

## ¿Qué aporta la ética al trabajo diario?

FERNANDO MIGUEL GAMBOA ANTIÑOLO

Comité de Ética, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Valme, Universidad de Sevilla, España.

Casi a diario aparece en la prensa general y profesional comentarios o artículos en relación con la ética en la práctica clínica. Pero ¿qué nos aporta la ética?

Desde los orígenes de la comunidad, el hombre se ha guiado en su comportamiento por normas gestadas de las valoraciones, que en el orden individual y colectivo, surgieron del análisis de las situaciones a las que debía enfrentarse. El estudio de las reglas que guían la conducta entre los hombres es el objeto de estudio de la ética<sup>1</sup>. Etimológicamente ética significa carácter, inteligencia, lo sobresaliente del ser humano. Se forma en base a juicios reflexivos, cuidadosos, con deliberaciones previas interdisciplinarias e interculturales, donde la verdad o la falsedad son pocas veces evidentes en sí mismas<sup>2</sup>. La bioética consiste en la aplicación de la ética a las ciencias de la salud. La ética clínica es la aplicación de la metodología de la bioética a la práctica clínica habitual y a la toma de decisiones en la atención a los enfermos. Su creciente importancia viene determinada por la adaptación de la organización sanitaria a una sociedad en la que confluyen valores muy distintos y que influyen de forma determinante en el proceso cotidiano de toma de decisiones, desde las puramente clínicas hasta las de asignación de recursos<sup>3</sup>. La ética clínica brinda un enfoque estructurado con el que identificar, analizar y resolver las cuestiones éticas que nacen en el campo de la medicina. El ejercicio de la buena medicina requiere un conocimiento práctico y operativo de los temas éticos, tales como el consentimiento informado, la revelación de la verdad, la confidencialidad, los cuidados paliativos en la fase terminal de la vida, el alivio del dolor y los derechos del paciente. Cuando médicos y pacientes discrepan en cuanto a su escala de valores o incluso tiene que afrontar decisiones que atenten contra ella, aparecen los problemas éticos. La premura de tiempo en situaciones de emergencia lo complica más.

La clínica es la actividad realizada ante la cama del enfermo. Siempre es una actividad concreta, individual. Es posible en clínica que dos profesionales sabios y experimentados, que deliberan sobre un mismo caso lleguen a decisiones distintas. Esto es lo propio del razonamiento prudente, que admite siempre más de una solución. Esto es propio de la clínica, y también de la ética. Los juicios morales son primariamente empíricos y concretos, de ahí que el procedimiento de toma de decisiones consista en el análisis cuidadoso y reflexivo de los principales factores implicados. La deliberación busca analizar los problemas en toda su complejidad, a partir de los hechos clínicos, y ponderar los principios y valores implicados, así como circunstancias y consecuencias del caso<sup>4</sup>. Una primera aproximación puede hacerse bajo la perspectiva de cuatro principios. El primero, respetar la autonomía del paciente: creer en lo que nos manifiesta, hacerle partícipe y diseñar con él el plan diagnóstico-terapéutico. El segundo, la beneficencia, nos exige buscar el bien para el paciente, ofrecer el mejor tratamiento disponible adecuado a la situación del enfermo e implica la necesidad de mantener la formación actualizada. El tercero, el principio de no maleficencia, nos obliga a evitar los daños, a minimizar los riesgos de una intervención; la ignorancia, falta de pericia o formación atenta contra una asistencia correcta. Finalmente, cada acción debe conllevar una valoración previa de beneficio-riesgo y el análisis de efectos secundarios que permita la mejor adecuación clínica. Todos los pacientes tienen el mismo derecho a recibir la atención adecuada, con independencia del clínico o la institución que los atiende; sólo será justa una atención sanitaria equitativa y eficiente<sup>5</sup>. Otros autores proponen la aproximación ética a los problemas en forma de casos clínicos, analizados a la luz de cuatro parámetros: indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida, y aspectos contextuales (social, económico, jurídico y administrativo)<sup>6</sup>.

**CORRESPONDENCIA:** F. M. Gamboa Antiñolo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Valme. Ctra. Madrid-Cádiz, km. 548. 41014 Sevilla, España. E-mail: minfga@us.es

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 20-7-2011. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 2-8-2011.

**CONFLICTO DE INTERESES:** El autor declara no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

La función de la ética en la práctica clínica es ayudar al profesional en el análisis de los valores que intervienen en una decisión clínica determinada. Entendemos por valores aquellas cosas que son importantes para el ser humano, que nos exigen respeto (religiosos, culturales, políticos, culinarios, estéticos, etc.) y que deben ser tenidos en cuenta por el profesional en su práctica. La ética nos ayuda a fin de que la decisión que adopte sea óptima, no sólo desde el punto de vista de los hechos clínicos sino también desde el de los valores implicados. Se trata de saber manejar la incertidumbre moral con la misma suficiencia con que el buen profesional sabe manejar la incertidumbre clínica para la toma de decisiones prudentes o razonables. No se trata de que todo el mundo adopte la misma decisión, ante un caso concreto, sino que todos, tomen la que tomen, lleguen a decisiones prudentes. La deliberación se hace sobre los hechos clínicos. Sin una buena historia clínica, todo lo demás sobra. La deliberación tiene por objeto identificar el curso óptimo ante un conflicto, dos o más valores que nos exijan respeto y que se opongan entre sí o que no sea posible tomar en consideración a la vez, desde la perspectiva del paciente o del profesional. Es frecuente que uno de los valores en conflicto sea la vida y el otro el bienestar del paciente, la escasez de recursos o sus creencias religiosas. Trataremos de realizar los valores positivos, lesionarlos lo menos posible, buscar las salidas que tiene ese conflicto (los "cursos de acción" posibles) e identificar el o los cursos óptimos<sup>7,8</sup>.

Para una actuación autónoma, los pacientes deben recibir la información que precisen de forma asequible. La capacidad de autodeterminación madura durante la vida del individuo y se modifica debido a enfermedad, perturbación mental o circunstancias severamente restrictivas de la libertad<sup>9</sup>. Para que éste pueda llegar a una elección autónoma necesita tener las capacidades mentales conservadas, ser competente, comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles, así como las consecuencias previsibles de cada uno de ellos para a continuación, tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores. Exige entender y valorar la información para, tras razonar, expresar una elección. Mientras no se demuestre lo contrario, todo sujeto es competente. Hablamos siempre de "capacidad para" relacionada con una actividad y un momento concreto. Para ser auténticamente autónoma, una persona debe tener libertad (ausencia de influencias externas controladoras) y capacidad

**Tabla 1.** Diez errores sobre el consentimiento informado (CI)<sup>10</sup>

1. El CI es algo extraño a los deberes morales de los médicos.
2. El CI consiste en conseguir que los pacientes firmen el formulario en el que autorizan la realización de una intervención.
3. La buena práctica clínica consiste en realizar bien los actos clínicos desde el punto de vista científico-técnico; el CI no tiene que ver con esto.
4. El fundamento ético del CI es el principio de autonomía.
5. La obtención del CI es una obligación de los profesionales que realizan las intervenciones, pero no de los que las indican.
6. El CI no tiene ningún sentido porque la mayoría de los pacientes no desean ser informados.
7. Los pacientes tienen derecho a rechazar un tratamiento, pero sólo antes de que se les aplique. Una vez iniciado éste, los profesionales no pueden retirarlo.
8. La evaluación de la capacidad de los pacientes para decidir es responsabilidad de los psiquiatras.
9. El respeto a las exigencias del CI puede satisfacerse sin que las organizaciones sanitarias inviertan recursos adicionales en ello.
10. La obtención del CI es una responsabilidad de los médicos, pero no de la enfermería.

(recursos mentales necesarios para desarrollar una conducta intencionada). El consentimiento informado es un proceso comunicativo, que formaliza el contrato terapéutico y plasma una relación asistencial que precisa la información constante y actualizada del paciente<sup>4</sup>. Se puede eximir del consentimiento en situaciones de urgencia vital, grave riesgo para la salud pública o imperativo judicial. Para los pacientes incapaces, contando con la opinión del paciente, el consentimiento lo da el representante, teniendo en cuenta que la incapacidad para una tarea no presupone la incapacidad para todas<sup>9</sup>. Con frecuencia el proceso de consentimiento se ve amenazado, quebrantando la buena práctica clínica<sup>10</sup> (Tabla 1). Se ha llegado a propugnar que el único principio ético debería ser el de autonomía, bajo la forma de petición de consentimiento. El papel del profesional sanitario quedaría de esta forma muy diluido, a merced exclusivamente de los deseos de los pacientes. ¿Podemos entender hoy día la idea de beneficio sin la aceptación por parte de la persona que supuestamente lo recibe? Y, al contrario, ¿podemos entender una autonomía que haga que el paciente pueda exigir del médico aquello que desee, sin tomar en consideración la concepción que el médico tenga de su propia tarea?<sup>11,12</sup>.

La práctica clínica es compleja, y más en la atención urgente. Por ello es necesario justificar mediante datos empíricos y elementos valorables la utilidad o futilidad de los procedimientos médicos<sup>13</sup>. De ordinario, situaciones límite requieren intervenciones médicas cuya utilidad puede ser objeto de controversia. Simplificando, futilidad se identifica con inutilidad, pero inútil con respecto a qué: ¿su utilidad es muy escasa?, ¿la probabilidad de conseguir su efecto es remota?, ¿el paciente

**Tabla 2.** Principios éticos en medicina al final de la vida<sup>15</sup>

Principio de inviolabilidad de la vida humana	La vida no es un bien extrínseco a la persona humana, sino un valor fundamental del que derivan los derechos humanos. El deber de respetar y promover la vida es, por tanto, el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás. La vida corporal es condición necesaria para el ejercicio de cualquier otro derecho.
Principio de proporcionalidad terapéutica	Es el deber moral de poner los medios necesarios y adecuados para cuidar la salud, propia y ajena. Pero es evidente que nadie está obligado a utilizar todas las medidas médicas actualmente disponibles, sino sólo aquellas que le ofrezcan una razonable probabilidad de beneficio. Existe la obligación moral de implementar sólo aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumple, se consideran desproporcionadas y no son moralmente obligatorias.
Principio del doble efecto (o voluntario indirecto).	Este principio señala algunas condiciones que deben darse para que un acto que tiene dos efectos –uno bueno y uno malo– sea moralmente lícito. Estas condiciones son: – que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente – que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino sólo tolerado – que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo – que el bien buscado sea proporcional al eventual daño producido.
Principio de veracidad	La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, en términos generales, comunicar la verdad al paciente y a sus familiares constituye un beneficio para ellos, pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones (autonomía). Sin embargo, en la práctica, hay situaciones en las que el manejo de la información genera especial dificultad. Respetar el deseo del paciente de optar por un modelo familiar de toma de decisiones puede representar justamente la forma concreta de respetar su autonomía.
Principio de prevención	Prever las posibles complicaciones o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica, es parte de la responsabilidad médica (deber de previsibilidad). Implementar las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y aconsejar oportunamente.
Principio de no abandono	Exceptuando casos de grave objeción de conciencia, sería éticamente reprochable abandonar a un paciente que rechaza determinadas terapias, aun cuando los profesionales de la salud consideren que ese rechazo es inadecuado.

estima que no le producirá ningún beneficio? o, simplemente, ¿su excesivo coste comparado con la ínfima probabilidad de que alcance el efecto deseado desaconseja su empleo? Como en todo juicio moral, pueden darse opiniones diferentes a la hora de valorarlo, por este motivo puede existir una discrepancia legítima a la hora de determinar la utilidad o futilidad de un tratamiento concreto. Iceta propone: “Acto médico fútil es aquel cuya aplicación está desaconsejada en un caso concreto porque no es clínicamente eficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque produciría previsiblemente efectos perjudiciales razonablemente desproporcionados al beneficio esperado para el paciente o sus condiciones familiares, económicas o sociales”<sup>14</sup>. No existen actos médicos fútiles *per se* sino que se convierten en procedimientos fútiles cuando cumplen algunos de los requisitos previos. La futilidad conlleva la no indicación del acto médico en un enfermo. Un mismo procedimiento médico puede ser eficaz y útil para un paciente, y ser fútil para otro.

Si percibimos una desproporción entre los fines y los medios que se van a usar, solemos preguntarnos acerca de la limitación del esfuerzo terapéutico. Nos planteamos la indicación técnica, y por tanto, la justificación ética de alguna medida frente a la situación del paciente. Tratamientos que tienen baja probabilidad de beneficio clínico

pueden no ser fútiles. En la toma de decisiones técnicas se debe disminuir al máximo el nivel de incertidumbre, aunque nunca podrá ser eliminada. La valoración de los beneficios de un tratamiento es subjetiva, por lo que el proceso de toma de decisiones exige contar con el paciente, con sus preferencias<sup>11</sup>.

Se plantean también situaciones conflictivas en las que sólo es posible evitar un mal o conseguir un bien, más o menos necesario, y causar un mal que no se desea, el “principio del doble efecto”<sup>15</sup> (Tabla 2). Este principio afirma que no todos los actos que permitan o causen un daño son de hecho moralmente malos, porque en algunos casos interviene una «razón proporcionada» que hace que un daño permitido o causado quede fuera del objetivo de la acción en función de un beneficio mayor. En caso de verse obligado ineludiblemente a tomar una decisión que tenga en consecuencia dos males, hay que escoger el menor<sup>16</sup>.

Aunque sólo fuera de un modo intuitivo, a todo el mundo se le puede ocurrir que ética y calidad son dos conceptos íntimamente ligados y directamente relacionados entre sí. Tanto el imperativo moral de hacer el bien, como los principios de justicia social, nos aportan suficientes razones para justificar la asociación ética-calidad, e impulsar a que los médicos midan, analicen y mejoren su práctica. Se ha definido la calidad de la atención como: “La provisión de servicios accesi-

bles y equitativos, hecha con un nivel profesional óptimo, con los recursos disponibles, para lograr la adhesión y satisfacción del usuario". Hay elementos conceptuales básicos contenidos en esta definición, como accesibilidad, equidad, competencia profesional (científico-técnica y ético-humanista), satisfacción que el paciente tiene de sus expectativas, efectividad, eficacia y eficiencia, seguridad y oportunidad, todos los cuales deben ser analizados con detención y honestidad, en cuanto a en qué medida se cumplen. Hay deberes y responsabilidades que nos competen a todos<sup>17</sup>. Es también una exigencia ética mejorar la calidad de los estudios de investigación, en los aspectos metodológicos, la adecuada inclusión de los pacientes con un adecuado consentimiento informado y la difusión correcta de los resultados mediante informes completos que permitan mejorar la práctica clínica<sup>16</sup>. Los profesionales tenemos cuatro obligaciones básicas, unas más exigibles, de primer nivel (ser no-maleficentes y justos) y otras de segundo nivel (hacer el bien y respetar la autonomía moral del paciente). No se puede hablar de la dimensión ética del hombre, si antes no se habla de que todo hombre tiene una consistencia real en sí mismo, un valor absoluto, del que derivan sus valores éticos<sup>11</sup>. Un trato digno no sólo implica una atención humana, sino también ayudar a asumir humanamente la vida: vivir en medio de la enfermedad una verdadera existencia humana<sup>18</sup>. Para esto nos sirve la ética en medicina.

## Bibliografía

- 1 Cordero Escobar I. Enfoque ético del dolor. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2006 Dic. (Consultado 28 Agosto 2010). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400009&lng=es).
- 2 Álvarez T, Velásquez O. La ética en la asistencia al paciente con dolor y sufrimiento. *Iatreia*. 1995;8:116-23.
- 3 Gómez-Batiste X, Roca J, Trelis J, Borrell R, Novellas A. Ética clínica y cuidados paliativos En X Gomez-Batiste, J Planas Domingo, J Roca Casas, P Viladiu Quemada. *Cuidados paliativos en Oncología*. Barcelona: Ed. Jims; 1996.
- 4 Gracia D, Júdez J. (Ed) *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Ed. Triacastela; 2004.
- 5 Soler Company E, Montaner Abasolo MC. Consideraciones bioéticas en el tratamiento del dolor. *Persona y Bioética*. 2004;8:49-64.
- 6 Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Ética Clínica*. Barcelona: Ed. Ariel; 2005.
- 7 Gracia D, Rodríguez Sendin JJ. *Ética en cuidados paliativos. Guías de ética en la práctica médica*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2006.
- 8 Iglesias Lepine ML, Pedro-Botet Montoya JC, Gutiérrez Cebollada J, Hernández Leal E, Pallas Villaronga O, Aguirre Tejedo A, et al. Análisis ético de las decisiones médicas en el servicio de urgencias de un hospital universitario. *Emergencias*. 2000;12:313-20.
- 9 Llovet Haya ACJ. La competencia mental: concepto y evaluación. *Selecciones de Bioética*. 2003;4:28-45.
- 10 Simón P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29(Supl. 3):29-40.
- 11 Gamboa F. Ética médica y dolor. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:671-3.
- 12 García Pérez MA. El triángulo bioético: una aproximación intuitiva a la ética de la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2004;33:510-5.
- 13 Gamboa F. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? *Med Clin (Barc)*. 2006;135:410-6.
- 14 Iceta M. El concepto médico de futilidad y su aplicación clínica [tesis doctoral]. Pamplona: Departamento de Bioética. Universidad de Navarra; 1995.
- 15 Taboada P. Principios éticos relevantes en medicina paliativa. En E Bruera, L Madrid: Lima Ed. *Cuidados paliativos. Guías para el manejo clínico*. OPS-OMS; 2002.
- 16 Gracia D. Salir de la vida. En D Gracia. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Ed Triacastela; 2004.
- 17 Carvallo A. Ética y Dolor. *Rev Reumatología*. 2002;18:53-5.
- 18 Rodríguez PA. Fundamentación ética de la atención los pacientes con VIH-SIDA. *Bioética*. 2006;1:22-5.

## FE DE ERRORES

En el artículo "Actuación de los pacientes ante un síndrome coronario agudo: diferencias desde una perspectiva de género" publicado en *Emergencias* 2013;25:23-30, los cargos correctos de los autores son: Julia Bolívar Muñoz<sup>1,2</sup>, Rafael Martínez Cassinello<sup>1</sup>, Inmaculada Mateo Rodríguez<sup>1,2</sup>, Juan Miguel Torres Ruiz<sup>3</sup>, Nuria Pascual Martínez<sup>3</sup>, Fernando Rosell Ortiz<sup>4</sup>, Antonio Reina Toral<sup>5</sup>, Carmen Martín Castro<sup>6</sup>, Antonio Daponte Codina<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España. <sup>2</sup>CIBERESP, Centros de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública, Instituto de Salud Carlos III, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España. <sup>4</sup>Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), Almería, España. <sup>5</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. <sup>6</sup>Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), Granada, España.