



ISSN: 1697-090X

[Inicio Home](#)[Índice del volumen](#)
[Volume index](#)[Comité Editorial](#)
[Editorial Board](#)[Comité Científico](#)
[Scientific Committee](#)[Normas para los](#)
[autores Instruction to](#)
[Authors](#)[Derechos de autor](#)
[Copyright](#)[Contacto/Contact:](#)

LA ÉTICA CLÍNICA: BASE DE LA EFICAZ ACTUACIÓN MÉDICA

Juan Llor Baños, MD.
Medicina Interna. Valladolid. España

Email: juan.llor.b@gmail.com

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2019;2:37-52.

[Comentario de la revisora Prof. Socorro Fernández García PhD.](#) Directora del Área de Filosofía del Departamento de Derecho Público de la Universidad de Burgos. España

[Comentario de la revisora Dra. María Jesús Coma MD, PhD](#) Facultativa emérita en la Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Burgos. Burgos, España.

RESUMEN

La relación del médico con el enfermo está cargada de unas características especiales que revisten gran riqueza de contenido y que se interrelacionan por ambas partes. Así, es imprescindible que el médico al que el paciente, afectado por un estado de vulnerabilidad, deposita su confianza, sea acreedor de un nivel profesional fuera de toda duda. De ahí la importancia de la formación continuada en el facultativo.

Desde los primeros pasos de la relación medico-paciente se debe poner de manifiesto la calidad de dicha relación, en donde el enfermo es coprotagonista una vez que es estudiado adecuadamente. La actitud del facultativo frente al paciente debe estar exenta de connotaciones que a priori, puedan distorsionar o afectar su grado de dedicación. Una vez establecida esa relación el médico debe involucrarse en la atención que demanda el estado de carencia del paciente, tanto desde el punto de vista biológico como personal, prestando un servicio de calidad a toda la persona del enfermo.

La actuación médica no puede ser a demanda de situaciones que son presentadas al margen de un estado de enfermedad, como podría ser la prescripción de contraceptivos que, además, suponen un riesgo añadido por sus efectos secundarios relevantes para la integridad terceros, como es el caso de provocación de abortos. Evidentemente la relación médico-paciente no está fuera de la posibilidad de que se cometan errores, que conocidos y asumidos, son fuente de riqueza tanto en la calidad de relación entre el

médico y el enfermo, como en la formación propia de los facultativos. A todo ello siempre se debe cuidar, en beneficio del paciente, la correcta relación entre los colegas y con el equipo de enfermería.

PALABRAS CLAVE: ética clínica, relación médico paciente, formación continuada, calidad de vida, prescripción contraceptivos, error médico, relación entre facultativos, relación médico-enfermera.

ABSTRACT:

The doctor's relationship with the sick person is fraught with special characteristics that are rich in content and interrelated on both sides. Thus, it is essential that the doctor to whom the patient, affected by a state of vulnerability, deposits his trust, is a creditor of a professional level beyond doubt. Hence the importance of continuing training in the faculty.

From the first steps of the medical-patient relationship it should be highlighted the quality of this relationship, where the patient is a co-star once it is properly studied. The attitude of the practitioner to the patient should be free of connotations that a priori, may distort or affect their degree of dedication. Once this relationship is established, the doctor must be involved in the care that demands the patient's state of absence, both biologically and personally, providing a quality service to the whole person of the patient.

Medical action cannot be demanded for situations that are presented outside of a state of illness, such as the prescription of contraceptives that, in addition, pose an added risk due to their side effects relevant to third-party integrity, such as the case of causing abortions. Obviously the doctor-patient relationship is not beyond the possibility of errors, which are known and assumed, are a source of wealth both in the quality of the relationship between the doctor and the sick, and in the proper training of the doctors. All of this should always be taken care of, for the benefit of the patient, the correct relationship between colleagues and with the nursing team.

KEY WORDS: clinical ethics, patient medical relationship, continuing training, quality of life, prescription contraceptives, medical error, relationship between doctors, medical-nurse relationship.

INTRODUCCIÓN

La ética clínica es connatural al ejercicio de la medicina en cualquiera de los actos que ésta realice. El médico no puede dejar de reflejar en su comportamiento profesional unas acciones que inevitablemente se ajustarán siempre, en mayor o menor medida, a una valoración ética.

Por lo tanto, el médico tiene que cobrar conciencia de que cada paso de su actuación

profesional está irremisiblemente ligado a un valor ético, tanto frente al paciente, al resto del equipo sanitario, como a su ineludible responsabilidad social. No puede haber actuación médica sin una correlación de valor ético.

El lugar privilegiado para reflejar la genuina ética clínica es la que se da en una consulta o en la planta de hospital, a pie de enfermo, por quien hace del ejercicio de la medicina una actividad responsable¹.

A su vez, para que el ejercicio de la medicina sea verdaderamente responsable tiene que estar cimentado en el estudio con una puesta al día a través de un programa de formación continuada. Sin esa base se hace imposible ejercer la medicina con corrección ética². Además, esa formación se nutre también de la experiencia, y se enriquece con una constante autocrítica de su actividad diaria. El médico tiene la obligación de aprender de los inevitables errores que comete y de los que es responsable. Ciertamente, los errores, de naturaleza muy distinta a la imprudencia, en contra de lo inconvenientes que a primera vista pueden parecer, son una fuente imprescindible para aprender y progresar en la praxis médica. El error reconocido y rectificado es garantía de calidad médica³.

Esencialmente la actuación médica debe acudir y atender el estado de vulnerabilidad que le presenta el enfermo, proporcionando al paciente la opción más eficaz después de un estudio serio de su caso clínico. En esa actuación se generan los elementos que configuran el proceder de valor ético en la clínica.

Vamos a intentar exponer de forma esquemática los distintos campos de la actuación médica, en donde la ética clínica debe iluminar con intensidad su quehacer. Sin esa luz que proporciona la ética, el trabajo clínico carecerá de la visión apropiada que se precisa para que el quehacer profesional del facultativo sea correcto.

La obligación de la formación médica actualizada.

No es casualidad que se haya elegido este primer apartado para este trabajo. Puede venir bien aquí la referencia a un antiguo anuncio de la compañía de aviación Iberia, que decía de sí misma: "Donde sólo el avión recibe más atenciones que usted", y ciertamente, salvando todas las diferencias, si un médico tiene que estar poseído de un especial interés, se podría decir que ese es el de no cejar por estar lo suficientemente formado y actualizado, sin darse nunca por satisfecho, para garantizar un servicio de calidad al enfermo.

Esa formación abarca esencialmente dos vertientes, la formación científica y el complemento imprescindible de la formación humanitaria, ya que la asistencia médica está esencialmente orientada a servir a personas en su constitución completa, no solo física, con su distinta y enorme variedad de caracteres.

En ese sentido, no es aceptable caer en los extremos. Un extremo, sería mantener que la medicina debe saber utilizar más la palabra que los fármacos, según expresión de la Organización Mundial de la Salud⁴, ya que ello arrastraría insensiblemente al médico a una labor más de compañerismo con el enfermo que puede degenerar en un cierto trato campechano. El otro extremo, sería el cientificismo, que se centra casi exclusivamente en las alteraciones biológicas que aporta el paciente. El trabajo del médico si quiere ser realista debe incluir necesariamente la ciencia y la conciencia: su ejercicio se mueve en

esa ambivalencia de vocación humanitaria y competencia científica. Ambas facetas de formación, la científica y la humanitaria, tienen que hacerse presente en su trabajo cotidiano⁵.

El médico precisa fomentar una constante curiosidad que le lleva a estar al día en el área que normalmente se mueve dentro de la medicina. No por un afán de novedad, sino por mantener el interés de prestar el mejor beneficio al enfermo. Si faltase ese interés, sería razonable sospechar que no es la medicina el oficio que realmente debe seguir ejerciendo. Pues, no es otro el interés principal que busca el enfermo cuando deposita su confianza en el médico, es una esperanza esencialmente basada en que el médico le aportará sus conocimientos para procurarle la mejor solución a su estado de debilidad.

Otro de los frutos eficaces que produce el interés por la formación continuada, es que viene a suponer un importante y efectivo ahorro de energías. En primer lugar, en beneficio del enfermo, y también en beneficio del hospital o institución sanitaria para la que se trabaja. Un médico bien formado es una garantía de acierto, y es sinónimo de especial eficacia, que viene reflejado de forma práctica por la optimización de las pruebas diagnósticas que se solicitan, y por el tratamiento actualizado más adecuado.

La mejor medicina, la de mayor nivel de formación entre los facultativos, es la medicina a la vez más eficaz y también la más económica. Es otro dato más para subrayar la importancia que merece la calidad de la formación médica, e invertir en esa formación, sabiendo que redundará con creces en ganancia a todos los niveles. La Medicina, basada y entendida desde el mejor conocimiento que se pueda llegar a adquirir es un servicio costoso, pero es formidablemente eficaz.

Por otra parte, esa conciencia de la importancia de la formación continuada siempre ha estado presente en la historia de la medicina. Ya aparece en el Juramento de Hipócrates, que lo expresaba con estas palabras: "Haré cuanto sepa y pueda en beneficio de mis pacientes". En la actualidad, el Código Internacional de Ética médica, establece que "El médico debe a su paciente... todos los recursos de su ciencia".

El médico tiene el deber de mantener una sana inconformidad por ganar en su específica formación, rechazando un tono de aburguesamiento que sería letal en su ejercicio profesional. Por eso, no es sólo muy razonable, sino que constituye un deber el interés por acudir, con participación activa, regularmente a las sesiones clínicas que a tal efecto se programen, contribuyendo así de forma práctica a mantener un nivel de exigente calidad profesional y ética en relación con los demás colegas y con los enfermos.

En resumen, el ejercicio de la formación continuada consigue algo fundamental, y es que los conocimientos adquiridos deben mantener un nivel aceptable y eficaz, incentivados por una saludable actitud crítica.

El enfoque personal del enfermo en la clínica

Cuando el médico, establece una relación con el paciente es consciente que desde el primer momento está siendo protagonista de una relación de naturaleza especial. Ahí la iniciativa siempre es del enfermo, que la inicia con su acto de confianza, al mostrar junto a su estado de debilidad, la esperanza de encontrar una solución, al menos, parcial. Desde el instante en que el enfermo deposita su confianza en el médico, es el médico

quien se debe sentir interpelado y obligado a prestar su disposición activa para afrontar la resolución de la deficiencia orgánica y/o mental que le presenta el paciente. Desde esos momentos iniciales está en juego la calidad de dicha relación médico-paciente, su nivel de responsabilidad y, por tanto, su valoración ética⁶.

El médico y el enfermo establecen un pacto tácito de respeto mutuo que debe ser cuidado y protegido con la mayor delicadeza por ambas partes. El médico no es el protagonista de dicha relación. Es una relación entre dos personas, donde la dignidad de una y otra tiene que ser respetada. Así, el enfermo, excepto en situaciones de urgencia vital, tiene derecho a conocer todos los pormenores y características de su estado de debilidad, y decidir, tras ser aconsejado oportunamente, si acepta los pasos que se vayan a dar de cara a la resolución.

El respeto por el paciente, no le impide al médico una necesaria actitud de distanciamiento y frialdad, en beneficio del propio paciente, con el fin de obtener todos los datos objetivos posibles que puedan haber influido en su enfermedad, bien sea en el curso del interrogatorio de la anamnesis, en la exploración, en la petición de pruebas analíticas y de imagen, o bien sea en la prescripción del tratamiento. En ese plano de la relación médico-paciente, es muy recomendable que en beneficio del propio paciente, éste se sienta un mero elemento de estudio⁷.

Si bien es cierto que en el trabajo clínico el enfermo tiene que pasar por la etapa de ser considerado un mero elemento de estudio, eso no es óbice para que en todo momento de ese trabajo clínico el enfermo también perciba que el médico actúa sin el afán ver en dónde le encaja dentro de una tabla de enfermedades a la que le ha llevado la recogida de datos biológicos.

Los datos que proporciona y se van obteniendo del paciente son los datos de una persona que, en su debilidad, exige que se le trate como persona única, con sus circunstancias y con todas sus consecuencias derivadas. Es decir, esos datos obtenidos fríos y asépticamente, siempre suponen que el paciente tiene derecho a saber por qué se solicitan y, según los resultados que se van conociendo qué probabilidades abren, para ser también responsable de las decisiones que se puedan adoptar. Los datos que presta el paciente no pueden ser considerados como si estuviese formando parte de una cadena de producción estandarizada.

El médico padecería ceguera si sólo viese en el enfermo un organismo biológicamente alterado al que, como instrumento estropeado, hay que procurar un arreglo, al menos parcial. Esa visión empobrece la calidad de la relación médico-paciente. El paciente esencialmente busca que el médico siempre le considere persona sufriente, mermado de capacidad física-psíquica.

El enfermo realmente obliga al médico a tener una visión que trascienda el plano meramente biológico.

En un momento donde la ciencia médica está muy tecnificada, es fácil dejarse llevar por la visión del "caso interesante". Alrededor del caso "interesante", la mayoría de las veces de forma inconsciente, es fácil que giren particulares intereses profesionales que se proyectan en sesiones clínicas, en la publicación de trabajos, en sesiones bibliográficas, etc., que abocan en una progresiva y silente despersonalización de los actos médicos frente a los pacientes, y que se reflejan en cantidad de pequeños hábitos muy

significativos ya asumidos y frecuentes, como sustituir sus nombres por el número de habitación que ocupan, o bien conocerlos por el diagnóstico que tienen ("el del infarto", "el de la peritonitis", "la del ictus, etc).

Ese aire empobrecido que gira alrededor de la visión tecnificada, también acaba embruteciendo al médico, ya que sus intereses y decisiones miran, sobre todo, al beneficio profesional particular, y secundariamente al enfermo, al que dedica un quehacer de tipo rutinario, más molesto que gratificante.

La percepción, más o menos adecuada, que el médico posee del paciente se refleja, también, en cómo se atienden y se asumen los errores que inevitablemente ocurren en el trabajo clínico. Si el error ocurre en un ambiente en donde la persona del enfermo es tratada de forma preferencial y no se le contempla como caso técnico a solucionar, ese error asumido por el médico con la sincera intención de subsanarlo, siempre tendrá una connotación positiva, ya que el enfermo experimentará, de forma práctica, que hay un trato leal de parte del médico, sin ocultamientos, y con una actitud de fondo que le garantiza la rectificación. Pero si ese error ocurre en un ambiente en donde impera la tecnificación de la persona, es fácil que se produzca la ocultación del error, y una vez que lo perciba el enfermo lo verá como falta de sinceridad y consideración hacia él, lesionando seriamente la relación con el médico, y a partir de ahí, es muy fácil que, decepcionado, el caso llegue a los tribunales para exigir responsabilidades⁸.

Valoración de la debilidad del enfermo

La debilidad del paciente, su estado vulnerable, es precisamente el nexo esencial que une la relación del médico con el paciente.

La actividad asistencial tiene asegurado el éxito si el médico garantiza en todo momento el respeto que merece el enfermo, independientemente del trascurso y resolución del caso clínico. A veces, ese supuesto elemental y asumible por todos, está sometido a fuertes tensiones que, por su fuerza, pueden distorsionar la visión correcta que debe poseer el médico, por ejemplo, si se dejar influir por una actuación principalmente regida por la subjetividad que se esconde muchas veces bajo el concepto de la "calidad de vida" del paciente.

No es razonable que el acto médico gire esencialmente en torno a lo que puede beneficiar o ir en detrimento de la "calidad de vida" de los pacientes, pues existe el riesgo de colocarse fuera de la realidad y de la verdadera razón de la relación médico-paciente, con detrimento tanto para el enfermo, como para el médico. El término "calidad de vida" es tremendamente subjetivo⁹. Depende del nivel de concepción personal que cada uno tenga de ella, del estamento social en que se viva, del grado de formación obtenida, etc. Ese concepto de "calidad de vida", puede ocasionar un desenfoque en la actitud del médico frente a la enfermedad del paciente, que le haga, por ejemplo, mermar su atención al enfermo influenciado por la previa catalogación hecha de su nivel de "calidad de vida". Está claro que la atención del médico no debe ser condicionada básicamente "a priori" por el nivel de "calidad de vida" que se ha prefijado en el paciente, si no se quiere pagar el precio de comprometer el nivel profesional del médico, arrastrado, de esa forma, por olvidos, inatenciones, enfoques superficiales carentes del nivel exigido¹⁰.

Además, si el médico se conduce de forma ordinaria y preferencial por sólo mantener la "calidad de vida" del paciente, es muy fácil que caiga en mala praxis clínica. Por ejemplo, en el caso de un enfermo pre terminal se determine que tiene que optarse sólo con mantener una "actitud confort", es decir, no interferir en la evolución más que para aliviar síntomas, y si esa concepción es fija e inamovible, sin dar cabida a considerar la evolución del paciente, se puede caer en el riesgo de una imprudente inadvertencia ciega a valorar adecuadamente una posible evolución favorable, que reclamaría actualizar los controles de acuerdo con el nuevo perfil sintomático del enfermo para confirmar y acompañar ese cambio de evolución. Así, dejarse llevar, sin más, por el concepto de la "calidad de vida", dando cabida a criterios fijos e inamovibles como son las llamadas "actitudes confort" que favorecen conducirse por una asistencia clínica ya prefijadas sin más, de por sí reflejan una peligrosa y manifiesta pobreza en la calidad profesional del médico o del equipo médico.

En definitiva, prestar atención continua al enfermo enriquece la calidad profesional del médico, y ese incremento de calidad profesional que le facilita el enfermo al médico es directamente proporcional al grado de debilidad que posee el enfermo. Un mayor grado de vulnerabilidad en el enfermo exige al médico actuar con mayor nivel profesional. Ser consciente del respeto que merece el paciente da el nivel profesional del médico.

El tratamiento debido al paciente y ética médica

En este tema subyacen aspectos muy interesantes en la relación médico-paciente. Pensemos, por ejemplo, en una sintomatología tan habitual como el dolor y el tratamiento que éste requiere. El dolor es el causante de un gran porcentaje de alteraciones en los pacientes, y estadísticamente incrementa su frecuencia e intensidad de forma exponencial conforme avanza la edad.

Hoy en día no se puede concebir que un enfermo mantenga un estado de dolor sin un tratamiento lo suficientemente eficaz. La escala analgésica debe ser dominio de todo facultativo para aplicarla según las características y sintomatología del paciente.

Pero de la mano de la sintomatología del dolor y su atención se abre un abanico de otras cuestiones notables en clínica y, por lo tanto en ética, también importantes junto a la atención que se le debe al dolor, como es que el dolor incida en un enfermo con demencia, o con una expectativa de vida acortada.

Merece la pena considerar, por ejemplo, que un enfermo terminal puede evolucionar a ese estado desde la cronicidad, o desde un corto espacio de tiempo. El que se haya precipitado la evolución de forma rápida hacia la irreversibilidad no justifica que descienda el grado de atención a ese paciente, ya que la dignidad del paciente no está sujeta a variación sintomática. El quedar solo bajo un ajuste de tratamiento analgésico por la precipitación de una evolución clínica tórpida no es sinónimo de reducción de la debida y completa atención clínica.

Cada enfermo tiene derecho a percibir que recibe un trato particular por parte de su médico, aunque su tratamiento o su atención esté muy protocolizada. En realidad, la forma de expresar el dolor es muy personal y no es el mismo en cada paciente, en uno puede tener más contenido de ansiedad, en otro presentar una cadencia distinta, etc. Así, el dolor se puede manifestar envuelto en variadas expresiones, tantas como distintas son

las personalidades de los pacientes, y todas reclaman, de cara a la eficacia, una específica forma de ser tratada.

Cada paciente posee unos rasgos específicos que hay que tener en cuenta si se quiere ser eficaz en su evolución y tratamiento. Un ejemplo muy claro lo proporciona la enfermedad alcohólica. La historia clínica del enfermo alcohólico es distinta en cada uno, y exige distinta orientación y tratamiento. Aunque el efecto de la ingesta abusiva del alcohol tenga una organicidad similar y paralela en cada enfermo, si se quiere conducir y tratar adecuadamente al enfermo de esa patología, no se debe aplicar la interpretación clínica común de la enfermedad alcohólica. En la enfermedad alcohólica cobra especial relieve la verdad de que no existen enfermedades sino pacientes. Cada paciente siempre es particular, aunque comparta muchos datos comunes respecto al mismo tipo de enfermedad, y exigirá una adaptación médica precisa y distinta.

En definitiva, la enfermedad en cada paciente constituye un desafío para el médico, que le empuja a procurar una esmerada formación, y saber adaptarla a cada enfermo particular. Sin olvidar el componente prevención de la enfermedad en curso, que le llevará a alertar al enfermo de posibles complicaciones añadidas. Un buen número de enfermedades, incluso contando con un grado de componente genético, se pueden prevenir en mayor o menor medida. No tener en cuenta ese factor de prevención es, desde el punto de vista médico, cuando menos imprudente.

La conducta profesional del médico, no puede ser puramente aséptica. Debe saber explicar al enfermo, y a sus familiares si es al caso, todas las implicaciones humanas que supone el padecer dicha enfermedad y en concreto en dicha persona, sin quedarse satisfecho con una explicación puramente técnica, ya que el enfermo contempla su enfermedad como algo que complica su "modus vivendi", y le supone un freno que le limita su campo de acción. Por eso, el médico debe ser para él algo más que un buen profesional de perfil esencialmente técnico. Todo enfermo siempre guarda para sí tres preguntas, que puede explicitarlas o no, pero que siempre busca con interés sus respuestas: ¿qué me ocurre?, ¿qué solución tengo?, y ¿qué sentido tiene que me ocurra? Las dos primeras buscan una resolución técnica, la tercera busca sin duda una respuesta que nunca es técnica sino humana.

Es importante que el médico vaya haciendo considerar al paciente que la enfermedad forma parte de su persona, y que no es un mero accidente externo del que uno se puede deshacer fácilmente. La enfermedad siempre interroga el fondo de la persona, y esa respuesta personal puede provocar una actitud de rechazo, cosa lógica, sobretodo al principio, o provocar una actitud de aceptación. En ese momento la actuación del médico es crucial para que el enfermo se enfrente a la realidad, ayudándole a considerar que existen ciertamente aspectos negativos, pero también puntos positivos de esperanza, aunque sean mínimos. En todo mal pronóstico siempre hay lugar para abrigar una cierta esperanza que si no surge de lo biológicamente previsible, al menos puede surgir de considerar que su dignidad como persona, y como persona enferma, no está en absoluto arruinada por la enfermedad.

No se puede soslayar la tarea del médico frente a los familiares del enfermo, ya que si éstos, en cierta medida, logran asumir la enfermedad, se convierten automáticamente en agentes importantes que influyen positivamente en la relación médico-paciente a través de la cooperación, facilitación, y ayuda de cara a la evolución del enfermo.

El médico debe involucrarse especialmente cuando hay que resolver situaciones límite que presenta la enfermedad. No es fácil conducir una enfermedad terminal. Ahí, tras el esfuerzo baldío por buscar el mejor tratamiento curativo, hay que rendirse a la evidencia que sólo cabe unos depurados cuidados médicos o cuidados paliativos, que deben tener el mismo nivel profesional que si fueran curativos. El enfermo terminal, y su familia, sigue confiando en el médico, aún cuando el motivo de su esperanza haya variado drásticamente. En esas situaciones las decisiones que se adopten marcarán un fiel índice de la calidad de la medicina que se practica. En los cuidados paliativos, el adecuado ajuste de tratamiento, y el detallado cuidado que se presta al paciente, denotan, como en pocas ocasiones, la verdadera calidad y nivel profesional del personal sanitario.

Frente al enfermo terminal, es frecuente que el médico oiga, de parte de los familiares, expresiones como: "doctor, lo que queremos es que no sufra". Ciertamente, ese debe ser uno de los principales cometidos de su actuación médica, pero sin olvidar, por otra parte, que gran parte del sufrimiento del paciente puede provenir básicamente de no tener cubierta adecuadamente un estado de soledad en sus múltiples versiones. Efectivamente en todo paciente es importante la cercanía profesional y humana del médico, pero en la enfermedad terminal reviste una especial relevancia. Toda la asistencia médica que se presta en esa situación no sólo tiene que intentar conseguir la eficiencia en paliar y, en la medida de lo posible eliminar, la variada sintomatología de dolor, náuseas, y demás sintomatología, sino que debe estar envuelta en una atención de especial calidad en los cuidados sanitarios, lo que supone un procurar adelantarse o estar atentos a previsibles necesidades, prevenir fáciles descompensaciones, y atender los límites de sus lógicas fluctuaciones de ánimo. En definitiva, una vez que se ha garantizado que el dolor que causa la enfermedad está cualificadamente cubierto, hay que emplearse también en una profesional asistencia médica paliativa.

El enfermo terminal, mientras lo permita su nivel de conciencia, nunca retirará la vista al médico y a la enfermera. Ciertamente con ello no buscará ni reclamará curación, pero siempre reclamará que la calidad de su confianza y esperanza que él depositó en el médico esté correspondida en hechos prácticos y tangibles, como es que se le acompañe y se le cuide con la dignidad que merece.

Los cuidados humanos elementales es una exigencia básica para cualquier ser humano, esté enfermo o no, y por eso con mucha mayor razón deben estar cubiertos en el enfermo terminal. Así, la hidratación y la factible nutrición, es un cuidado básico que es exigible por toda persona sea cual sea su estado y condición, y deben estar siempre garantizados en el enfermo terminal por su simple condición de persona¹¹.

Contracepción y ética médica

Hoy en día está ampliamente difundido el concepto de que el embrión antes de llegar a constituirse como tal, necesita pasar por una fase que se ha venido a denominar "preembrión". Esa sorprendente afirmación, y corriente de opinión, viene a decir que sólo se le puede adjudicar la categoría de embrión humano cuando, trascurridos los 14 días, se produzca la definitiva anidación en el útero. Antes no existiría embrión y, por lo tanto, sólo cabe dirigirse a él llamándolo con el termino "preembrión"¹².

Esa idea puramente conceptual sin base biológica que lo confirme, se apoya en varios argumentos biológicos que son pura elucubración, sin comprobación científica alguna,

para concluir dogmáticamente que hasta los 14 días en que ocurre la total anidación en el útero no se puede hablar de vida embrionaria humana.

Una vez que no se le reconoce al embrión su condición de existencia hasta la anidación uterina a los 14 días, se ha aprovechado esa tergiversación de las palabras sin base biológica que la sustente para así, una vez aceptado el término "preembrión", sea sencillamente ese concepto el que facilite la administración de los compuestos contraceptivos, ya que según ese razonamiento todo lo que ocurra antes de esos 14 días no supondría actuación alguna sobre un embrión sino, en todo caso, sobre un "preembrión".

Así, en el mundo médico, coincidiendo con la creación de ese artificial termino de "preembrión", desde hace unas siete décadas hemos asistido al progresivo afianzamiento llegando a la ordinaria normalización e incluso recomendación de los contraceptivos por buen número de médicos, haciendo oídos sordos y negándose a ver lo que la evidencia muestra palmariamente sobre efectos fisiológicamente más que comprobados del perfil abortivo de dichas sustancias, junto a sus efectos anovulatorios. Esos compuestos, es de dominio general, que esencialmente provocan la alteración hormonal precisa para que se dificulte la ovulación y también el suficiente desajuste hormonal para que provoque en el útero las alteraciones precisas para que imposibiliten la anidación embrionaria si se hubiese producido la previa fecundación. Así la misión contraceptiva siempre está garantizada por el efecto abortivo.

Los preparados anticonceptivos clásicos contienen ambas hormonas, estrógeno y progestina, o sólo progestina. También, desde hace unas décadas se asiste a la puesta en el mercado de la píldora anticonceptiva de emergencia elaborada con altas dosis de levonorgestrel, consiguiendo un mecanismo de acción múltiple, de una parte, impedir la fertilización del óvulo (acción anticonceptiva), y de otra, si fracasa ésta, impedir su implantación o anidación en el útero (acción abortiva) del posible embrión recién concebido. Ese es el diseño y mecanismo de acción de los así llamados anticonceptivos modernos, tanto en los anticonceptivos hormonales orales, como en los dispositivos intrauterinos¹³.

La prescripción de contraceptivos, o DIUs con o sin contraceptivos añadidos, dificultan y/o impiden cualquier anidación embrionaria, asegurando o, al menos, facilitando, la pérdida de todo embrión o vida humana que se haya podido concebir en una previa fecundación. Este último efecto abortivo, que es deliberadamente perseguido y de mucha mayor eficacia fisiológica que el efecto anovulatorio, asegura la alta tasa del éxito de anticoncepción de las sustancias contraceptivas.

Sin sombra de sospecha y con prescripción de efecto primario abortivo también nos encontramos actualmente con el compuesto de mifepristona, que busca de forma explícita terminar un embarazo en curso, aunque lleve unos dos meses. Esta droga actúa bloqueando la provisión de progesterona al útero, esencial para mantener el embarazo, provoca que la placenta se separe del revestimiento uterino y, junto a la ayuda del misoprostol genera contracciones con el fin que el útero expulse el embrión.

Conviene subrayar, por último, que la mentalidad contraceptiva en quien la practica va modelando, de forma progresiva, un carácter de independencia y de exclusividad en la persona, o personas, de la pareja, precisamente al subrayar una fuerte carga individualista que facilita la desconexión y soledad entre ellos¹⁴. Desgraciadamente no

son raros la aparición de cuadros depresivos, que también buscan falsos refugios como, por ejemplo, el alcoholismo.

La cultura del error en la práctica médica

Que el error es inevitable, y que hay que contar con él en la actividad sanitaria, no constituye una sorpresa. Es más, incluso es conveniente que exista, pues al asumirlo con afán de resolverlo constituye una fuente inapreciable de enseñanza y progreso.

Al hablar del error, no se está hablando de negligencia profesional que no tiene semejanza con el error ni en el origen ni en el motivo, y que, como tal negligencia, exige un tratamiento diferente por la connotación de delito que conlleva.

El error puede ser de muchos tipos. Desde el banal, que no tiene entidad de consideración, hasta el que supone seria distorsión en la evolución del paciente. Evidentemente el error de entidad no puede, ni debe, pasar desapercibido y exige ser afrontado y resuelto adecuadamente. Conviene muy mucho que el médico autor del error responda de forma pronta una vez que es consciente de haberlo cometido. Hacerlo así tiene aspectos muy positivos, como es fortalecer la relación médico-paciente. Sino, lo que en un principio puede ser un error comprensible por inadvertencia, inhabilidad, o falta de atención, si se oculta, puede adquirir conforme pase el tiempo proporciones de una responsabilidad no satisfecha con el enfermo.

Es fundamental, especialmente frente al enfermo, que el error cometido se reconozca sin ambages, desde el principio, y evitando excusas. Todo error tarde o temprano acaba aflorando, y más si se tiene acceso a la abundante, aunque muchas veces tergiversada, información que proporcionan los medios digitales.

El paciente siempre podrá aceptar la disculpa sincera, lo que nunca aceptará es la ocultación y el disimulo. Con la ocultación o el disimulo, se pone al paciente en la difícil tesitura de no tener casi más remedio que optar por la vía judicial. La judicialización de la actividad médica no es nunca una solución óptima para el médico, ya que es difícil que la verdad del acto médico, cometido u omitido, salga bien perfilada por la variedad de matices y precisiones que le acompañan¹⁵.

Ciertamente, el error reconocido va siempre inseparablemente unido a la sincera disculpa y al propósito de poner los medios para que no vuelva a producirse.

Para que el médico afronte de modo adecuado el error cometido, es imprescindible que se desprenda del lastre de la mentalidad autodefensiva o del mal entendido corporativismo, que le ciega para reconocerlo y asumirlo, cometiendo así doble error, ya que, por una parte, con esa actitud se hace refractario a aprender de los propios errores, que a buen seguro los cometerá con más frecuencia, y por otra, pondrá en evidencia una actitud insincera con el paciente.

Es recomendable que el médico adquiera también la ciencia de ser buen comunicador, exigiéndose para que la información que proporcione al enfermo, o a los familiares, sea siempre inteligible, tanto en referencia a los resultados, como a los procedimientos puestos en marcha. No pocas veces, las "malas explicaderas" del facultativo son fuente de falsos errores cometidos, por dar información incompleta o no ser sus argumentos

cabalmente inteligibles.

Esa cultura del error, que hay que fomentar en la práctica médica no sólo tiene su terreno de aplicación entre el médico y el enfermo, sino que es muy conveniente que se practique entre los profesionales de la medicina. No se puede desaprovechar la riqueza que encierra el error cometido. Sería un malgastar una fuente importante de sabiduría. El error que se asume inmuniza frente a nuevos errores, y consigue un abundante y rico acúmulo de ciencia práctica. En las sesiones clínicas, se aprende mucho más de los errores que de los aciertos. Este es un tema fundamental en la formación continuada de todo facultativo, pero especialmente de los nuevos especialistas en periodo de formación, para que vayan adquiriendo y haciendo suya la cultura del error, que la asumirán si de ordinario la ven hecha realidad en sus maestros¹⁶.

Relaciones interprofesionales en Medicina

Los pacientes tienen derecho a recibir el mejor trato profesional de parte de los facultativos. Para que eso sea posible se deben salvaguardar unos requisitos básicos. Uno de ellos es que los enfermos se encuentren envueltos en una atmósfera laboral favorable y sin desavenencias entre los colegas que les lleve a una pérdida de energía asistencial.

La calidad de las relaciones entre colegas de una Entidad sanitaria, Hospital o en un Servicio médico, es de vital importancia. Hay gran diferencia en cuanto a la eficacia de la asistencia que se presta cuando esas relaciones son óptimas, que cuando se impone un ánimo de desencuentro entre colegas, que normalmente lleva anexo el peligro de fractura en el normal desarrollo de toma de decisiones de cara al enfermo, facilitando retrasos, descontroles, imprecisiones, etc., que precipitan al enfermo en el deterioro de una evolución no prevista y, a veces, irreversible.

La degradada relación entre los facultativos, promoviendo rencillas, murmuraciones, rivalidades, etc., no puede dar otro resultado que una merma en la calidad del ejercicio de la medicina. La eficacia de los tratamientos sufrirá con toda seguridad un déficit significativo, que no lo subsana el supuesto prestigio, publicaciones, premios, etc., a nivel individual¹⁷.

En ese sentido, es especialmente importante la responsabilidad del que asume la dirección del grupo. Quizás no haya tarea más importante para él que la coordinación eficaz de sus componentes. Esa coordinación eficaz tiene como raíz no admitir ni cobijar rencillas, ni murmuraciones entre los colegas, con el fin de preservar un nivel de calidad básico en la atención de los pacientes. Evidentemente, tendrá que asumir, de ordinario, quejas de uno u otro, pero siempre para darles cauce de solución en beneficio del conjunto, y así no amenazar la calidad de atención asistencial que se debe prestar.

Ciertamente, hay que favorecer la diversidad de enfoques ante los problemas que surgen, y dar por bien venidas la diversidad de soluciones que se aportan con la variedad de adhesiones que suscitan en el grupo. Pero es muy importante que esas diferencias de puntos de vista estén superadas por la visión integradora global del conjunto, que es la que debe primar frente a particularismos.

Si se ha recibido de la sociedad el encargo de ser médico es para que el trabajo asistencial sea el más eficaz posible, aspecto que viene facilitado por una relación de

colaboración entre los colegas. Este es un tema que no hay que dar por supuesto, y requiere un esfuerzo diario para defender el necesario engarce de colaboración por parte de todos, y que no se socaven por las lógicas tensiones que fuerzan los particularismos. El desacuerdo y los distintos puntos de vista entre los integrantes no son peligrosos, el peligro está en considerar que las propias soluciones propuestas tienen una excelencia superior a la de los demás, haciéndose patológicamente refractario a aceptar otras opiniones.

Los colegas entre sí, también deben evitar un mal entendido corporativismo. Ahí, la piedra de toque siempre será extremar el cuidado de los derechos del paciente para que nunca estén bajo sordina o se silencien. Pero también es cierto que sería igualmente incorrecto, e incluso a veces claramente injusto, dejar a un compañero médico que dirima sólo, por ejemplo, una sospecha infundada lanzada sobre él, o que haya sido blanco de opiniones parciales de parte de terceros que proyectan dudosas sombras de mala praxis en su labor. En esas circunstancias lo ético es prestarle, sin ningún tipo de dudas, explícito apoyo.

Para facilitar las buenas relaciones entre el resto de los médicos, y aunque en apariencia puede parecer un aspecto secundario, tiene cierta importancia práctica, tener establecido pequeños momentos informales que sirvan para distender el ambiente, muchas veces excesivamente cargado con presiones de todo tipo, dando cabida al buen humor y al desahogo, y fomentar la relación informal entre los componentes. Con frecuencia, esos ratos de buen humor deshacen nudos difíciles de soltar por otros medios.

A nadie le sorprende que conseguir una aceptable cohesión entre los integrantes de un equipo médico es siempre fruto del esfuerzo habitual de cada uno por considerar como valiosas las aportaciones o puntos de vistas de los otros colegas. De esa forma, además, se está más cerca de acertar en la toma de decisiones.

Relación médico-enfermera

La relación médico-enfermera puede considerarse el hábitat ordinario y natural donde descansa la relación-médico paciente. Por lo tanto, es de gran transcendencia que esa relación del médico con la enfermera sea óptima para que el paciente se vea beneficiado de toda la eficacia médica que se le pueda otorgar.

El cometido del médico y de la enfermera es, evidentemente, distinto, pero a la vez, necesariamente complementario. El médico sin la enfermera está impedido para ejercer su labor con la eficacia que le demanda el paciente. El trabajo de la enfermera es insustituible por muchos motivos: desde prestar un servicio altamente cualificado en la atención al paciente (recogida de datos, calibrar la evolución, valorar la prudencia de actuación), hasta la aplicación de un amplio abanico de cuidados sanitarios imprescindibles. La enfermera desarrolla por su trabajo una especial cercanía al enfermo, y ésta es una circunstancia de gran valor, pues le capacita para potenciar la eficacia general en beneficio del paciente¹⁸.

La enfermera es el perfecto puente entre el paciente y el médico. Sin ese puente se hace muy difícil, por no decir imposible, la adecuada relación médico-paciente. Innumerables veces, la excelencia del trabajo de la enfermería es ejemplo del nivel al que debe llegar el médico en su trato con el paciente.

Para un correcto funcionamiento sinérgico debe existir una necesaria delimitación de cometidos entre la labor de enfermería y de la medicina. Lógicamente la enfermera sabe de su cometido mucho más que el médico, y con frecuencia, es más consciente de ciertos problemas prácticos, que aunque con frecuencia son pequeños, pero de gran relevancia. No obstante, no es bueno hacer demasiado énfasis en la separación de esos cometidos, pues puede llevar a una rígida casuística que prefijan rígidos límites de responsabilidad, que son siempre contraproducente para el enfermo. El enfermo precisa la eficacia que surge de la flexible y conjunta coordinación de enfermería y el equipo médico. En definitiva, la coincidencia del trabajo médico y el de la enfermería, es el resultado de compartir el mismo objetivo, que garantiza en el enfermo un trato de respeto y consideración a su dignidad.

Es cierto que entre las competencias que asumen y desarrollan el personal de enfermería y el equipo médico pueden producirse ciertas tensiones ocasionadas con frecuencia por la escasez de tiempo y acumulo de trabajo. Son sucesos de ordinaria administración que hay que contar con ello. Lo que sí debe preocupar seriamente es que puedan surgir el distanciamiento, la indiferencia, las rivalidades, y el abandono desleal de ayuda, que tendrían repercusión inmediata y directa en la calidad de atención que exige el enfermo.

Entre el trabajo de la enfermería y del médico también surgirán inevitablemente errores. Muy distintos en su naturaleza de las negligencias. Esos errores constituyen, de por sí, una riqueza que hay que saber aprovechar. Hay que aceptar con naturalidad que la fuente más frecuente y abundante de aprendizaje viene precisamente de reconocer y estudiar los errores cometidos, ya que error reconocido y reparado, siempre revierte en ganancia.

REFERENCIAS

1. Herranz, G. El papel de la enseñanza de la ética médica en la formación del médico, en Desde el Corazón de la Medicina. Libro Homenaje. Organización Médica Colegial, 2013: 256-258.
2. Herranz, G. La obligación deontológica del estudio. Estar al día y estarlo en la ortodoxia, en Desde el Corazón de la Medicina. Libro Homenaje. Organización Médica Colegial, 2013: 244-255.
3. Herranz, G. Error y negligencia en la práctica médica. Aspectos éticos, en Desde el Corazón de la Medicina. Libro Homenaje. Organización Médica Colegial, 2013: 220-228.
4. Herranz, G. La obligación deontológica del estudio. Estar al día y estarlo en la ortodoxia, en Desde el Corazón de la Medicina. Libro Homenaje. Organización Médica Colegial, 2013: 246.
5. Herranz, G. Idem, 248.
6. Manuel de Santiago. Identidad de la medicina en el pensamiento de Edmund D. Pellegrino. Cuadernos de Bioética 2016; 27: 46.
7. Herranz, G. Los enfermos, ¿son personas o cosas? Sobre la cosificación del enfermo, en Desde el Corazón de la Medicina. Libro Homenaje. Organización

Médica Colegial, 2013: 229-243.

8. Herranz, G. Error y negligencia en la práctica médica. Aspectos éticos, en Desde el Corazón de la Medicina. Libro Homenaje. Organización Médica Colegial, 2013: 220-228.

9. Herranz, G. Fase final de la vida (entrevista), en Desde el Corazón de la Medicina. Libro Homenaje. Organización Médica Colegial, 2013: 125.

10. Sgreccia, E. Manual de Bioética II. Ed BAC, 2014: 15-24.

11. Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Ed EUNSA, 202: 47-49.

12. Herranz, G. El embrión ficticio. Historia de un mito biológico. Ed Palabra, 2013.

13. Errasti, T. Planificación familiar, en Obstetricia y Ginecología; 2017: 321-332.

14. Rhonheimer, M. Sexualidad y responsabilidad, en Ética de la Procreación. Ed Rialp, 2004: 27-145.

15. Herranz, G. Error y negligencia en la práctica médica. Aspectos éticos, en Desde el Corazón de la Medicina, Libro Homenaje. 2013: 220-228.

16. Herranz, G. La ética en los estudios universitarios: Educar éticamente a los médicos para educar a la sociedad. Conferencia en el Consejo Social Universidad de Alicante. Ciclo "Ética, Universidad y Sociedad Civil", 2002.

17. Herranz, G. Relaciones interprofesionales en la asistencia sanitaria, en Desde el Corazón de la Medicina, Libro Homenaje. 2013: 349-363.

18. Herranz, G. La relación médico-enfermera: lealtad, cooperación e independencia, en Desde el Corazón de la Medicina, Libro Homenaje. 2013: 364-374.

CORRESPONDENCIA:

Juan Llor Baños, MD.

Medicina Interna.

Valladolid. España

Email: juan.llor.b@gmail.com

Comentario de la revisora Prof. Socorro Fernández García PhD. Directora del Área de Filosofía del Departamento de Derecho Público de la Universidad de Burgos. España

En este artículo se aborda de modo correcto algunos principios éticos que deben estar

presentes en los distintos ámbitos de la práctica médica como son, la relación médico paciente, la necesaria formación del Facultativo, la prescripción de contraceptivos o la adecuada postura ante el error médico.

Es valioso que en el artículo se recojan en conjunto estas posturas porque permiten hacerse un juicio global de esta dimensión ética de la profesión sanitaria.

Comentario de la revisora Dra. María Jesús Coma MD, PhD Emérita en la Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Burgos. Burgos, España.

Esta revisión de conceptos de Ética Médica, aborda con un enfoque personalista aspectos clásicos de esta materia, como son la valoración de la debilidad del enfermo, la obligación de la formación médica actualizada o la contracepción, e introduce temas emergentes en este ámbito como las relaciones interprofesionales en Medicina, la relación médico-enfermera, la cultura del error en la práctica médica y otros, con un planteamiento amplio y riguroso.
