

## Dilemas éticos percibidos por los médicos de familia en su práctica clínica (II): Un análisis desde los Modelos de Atención?

Roger Ruiz Moral y Jose Ramón Loayssa. Doctutor

**Resumen:** Este estudio pretende resaltar la gran variedad de atributos y valores contradictorios que entran en conflicto en muchas de las decisiones clínicas que habitualmente tienen que tomar los MF en su trabajo diario, resaltándose así un aspecto hasta ahora no suficientemente atendido sobre la complejidad de la práctica clínica del MF y de las tensiones éticas que conlleva el ejercicio de la misma.



En el artículo [?Dilemas éticos percibidos por los médicos de familia en su práctica clínica \(I\):](#) Importancia de la ?microética?] que aparece en este mismo número de **Doctutor**, se presentaban y discutían los resultados de una encuesta semi-estructurada en la que entre otras cuestiones se solicitaba a los médicos de familia (MF) tutores asistentes a los siete talleres (85) que describieran situaciones que habían vivido como desafíos en términos de adopción de una determinada conducta profesional frente a otra u otras posibles (ver material y métodos de ese artículo para más detalles). En el texto que ya hemos citado estas categorías fueron clasificadas de acuerdo a las presiones concretas contradictorias que las situaciones les suponían a los MF a la hora de tomar una decisión.

Utilizando ese mismo material el presente artículo pretende ahondar más en los desafíos que encierran en materia de profesionalismo para un MF las diferentes situaciones clínicas resaltadas por ellos mismos

Para ello distinguimos con **Toon** seis modelos de atención clínica diferentes implicados en la práctica del médico de familia:

- Biomédico/Preventivo (centrado en la enfermedad)
- Empresarial (centrado en la eficiencia servicio de salud y sociedad)
- Hermenéutico (centrado en el paciente/relación médico-paciente)
- Sistémico (centrado en la familia)
- Médico (centrado en el médico) **Modelo defensivo personal**
- Centrado en la Profesión (Corporativista-Equipo médico)

En relación a cada uno de estos modelos de atención se resaltan los objetivos y dimensiones prácticas más relevantes de cada modelo, junto a los valores o atributos que el modelo en cuestión prioriza (frente a los que priorizarían otros modelos, con los que teóricamente entraría en fricción). Estos valores o atributos, a su vez son obtenidos de los que los propios MF definieron previamente en el estudio antes citado como valores importantes para ser un buen médico (se ofrece aquí entre paréntesis el número de MF que destacó ese valor o atributo señalado). Para cada modelo se ofrece también un ejemplo de situación clínica o docente aportado por uno de los MF participantes en los talleres descritos y que ejemplifica la fricción entre diferentes atributos y valores. Este estudio pretende resaltar la gran variedad de atributos y valores contradictorios que entran en conflicto en muchas de las

decisiones clínicas que habitualmente tienen que tomar los MF en su trabajo diario, resaltándose así un aspecto hasta ahora no suficientemente atendido sobre la complejidad de la práctica clínica del MF y de las tensiones éticas que conlleva el ejercicio de la misma.

1 Biomédico/Preventivo (centrado en la enfermedad) (abreviatura: CE)

### **Modelo teórico centrado en la enfermedad como alteración biológica.**

? La enfermedad es la realidad objeto de atención. El diagnóstico llega a ser un fin y no solo un medio.

? El papel principal del médico es curar o mejorar la sintomatología.

? El médico es el que debe tomar decisiones. Muchas de estas decisiones están relacionadas con el reconocimiento de sus propias limitaciones para diagnosticar o tratar adecuadamente una situación clínica.

### **Situaciones tipo**

Incluye situaciones en las que destaca cómo el médico valora su responsabilidad como científico, diagnosticador o sanadores y su adherencia a los correspondientes valores de curar, diagnosticar o prevenir posibles situaciones que afecten médicamente de forma negativa a otro/s sujetos (enfoque preventivista) frente a cualesquiera otras alternativas de decisión que priorizan otros valores diferentes. En muchas de ellas la incertidumbre parece un factor importante

### **Ejemplo de base clínica aportado por un asistente a los talleres:**

*Pareja con minusvalía psíquica (los dos con CI bajo/muy bajo) que me plantean en la consulta que quieren tener un hijo. Insisten en que les hace mucha ilusión tener un hijo y me piden opinión (yo creo que hay riesgo)*

Modelos que aquí parecen estar principalmente en conflicto: CE vs CF

Para la situación del ejemplo un evaluador ha considerado la tensión entre el Modelo Centrado en la Enfermedad (Biomédico/Preventivo) vs Centrado en la Familia (CE vs CF) como la más importante

### **Tensiones con otros modelos:**

Puede conllevar tensiones con cualquiera de los valores priorizados por todos los demás modelos.

### **Posibles tensiones entre deberes**

Incluye principalmente, las siguientes tensiones sobre deberes (pero no necesariamente estas solo).

Beneficencia vs no maleficencia.

Beneficencia/ no maleficencia vs autonomía/justicia/equidad/

?

### **Valores Relacionados con el modelo**

*(entre paréntesis número de MF participantes en los talleres que destacó el valor o atributo aquí relacionado)*

Capacidad de trabajo (estar siempre dispuesto) no pereza.

Capacidad de resolución (Práctico), Razonamiento (empírico).

Actitud reflexiva (14)

Capacidad de superación (mejorar siempre, búsqueda de la excelencia) (16)

Tratar correctamente al paciente (3)

Asertividad (3)

Formación Técnica, Conocimientos y saber utilizarlos (33)

No maleficencia, beneficencia, conocimientos técnicos, habilidades técnicas competencia, capacidad resolutoria.

2 Empresarial (centrado en la eficiencia servicio de salud y sociedad) (abreviatura: CSS)

### **Modelo teórico centrado en la empresa pública de servicios**

Pretende elevar la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, sin embargo no define contenidos clínicos que orienten la elección o cuando los ofrece (*gestión por procesos*) estos son muy genéricos y no especifican los problemas prácticos que conlleva el llevar esto a cabo en el día a día

El objetivo es conseguir la eficiencia, la sostenibilidad: más servicios y mejor salud con los menos recursos (lo que resalta los valores de la equidad y la justicia como más significativos).

El papel preponderante del profesional en este modelo es el de gestor de recursos

### **Situaciones tipo**

Los problemas de decisión que se plantea el médico tienen que ver generalmente con demandas o situaciones de los pacientes que, con base clínica o sin ella, resalta en el/la la consideración de las consecuencias de su decisión sobre su papel responsable de gestionar recursos adecuadamente frente a cualquier otras alternativas de decisión que priorizan otros valores diferentes. Incluirían

sobre todo:

Problemas derivados de la gestión de bajas.

Orientación hacia determinados estilos de prescripción.

Gestión adecuada de su rol como gatekeeper del sistema y derivación a otros niveles.

Aplicación de determinadas reglas de la empresa pública (i.e. los gastos generados por otras empresas de salud no son asumidos por el sistema público, prioridad de atención en función del puesto en listas de espera, orden de cita en consultas, diferenciación de tipos de atención para problemas urgentes, normales, burocráticos-?).

#### **Ejemplo de base clínica aportado por un asistente a los talleres:**

*A2: Paciente con diagnóstico dermatológico por el seguro pero sin tto. Va a un privado donde le diagnostican lo mismo pero le piden analítica y le ponen tratamiento y viene a que se lo recete yo.*

Modelos que aquí parecen estar principalmente en conflicto: CSS vs CP, CSS vs CE.

Para la situación del ejemplo un evaluador ha considerado la tensión principal entre el Modelo Centrado en el Servicio de Salud Pública (Empresa Pública) CSS vs Centrado en el Paciente (CSS vs CP) como la más importante.

En este caso también ha creído que la situación descrita puede hacer plantearse al médico la eventual confrontación entre el primero (CSS) y el biomédico (CE) en la medida en que la analítica y el tratamiento pudiesen contribuir a mejorar la enfermedad. Pero dado que en la descripción no se especifica la opinión del médico al respecto esta opción es secundaria.

#### **Ejemplo de base no clínica aportado por un asistente a los talleres:**

*A3: el que viene porque se le ha pasado la fecha para sellar el paro y pide justificante para que no le quiten el subsidio.*

Modelos que aquí parecen estar principalmente en conflicto: CSS vs CP.

Se podría aquí decir mejor centrado en el usuario más que en el paciente.

#### **Tensiones con otros modelos:**

Puede conllevar tensiones con cualquiera de los valores priorizados por todos los demás modelos.

#### **Las tensiones entre deberes posiblemente se sitúen principalmente entre:**

En los casos de base clínica tal vez son más frecuentes.

Beneficencia y/o solidaridad vs Equidad.

No maleficencia vs beneficencia.

En los casos de base no clínica tal vez.

Equidad/justicia vs Solidaridad usuario.

Solidaridad consigo mismo como médico vs solidaridad con el usuario.

#### **Valores Relacionados (entre paréntesis número de MF participantes en los talleres que destacó el valor o atributo aquí relacionado)**

Compromiso con la sociedad M3 Servicio. (15)

Integridad (tener cosas muy claras y amplias). (4)

No hacer distinciones sociales (justicia, equidad). (14)

Vocación de servicio.

Realismo.

Valorar recursos.

Equidad, justicia social. (4)

Legalidad, (2)

Compromiso social.

Compromiso sistema. (2)

Excelencia de servicio.

3 Hermenéutico (centrado en el paciente/relación médico-paciente) (abreviatura: CP)

#### **Modelo teórico en el que prima el apoyo personal en el marco de la relación profesional**

Pretende la consideración de la opinión del paciente en el contexto de una relación médico-paciente fundada en la interacción y el compromiso entre ambos que hace que el médico trate de buscar acuerdos. Las situaciones plantean la consideración de lo anterior en el contexto de discrepancias entre la opinión del médico y la del paciente y donde el propio mantenimiento de una relación profesional continuada y efectiva es un objetivo en si mismo

#### **Situaciones tipo**

Los problemas de decisión que se plantea el médico tienen que ver principalmente con los relacionados con atender las demandas o situaciones de los pacientes que como consecuencia de su visión personal de su problema de salud o situación vital (ideas temores, preocupaciones, estados de ansiedad generados por el contexto vivido familiar y/o personal) le plantean y cuya satisfacción por parte del médico estaría en contraposición con la responsabilidad que este cree tiene de considerar otros valores (pertenecientes a otros modelos).

Ejemplo de base clínica aportado por un asistente a los talleres:

*M11: Paciente joven con madre fallecida hace 5 meses con hepatitis crónica (fallece por otra causa y no es activa). 1ª analítica hace un mes y marcadores negativos, tiene miedo de tener HB y demanda nueva analítica.*

Modelos que aquí parecen estar principalmente en conflicto: CP vs CE

Para la situación del ejemplo el evaluador ha considerado la tensión entre el Modelo Centrado en el Paciente vs el biomédico o centrado en la enfermedad (CP vs CE) como la más importante, en base a que cree que el médico valoraría principalmente el dilema entre satisfacer al paciente, atender su miedo (y tal vez mitigarlo con la petición de la analítica que será normal), mantener así la relación y la no existencia de enfermedad que hace innecesaria la petición de la analítica.

El evaluador no ha considerado aquí como segunda opción la tensión entre CP vs CSS (por lo que de gasto innecesario puede tener el pedir la analítica). Pero podía haber resaltado esta opción como secundaria o incluso primaria si así lo hubiese visto (es decir otro evaluador si puede resaltar esta alternativa)

#### **Tensiones con otros modelos:**

Puede conllevar tensiones con cualquiera de los valores priorizados por todos los demás modelos

#### **La tensión entre deberes se produce sobre todo entre**

Autonomía vs beneficencia y/o no maleficencia

Autonomía vs justicia, equidad

#### **Valores Relacionados**

Tolerancia (Buenos sentimientos, Tener en cuenta su individualidad) (9)

Cofraternidad (2)

Capacidad para entregarse al otro (2)

Humanismo (humanidad) (6)

Tener al paciente como eje

Disposición a ayudar, ser abogado del paciente, vocación de servicio, (15)

Generosidad (5)

Interés genuino por el paciente (2)

Sensibilidad al sufrimiento (2)

Ser un buen comunicador en general (saber usar un lenguaje adecuado y manejar la entrevista), (15)

Capacidad para conectar con el P (2)

Generar confianza (1)

Capacidad de Escucha (14)

Empatía (?capacidad para ponerte en el lugar del otro? o ?hacer sentirse al otro persona?) (23)

Cercanía (4)

Capacidad para negociar (hacerlo participar) (2)

Respetuoso (22)

Capacidad de adaptarse al paciente y al entorno (2)

flexibilidad,

valorar la individualidad

4 Sistémico (centrado en la familia) (abreviatura CF)

**Modelo teórico en el que prima la familia**, siendo esta considerada como una realidad empírica. El papel del médico incluye el hacer el bien a un sujeto pero también al grupo familiar.

El médico asume responsabilidad con respecto a los miembros de la familia no declarados pacientes. El médico de familia trabajaría en el contexto de la referencia familiar, donde las opiniones de estos son importantes. El grupo familiar en conjunto o cualquiera de sus miembros distintos del paciente representa la unidad de acción.

#### **Situaciones tipo**

Las situaciones ponen en juego los intereses o deseos de la familia o determinados miembros claves de esta en ocasiones frente a los del paciente, la enfermedad, el sistema sanitario público o a los del propio médico.

Ejemplo de base clínica aportado por un asistente a los talleres:

*J22: Paciente de 80 años de edad con diagnóstico infausto por proceso neoplásico cerebral en el que la familia me solicita derivación hospitalaria porque considera que a nivel domiciliario no se le puede prestar la atención que requiere.*

Modelos que aquí parecen estar principalmente en conflicto: CF vs CE

Para la situación del ejemplo el evaluador ha considerado la tensión entre el Modelo Centrado en la Familia o Sistémico (su descripción se refiere a la familia no al paciente) vs el biomédico o centrado en la enfermedad (en la medida que ha creído que desde el punto de vista biomédico la derivación no aportaría ningún beneficio a la vida del paciente) (CF vs CE) como tensión principal entre modelos que puede generar esta situación.

Aquí también se puede ver una tensión entre la opinión de la familia vs la del médico (CF vs CM) pero no ha sido visto lo suficientemente importante por este evaluador.

#### **Tensiones con otros modelos:**

Puede conllevar tensiones con cualesquiera de los valores priorizados por todos los demás modelos

#### **Tensión de principios**

Autonomía del paciente vs autonomía de la familia.

Autonomía de la familia vs equidad/justicia.

Autonomía de la familia vs beneficencia/no maleficencia.

Autonomía de la familia vs Confidencialidad.

#### **Valores Relacionados**

Los mismos que el anterior pero en relación a la familia.

Tener a la familia como eje.

5 Médico (centrado en el médico) Modelo defensivo personal (abreviatura: CM)

#### **Modelo teórico en el que primarían los intereses del médico.**

Su justificación ética teóricamente descansaría en el hecho de que el médico debe ser objeto de cuidados para así poder ser más eficiente, de manera que tiene la obligación de cuidarse a sí mismo con esta finalidad.

Autovaloración del propio profesional como persona implicada en un proceso de ayuda que tiene responsabilidades variadas y múltiples en las que se debe implicar (no es un observador imparcial) y en el que debe continuamente pensar en él mismo también para conseguir este fin.

Teóricamente cualquier cambio subjetivo que mejore la vida del médico y que tenga repercusiones positivas en la atención a pacientes o el sistema sanitario es válido y éticamente aceptable

*Sin embargo son comportamientos que suelen ser criticados desde el concepto clásico de excelencia ética por lo que tienen de actitudes ?egoístas? y poco solidarias? y así su planteamiento por los profesionales puede estar sesgado por coartadas cognitivas de distinta naturaleza*

#### **Situaciones tipo**

Son muy típicas las situaciones que pueden generar problemas de conciencia al médico (generalmente píldora del día después, IVEs), también el reconocimiento de situaciones emocionalmente cargadas para el médico que le llevan a considerar no atender a algún paciente concreto. Por regla general, son situaciones (generalmente generadas por determinadas demandas del paciente improcedentes o no, legales o no) en las que se atisba que el médico puede plantearse decisiones que traten de proteger su integridad mental, de conciencia principalmente, pero también su bienestar físico, su ?poder? frente al paciente ?aun envuelto en presumible beneficio secundario para este-, y otros estados más difíciles de justificar, y que estén enfrentadas con otros planteamientos y valores.

Aparecen aquí muchas situaciones creadas por pacientes con los que la relación es difícil, en las que el médico opta por no negociar y en parte cortar la relación

Ejemplo de base clínica aportado por un asistente a los talleres:

*C4: Paciente que acude a la consulta por dolor abdominal y la ve el residente. Exploración: dolor en punto ovárico. Al día siguiente y en horario de tarde (a las 19 horas: fuera de horario de avisos) llama diciendo que está peor y pidiéndonos que vayamos*

Modelos que aquí parecen estar principalmente en conflicto: CM vs CP, CP vs CSS

Para la situación del ejemplo el evaluador ha considerado la tensión entre el Modelo Centrado en el Médico (en la medida en la que

puede decidir no ir porque el hacerlo le afectaría a él negativamente) vs el centrado en el paciente (en la medida que la que atiende al deseo del paciente) (CM vs CP) como tensión principal entre modelos que puede generar esta situación.

Aquí también ha valorado como importante una tensión entre el atender al deseo del paciente vs la legalidad de hacer el aviso a esa hora (CP vs CSS) y la ha puesto como secundaria.

#### **Tensiones con otros modelos:**

Puede conllevar tensiones con cualquiera de los valores priorizados por todos los demás modelos

#### **Tensión entre deberes**

Se trata de una tensión entre dos tipos de solidaridad o equidad la que se le debe al paciente, a los compañeros y la que nos debemos a nosotros mismos para continuar trabajando.

Solidaridad (paciente) vs Solidaridad con él/ella mismo (necesidad de cuidarse)

#### **Valores Relacionados**

Honestidad (10)

Capacidad para la autofrustración (¿para soportarla?) (3)

Aprender de los errores, capacidad de autocrítica (15)

Integridad (tener cosas muy claras y amplias) 1

carácter y mente abierto y buena cara (5)

Realismo (3)

Sinceridad 1

Estabilidad, autocontrol, capacidad para cuidarse (7)

asertividad, (3)

humildad (2)

6 Centrado en la Profesión (Corporativista-Equipo médico) (abreviatura CC)

El modelo teórico considera que para ejercer la medicina con eficiencia es preciso atender a la propia organización y profesión médica. Tiene su base en la consideración de la importancia del trabajo en equipo y de la consideración que hay que tener con sus miembros

#### **Situaciones tipo**

Aquellas que impliquen cualquier relación con los compañeros problemáticas en base a choque de intereses con otros actores también importantes: paciente, empresa, sociedad, el propio médico

*Ejemplo de base docente aportado por un asistente a los talleres:*

A8: Evaluación de Residente con nivel de conocimientos aceptable pero con actitud muy deficiente

Modelos que aquí parecen estar principalmente en conflicto: CC vs CSS

Para la situación del ejemplo el evaluador ha considerado la tensión entre el Modelo Corporativista (*¿el residente es un compañero más, no puedo suspenderle?*) vs el Servicio Sanitario Público (valora las consecuencias que tiene una evaluación inapropiada para la sociedad, para la empresa pública que me puede dar los estándares de evaluación que aquí tal vez me esté saltando) (CC vs CSS) como tensión principal entre modelos que puede generar esta situación.

Aquí también se puede ver una tensión entre el modelo centrado en el médico (*¿el tomar una decisión negativa me puede afectar a mí y a mi relación con él?*) vs el centrado en el servicio de salud (CM vs CSS) pero no ha sido visto lo suficientemente importante por este evaluador. Pueden verse en esta situación otras tensiones

#### **Tensiones con otros modelos:**

Puede conllevar tensiones con cualquiera de los valores priorizados por todos los demás modelos

#### **Tensiones principales entre deberes**

Solidaridad compañero vs justicia o beneficencia

?

#### **Valores Relacionados**

Compañerismo, trabajo en equipo (4)

#### **Referencias:**

Toon P. What is Good General Practice? [HYPERLINK](#)

"[http://www.amazon.com/s/ref=dp\\_byline\\_sr\\_book\\_2?ie=UTF8&text=Royal+College+of+General+Practitioners&search-alias=books&field-author=Royal+College+of+General+Practitioners&sort=relevancerank](http://www.amazon.com/s/ref=dp_byline_sr_book_2?ie=UTF8&text=Royal+College+of+General+Practitioners&search-alias=books&field-author=Royal+College+of+General+Practitioners&sort=relevancerank)" Royal College of General

## Practitioners (Occasional Paper) 1994