas al 95% y, por tanto, son generalizables a la población investigada.

Resultados de forma gráfica:

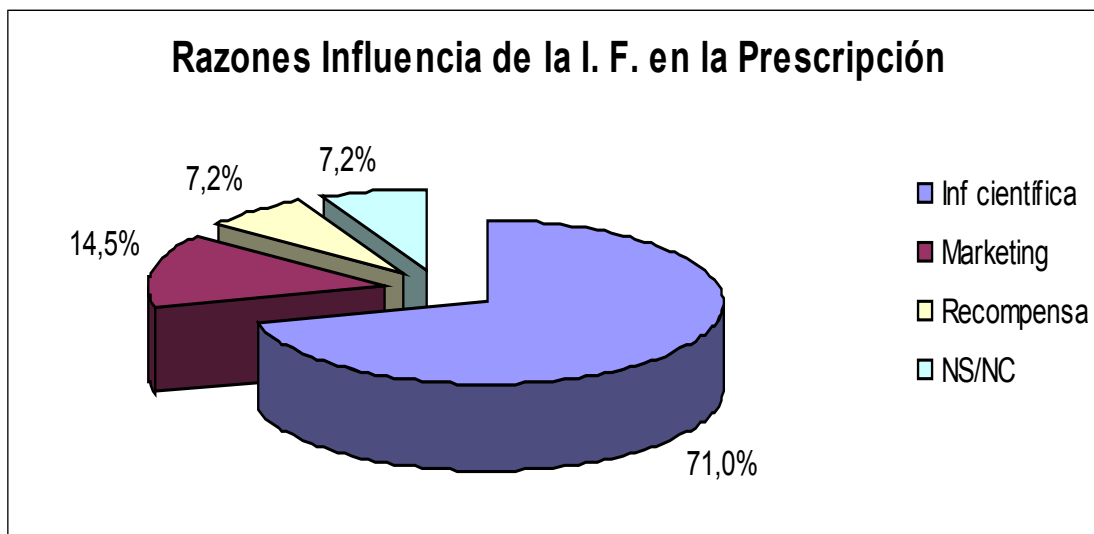


Figura 175

Los hombres son más claros a la hora de definirse y afrontar respuestas “incómodas”.

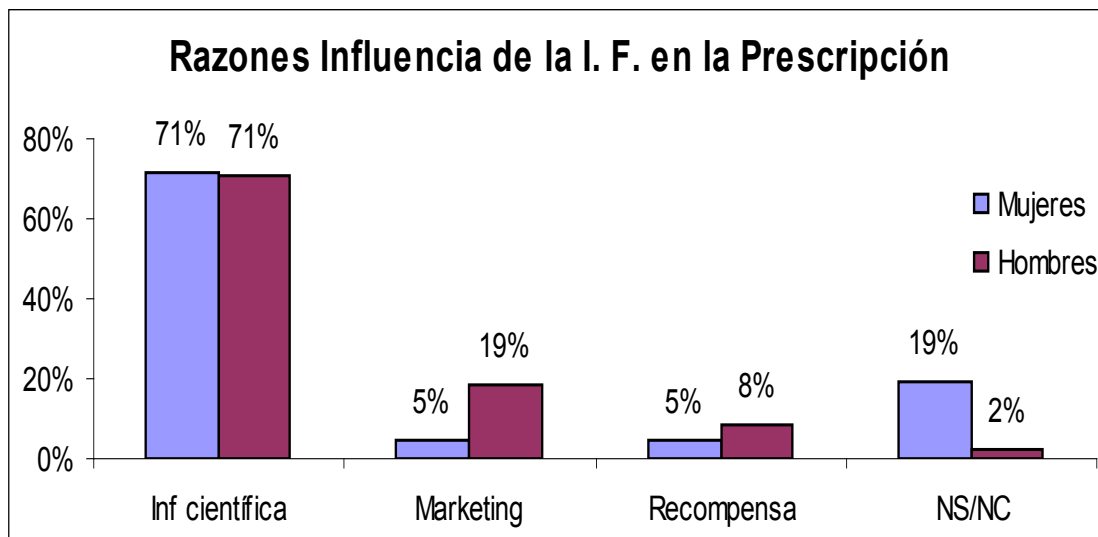


Figura 176

Como veíamos en la pregunta anterior, el médico rural se consideraba más influenciado que el urbano a la hora de prescribir. La razón que aduce es elocuente y no deja lugar a dudas en cuanto a su permeabilidad.

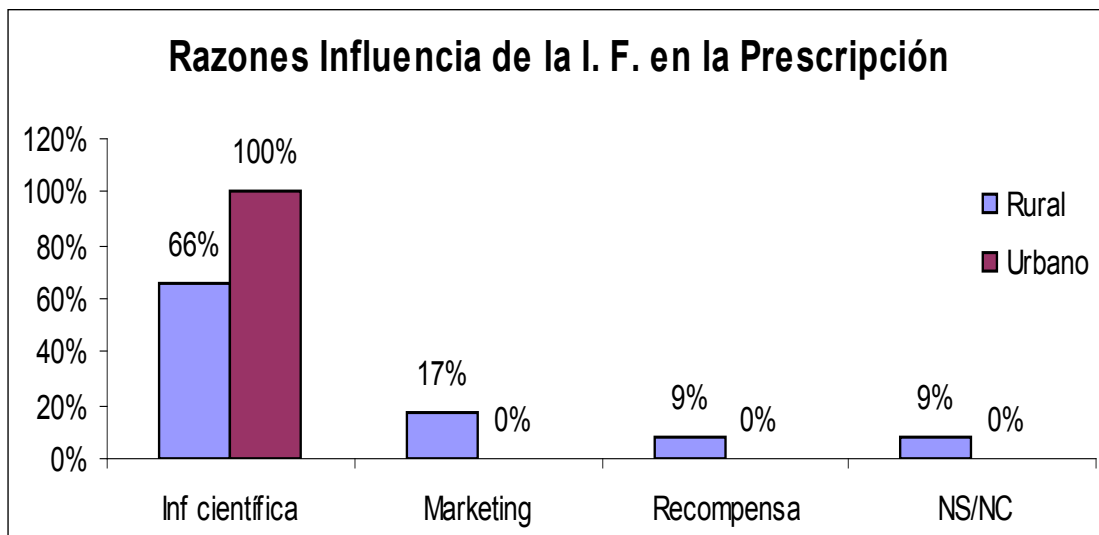


Figura 177

Y esta situación se repite de forma parecida si atendemos al origen de la formación en la especialidad, con la salvedad de que los vía MIR se callan en un porcentaje altísimo (21 %).

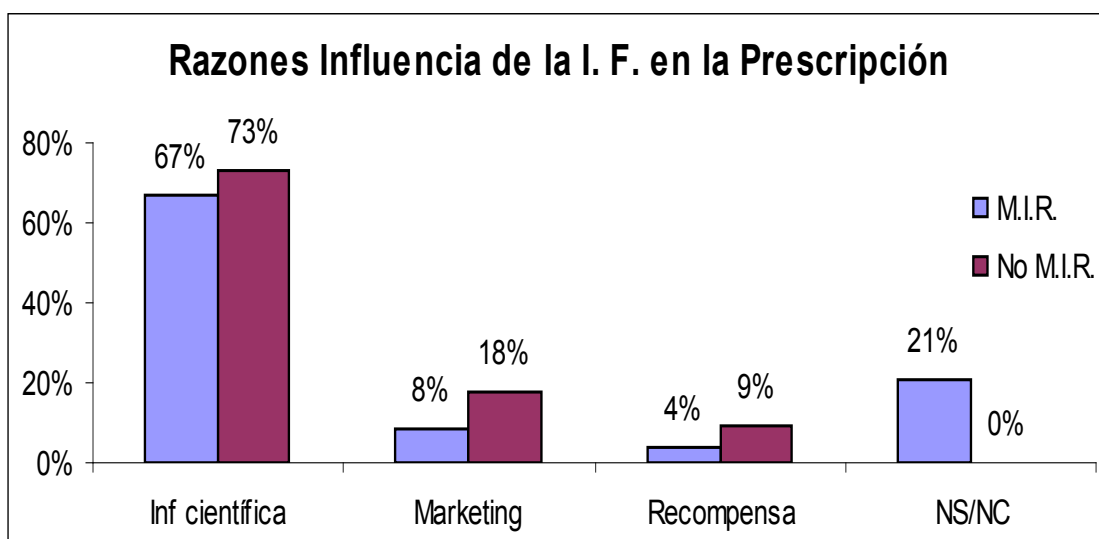


Figura 178

Al hacer los contrastes de independencia entre las variables demográficas y la respuesta dada a esta cuestión, no se puede rechazar la hipótesis nula de independencia en ninguno de los casos y, por tanto, las diferencias vistas a nivel muestral no se pueden atribuir a características demográficas del médico.

3.7. Los honorarios profesionales

A lo largo de esta tesis, en numerosas ocasiones, hemos hecho la afirmación de que el médico está mal retribuido. Que los once o doce años de formación específica, primero en la facultad, después preparando el examen MIR y luego como residente, el trabajo que desarrolla y la responsabilidad que asume, no tienen un reflejo acorde en la percepción de honorarios.

Los que percibe el médico de Atención Primaria, por parte de la administración, vienen dados por dos conceptos: La nómina, para cuyo análisis hace falta un técnico especializado, y los incentivos.

He de confesar que en más de treinta años de ejercicio (unas 420 nóminas) no he conseguido entenderlas completamente, pero sí lo suficiente para poder deducir que, con respecto al total, el sueldo es aproximadamente el 24 %. Lo que percibo por usuario asignado a mi cupo significa el 19 %. El restante 57 % se reparte entre complementos de diverso orden. Es decir, que el sueldo propiamente dicho y, sobre todo, la carga de trabajo, son la menor parte de las percepciones alcanzando algo menos del 45 % del total de mi salario. Esto es lo que hay.

En cuanto a los incentivos, fundamentalmente, priman los indicadores de menor prescripción y de mayor adhesión a las políticas sobre esta, marcadas por la administración.

A grandes rasgos, esto es lo que tenemos. ¿Y que opinan los médicos?

¿Está de acuerdo en que, en base a las horas de trabajo, el grado de responsabilidad y la formación necesaria, su trabajo está bien remunerado? (Escala: 1: Nada de acuerdo; 5: Completamente de acuerdo)

Ocupando, este asunto, el tercer lugar en cuanto a las preocupaciones éticas, sólo superado por la seguridad de la historia clínica y el respaldo jurídico de la administración, no parece que estén muy de acuerdo con la remuneración por su trabajo.

Las respuestas han sido:

		1: Nada de acuerdo	2	3	4	5: Complet. de acuerdo	NS/NC
Total	Absolutos	126	90	49	17	5	0
	%	43,9%	31,4%	17,1%	5,9%	1,7%	0%
Sexo	Mujer	43%	32%	19%	4%	2%	0%
	Hombre	45%	31%	16%	7%	2%	0%
Medio	Rural	43%	31%	19%	5%	1%	0%
	Urbano	46%	31%	13%	7%	2%	0%
Formación	M.I.R	47%	32%	16%	4%	0%	0%
	No M.I.R	43%	30%	18%	7%	3%	0%

Tabla 75

Así, habiendo respondido el 100 % (287), el 75,3 % (216) se manifiestan en contra, el 17,1 % (49) no se decantan y el 7,6 % (22) están muy de acuerdo o completamente de acuerdo con su retribución salarial.

Estas proporciones son generalizables a nivel poblacional puesto que, al 95%, se puede concluir que son significativas.

Resultados de forma gráfica:

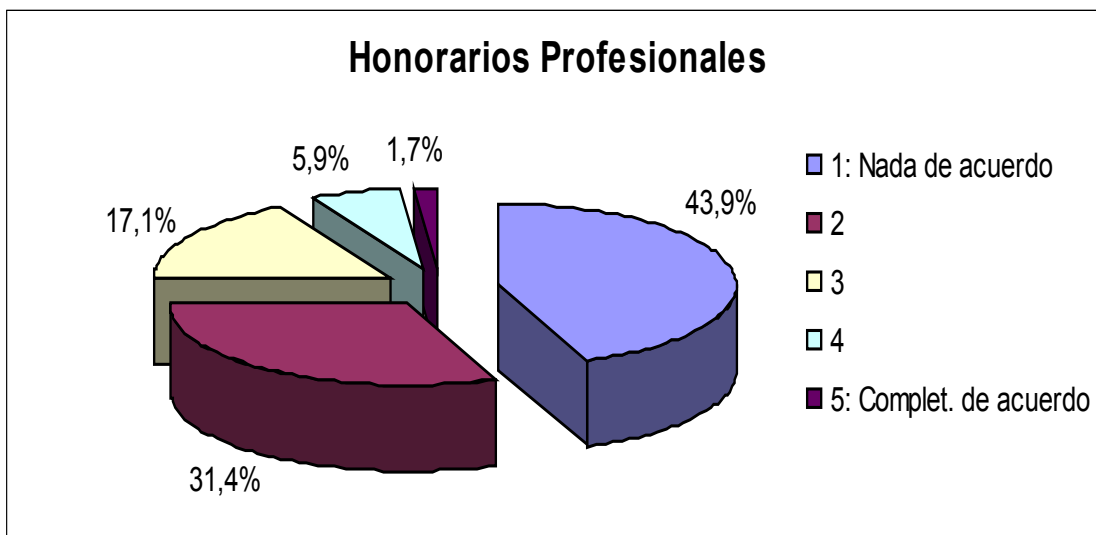


Figura 179

No se aprecian opiniones, sustancialmente diferentes, entre mujeres y hombres en este asunto. Ambos sexos están de acuerdo en que las retribuciones salariales del médico son insuficientes y no caminan paralelas con el trabajo y la responsabilidad que este asume.

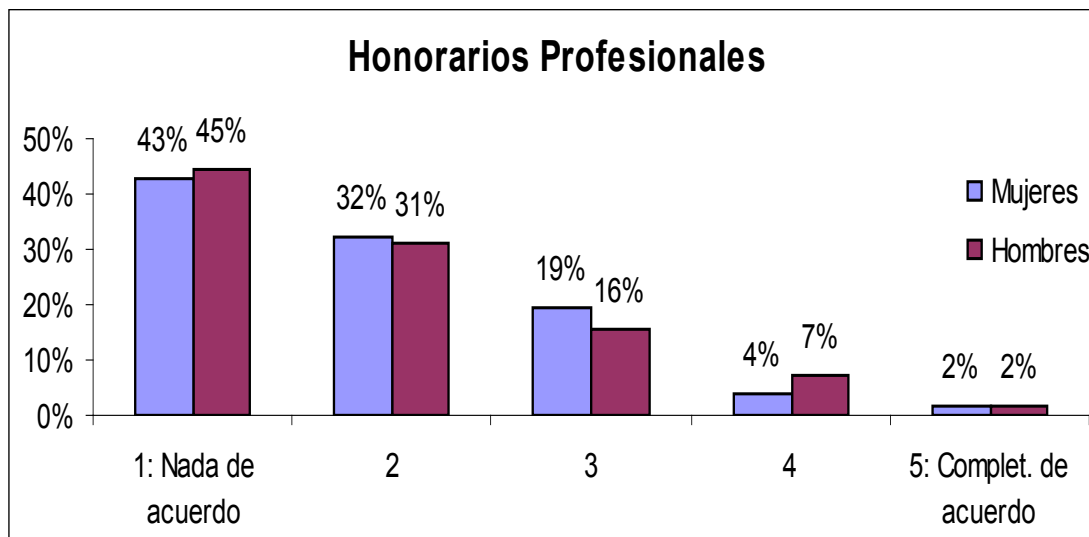


Figura 180

Exactamente igual ocurre si comparamos los ámbitos de trabajo. Puede, pues, afirmarse que el descontento es generalizado y uniforme.

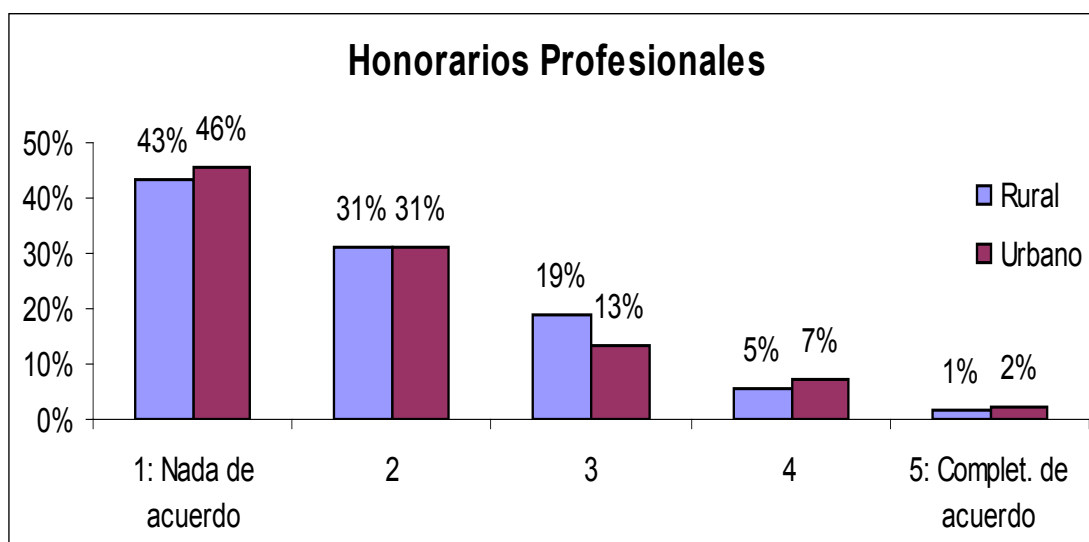


Figura 181

Y en cuanto a la vía de formación, los MIR son más expresivos en su descontento que el resto de compañeros.

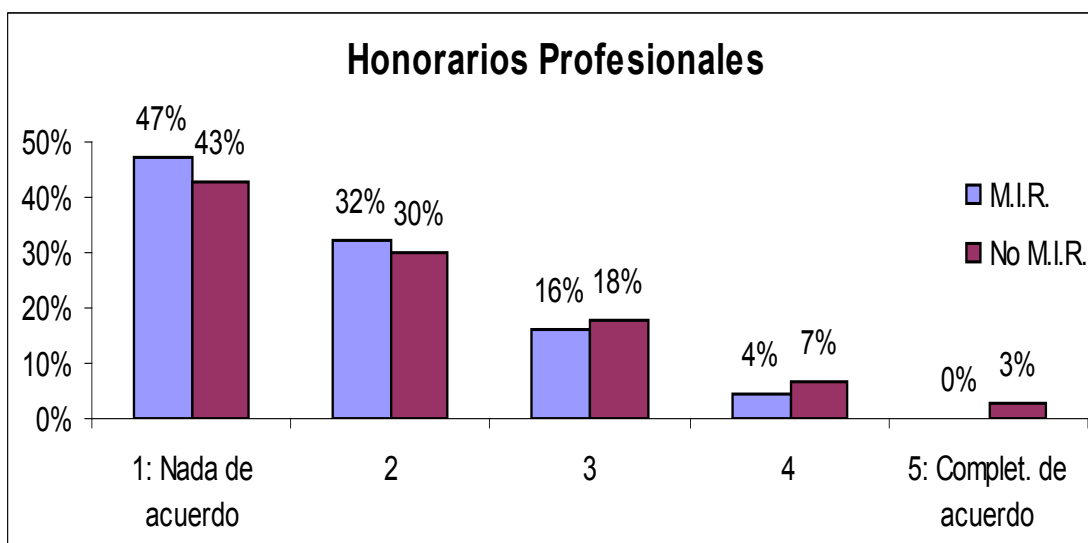


Figura 182

Al igual que ocurre en la mayoría de las cuestiones, en este caso, la respuesta dada por el médico no va a depender de ninguna de sus características demográficas, al no poder rechazar en ningún caso la hipótesis nula de independencia entre las variables.

3.8. Los incentivos

La opinión sobre la otra parte de la retribución, los incentivos, es todavía, si cabe, más expresiva. Pero transcribamos, primero, la pregunta:

¿Considera que el sistema de incentivos de la administración, basado fundamentalmente en indicadores de prescripción farmacéutica, es el adecuado?

(Escala: 1: Nada de acuerdo; 5: Completamente de acuerdo)

Y las respuestas, en la siguiente tabla:

		1: Nada de acuerdo	2	3	4	5: Complet. De acuerdo	NS/NC
Total	Absolutos	178	66	39	3	1	0
	%	62%	23%	13,6%	1%	0,3%	0%
Sexo	Mujer	64%	20%	15%	1%	0%	0%
	Hombre	61%	24%	13%	1%	1%	0%
Medio	Rural	64%	20%	15%	1%	0%	0%
	Urbano	58%	31%	10%	0%	1%	0%
Formación	MIR	60%	27%	13%	0%	0%	0%
	No MIR	63%	21%	14%	2%	1%	0%

Tabla 76

Habiendo respondido el 100% (287), al igual que ocurría con la pregunta anterior, la respuesta también es contundente. Así el 85 % (244) se muestra contrario al sistema actual de incentivos, el 13,6 % (39) no se decanta a favor ni en contra y sólo el 1,3 % (4) están a favor.

Estas conclusiones se pueden generalizar a nivel poblacional puesto que las proporciones anteriores son significativas al 95%.

A continuación lo expresamos gráficamente:

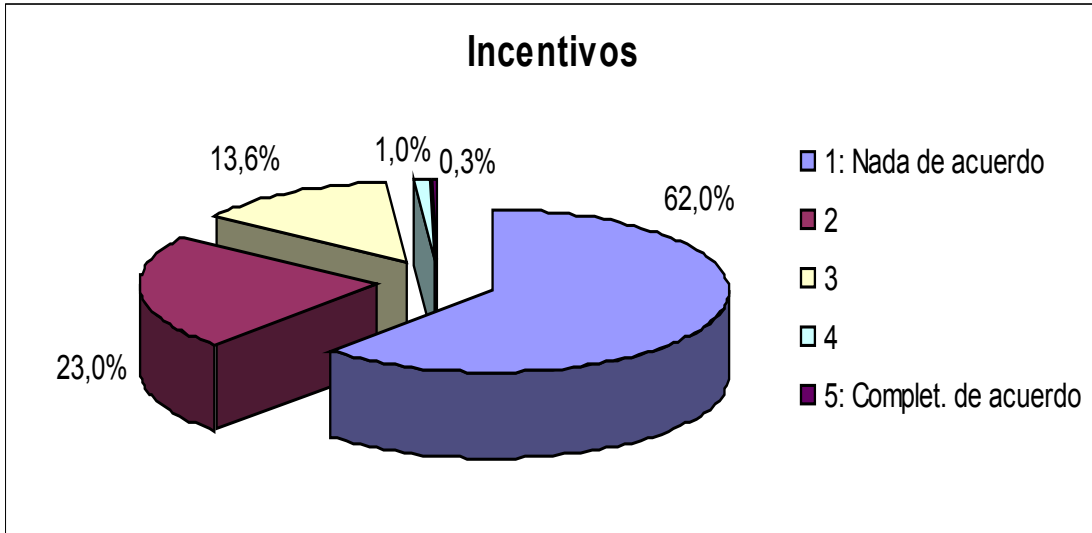


Figura 183

Tampoco hay diferencia apreciable en la opinión de ambos sexos.

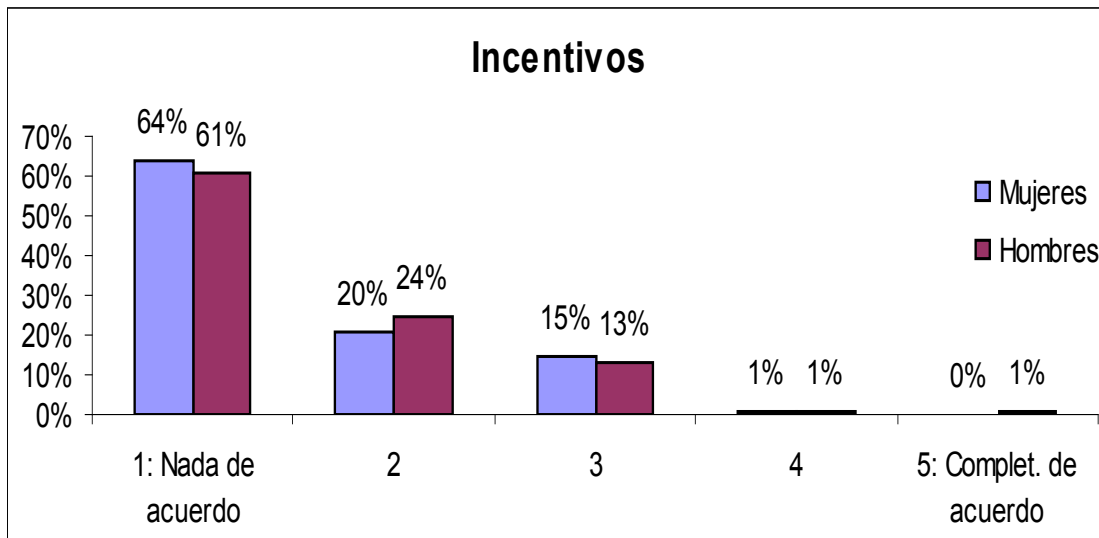


Figura 184

En cuanto al medio en que trabajan, a primera vista puede parecer que hay diferencia, pero si sumamos las dos primeras respuestas nos damos cuenta que el resultado es prácticamente igual al reflejado en las dos gráficas anteriores.

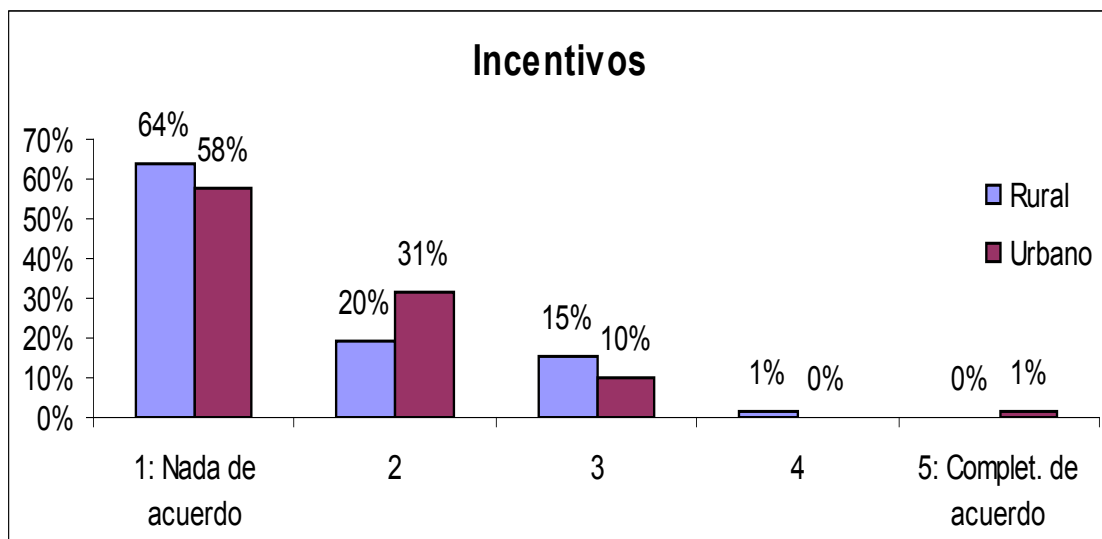


Figura 185

Y prácticamente igual con respecto a la vía de formación.

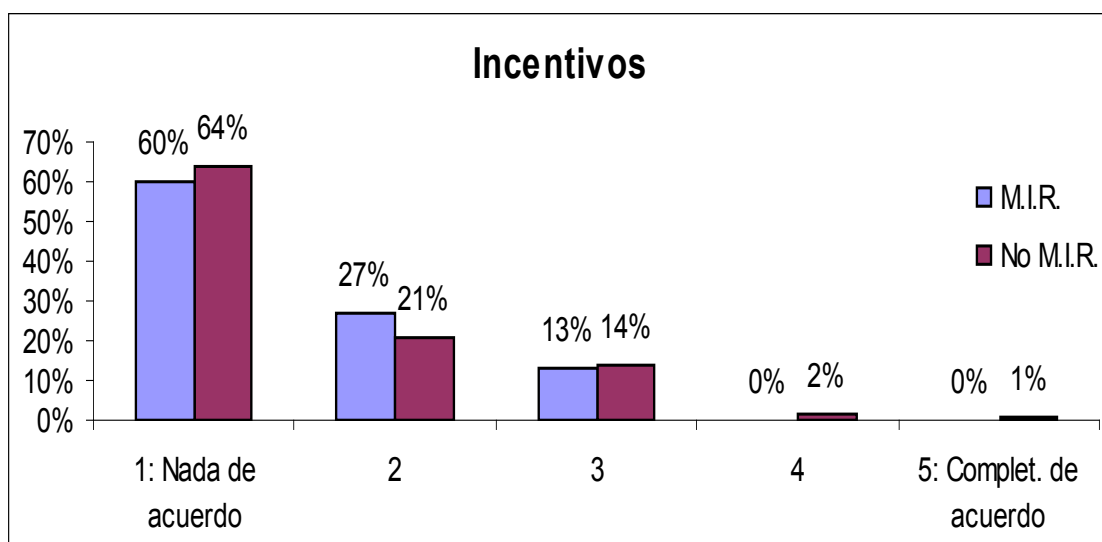


Figura 186

Al hacer los correspondientes contrastes de independencia de las variables demográficas con las respuestas dadas a esta cuestión, se concluye lo ya visto a nivel muestral, que no existe dependencia entre las características demográficas del médico y la respuesta por la que opta.

3.9. La presión de la administración respecto al gasto farmacéutico

Partiendo del hecho de que los recursos son finitos, las políticas economicistas que rigen la sanidad deberían estar enfocadas, fundamentalmente, a la optimización del gasto. Esto no siempre es así y, frecuentemente, se confunde con contención del gasto. Pero, ¿contener donde? Ahí entramos en el terreno de las decisiones políticas.

En los últimos años, incluso antes de la transferencia de las competencias sanitarias a las autonomías, el médico está siendo presionado para la contención del gasto farmacéutico de diversas formas. Se penaliza la utilización de las llamadas “novedades terapéuticas”, se elaboran boletines informativos con la supuesta bondad de algunos preparados o de la poca o nula diferencia de respuesta terapéutica de uno más caro con otro más barato, se le remiten informes sobre la “desviación del gasto” o se premia económicamente la prescripción de medicamentos genéricos, por citar algunas de las maniobras. Y se hace atropellando el respeto a la libertad de prescripción y a los más elementales derechos morales. Ya han surgido sentencias judiciales en contra de esto. Así el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León²¹⁸, con respecto a la incentivación por prescribir genéricos, dictaba:

... “sentencia firme que insiste en la libertad que debe tener todo facultativo para prescribir libremente los fármacos que considere más convenientes para cada paciente, sin estar sometido a presiones o promesas de premios o incentivos económicos si se decanta por algún tipo determinado”

Dicho tribunal...

... “anula, por ilegal, esta incentivación que coacciona la libertad de prescripción y la limita a criterios economicistas olvidando las necesidades particulares de los pacientes”²¹⁹

Y ¿que opina el médico de este asunto?: Pues es bastante claro. De entrada, coloca

218 El Norte de Castilla, 13.05.08, www.nortecastilla.es.

219 Opus cit., 14.05.08.

esta preocupación ética como la última de todas y, a continuación, responde con un rechazo rotundo. Pero, antes que nada, transcribamos la pregunta:

¿Considera adecuada la presión ejercida sobre el profesional por la administración para la contención del gasto farmacéutico? (Escala: 1: Nada de acuerdo; 5: Completamente de acuerdo)

Y las respuestas:

		1: Nada de acuerdo	2	3	4	5: Complet. De acuerdo	NS/NC
Total	Absolutos	128	91	54	8	4	2
	%	44,6%	31,7%	18,8%	2,8%	1,4%	0,7%
Sexo	Mujer	42%	39%	17%	0%	1%	2%
	Hombre	46%	28%	20%	4%	2%	0%
Medio	Rural	49%	26%	20%	3%	2%	0%
	Urbano	35%	45%	17%	2%	0%	1%
Formación	MIR	43%	40%	16%	1%	0%	0%
	No MIR	46%	28%	20%	4%	2%	1%

Tabla 77

Contestan a la pregunta el 99,3 % (285) de los encuestados y el 76,3 % (219) está nada o poco de acuerdo con la presión que la administración ejerce, el 18,8 % (54) no se decanta y el 4,2 % (12) está de acuerdo o completamente de acuerdo. El 0.7 % (2) se abstiene de opinar.

Esta opinión se puede hacer extensible al resto de médicos de la provincia de Toledo puesto que las proporciones anteriores, al hacer los contrastes necesarios, son significativas al 95%.

Resultados expresados de forma gráfica:

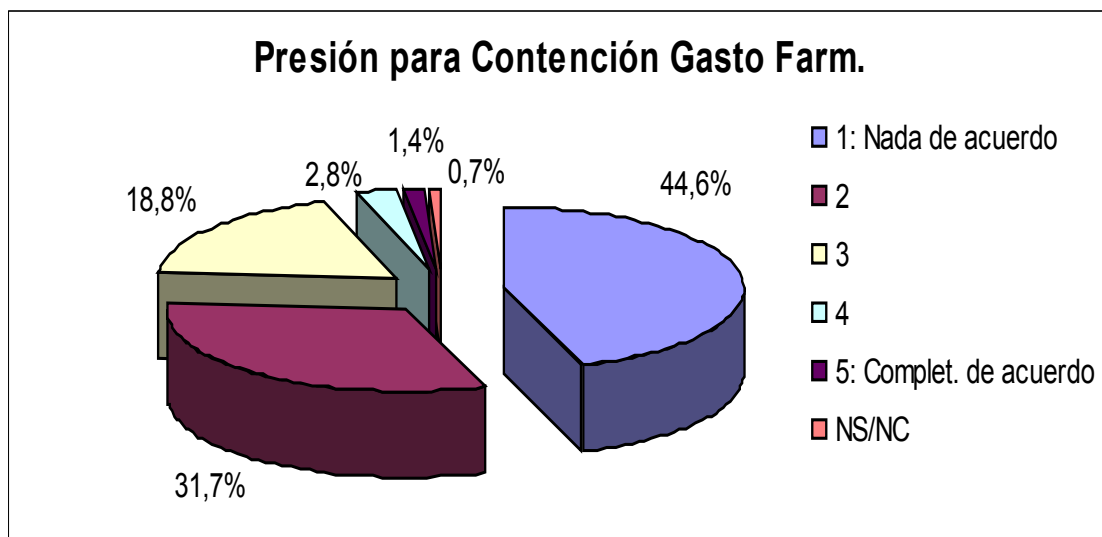


Figura 187

En esta cuestión, la diferencia de opinión entre hombres y mujeres, como vemos en el siguiente gráfico, es muy importante. El 80 % de las mujeres rechazan la presión que la administración ejerce a la hora de prescribir frente al 73,9 % de los hombres. Sólo el 1 % de las féminas se manifiestan de acuerdo frente al 5,9 % de los hombres y el 16 % de las primeras no se posicionan frente al 20 % de los segundos.

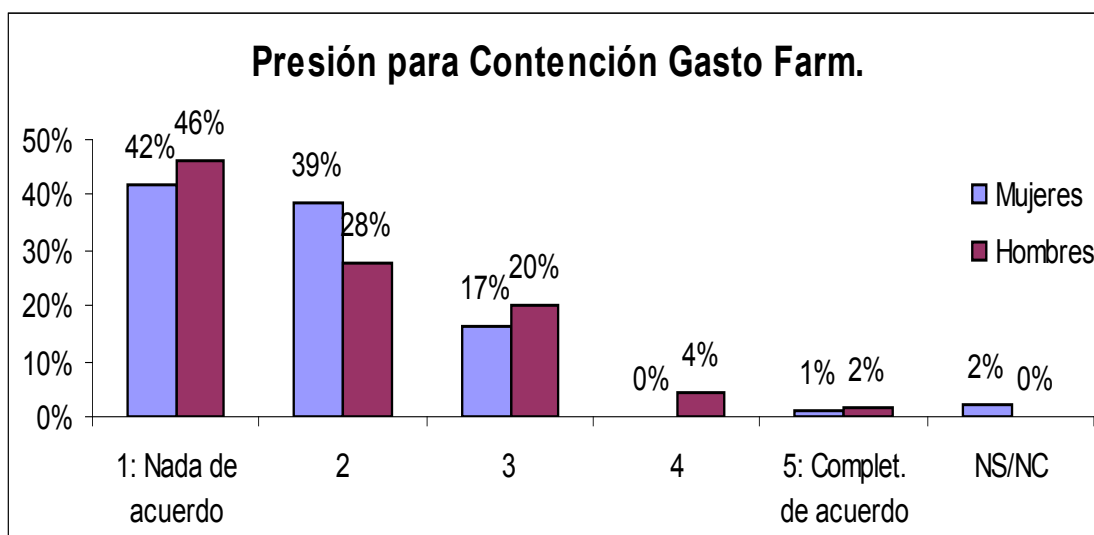


Figura 188

La comparativa por lugar de trabajo coincide casi totalmente con la media general.

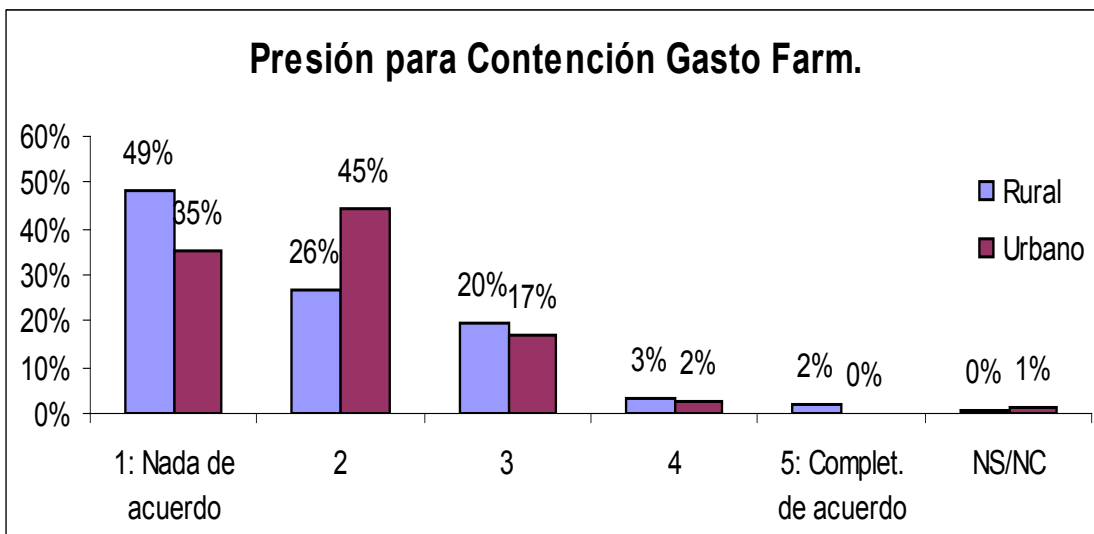


Figura 189

Y atendiendo a la procedencia formativa, los médicos de la vía MIR son más claros al expresar su desacuerdo que el resto.

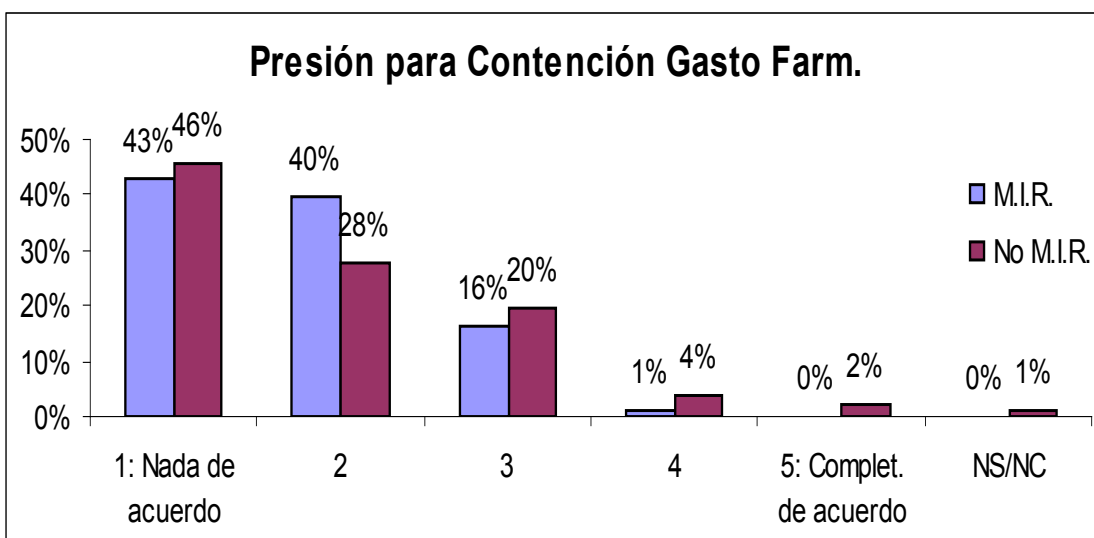


Figura 190

Como ha ocurrido con otras cuestiones, las diferencias vistas a nivel muestral no tienen una justificación estadística al no poder rechazar, en ningún caso, la hipótesis nula de independencia de las variables demográficas con la respuesta dada a esta cuestión.

3.10. La seguridad de la Historia Clínica

Desde el juramento de Hipócrates hasta mediados del siglo pasado, el médico se ha impuesto el deber de secreto. Pero, como ya hemos dicho, era un deber imperfecto. No partía del derecho del enfermo a que se preservara su intimidad, a ser respetado, a tener en su mano la decisión de lo que puede o no puede ser revelado²²⁰. Era una facultad del médico que se obligaba al cumplimiento de ese deber, porque así lo quería y su ética profesional se lo imponía, mediante un compromiso público en forma de juramento. Medicina paternalista.

Con la caída del paradigma clásico, en la segunda mitad de la pasada centuria, las cosas cambian y el respeto a la libertad individual se sustancia, en este asunto, en el derecho al respeto a la intimidad, a la confidencialidad de los datos, etc. El médico viene obligado a cumplir con un deber, al que llamamos perfecto en cuanto que emana de la obligación de respetar el derecho del otro. Y ese derecho del otro está, como ya hemos visto, consagrado por las leyes.

Con el avance tecnológico y la instalación de los servicios informáticos en nuestro trabajo, hemos pasado de manejar la clásica carpeta de cartón, que contenía los documentos y anotaciones de la historia clínica del enfermo y que viajaba del archivo a la mesa y viceversa, a utilizar unas carpetas virtuales que circulan del ordenador central a los terminales de despacho.

Dicen, los responsables políticos y los técnicos, que el sistema es todo lo seguro que puede ser. Buena respuesta.

El médico es consciente de la esencia del derecho a la intimidad de sus enfermos y lo expresa situando esta preocupación en segundo lugar, como ya hemos visto. Y por ello le hemos preguntado:

¿Considera seguro el actual sistema de custodia de historias clínicas en cuanto a la preservación del derecho de sus enfermos a la confidencialidad, intimidad, secreto profesional, etc....? (Escala: 1. Nada seguro; 5: Completamente seguro)

Las respuestas las transcribimos en la siguiente tabla:

220 GRACIA, D., Como arqueros al blanco. Estudios de bioética, pág. 277

		1: Nada seguro	2	3	4	5: Complet. Seguro	NS/NC
Total	Absolutos	88	81	81	26	2	9
	%	30,7%	28,2%	28,2%	9,1%	0,7%	3,1%
Sexo	Mujer	31%	33%	29%	4%	1%	2%
	Hombre	30%	26%	28%	12%	1%	4%
Medio	Rural	33%	27%	29%	6%	1%	3%
	Urbano	24%	30%	27%	17%	0%	2%
Formación	MIR	25%	25%	40%	8%	0%	3%
	No MIR	33%	30%	22%	10%	1%	3%

Tabla 78

Así el 58,9 % (169) consideran nada o poco seguro el actual sistema, el 28,2 % (81) no acaban de fiarse y solamente el 9,8 % (28) lo consideran muy seguro (el 9,1 %) o completamente seguro (0,7 %). El 3,1 % (9) no se manifiesta.

Estas proporciones son significativas al 95% y, por tanto, las conclusiones obtenidas se pueden extender al resto de la población.

De forma gráfica:

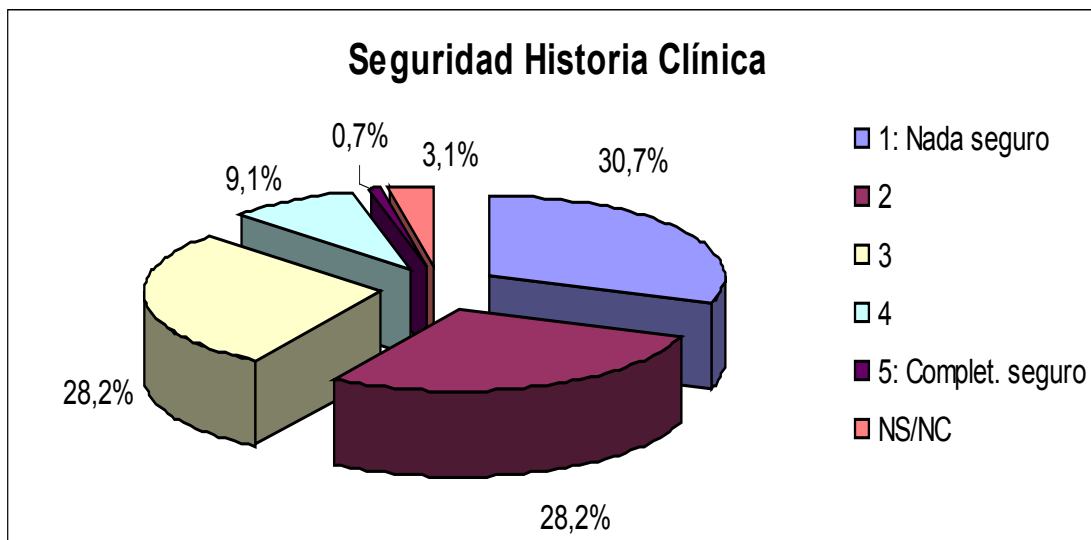


Figura 191

En cuanto al sexo, también hay diferencias sobre la percepción de seguridad que les ofrece el actual sistema, superando en el grado de desconfianza las mujeres a los hombres en el 8,2 % mientras que, en la convicción contraria, estos sobrepasan a aquellas en el 7,6%. La abstención en las mujeres es el doble.

Al hacer el contraste de hipótesis sobre la independencia entre el sexo y la conformidad, o no, con la afirmación hecha en esta cuestión, al 95%, no se puede rechazar la hipótesis nula.

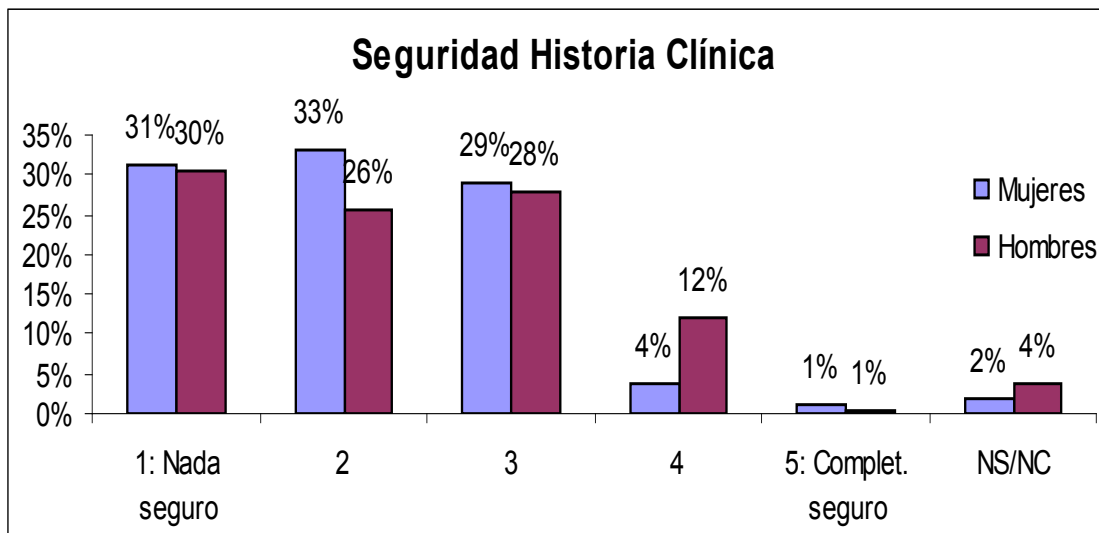


Figura 192

El médico rural desconfía más de este sistema que los compañeros que ejercen en la ciudad.

Sin embargo, esta posible relación que pueda existir entre el ámbito de trabajo y el grado de conformidad con respecto al asunto tratado, tampoco se justifica estadísticamente al no poder rechazar la hipótesis nula de independencia entre ambas variables.

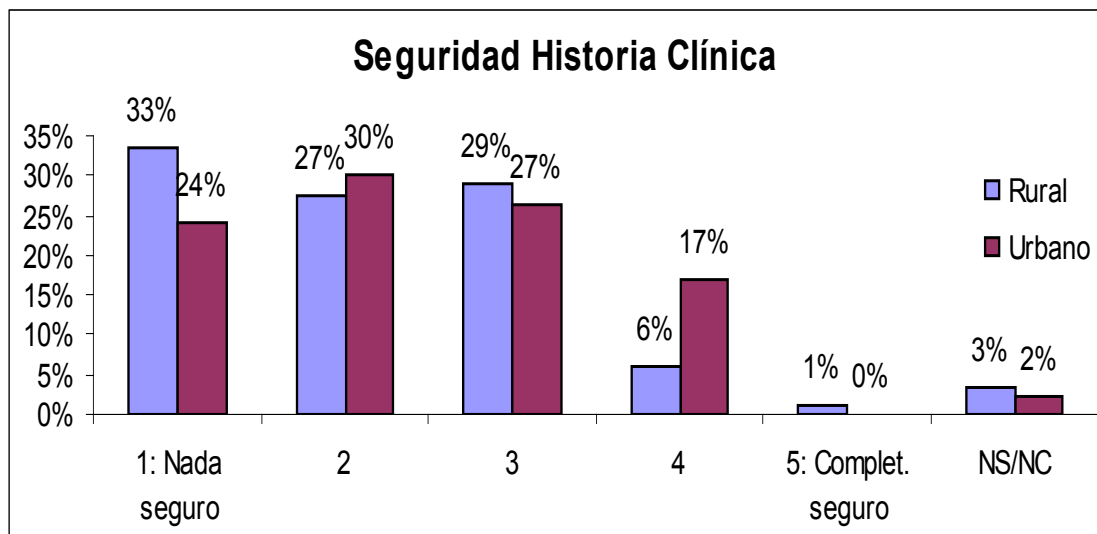


Figura 193

En cuanto a la vía de formación y, sin duda relacionado con un mayor manejo de la tecnología moderna, los médicos vía MIR, aunque no lo consideraran tan inseguro como los demás, al menos se quedan, por encima de éstos, en la duda.

En este caso, sí que se puede rechazar al 95% la independencia entre la vía de formación del médico y su grado de conformidad con esta cuestión. Esto significa que, al 95%, se puede afirmar que el hecho de estar de acuerdo con la afirmación analizada en esta cuestión depende de la vía de formación del médico de Atención Primaria.

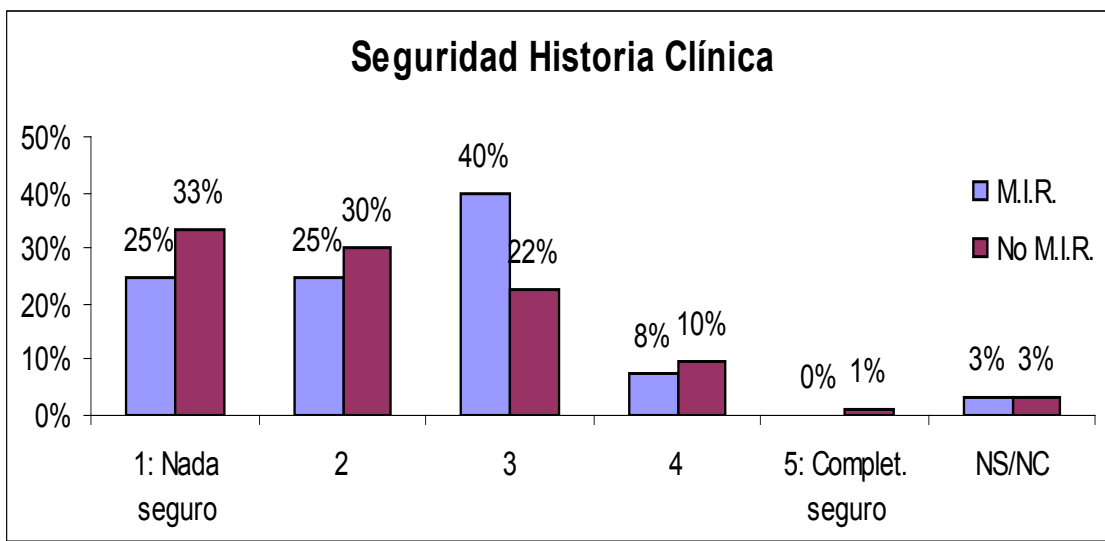


Figura 194

3.11. El valor y la utilidad de la Historia Clínica

La Historia Clínica ha sido, tradicionalmente, un elemento para la constatación de los datos clínicos del paciente con una innegable utilidad a la hora de poder observar el comportamiento histórico de su salud. Ha sido y es, un instrumento básico para la visión en conjunto del desarrollo clínico del paciente desde su nacimiento, sus avatares patológicos, tratamientos aplicados, profiláctica y terapéuticamente, y la respuesta que ha manifestado a estos. Así mismo, se ha demostrado como un medio fundamental para el estudio, la investigación y la docencia. La información que proporciona es valiosísima.

Con la judicialización de la medicina su finalidad puede verse modificada y añadir, a su tradicional utilidad, un elemento nuevo cual es la verificación, constatación y justificación de las acciones del médico, utilizable, a favor o en contra de este, en caso de conflicto.

¿Está utilizando los médicos de Atención Primaria de la provincia de Toledo tan importante documento para este último menester? ¿Está, esta rama de la profesión médica, en la fase que llamamos “medicina defensiva”? ¿Utiliza el médico la Historia Clínica para “cubrirse las espaldas”? Mejor lo preguntamos:

En su opinión, ¿Cuál es el valor y la utilidad de la historia clínica, fundamentalmente?

Y las opciones que ofrecíamos eran: Es un instrumento básico para desarrollar una medicina de calidad, tanto asistencial como docente; Es el documento básico para justificar las acciones profesionales legalmente; Es una mera recopilación de información sin mayor valor:

Y las respuestas han sido:

		Instrumento asistencial y docente	Documento defensivo	Documento poco valor	NS/NC
Total	Absolutos	235	41	7	4
	%	81,9%	14,3%	2,4%	1,4%
Sexo	Mujer	85%	12%	2%	1%
	Hombre	80%	16%	3%	2%
Medio	Rural	83%	14%	2%	1%
	Urbano	80%	14%	4%	2%
Formación	M.I.R	87%	12%	0%	1%
	No M.I.R	79%	16%	4%	2%

Tabla 79

A tenor de las respuestas recibidas queda meridianamente claro que no y, además, estas respuestas se pueden generalizar a toda la provincia de Toledo por el hecho de que las proporciones obtenidas a nivel muestral son significativas al 95%.

El 81,9 % (235) consideran la historia clínica como un instrumento básico para desarrollar una medicina de calidad, tanto asistencial como docente. El 14,3 % (41) consideran que es el documento básico para justificar las acciones profesionales legalmente y el 2,4 % (7) la consideran como una mera recopilación de datos sin mayor valor. El 1,4 % (4) no contesta.

Expresamos los resultados de forma gráfica:

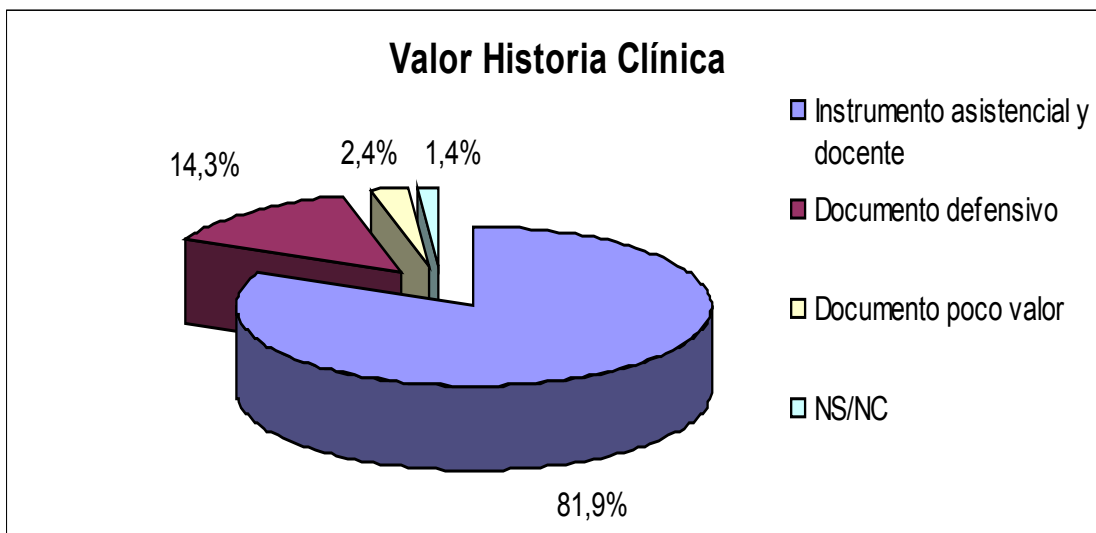


Figura 195

Analizadas las respuestas, en función del sexo, hallamos que las mujeres son más contundentes en éstas, pues superan a los hombres en un 5,5 %, en la consideración primera, mientras estos se inclinan en un 4,1 % por encima, en la utilización como arma defensiva de aquella.

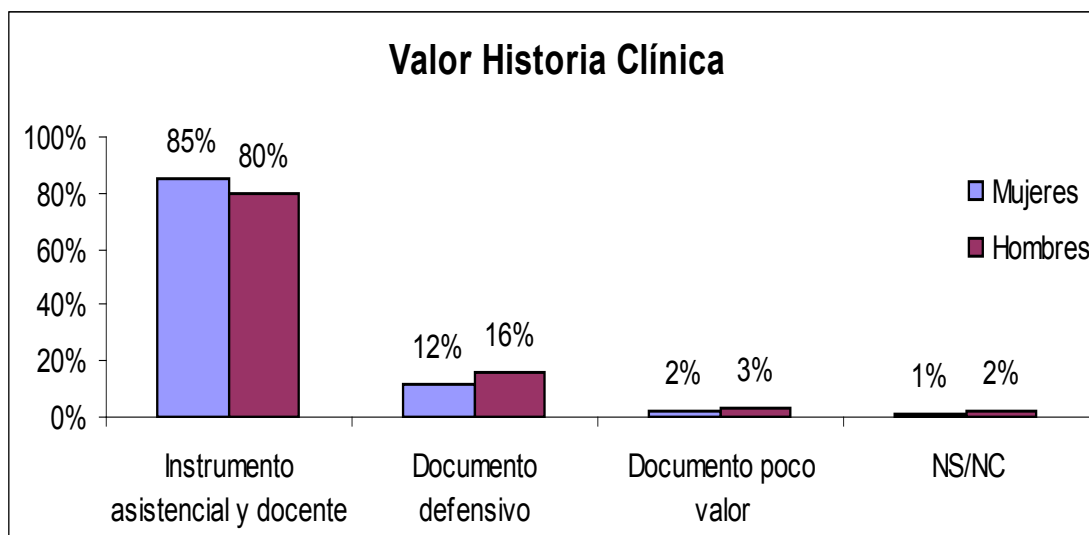


Figura 196

En parecidos términos se expresa el médico rural frente al urbano.

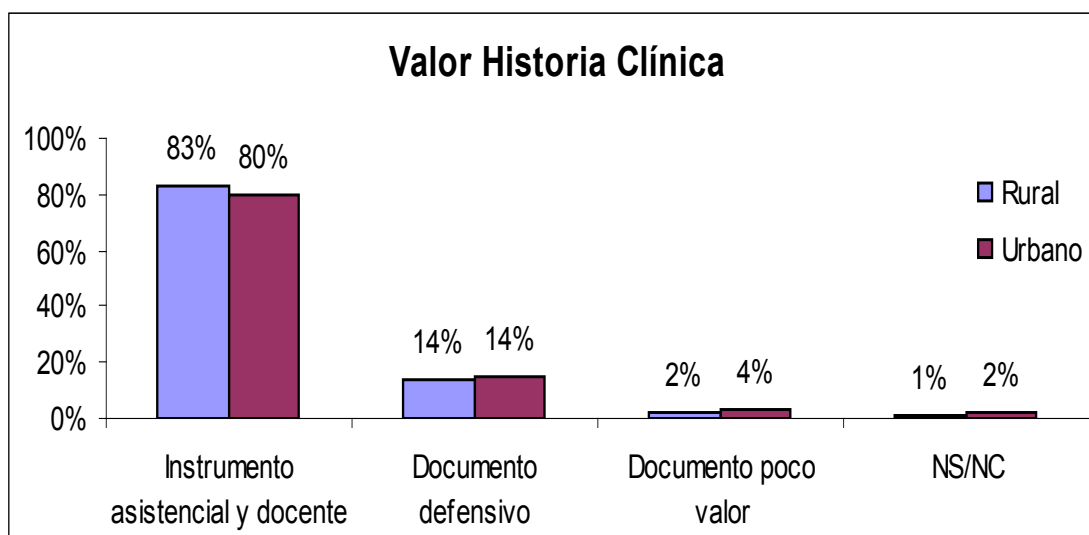


Figura 197

Y el MIR, frente al No MIR, es todavía más explícito que este en cuanto a su consideración de instrumento con valor asistencial y docente.

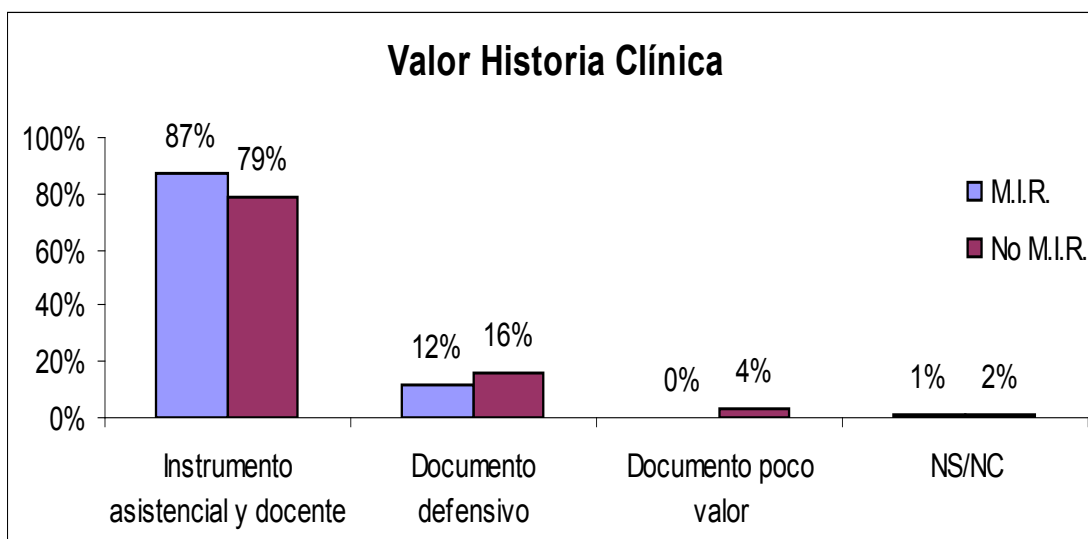


Figura 198

En ninguno de los casos, se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre la respuesta dada a esta cuestión y las distintas variables demográficas analizadas.

3.12. El respaldo jurídico de la administración

Ya hemos relatado más arriba que es lo que ocurre cuando un usuario reclama ante la administración contra el médico. El ejercicio profesional, una vez rota o, al menos, disminuida sensiblemente, la tradicional relación médico enfermo, basada en la confianza mutua, avanza por caminos bastante bien definidos en dirección a una, cada vez mayor, judicialización.

Independientemente de los datos objetivos, el médico lo percibe así. Y por ello lo considera la principal de sus preocupaciones éticas, al ser requerido sobre estas en su relación con terceros. La administración tiene la obligación, como patrón, de respaldarlo y defenderlo en caso de conflicto. ¿Se siente el médico respaldado jurídicamente? La pregunta concreta que hemos hecho es:

Se considera respaldado jurídicamente por la administración en caso de conflicto? (Escala: 1: Nada respaldado; 5: Completamente respaldado)

La respuesta es clamorosa: Diez a uno. La ponemos en forma de tabla:

		1: Nada de acuerdo	2	3	4	5: Complet. de acuerdo	NS/NC
Total	Absolutos	114	83	71	17	1	1
	%	39,7%	28,9%	24,7%	5,9%	0,3%	0,3%
Sexo	Mujer	41%	30%	22%	7%	0%	0%
	Hombre	39%	28%	26%	5%	1%	1%
Medio	Rural	44%	25%	25%	6%	0%	0%
	Urbano	30%	40%	25%	5%	0%	0%
Formación	M.I.R	39%	28%	28%	5%	0%	0%
	No M.I.R	41%	29%	23%	6%	1%	1%

Tabla 80

Nada menos que el 68,6 % (197) se sienten desprotegidos, frente al 6,2 % (18) que percibe lo contrario. El 24,7 % (71) no lo tienen claro y el 0,3 % (1) no responde.

Además, al hacer los contrastes necesarios, se obtiene que estas proporciones son significativas al 95%.

Y los resultados, gráficamente:

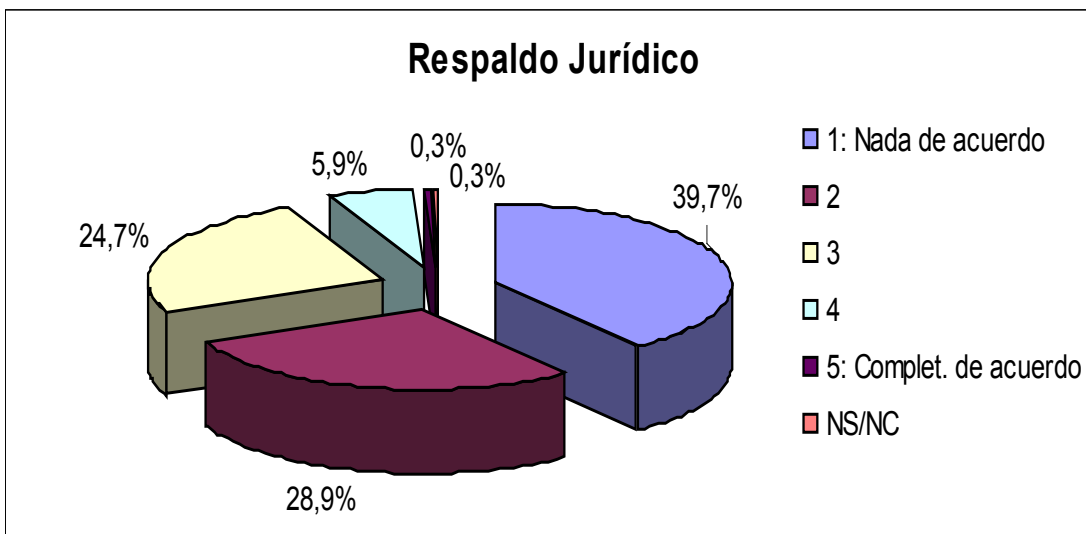


Figura 199

Al analizar las respuestas, desde el punto de vista de la diferencia entre sexos, hemos de decir que no es muy significativa, si bien, las mujeres superan a los hombres en esa sensación de desprotección en un 3,5 % y en la posición contraria en casi un punto (0,9 %). Ambas diferencias a costa de la disminución de indecisos (3,8 %) y de los que se abstienen (0,5 %).

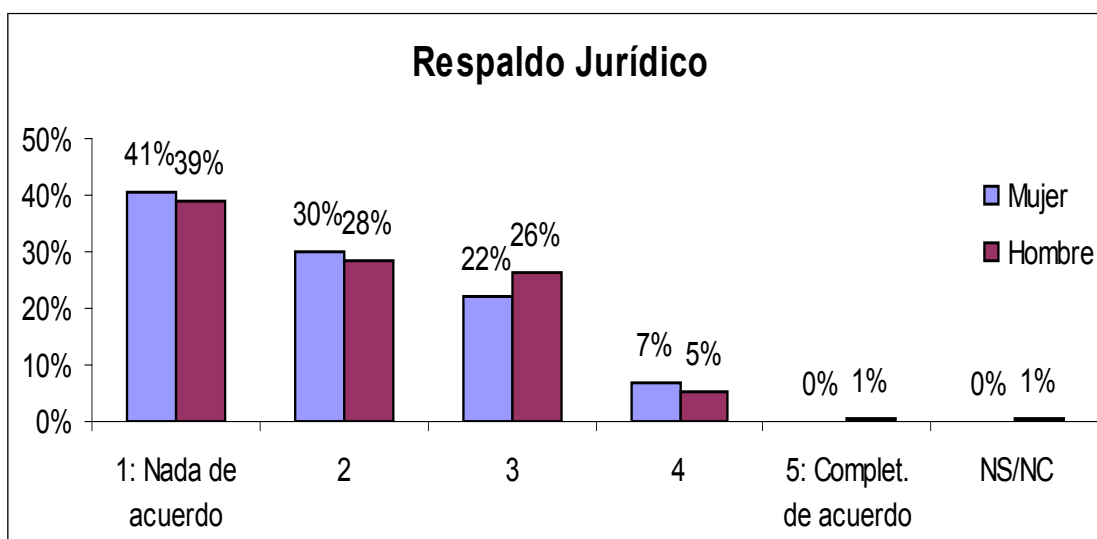


Figura 200

El médico rural es más contundente en su respuesta que el urbano.

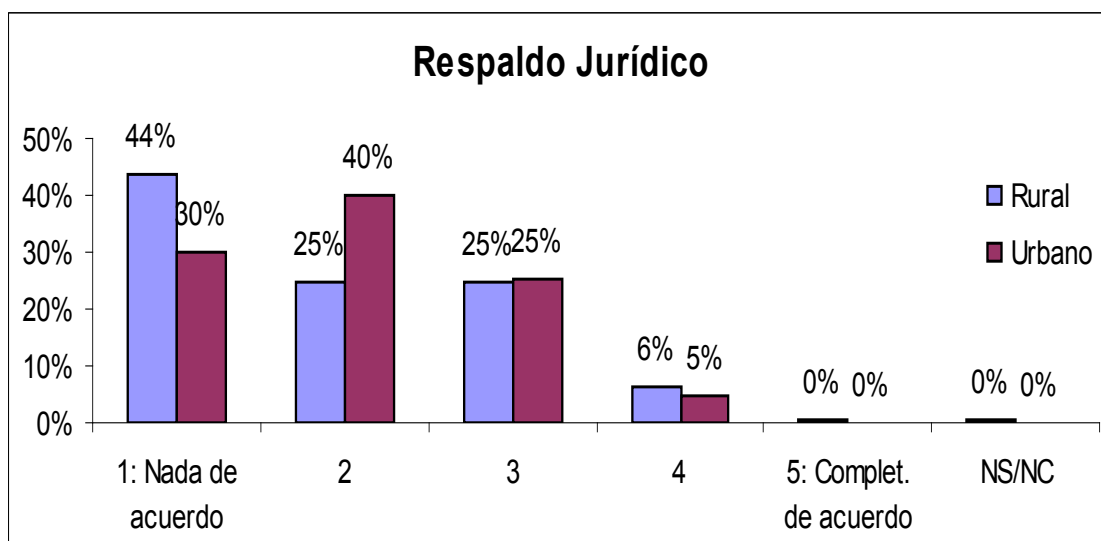


Figura 201

Y el No MIR que el MIR, aunque con poca diferencia.

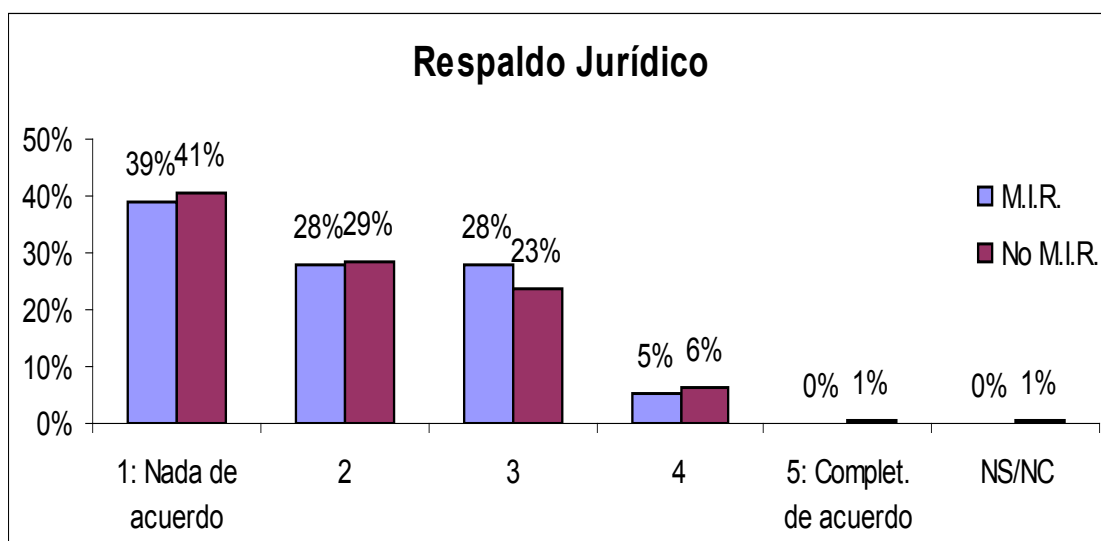


Figura 202

Al igual que ocurre en la mayoría de las cuestiones planteadas en el estudio, no se puede rechazar, al 95%, la independencia entre la conformidad o no con la afirmación de estar respaldado jurídicamente por la Administración y las características demográficas del médico de Atención Primaria.

3.13. Discusión

Realizada la estadística descriptiva y aplicados, como queda de manifiesto, los correspondientes contrastes de significatividad, que no dejan lugar a dudas en cuanto a que los resultados obtenidos de la muestra son extensibles a toda la población objeto del estudio, estamos en condiciones de afirmar con todo rigor que:

1.- La presión asistencial que está soportando el médico de Atención Primaria de la provincia de Toledo está repercutiendo negativamente en la calidad de la asistencia que presta a sus enfermos, a la vez que encarece esta, al aumentar las derivaciones a especializada y las pruebas complementarias solicitadas.

Propone, como solución, evitar las tareas administrativas que realiza, disminuir los cupos asignados a cada profesional y el establecimiento de un “ticket moderador”. Rechaza rotundamente el espaciamiento de las citas en cuanto que repercutiría en el incremento de las listas de espera.

Le rigen, en esta postura, los principios de beneficencia y justicia.

2.- Atiende, por su parte, a lo preceptuado en el vigente Código Deontológico al cumplir con el deber ético del estudio y la formación científica continua, si bien, acusa a la administración de no preocuparse de proteger parte del tiempo del profesional para dedicarlo a estas tareas, ni de proporcionar una formación continuada adecuada.

3.- La tan traída y llevada influencia de la industria farmacéutica a la hora de la prescripción terapéutica medicamentosa no afecta al profesional. Pero éste reconoce, explícitamente, la labor positiva que aquella ejerce a la hora de proporcionar información científica sobre los productos que introduce en el arsenal terapéutico, influyendo, esto sí, en la prescripción de una marca determinada.

4.- Se considera mal retribuido en sus honorarios profesionales al correlacionarlos con la preparación técnica necesaria para el ejercicio, el trabajo y la responsabilidad que afronta. Rechaza de plano el actual sistema de incentivos, que nacen viciados desde su planteamiento inicial, al igual que rechaza frontalmente, por inadecuada, la presión que la administración ejerce sobre el facultativo encaminada a la disminución del gasto farmacéutico.

5.- Defiende el valor de la Historia Clínica como elemento fundamental para el desarrollo de una medicina de calidad, tanto asistencial como docente y muestra su más

rotundo desacuerdo en que pueda ser conceptuada su utilidad como instrumento en una hipotética medicina defensiva.

Desde la defensa del principio de respeto al derecho a la intimidad que reconoce en sus enfermos, no deja espacio para la duda en cuanto a la impresión que tiene de la inseguridad del actual sistema de custodia de las historias.

6.- Por último, y ante un hipotético caso de conflicto, no se considera respaldado jurídicamente por la administración.

Estamos, pues, ante un profesional que, desde el respeto a la ética profesional, a los principios éticos, a la deontología y a las leyes, pone el dedo en la llaga de los defectos que entiende acredita la administración. Y no tiene empacho en ponerlos de manifiesto a la vez que aporta posibles soluciones para paliarlos.

VII. CONCLUSIONES

PRIMERA.- Del total de la población encuestada ha respondido el 74,55% que es una muestra estadísticamente significativa. También es estadísticamente significativo, dado que la composición de la muestra es muy similar a la de la población encuestada, el valor de las tres variables que introducimos en el análisis: sexo, ámbito de trabajo y vía de formación.

SEGUNDA.- Solo una minoría de los médicos encuestados (24%) ha cursado la asignatura de Ética Médica en su periodo de formación universitaria, habiéndose preocupado más de la mitad (52,6%), posteriormente, de formarse en dicha disciplina y considerando, la gran inmensa mayoría (90,6%) que esta asignatura debe formar parte, de la formación académica del médico.

TERCERA.- La formación recibida concuerda con el nivel de conocimientos, menor en las corrientes de reflexión ética, pero importante en los principios éticos, el Código Deontológico, las declaraciones de la Comisión Central y las principales leyes reguladoras del ejercicio.

CUARTA.- De la gradación que hacen de los principios éticos, aceptados por la comunidad científica como principales, podríamos deducir que, en líneas generales, aceptan y practican una ética de corte paternalista que cabría calificar de blanda por la aceptación manifestada de los principios de justicia y autonomía. Pero esto es sólo una apariencia, pues cuando analizamos las respuestas que dan a los principales conflictos éticos que se les plantean, la percepción cambia, inclinándonos a aseverar, sin un ápice de duda, que practican una ética de la excelencia, acorde con los postulados propios de este siglo XXI.

QUINTA.- Es destacable la inquietud por una buena formación técnica y la buena relación con sus pacientes, así como la preocupación por la eutanasia y el aborto, todos ellos dentro de la línea clásica y secular de este tipo de inquietudes.

SEXTA.- Emergen nuevas preocupaciones, fruto de nuevas situaciones, como son la necesidad de sentirse respaldado jurídicamente, la inquietud por la seguridad de la historia clínica o la que genera ese concepto de reciente implantación que es la carrera profesional.

SÉPTIMA.- Ante el dilema ético de la interrupción de la vida (aborto y eutanasia), responden mayoritariamente de forma acorde con lo establecido por las leyes, las normas deontológicas y el principio moral de no maleficencia que significa la preservación de ésta.

OCTAVA.- De igual manera proceden cuando se trata de la posibilidad de generar una nueva vida, en este caso no deseada. Desde el respeto a las leyes, a las normas deontológicas y al principio de autonomía manejan la prescripción de la píldora postcoital.

NOVENA.- Practican la ética de la dedicación y el esfuerzo ante el fenómeno de la inmigración y el paciente difícil, la de la cercanía benéfica y el respeto al principio de justicia a la hora de la baja laboral, la receta de complacencia y la prescripción de E. F. G., cultivando, además, la buena relación con los compañeros de especialidad.

DÉCIMA.- Respetan el principio de autonomía de sus pacientes en asuntos tan importantes como el Consentimiento Informado y, con la lógica cautela que aconseja el principio de no maleficencia, la comunicación de diagnóstico fatal.

UNDÉCIMA.- Manifiestan su disconformidad con la enorme presión asistencial que soportan, a la vez que apuntan soluciones para paliarla. También, con una claridad meridiana, la expresan contra la administración al considerarse mal retribuidos, excesivamente presionados y poco protegidos en todos los órdenes.

DUODÉCIMA.- Consideran un factor relevante la dedicación al estudio, valoran la labor de la industria farmacéutica, sin que esto suponga influencia en la prescripción, y expresan el respeto por el secreto profesional al considerar la Historia Clínica como un elemento clave y defender la integridad y confidencialidad de los documentos que la integran.

DÉCIMOTERCERA.- Si bien, como ya establecíamos en la conclusión cuarta, al contemplar la valoración de los principios éticos aceptados como principales, todo parecía indicar que los médicos de Atención Primaria de la provincia de Toledo estaban imbuidos por una ética paternalista, acorde con la secular tradición de la medicina, hemos contemplado, en la forma de responder a los problemas éticos que el ejercicio diario plantea, que no es así.

DÉCIMOCUARTA.- Ante nosotros tenemos unos médicos modernos que, sin renunciar a la herencia legada a lo largo de los siglos por los que nos precedieron en el arte de sanar, cultivan una ética acorde con ese nuevo paradigma de la profesión que poco a poco se va dibujando e imponiendo.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

ALBARRACÍN TEULON, A., “La titulación médica en la España del Siglo XIX”, Asclepio, Volumen XXI, págs. 27-34, 1.969.

ALBARRACÍN TEULON, A., “Intrusos, charlatanes, secretistas y curanderos. Aproximación sociológica al estudio de la asistencia médica extracientífica en la España del siglo XIX”, Asclepio, Volumen XXIV, págs. 323-366, 1.972.

ÁLVAREZ-SIERRA, R. “Las órdenes religiosas en la historia de la medicina”, Asclepio, Núm. IX, págs. 13-22 (1957).

ARANA, F. y MADERO, JOSÉ I., ¿Qué es la bioética?, <http://encolombia.com/medicina/ginecologia/obstetricia52301rev-bioetica>. 2001

BACIGALUPO, L., <http://blog.pucp.edu.pe/item/2246>.

BEAUCHAMP, TOM L. y CHILDRESS, JAMES F., Principios de Ética Biomédica, Masson, 522 págs., Barcelona 2002.

CARRERAS PANCHON, A., “Las Actividades de los barberos durante los siglos XVI al XVIII”, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, Volumen XIII, págs. 20

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS MÉDICOS, Código de Ética y Deontología Médica.1999.

EL NORTE DE CASTILLA. <http://www.nortecastilla.es>

ENGELHARDT, H. TRISTRAM, Los fundamentos de la bioética, Ediciones Paidós Ibérica S.A., 545 págs., Barcelona, 1995

FARRERAS VALENTI, P. y ROZMAN, C, Medicina Interna, Editorial Marín S.A., 2 Tomos, 15ª Edición, Madrid, 2004. 5-218 (1974)

GÁLVEZ RODRÍGUEZ, E., “Problemática de la Medicina en la Baja Edad Media”, Asclepio, N°. XXX-XXXI, págs. 187-197 (1978-79).

GARCÍA BALLESTER, L. “La Cirugía en la Valencia del siglo XV. El Privilegio para diseccionar cadáveres de 1477”, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, Volumen VI, págs. 151-171, (1967).

GIRÓN IRUESTE, F., “Los médicos mozárabes y el proceso de constitución de la medicina árabe en Al-Andalus. Siglos VIII-X”, Asclepio, Núm. XXX-XXXI, págs. 209-222, (1978-1979).

GÓMEZ SANCHO, M., Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad, Aran Ediciones S.A., 661 págs., Madrid, 1998.

GONZÁLEZ BARÓN, M. y OTROS, Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con Cáncer, Editorial Médica Panamericana S.A., 1467 págs., Madrid, 1996.

GONZALEZ MORO PRATS, L., www.murciapediatrica.com.

GONZALEZ MORO PRATS, L., “La relación médico-paciente a través de la historia”, <http://www.murciapediatrica.com>

GRACIA, D. y JÚDEZ, J., Ética en la práctica clínica, 1ª Edición, Editorial Triacastela, 380 págs., Madrid, 2004.

GRACIA GUILLEN, D., “El orden médico. La Ética Médica de Thomas Percival”, Asclepio, Volumen XXXV, págs. 227-255, 1983.

GRACIA GUILLEN, D., Como arqueros al blanco. Estudios de bioética, 1ª Edición, Editorial Triacastela, 516 págs., Madrid, 2004.

GUERRA, FRANCISCO, Historia de la Medicina, 3ª Edición, Ediciones Norma-Capitel, 911 págs., Las Rozas (Madrid), 2007.

<http://www.elabe.bioetica.org/32.htm>.

<http://encolombia.com/medicina/materialdeconsulta>.

<http://es.wikipedia.org>.

<http://eticacvd.blogspot.com>.

<http://iesmurgi.org/filosofia/ética/teorías>

LAÍN ENTRALGO, P., “El silencio y la palabra del médico”, Asclepio, N^o. XIII, págs. 25-40 (1961).

LAÍN ENTRALGO, P., Historia de la Medicina, 1^a Edición, Salvat Editores S.A., 681 págs., Barcelona, 1982.

LEÓN SANZ, P., “Las consultas médicas en la España del siglo XVIII: Razones de su existencia”, Asclepio, Volumen LIV-II, págs. 61-82, 2002.

LINAGE CONDE, A., “Memoria sobre la medicina hispano-goda”, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, Núm. I, págs. 5-23, (1962).

LINAGE CONDE, A. “La enfermedad, el alimento y el sueño en algunas reglas monásticas”, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, Núm. VI, págs. 61-86 (1967).

LINAGE CONDE, A., “La enfermedad en la organización monástica visigoda”, Asclepio, Núm. XXII, págs. 203-217, (1970).

LINAGE CONDE, A., “Asistencia a enfermos en los monasterios altomedievales Hispanos”, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, Núm. X, págs. 55-85. (1971).

LINDEMAN, MARY, Medicina y Sociedad en la Europa Moderna. 1500-1800, 1^a Edición, Siglo XXI de España Editores S.A., 302 págs., Madrid, 2001.

LÓPEZ ILLANA, F., “Las Obligaciones de los médicos en la legislación española postridentina”, Asclepio, Volumen X, págs. 95-100, (1958).

LÓPEZ DE LA VIEJA, M^a T. y OTROS, Bioética. Entre la Medicina y la Ética, Ediciones Universidad de Salamanca, 234 págs., Salamanca, 2005.

LÓPEZ MARTÍN, S., Ética y Deontología Médica en la Edad Antigua y en la Edad Media, Grado de Salamanca. Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca (15-07-2008)

LYONS, ALBERT S., PETRUCCELLI, R. JOSEPH y COLABORADORES, Historia de la Medicina, Ediciones Doyma S.A., 615 págs., Barcelona, 1980.

MAINETTI, J. A., Ética Médica. Introducción Histórica, Editorial Quirón, La Plata, 1989.

MARTIN MATEO, R., Bioética y Derecho, Editorial Ariel, 189 págs. Barcelona, 1987.

MARTÍNEZ SAURA, F. La Medicina Romana (Desde la perspectiva de “De Medicina” de A. Cornelio Celso), Editado por S. K. F., 318 págs., Madrid, 1996.

MARTINEZ ESCUDERO, Mª V., “Anticoncepción de Emergencia”, Revista de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina General, Nº 14, 2005, págs. 6 y 7.

MONTOYA SÁENZ, J., <http://www.mercaba.org/DicPC/E/ética>.

MUÑOYERRO, LUIS A., Código de Deontología Médica, Ediciones Fax, 224 págs., Madrid, 1942.

MUÑOZ GARRIDO, R. “Clases de Ética Médica”, Curso 2002-2003 Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca.

MUÑOZ GARRIDO, R., “Ejercicio Legal de la Medicina en España”, Cuadernos de Historia de la Medicina Española. Monografías, Vol. VI, 158 págs. 1967.

MUÑOZ GARRIDO, R., “Empíricos sanitarios españoles de los siglos XVI y XVII” Cuadernos de Historia de la Medicina Española, Volumen VI, págs. 101-133 (1967)

MUÑOZ GARRIDO, R., “Aspecto jurídico-penal de la eutanasia”, Dilemas éticos de la medicina actual. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Javier Gafo ediciones, págs. 191-204, 1986.

MUÑOZ GARRIDO, R., “Eutanasia: Aspectos Legales”, Sal Térrea. Revista de Teología Pastoral, Separata de Julio-Agosto 2001, págs., 551.562.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, Informe Belmont, DHEW Publication No. (OS) 78-0012, 1978.

OCAMPO MARTÍNEZ, J., “La bioética y la crisis de la ética médica tradicional”, Anales Médicos de la Asociación Médica Hospitalaria, Vol. XLVI, N° 2, pág. 92-96, 2001.

PANIAGUA ARELLANO, J. A., “Cautela de los Médicos de Arnaldo de Vilanova”, Asclepio, Núm. I, págs. 367-373. (1949)

PANIAGUA ARELLANO, J. A., “Vida de Arnaldo de Vilanova”, Asclepio, Núm III, págs. 3-83. (1951).

PANIAGUA ARELLANO, J. A., “Cronología de los hechos de la vida de Arnaldo de Vilanova”, Asclepio, Núm. XI, págs. 420-432 (1959).

-PANIAGUA ARELLANO, J. A., “La obra Médica de Arnaldo de Vilanova”, Asclepio, Núm. XI, págs. 351-401 (1959)

PEIRÓ, F. Manual de Deontología Médica, Editorial Estades, 446 págs., Madrid, 1944.

PÉREZ, MARTA L., GELPI, RICARDO J., y RANCICH, ANA M., “Discriminación en la atención médica: una mirada a través de los Juramentos”, Revista médica de Chile, Vol. 131, N° VII, págs. 799-807 (2003)

PÉREZ, SUSANA G. y RANCICH, ANA M., <http://www.posgrado-fcm-unlp.com.ar/index>.

POLO BARRENA, L., Ética, hacia una versión moderna de los temas clásicos, 2ª Edición, Unión Editorial S.A., 198 págs. Madrid, 1997.

RANCICH, A. M., GELPI, R. J. y MAINETTI, J. A. “Elementos de la educación humanista en algunos juramentos médicos”, Asclepio, Núm. XL, págs. 277-286 (1998)

ROLDAN Y GUERRERO, R., “Los Orígenes del Real Protomedicato de Castilla”, Asclepio, Volumen XII, págs. 249-254, (1960).

RONCORONI, AQUILES, J., “La Ética Médica en el mundo del mercado. Fidelidad hipocrática o fidelidad a la empresa”, Revista de Medicina. Buenos Aires, Volumen 60, N° 1, 2000, págs. 82-88

SÁDABA, J. La ética contada con sencillez, Maeva Ediciones, 163 págs. Madrid 2004.

SÁNCHEZ GRANJEL, L. Historia de la Medicina Española, Sayma Ediciones y Publicaciones, 207 págs., Barcelona, 1962.

SÁNCHEZ GRANJEL, L., “El ejercicio de la medicina en la sociedad española renacentista”, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, Volumen X, págs. 13-53, (1971).

SÁNCHEZ GRANJEL, L., “Legislación Sanitaria Española del Siglo XIX”, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, Volumen XI, págs. 255-307, 1.972.

SANCHEZ GRANJEL, L., La Medicina Española Antigua y Medieval, Ediciones Universidad de Salamanca, 184 págs., Salamanca, 1981.

SÁNCHEZ GRANJEL, L., La Medicina Española Renacentista, Ediciones Universidad de Salamanca, 289 págs. Salamanca, 1980.

SÁNCHEZ GRANJEL, L., La Medicina Española del Siglo XVII, Ediciones Universidad de Salamanca, 250 págs., Salamanca, 1978.

SÁNCHEZ GRANJEL, L., La Medicina Española del siglo XVIII, Ediciones Universidad de Salamanca, 285 págs., Salamanca, 1979.

SÁNCHEZ GRANJEL, L., La Medicina Española Contemporánea, Ediciones Universidad de Salamanca, 246 págs., Salamanca, 1.986.

SÁNCHEZ TORRES, F., Temas de Ética Médica, www.encolombia.com/lm0004.htm.

SCHIPPERGES, H., “La Ética Médica en el Islam Medieval”, Asclepio, Núm. XVII, págs. 107-116, (1965).

SEIDLER, E., “Tendencias Básicas de la Medicina Bajomedieval en París”, Asclepio, Núm XVI, págs. 95-106 (1965).

SEGUÍ DÍAZ, M., “El inmigrante en la consulta del médico de cabecera”, Semergen, Vol. 31, N° 11, 2005, págs. 505-507.

SHOTT, H. y OTROS, Crónica de la Medicina, 1ª Edición, Plaza y Janés Editores S.A., 664 págs., Barcelona, 2004.

SIMON, P., “Diez mitos en torno al consentimiento informado”, Anuario del Sistema Sanitario Navarro, Nº 29, Suplemento 3, 2006, págs. 29-40.

TELLECHEA IDÍGORAS, J. I., “Médicos e Inquisición. Dictámenes sobre el Arzobispo Carranza y otros procesados de Valladolid (1.559-1.562)”, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, Volumen XII, págs. 467-483 (1973).

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE, “Apuntes de Historia de la Medicina”, <http://escuela.med.puc.cl/publ/historiamedicina/indice.html>

VARÓ PERAL, A., <http://www.nodo50.org/filosofem/IMG>

VILARDELL, M., Ser Médico. El Arte y el Oficio de Curar, 1ª Edición, Plaraforma Editorial, 166 págs., Barcelona, 2009.

VITORIA, M. “Asistencia Médica en el monasterio de san Millán de la Cogolla”, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, Núm. XIII, págs. 251-271 (1974).

WEBER, MAX., La ética protestante y el espíritu del capitalismo, Editorial Fondo de Cultura Económica, 564 págs., México 2003

ZARAGOZA RUBIRA, J. R., “La medicina de la España prehistórica”, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, Nº. XI, págs. 345-357 (1972).

ZARAGOZA RUBIRA, J. R., “La relación médico-enfermo en la obra de Séneca”, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, Nº. IX, págs. 93-98 (1970).

ZÚÑIGA CISNEROS, M. “España, la medicina religiosa y los hospitales”, Asclepio, Núm. VIII, págs.377-386 (1956).

