

## 13 artículo

Rogelio Altisent Trota [[Buscar autor en Medline](#)]  
 M<sup>a</sup> Nieves Martín Espíldora [[Buscar autor en Medline](#)]  
 M<sup>a</sup> Teresa Delgado Marroquín [[Buscar autor en Medline](#)]



### Argumentos frente al escéptico

- |  |                                    |                                   |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| <a href="#">Ver resumen y puntos clave</a> | <a href="#">Ver texto completo</a> | <a href="#">Volver al sumario</a> |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|

### Texto completo

La Bioética es un ejercicio de reflexión filosófica que intenta dar razones y explicar el porqué de una actitud, de una decisión o de un comportamiento, permitiendo el diálogo entre las diferentes escuelas filosóficas. Con todo, es frecuente escuchar comentarios y argumentos de profesionales escépticos con el desarrollo y la utilidad práctica de esta disciplina: Se está creando una nueva casta de expertos que te vienen a moralizar sobre lo que está bien y lo que está mal, mucha teoría y poca práctica, muchos problemas y pocas soluciones, nos están llenando la consulta de papeles...

Algunas cuestiones conceptuales pueden servir como argumentos frente al escéptico. Veamos las siguientes consultas.

**1. Ciertos profesionales que han ejercido apoyándose en sus disposiciones morales y en el Código Deontológico, manifiestan preocupación porque en la actualidad existen demasiadas "instrucciones éticas" y se preguntan si es verdaderamente necesaria la formación ética académica. ¿No es suficiente el sentido común para resolver los problemas éticos de la práctica diaria?**

En esta interesante apreciación parece contraponerse una aplicación práctica de la ética, basada en el sentido común, frente a un "eticismo académico" que parece saturar la bibliografía actual. La primera consideración que se puede hacer es que, efectivamente, tanta ética no sirve si no va acompañada de sentido común. Éste es indispensable para ejercitar éticamente la Medicina, ya que por muchos conocimientos científicos que se posean no hay que olvidar que se trata con personas. Ahora bien, ¿cómo se forma ese bagaje que llamamos "sentido común"? En parte se posee antes de comenzar a estudiar, a partir del conocimiento propio y de los demás, y en parte es adquirido a través de la experiencia profesional, especialmente si sabemos sacar provecho de ella.

El consultante hace referencia a la resolución de dudas éticas acudiendo a su propia conciencia y disposiciones morales. Precisamente aquí está el punto de contacto con la Ética médica o Bioética, entendida como una disciplina enfocada a la práctica. Para actuar correctamente en Medicina hay que partir de una actitud o disposición que no siempre poseen los médicos o estudiantes, sino que se puede suscitar y desarrollar mediante la formación ética. Hace algunos años existían unas bases morales asumidas de forma más o menos tácita, tanto a nivel familiar como social. Había unos valores de referencia que permitían diferenciar -de una manera más clara que en la actualidad- las actuaciones correctas de las que no lo eran. El debilitamiento de estos principios y la evolución social hacia una pluralidad de valores vigentes hace necesario poner de relieve, por una parte, los fundamentos éticos que deben estar en el origen de la actuación médica y, por otra, el indispensable respeto a la autonomía del paciente, dentro de los límites que establece la conciencia del profesional. La existencia del pluralismo no significa que todos los pareceres respecto a cuestiones éticas sean igualmente respetables; es preciso razonar las opiniones y aquí aparece el interés de la formación ética.

Respecto a los códigos de conducta vigentes en el ejercicio de la profesión médica, es cierto que seguimos contando con el Código Deontológico que, además, se va renovando con el paso de los años. Pero este código no se contraponen a la Ética médica, sino que es complementario: no abarca la amplia perspectiva bioética sino, más bien, señala los límites que no se deben traspasar en el ejercicio de la medicina y recomienda la forma de actuar en algunas situaciones difíciles. Por otra parte es desconocido por muchos médicos, bien sea por distracción o quizás por rechazo a su carácter "oficial". Asimismo se menciona

### bibliografía

- Sánchez González MA. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. Barcelona: Masson, 1998.
- Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, Kinnersley P, Elwyn G, Resnicow K. Consultations about changing behaviour. *BMJ* 2005;331;961-963.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care. New York, Oxford University Press, 1988.
- Pérez Carceles MD, Pereñíguez Barranco JE, Pérez Flores D, Osuna Carrillo de Albornoz E, Luna Maldonado A. Actitudes de los médicos de familia hacia los derechos de los pacientes. *Aten Primaria*. 2007;39(1):23-8.
- Martín-Espíldora N, Delgado-Marroquín MT. Entre el respeto a la autonomía y la protección de terceros. *FMC*. 2006;13(1):21-3.

[Ver más](#)

### enlaces

No hay enlaces de interés

número actual	números anteriores
contactar	rceap en pda
alertas	sobre la revista

el Código Hipocrático, que no está olvidado sino que, precisamente, está en la base de la bioética actual tanto de origen europeo como norteamericano (principio de no-maleficencia).

En cuanto a la conciencia, sigue siendo insustituible para formular juicios éticos, pero no hay que olvidar que debe estar bien formada; en este punto ensambla con el estudio de la ética, que ayuda a desarrollar el razonamiento moral. Precisamente uno de los motivos que lleva a los profesionales al aprendizaje de la bioética es la posibilidad de realizar una reflexión personal sobre estos temas, una vez que han fomentado actitudes de interés hacia los problemas éticos.

El sentido común puede servir para resolver muchas de las situaciones que se presentan en la práctica cotidiana, pero hay ocasiones en que nos encontramos frente a problemas éticos más complejos, desde los derivados del aumento de conocimientos y avances tecnológicos a la distribución de recursos sanitarios, que dieron lugar al nacimiento de los Comités institucionales de Ética. También aparecen nuevas cuestiones en torno a la relación médico-paciente (que sigue siendo el núcleo de la actividad médica), como los dilemas de confidencialidad relacionados con positividad VIH. En estos casos es útil conocer una metodología que permita afrontar estos conflictos con cierta sistemática y, si es posible, ejercitarse en su resolución. Es cierto que ningún método puede compensar la falta de madurez moral de un médico o sus fallos de carácter, y buena parte de la Ética médica actual destaca la importancia del profesional (talante, cualidades) como persona, no sólo sus conocimientos éticos, pero las decisiones morales no deben tomarse de forma irreflexiva. En ocasiones se llama intuición al razonamiento rápido que es fruto del conocimiento y la reflexión previa; éstos son necesarios para evitar los errores más graves en la toma de decisiones éticas, aunque no garanticen el acierto de la elección.

No obstante el sentido común sigue siendo necesario, además de lo ya mencionado, para discernir entre las numerosas publicaciones sobre ética aquello que pueda servir para mejorar nuestra práctica diaria, que es el verdadero objetivo de la Ética.

## **2. ¿Por qué se asegura con tanta rotundidad que, éticamente hablando, el modelo de relación médico-paciente paternalista está obsoleto? ¿No sería el método más directo y efectivo de relacionarse con los pacientes fuera de modas vanguardistas? ¿No depende su elección de la cultura de los pacientes que debemos atender?**

El paternalismo es a la relación clínica lo que en su día fue el despotismo ilustrado a la sociedad y la política: todo para el pueblo pero sin el pueblo, traducible en medicina como todo por el bien del paciente pero sin el paciente. Probablemente la atención sanitaria es el último bastión en el que se ha mantenido como modelo óptimo de relación una de tipo vertical semejante a la relación padre-hijo, esperando obediencia, confianza y gratitud por parte del paciente; autoridad y cumplimiento de sus deberes profesionales por parte del profesional. El profesor Miguel Ángel Sánchez define el paternalismo como "la búsqueda del bien de otra persona desde un nivel de preeminencia que permite prescindir de la opinión de esa otra persona"<sup>1</sup>.

La máxima del modelo de relación clínica hasta el siglo XX ha sido "hacer el bien y evitar el mal", si fuera necesario prescindiendo del paciente. La vigencia ética de esta máxima se mantiene en la actualidad, sustentada por los principios de beneficencia y no-maleficencia, pero sobre la base de una relación clínica de tipo horizontal en la que se potencia la autonomía del paciente para tomar decisiones responsables y ejercer sus derechos, esperando del profesional competencia y respeto a la autonomía del paciente, además de recordar unos y otros los deberes de justicia. Frente a expresiones clásicas y duras como la de Galeno "es necesario que el enfermo obedezca al médico y que no sea indulgente con su propia voluntad", o más modernas y moderadas, como el lema de Sir Thomas Percival "condescendencia con autoridad", hoy se cita a John Stuart Mill, que en 1859 afirmaba "la única finalidad que justifica el ejercicio del poder sobre cualquier miembro de la comunidad civilizada contra su voluntad, es evitar el daño a otros. Su propio bien, ya sea físico o moral, no es justificación suficiente..." Como ejemplo del influjo de esta corriente de pensamiento en la esfera médica, nuestro Código de Ética y Deontología Médica permite (que no obliga) quebrantar el deber de secreto, uno de los derechos de los pacientes derivados del respeto a su dignidad personal, para "evitar un perjuicio" y no ya para "promover un bien". Esta última expresión sería más tradicional y acorde con el clásico actuar en beneficio del paciente.

Nadie niega hoy que todos los pacientes deben participar, en la medida de su capacidad, en la toma de decisiones médicas que les conciernen. Deben poder decidir de acuerdo con sus propios valores y prioridades, que pueden o no coincidir con los de los profesionales sanitarios que los atienden. La doctrina del consentimiento informado (recogida en normativa legal y en todos los Códigos Deontológico de la esfera sanitaria) y las declaraciones de derechos de los enfermos son expresiones de esta nueva mentalidad, que va más allá de modas o corrientes vanguardistas y constituye el reflejo de una relación clínica más madura y acorde a la etapa histórica y las consideraciones éticas actuales. Las dificultades surgen en la práctica cuando no quedan claros (a veces ni para el propio paciente) cuáles son esos valores y prioridades, siendo la salida más rápida la delegación

de responsabilidades en el profesional al que también compete la decisión. Por otra parte, la aplicación a ultranza del respeto a la autonomía del paciente se ha interpretado en ocasiones bajo una perspectiva de relación de tipo mercantil, en la que el paciente-cliente tiene todos los derechos y decide, de hecho, lo que se le hace o deja de hacerse, y el profesional pasa a ser un simple técnico competente que informa y acata las decisiones de su cliente (que es el que paga, o por lo que le pagan). De ser la "voz cantante" pasa a tener voz pero no voto (aunque sí responsabilidad) en la decisión, y a veces, en los resultados de ésta. Este "autonomismo duro" es el que sí está en tela de juicio y parece más una corriente en decadencia que una etapa en la maduración de la relación clínica. Y es que, en el ejercicio de la medicina, junto al respeto por los valores, y derechos de los pacientes, el médico sigue teniendo entre los deberes propios de su profesión, el de procurar el mayor beneficio y, ante todo, evitar un perjuicio a sus pacientes, al tiempo que considera los derechos de terceros y de la sociedad en su conjunto. Ya no se trata de procurar el mayor bien para el paciente, aún contando con los intereses y deseos del paciente, superando el modelo paternalista, sino de buscar el equilibrio ponderado entre los cuatro grandes principios de la bioética: no-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

### **3. "¿No hemos pasado del paternalismo al autonomismo en la relación clínica?, ¿para qué me sirven tantas consideraciones bioéticas si a la postre mi actuación consiste en informar, acatar la decisión que tome el paciente o su familia, de darse el caso, y actuar con competencia técnica?"**

Desde sus inicios, los médicos han desarrollado preocupación por los aspectos éticos de su profesión, pero no es hasta épocas recientes cuando se plantea en la relación clínica ofrecer una mejor información que tenga en cuenta las características de los nuevos pacientes y de la medicina actual.

¿En qué consisten estos nuevos rasgos?

1. Reconocimiento, a nivel general, de la autonomía de las personas como un derecho fundamental.
2. Mejor formación cultural en la población (y también pseudocultura médica, con posibilidad de acceso a publicaciones recientes a través de las nuevas tecnologías).
3. Consideración de la relación clínica (en algunos casos) como un contrato de servicios con exigencia de resultados.
4. Mayor posibilidad de reclamaciones legales por aparición de complicaciones, cuando el paciente no haya participado en la toma de decisiones.

Estas características pueden llegar a inquietar a buenos profesionales, con cualidades e interés por sus pacientes, que se plantean la idea expresada en el enunciado. A continuación se desglosa la pregunta **"¿Para qué me sirven tantas consideraciones bioéticas?"** tratando de contestar a cada una de sus partes:

1. **"Si a la postre mi actuación consiste en informar"**: La información es uno de los elementos clave en la relación médico-paciente, pues de cómo se haga depende en gran parte la elección que realice el paciente, la aceptación de consejos sobre estilos de vida, el cumplimiento terapéutico, etc. En muchas ocasiones se acude a la consulta con prejuicios (derivados de informaciones previas, no profesionales) que se reflejan en frases como: *Me han dicho.... He oído... He leído en Internet... Pues a un amigo mío le ha pasado...* Si el médico no se empeña a fondo en aclarar los aspectos erróneos, es muy posible que el paciente haga una opción que no sea la mejor en su caso. Además, el profesional debe suministrar la información sin manipular lo que dice (contenido), ni ejercer coerción sobre la otra persona con el modo de informarle (forma). Esto no significa que el médico deje de intentar persuadir al paciente de lo que considera beneficioso, para lo que precisa tener en cuenta elementos éticos y manejar técnicas de entrevista clínica. En este sentido se encuentran ejemplos de distintas maneras de proporcionar información para convencer al paciente de lo que el profesional piensa (*estilo directivo*) o intentar que llegue a esa conclusión por sí mismo (*estilo guía*)<sup>2</sup>
2. **"Acatar la decisión que tome el paciente"**: La presentación del paciente como *usuario de servicios* puede llevar a considerar la relación entre el médico y el paciente de forma legalista, con un carácter contractual que tiende a favorecer la protección jurídica del médico mediante la obtención de pruebas documentales (falseando el verdadero espíritu del consentimiento informado). El verdadero respeto a la autonomía de las personas arraiga también en el principio de beneficencia, que lleva al profesional a buscar lo mejor para su paciente dentro de una relación de confianza en la que es esencial el respeto mutuo. La verdadera beneficencia –tal y como es explicada por Pellegrino y Thomasma<sup>3</sup>– implica el reconocimiento del derecho moral que tiene el paciente como ser humano a decidir lo que es mejor para sus intereses.

Esta idea se ve reflejada en un reciente estudio encaminado a conocer las actitudes de los médicos de familia hacia los derechos del paciente y las variables

socioprofesionales que pueden influir en ellas, se concluye que la valoración global de la importancia que conceden los médicos de familia a los derechos de los pacientes es muy alta. Se observa que los profesionales que conocían y valoraban los derechos de los pacientes, estaban más satisfechos con su trabajo y tenían índices inferiores en las escalas de valoración del *burnout*<sup>4</sup>.

Esto no quiere decir que haya que "acatar" de manera absoluta las decisiones del paciente, ya que si parecen claramente perjudiciales (por ejemplo, rechazo de un tratamiento con escasos riesgos y alto beneficio), el médico tratará de persuadirle como se ha comentado en el punto anterior.

Por otra parte, en ocasiones se produce un desacuerdo entre las convicciones del médico y las de su paciente. Si no se resuelve el conflicto, el respeto debido al paciente no consiste en que el profesional deba ceder en lo que considera importante, sino en no juzgar al paciente y ofrecerle vías alternativas. En algunos casos se romperá la relación clínica, pero no tiene por qué ser así en todos.

3. **"O su familia, de darse el caso"**: ¿Y cuando se da el caso? Pues, precisamente, en muchas ocasiones el médico de familia es quien debe dilucidarlo, porque hay bastantes casos dudosos, como se comenta en otro apartado. Además, si el resto de familiares tiene el mismo médico que el paciente, se plantean en la consulta situaciones de difícil resolución, para las que hace falta tener referencias éticas claras<sup>5</sup>.
4. **"Y actuar con competencia técnica"**: *And last, but not least*, puesto que el primer deber ético de un médico es procurar mantener su formación actualizada y trabajar con competencia técnica. Al fin y al cabo, el interés de los médicos por la Ética se debe fundamentalmente a que les ayuda a trabajar bien. Esto no sería posible si el ejercicio profesional al que se aplican las consideraciones éticas fuera descuidado y arcaico.

