



INSTITUTO DE ESPAÑA  
REAL ACADEMIA  
DE MEDICINA DE GALICIA

■

## MEDICINA DE FAMILIA Y BIOÉTICA

Discurso para la recepción pública del académico electo  
ILMO. SR. D. ROSENDO BUGARÍN GONZÁLEZ

■

y contestación del académico numerario  
ILMO. SR. D. FRANCISCO JAVIER DE TORO SANTOS



A CORUÑA 28 DE ABRIL DE 2023





INSTITUTO DE ESPAÑA  
REAL ACADEMIA  
DE MEDICINA DE GALICIA

**MEDICINA DE FAMILIA Y BIOÉTICA**

Discurso para la recepción pública del académico electo  
ILMO. SR. D. ROSENDO BUGARÍN GONZÁLEZ

y contestación del académico numerario  
ILMO. SR. D. FRANCISCO JAVIER DE TORO SANTOS



A CORUÑA 28 DE ABRIL DE 2023

Diseño, Maquetación e Impresión:

GRAFISANT, S.L.

D. Legal:

---

*También hay vida inteligente fuera de los hospitales*

(Amando Martín Zurro)



---

# Índice

---

■ SALUTACIÓN DEL PRESIDENTE .....	9
■ DISCURSO DE INGRESO .....	15
■ SALUTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS .....	19
■ PRIMERA PARTE. ASPECTOS HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES DE LA MEDICINA DE FAMILIA Y LA BIOÉTICA.....	22
■ SEGUNDA PARTE. FUNDAMENTACIÓN, METODOLOGÍA Y DOCENCIA DE LA BIOÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA .	44
■ TERCERA PARTE. PRINCIPALES CUESTIONES ÉTICAS EN LOS MÉDICOS DE FAMILIA.....	56
■ ÉTICA EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	56
■ EL PACIENTE DIFÍCIL.....	60
■ LA ATENCIÓN CONTINUADA .....	62
■ LA PRESCRIPCIÓN INDUCIDA.....	65
■ LA INCAPACIDAD TEMPORAL.....	67
■ CUESTIONES ADMINISTRATIVAS Y BUROCRACIA.....	70
■ MEDICINA DE FAMILIA, CUIDADOS PALIATIVOS Y EUTANASIA.....	73
■ LA TELEMEDICINA .....	76
■ LA CONTENCIÓN MECÁNICA.....	78
■ LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	80
■ COMITÉS DE ÉTICA Y MEDICINA DE FAMILIA.....	81
■ ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA .....	84
■ EPÍLOGO .....	86
■ BIBLIOGRAFÍA.....	87
■ DISCURSO DE CONTESTACIÓN.....	95
■ I. ELOGIO AL ACADÉMICO.....	99
■ II. COMENTARIO AL DISCURSO .....	104





## ■ SALUTACIÓN AL DR.ROSENDO BUGARÍN GONZÁLEZ TITULAR DEL SILLÓN DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Francisco Martelo Villar

Presidente de la Real Academia de Medicina de Galicia



Cuando empezamos los estudios de Medicina, la mayoría de los jóvenes, tenemos en nuestra mente a un médico al que admiramos. Un médico de la familia o un médico de familia. Al lado del conocimiento profesional, poseía habilidades comunicativas y capacidad de ayuda en las situaciones de dificultad y sufrimiento. Un especialista del ser humano, al que debíamos imitar.

El paso del tiempo y, sobre todo, el sistema MIR, el mejor terreno de juego para la formación de

los especialistas necesarios para afrontar la complejidad en la asistencia sanitaria, abrió nuevos escenarios y nos acabaron encandilando otros campos de la Medicina, lo que nos convierte, muchas veces por convicción, aunque no pocas por el mero azar, en actores con papeles muy diferentes al de nuestro admirado referente.

Nos acaba atrayendo el dominio de un área concreta y las técnicas del manejo de equipamiento y aparataje para diagnosticar o curar y nos alejamos de la medicina de respuesta global.

En las últimas décadas, el enorme incremento del conocimiento médico, ayudando a afrontar las necesidades múltiples y complejas del paciente, nos ha obligado, a una mayor fragmentación asistencial basada en los saberes y habilidades de los profesionales. Los pacientes necesitan a especialistas diferentes, dependiendo de la patología que padecen.

---

Las fronteras creadas, solo pueden ser superadas con una respuesta integral del médico, lógicamente la del médico de la medicina primaria, cercana, plural, capaz y susceptible al esfuerzo. Pero; en el sistema público, durante años, desafortunadamente, el médico de familia permaneció alejado de las soluciones, por falta de tiempo presencial y limitación de los estudios diagnósticos de los pacientes convirtiéndose en mero ujier del caminar de los usuarios.

Durante la pandemia Covid-19, la respuesta de la especialidad ante una situación crítica fue excelente. Los responsables políticos, lo han percibido y su esfuerzo lo han centrado en el aumento de las plantillas y la demanda del número de médicos residentes.

No hay mejor ayuda que el médico habitual, que no rota dependiendo de los problemas del paciente y que mantiene la relación en el consultorio o a la cabecera de la cama. No se trata de una conexión tangencial como ocurre en otras especialidades, sino de un vínculo estable en el tiempo en la búsqueda de mejores niveles de salud y bienestar.

La Real Academia de Medicina de Galicia, hoy zanja una deuda histórica con un nuevo sillón de académico numerario para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Era una deuda con la tarea de esos profesionales y con los sentimientos de todos nosotros.

Gracias al Dr. Javier de Toro, Académico numerario titular del sillón de Reumatología por su magnífico discurso de laudatio y mi agradecimiento a los miembros de la actual Junta de Gobierno por su trabajo para llevar al pleno institucional la propuesta de la convocatoria.

Asume hoy la responsabilidad el Ilmo. Sr. Don Rosendo Bugarín. Nacido en el seno de una familia numerosa, con nueve hermanos más, en Tuy ciudad fronteriza. Cercanía generosa con el vecino, pero personalidad muy propia y mantenimiento de las tradiciones seculares. Magnífico escenario para aprender a vivir. Importantes médicos con ejemplaridad en su trabajo.

Entre ellos no puedo dejar de citar a Alejo Diz extraordinario médico tudense, amigo de mi familia materna en Redondela y de quien oí hablar, reiteradamente, en mi infancia de sus bondades y trágico final en la crueldad reinante en el 1936. Compañero de carrera y amigo de Roberto Novoa Santos, estudioso del seguro médico afincado en aquel tiempo en Dinamarca, intentando hacer llegar la atención sanitaria a la población sin recursos, alcalde de Tuy y sobre todo médico de los pobres.

El Dr. Bugarín ha recordado emocionado, en primer término, a sus sacrificados padres y a sus hermanos a los que añadir su actual familia, como primera pata de un trípode sobre el que se ha forjado su personalidad y cuyo segundo pilar son profesores y mentores y el tercero sus amigos y colegas. En su caso de excelente clínico, no me cabe duda que debemos añadir otro pilar, inmediatamente por detrás del familiar y corresponde a sus pacientes de los que ha recogido muchas alegrías y preocupaciones y algún disgusto, pero sobre todo enseñanzas.

Desde la orilla del Miño en Tuy, muy buen estudiante y médico residente en Santiago a jefe de servicio del centro de salud a orillas del Cabe en Monforte.

El neófito académico, es un médico de familia entregado en cuerpo y alma a la profesión, anteponiendo la excelencia moral incluso a la excelencia terapéutica, actuando como un padre virtuoso en una estructura de relación personal horizontal, alejada del rancio paternalismo de decisión vertical desde la cúspide de la pirámide.

Es un excelente clínico arropado por los valores de la ética y la deontología en el marco de la relación médico paciente, que ha estado difundiendo desde el colegio de médicos de A Coruña de la mano del presidente Vidán y de los académicos Martínez Pérez Mendaña y de Toro, en el Comité de Investigación clínica y en los foros asistenciales sobre bioética de la provincia de Lugo.

---

Llega usted, Dr. Bugarín, a la Real Academia de Medicina de Galicia, un lugar de trabajo en busca de la mejoría en las condiciones de salud de nuestros conciudadanos y de ayuda a los gestores sanitarios.

Los escenarios y los actores cambian, pero las dificultades permanecen, "Tempus Fugit" Si, el tiempo vuela y de la indigencia sanitaria se ha pasado, en pocas décadas a la sanidad como bien de consumo, apareciendo, demasiados, usuarios que confunden sus deseos con sus derechos, convirtiéndose en clientes en vez de pacientes.

Estamos ante una demanda inacabable de una sanidad, cada día más cara, por la innovación tecnológica y el gasto farmacéutico y sobre todo por el incremento en los conocimientos que aporta nuevas soluciones.

Pero en el escenario hay médicos jóvenes llegados, cada vez más, no por el referente vocacional del que les hablaba, sino como colofón a la autoestima dimanada de sus brillantes condiciones intelectuales, que además conducen a la frustración en el perfil del funcionariado actual. Tiempo libre en vez de sueldo. Empresas privadas poco generosas que alejan al médico de las decisiones y los médicos mayores superando frustraciones coronadas por la ausencia al trabajo motivada por la patología asociada a la edad y la llegada de la jubilación no deseada.

En un contexto desmotivador para bastantes profesionales los más interesados en conseguir una mejor motivación de sus médicos son los pacientes que sufren la tiranía de la enfermedad.

Desde la Academia, trabajaremos en ello, sin olvidar que la información al usuario para evitar enfermedades no va de la mano de la promoción de la salud. El médico de familia necesita recuperar su capacidad asistencial y el disfrute en su tarea, con disponibilidad de un tiempo adecuado para la asistencia, la investigación, para la formación continuada, la docencia de sus residentes y la información para sus pacientes y para la población general sobre las enfermedades relacionadas con el medio ambiente o debidas al estilo de vida.

Es una actividad que necesita pocos instrumentos, pero los gestores políticos no deben instrumentalizarla sin llegar a acuerdos y dignificar la profesión ; llevándola al lugar que les corresponde y merecen.

Enhorabuena Dr. Bugarin. Muchas felicidades a su familia, a sus amigos, y colegas y el abrazo entrañable de todos sus nuevos compañeros académicos numerarios

Usted es un médico con años a la cabecera de sus pacientes. Acabaré con Platón: «Donde quiera que se ama el arte de la medicina se ama también a la humanidad”.

He dicho.





■  
DISCURSO DE INGRESO  
■







**BUGARÍN GONZÁLEZ, ROSENDO**  
Académico numerario del "sillón" de  
Medicina de Familia y Comunitaria  
Número 39 del escalafón  
Ingreso: día 28 de abril de 2023



## ■ SALUTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

- Excmo. Sr. Presidente da Real Academia de Medicina e Cirurxía de Galicia,
- Excmas. e Ilmas. Autoridades,
- Ilmos. Sras. e Sres. Académicos Numerarios,
- Sras. e Sres. Académicos Correspondentes,
- Benqueridos familiares e amigos,
- Sras. e Sres.

É unha tradición nestes actos comezar cunha semblanza ao anterior académico que ocupou a cadeira correspondente, eu hoxe non a poido levar a cabo, xa que o sillón de medicina de familia e comunitaria, non existía ate agora, é de nova creación e este é o primeiro agradecemento que teño que facerlle aos señores académicos: a sensibilidade ao considerar a necesidade dunha representación da miña especialidade nesta rexia Institución. Sen dúbida, este feito contribuirá á visibilización e o merecido prestixio da Medicina de Familia e da Atención Primaria, é de xustiza.

O segundo agradecemento, e de corazón, ven dado pola consideración da miña persoa para ocupar o devandito cargo. É unha honra e un privilexio, síntome entusiasmado e emocionado, espero estar á altura da confianza. A miña gratitude a todos os señores académicos e en especial ao seu presidente, o doutor Francisco Martelo e aos doutores Javier de Toro, Juan Gestal e Manuel Pereiro que foron os que avalaron, e así posibilitaron, o meu ingreso.

Nin nos meus mellores sonos pensei que podería formar parte desta Ilustre Institución, herdeira dos xardíns de Academos, aquel centro da excelencia do saber fundado por Platón, onde, con toda seguridade, o seu máis egregio discípulo, Aristóteles, deliberou sobre a prudencia e a ética das virtudes.

---

O carácter, ese conxunto de rasgos, cualidades ou circunstancias que definen a natureza propia ou a maneira de pensar e actuar dunha persoa, fórxase de maneira multifactorial e, ao meu parecer, a maior influencia ven dada por unha tríode transcendental: a familia, os profesores e mentores e os amigos e colegas. Son moitas as persoas que contribuíron á miña formación e desenvolvemento persoal e profesional.

Teño que recordar en primeiro lugar aos meus pais que tiveron dez fillos –os meus nove irmáns– e fixeron extraordinarios sacrificios para que puidéramos estudar, estaban orgullosos de ter un fillo médico e desfrutarían moitísimo neste acto; os meus tíos, Humberto e Fernanda que sempre foron os meus irmáns maiores e, por suposto, a miña muller, Társila e a miña filla Carmen, que están aí, no día a día, e son o meu apoio emocional.

Considérome unha persoa afortunada polos bos amigos que tiven e teño, sen dúbida, as miñas vivencias con eles tiveron unha influencia moi positiva na miña profesión, empezando polos meus compañeiros da infancia e mocidade, Francisco e Luis Saracho, José Luis Martínez “Coté”, Alejandro Carrera, Ricardo Pérez “Larry”, Alejo Diz e Elías Torres, e os meus camaradas na residencia universitaria e, actualmente colegas, Julio Cortiñas, Joaquín Lado, David Araujo e Andrés Martínez.

Gardo un entrañable recordo de todos os meus profesores da facultade, todos eles deixaron unha impronta moi valiosa para o meu exercicio da medicina, algúns ocuparon ou ocupan unha cadeira desta Corporación, quero recordar en especial ao profesor Concheiro que case conseguiu cambiar a miña vocación de médico de cabeceira pola de médico forense.

Non é doado encadrar, dentro dun destes epígrafes, a Luciano Vidán xa que foi o meu mentor, profesor, presidente, pero sobre todo é un bo amigo. Tamén lles debo moito, e non estaría neste acto sen os seus consellos, a Pablo Galego, Antonio García Quintáns, Enriqueta Rivas, Manuel Macía, José Benito Martínez, Manuel Portela e Paula López.

Non poido deixar de mencionar aos compañeiros do Servicio de Urgencias do Hospital Clínico Universitario de Santiago, así como aos dos Centros

de Saúde de Calo e Monforte de Lemos, e tamén os membros do Comité de Ética da Investigación Clínica, os do Consello de Bioética de Galicia, os do Comité de Ética Asistencial de Lugo, A Mariña e Monforte, os da Comisión de Ética e Deontoloxía do Colexio Oficial de Médicos de A Coruña, o claustro de profesores da Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo e os meus residentes, de todos aprendín.

A teoría da comunicación sostén que a transmisión dunha mensaxe e mais efectiva se sistematiza en tres categorías, xa que o noso cerebro a interpreta mellor, por iso o vou a dividir o meu discurso en tres partes, a primeira, relativa aos aspectos históricos e conceptuais da medicina de familia e a bioética; a segunda, sobre fundamentación, metodoloxía e docencia da bioética en atención primaria e, por último, a terceira que recolle as principais cuestións éticas que se dan nos médicos de familia.

---

## ■ PRIMERA PARTE. ASPECTOS HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES DE LA MEDICINA DE FAMILIA Y LA BIOÉTICA

Realmente la Medicina de Familia y la Bioética –aunque no con esas denominaciones– existen y evolucionan de forma paralela desde que existe la propia medicina tal como la conocemos en la actualidad. Podemos situar este acontecimiento hace aproximadamente 2.500 años en la antigua Grecia, con el paso del mito al logos. El origen del proceso morboso deja de estar en las fuerzas sobrenaturales y pasa a depender de la naturaleza misma, de la *physis*; la medicina se separa así de la religión. Aunque se considera a Hipócrates de Cos el padre de la medicina, es realmente un texto de Alcmeón de Crotona, *Sobre la naturaleza*, el que inicia este cambio (Gómez-Fajardo, 2001). Este es uno de los saltos cualitativos más importantes de la humanidad, algunos autores, entre ellos Laín Entralgo (1970), se refieren a él con el nombre de “la hazaña”<sup>1</sup>. La medicina se convierte en racional y empírica, requiere una fundamentación científica, es un *tekhne*, un conocimiento, un saber hacer y un arte cuya enseñanza se transmite de maestros a discípulos, de padres a hijos (López, 2004).

Al ser, ahora, las causas de la enfermedad ambientales o debidas al estilo de vida, el médico debe realizar su función mediante observaciones en la cabecera del enfermo, en el ámbito familiar. Es un mediador que, prudentemente, cuida a la persona que sufre para que la naturaleza actúe de forma favorable, tratando de no entorpecerla. Es lo que se ha denominado la *vis medicatrix naturae*<sup>2</sup>. La sistemática de trabajo consistirá,

---

<sup>1</sup> Aunque Flaubert lo situó más tarde, tal vez fuera este el inicio del corto período –en la historia de la humanidad– en que desaparecen los dioses y Jesucristo todavía no ha llegado, en ese momento el hombre está solo; es ahí cuando se necesita y aparece el médico.

<sup>2</sup> Textualmente “el poder curativo de la naturaleza”. El organismo no se comporta de forma pasiva ante las enfermedades, sino que tiene tendencia a reequilibrarse. El médico debe ser un intermediario que elimine los obstáculos para que así el cuerpo recupere su salud. La medicina hipocrática, era, por tanto, muy poco intervencionista, su papel consistía, simplemente, en colaborar con el medio. Este mismo significado tiene la leyenda que destaca en la medalla de los académicos: *Ars cum natura ad salutem, conspirans*, el arte –el conocimiento, la habilidad, la destreza– colaborando con la naturaleza en favor de la salud.

por tanto, en escuchar lo que dice el paciente, anamnesis, y tratar de detectar, mediante la exploración física, los posibles signos de *discrasia*<sup>3</sup> que aparecen en su cuerpo.

Esta nueva forma de hacer las cosas se caracteriza por el rigor, la seriedad y la honestidad, lo que conlleva un estricto profesionalismo y la aparición de **la ética y la deontología médicas**. Así se muestra en el Juramento Hipocrático, toda una declaración de intenciones acerca del comportamiento en la práctica profesional (Córdoba-Palacio, 2003). En él, la atención médica se fundamenta en el principio de filantropía o amor a la humanidad. Es tal vez el documento que más ha contribuido a hacer de la medicina la más noble de las profesiones.

La máxima ética de la medicina *primum non nocere* también se atribuye a Hipócrates<sup>4</sup>. Así, existe una forma aproximada en el monográfico *Epidemias* perteneciente al *Corpus Hipocraticum*: “Pon en práctica con respecto a las enfermedades, dos cosas: ayudar y no perjudicar”.

Otra aportación del mundo clásico griego al ámbito de la ética son las virtudes aristotélicas<sup>5</sup>. El término griego *areté* que suele traducirse como “virtud”, puede asociarse también con el significado de la palabra “excelencia”. Según Escribonio Largo, médico del emperador romano Claudio, y considerado uno de los precursores del humanismo médico, *vir bonus mendendi peritus*, es decir, la excelencia profesional no sólo atañe

---

<sup>3</sup> Desequilibrio, desproporción (en contraposición a *eucrasia*, constitución armónica, equilibrada)

<sup>4</sup> Es preciso aclarar que su origen no está claro, no se menciona en el Juramento como tal. El profesor de Ética Gonzalo Herranz, aludiendo a los estudios de Hooker, considera que la alocución *primum non nocere* fue empleada por primera vez en el siglo XIX y la atribuye a Auguste François Chomel, sucesor de Laënnec en la cátedra de Patología Médica. Otros autores creen que dicha expresión pudo haber tenido su origen en textos de la Edad Media y que fue empleada por Thomas Sydenham.

<sup>5</sup> Son varios los autores contemporáneos, entre ellos Drane, Thomas y Pellegrino, los que han hecho propuestas de las virtudes fundamentales del médico. Incluyen como ejemplos la benevolencia, la compasión, la justicia, el respeto, el cuidado, la integridad y el olvido de uno mismo. Además, entienden como síntesis de todas ellas la prudencia o *phronesis*.

---

al conocimiento sino también a la bondad. En la historia de la medicina hay múltiples máximas relacionadas con las virtudes, entre ellas cabe destacar, por su sensibilidad y belleza, aquella que ya se convirtió en el santo y seña de los cuidados paliativos: “A veces curar, a menudo aliviar, pero siempre, siempre consolar”.

Dando un gran salto en el tiempo nos detenemos en Maimónides de Córdoba (siglo XII), a él debemos la *Oración del médico*, se trata de una obra de enorme belleza y con un incuestionable sentido ético profesional. Al igual que el Juramento, tiene una clara inspiración en el *ethos* hipocrático de la filantropía y en el principio de beneficencia (Samuel-Karchmer, 2013).

El médico inglés Thomas Percival (1740-1804) considerado el padre de la ética médica moderna (Camps, 2007), pasa a la posteridad por su obra *Medical Ethics*, en la que se inspiró posteriormente la Asociación Americana de Medicina para elaborar el primer código, tal como lo entendemos en la actualidad. Para el doctor Percival el médico debe ser un *gentleman* cuya característica más definitoria es el autodominio, el control de sí mismo. Define al médico virtuoso como el “ministro de los enfermos”.

En cualquier caso, sin duda alguna, al igual que con la medicina de familia, el despegue de la bioética acontece en el siglo XX. Esta centuria es una época de importantes cambios, hasta ahora el modelo tradicional –que permaneció inalterado durante más de dos mil años– se inspira en un acentuado paternalismo: el médico es el docto profesional que sabe lo que le conviene a su paciente, este se considera un *infirmus*, es decir, una persona sin firmeza y que por lo tanto tiende a caerse, no está capacitado para comprender ni para tomar decisiones relativas a su salud. Los grandes avances tecnológicos en el ámbito biomédico, que acompañan a un extraordinario desarrollo de los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con unos cambios sociales de reivindicación de los derechos civiles hacen necesario un cambio de paradigma: de la beneficencia paternalista, se pasa a la autonomía del ciudadano en la toma de decisiones y a la equidad en el reparto de los recursos y las cargas.



En muchas ocasiones, fueron los grandes escándalos acaecidos los que motivaron la necesidad de establecer reglas para evitar que se volvieran a producir. Así, el horror originado cuando se conocieron las atrocidades cometidas por los médicos nazis llevó a que en el año 1947 se elaborara el *Código de Nuremberg*, en el que se establecen las condiciones indispensables para la experimentación con seres humanos y cuya expresión más representativa es la necesidad de su consentimiento.

En 1948 ve la luz la *Declaración de Ginebra*, adoptada por la Asociación Médica Mundial, se trata de una especie de actualización del Juramento Hipocrático y se redacta como una hermosa oración médica. En muchos países es leída por los médicos en la ceremonia de graduación.

Al año siguiente, en 1949, esta misma Asociación promulga en Londres el *Código Internacional de Ética Médica* que será periódicamente enmendado y actualizado. Establece los deberes de los médicos en general, los deberes de los médicos hacia los enfermos y los deberes de los médicos entre sí.

Pocos años después, en 1957, el Tribunal Supremo del Estado de California promulga la sentencia del caso *Salgo versus Leland Stanford Jr*, que ha pasado a la historia al utilizar por primera vez el término “consentimiento informado” haciendo referencia al derecho que asiste a los pacientes de recibir información sobre los procedimientos y tratamientos médicos que se les propone llevar a cabo a fin de que puedan consentirlos (Tarodo, 2006). Sin embargo, hay que decir que existió un precedente que se remonta concretamente al año 1914, en Nueva York, con la conocida coloquialmente como “sentencia del juez Cardozo”. Una señora, con historia de intensos dolores abdominales, autorizó expresamente a que le realizaran una laparotomía exploratoria (con fines exclusivamente diagnósticos), durante el procedimiento, el cirujano observó una masa tumoral y decidió extirparla. Una vez superada la anestesia, la enferma pidió explicaciones y presentó una demanda y uno de los jueces, Benjamin Nathan Cardozo, le dio la razón, constituyendo con su argumentación el núcleo duro del principio de autonomía: “todo ser humano en edad adulta y mente sana tiene el derecho a determinar qué debe hacerse con su propio cuerpo y el cirujano que realice

---

una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le pueden reclamar legalmente daños” (Triana-Ávila, 2009).

En 1964, la Asociación Médica Mundial proclama la *Declaración de Helsinki* como una propuesta de principios éticos para la investigación en seres humanos<sup>6</sup>. En sus primeras ediciones, al igual que el Código de Nuremberg, es una compilación de buenas prácticas de los investigadores, es decir, se basa en la autorregulación. Aún tendrían que pasar unos años antes de que se establecieran los comités de ética de la investigación como mecanismo de regulación independiente ajeno a los posibles conflictos de intereses del propio investigador.

Henry K. Beecher, en 1966, publica un trascendental artículo médico en el que denuncia 22 estudios que se estaban realizando, en Estados Unidos, en condiciones que él consideraba no éticas<sup>7</sup>. En este mismo sentido, la sociedad americana vuelve a quedar estupefacta y horrorizada al hacerse públicos sucesos como el experimento Tuskegee en el que se mantuvo, en Alabama, a múltiples varones de raza negra infectados de sífilis sin tratamiento durante décadas para estudiar la evolución de dicha enfermedad; o el estudio de Willowbrook, en el que, para conocer la historia natural de las hepatitis, se infectó artificialmente con virus de dicha enfermedad a un grupo de niños discapacitados. El Congreso Americano respondió a la alarma social generada creando una comisión a la que le encargó la tarea de identificar los principios éticos que deben regir la experimentación con seres humanos. Fruto del trabajo de esta

---

<sup>6</sup> En la elaboración de esta Declaración tuvo una gran influencia el escándalo de la talidomida, un antiemético utilizado en el embarazo, que provocó un gran número de malformaciones fetales reavivando la polémica sobre el control de la investigación farmacológica.

<sup>7</sup> La primera vez que leí este artículo me sobrecogió el ejemplo 18, se trasplantó el melanoma de una hija a una madre, de manera voluntaria, para estudiar la inmunidad contra el cáncer y con la esperanza de que la producción de anticuerpos frente al tumor sirviera de ayuda a la paciente. Ambas murieron al cabo de poco tiempo. También es impactante una de las conclusiones que advierte de los peligros del paternalismo: “si los médicos se dirigen a sus pacientes de forma adecuada, estos accederán a cualquier cosa que aquellos le pidan, debido a la confianza que tienen en ellos”.

comisión, en 1978 aparece el *Informe Belmont*. En él se establecen tres principios básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

En estas décadas también se producen casos asistenciales de enorme calado ético. En Seattle, con la puesta en marcha de las unidades de hemodiálisis y dada la gran desproporción entre las personas que podrían beneficiarse de esa medida terapéutica frente a los limitados recursos existentes, se hace necesario decidir qué enfermos se van a descartar. El rechazo de los profesionales sanitarios a tomar esta decisión provoca la creación de un comité multidisciplinar *ad hoc*<sup>8</sup> que sería el primer esbozo de los futuros comités de ética asistencial. También tuvo gran repercusión el hecho de que un tribunal americano se pronunciara favorablemente a la petición de los padres de Karen Ann Quinlan, para la desconexión del respirador artificial a su hija que permanecía en estado vegetativo persistente, medida a la que se oponía el personal médico del hospital.

Durante estos años el psiquiatra Willard Gaylin y el filósofo Daniel Callahang fundan, en Nueva York, el instituto de investigación en bioética, conocido como *Hasting Center*, el más importante e influyente del mundo. Asimismo, un embriólogo, André Hellegers funda en Washington otro centro dedicado al estudio de la bioética de gran prestigio internacional, el Instituto de Ética Kennedy.

Aunque es difícil atribuir el nacimiento de la bioética a un solo acontecimiento, existe unanimidad en la literatura de que fue Van Rensselaer Potter el que utilizó por primera vez este término al publicar en 1970 un artículo titulado *Bioethics, the Science of Survival* y un posterior libro *Bioethics: Bridge to the future*. El concepto de bioética de Potter era "global" con una honda preocupación por la sostenibilidad del planeta (Nezhmetdinova, 2013). Sin embargo, con el paso de los años, la bioética

---

<sup>8</sup> Este famoso Comité de Seattle denominado por algunos "el comité de Dios" estaba constituido, según parece, por nueve miembros de los cuales dos eran médicos y los otros siete "legos" (un sacerdote, un abogado, un amo/a de casa, un banquero, un sindicalista, un funcionario y un cirujano, que al no ser nefrólogo también se le consideraba profano en el tema).

---

se fue centrando básicamente en los aspectos clínico-asistenciales y en la investigación biomédica. Con respecto al origen del neologismo, si bien es cierto que siempre se menciona a Potter, hay que dejar constancia de que el alemán Fritz Jahr en 1927 usó el término Bio-Ethik en un artículo sobre la relación del ser humano con las plantas y los animales (Sass, 2007).

Pocos años más tarde, en 1976, un médico de familia llamado Howard Brody origina una aportación teórica de gran relevancia a la nueva disciplina al publicar el libro *Ethical Decisions in Medicine*, donde esboza el primer procedimiento de toma de decisiones en ética clínica (Altisent et al, 1999).

En 1978 se edita un trabajo coral, titulado *Encyclopedia of Bioethics*, que recopila el estado de la cuestión en torno a los problemas bioéticos fundamentales y se convierte en una publicación de referencia para esta disciplina. El coordinador de esta magna obra, Warren Thomas Reich, es académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina de España.

Un año después, Tom L. Beauchamp<sup>9</sup> –que había participado en la elaboración del *Informe Belmont*– junto con James F. Childress publican el libro *Principles of Biomedical Ethics* que se convierte en el texto más importante del principialismo al extender los cuatro principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia a la asistencia sanitaria.

A partir de la década de los ochenta los problemas éticos en el ámbito de la asistencia sanitaria se disparan, desde el VIH, pasando por los trasplantes, el aborto, las técnicas de reproducción asistida, los cuidados paliativos, la ayuda a morir, convirtiendo a la bioética en una herramienta de trabajo imprescindible por parte de todos los profesionales sanitarios. Es en 1986 cuando ve la luz el primer monográfico dedicado específicamente a las cuestiones bioéticas en la práctica de la medicina de familia, lo publican los canadienses Ronald Christie y Barry Hoffmaster, bajo el título *Ethical Issues in Family Medicine*.

---

<sup>9</sup> En 2013 Tom Beauchamp estuvo en A Coruña, invitado por el Colegio Oficial de Médicos, para impartir una conferencia y participar en una mesa redonda. Tuve el honor de conocerlo y de que me firmara un ejemplar de su famoso libro.

No se puede dejar de mencionar el conocido coloquialmente como *Convenio de Oviedo* –por ser en esta ciudad donde se firmó el 4 de abril de 1997–. El Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina es un acuerdo promovido por el Consejo de Europa cuyo objetivo es impedir el abuso del desarrollo tecnológico en relación con la biomedicina, así como salvaguardar los derechos y la dignidad humana. Aspira, por tanto, a ser el soporte o base para el desarrollo de la bioética europea al que nuestro país se acogió mediante un Instrumento de ratificación publicado en el Boletín Oficial del Estado el 20 de octubre de 1999.

La bioética en nuestro entorno se desarrolló con cierto retraso. Existe unanimidad al considerar a Diego Gracia Guillén el autor más relevante en España y en los países latinoamericanos. El profesor Gracia, discípulo de Zubiri, fue catedrático en la Universidad Complutense de Madrid de Historia de la Medicina y ocupa el sillón de Bioética en la Real Academia Nacional de Medicina. En 1989 publica *Fundamentos de Bioética*, sentando en nuestro país las bases de una bioética laica y plural y posteriormente, en 1991, a través de su obra *Procedimientos de decisión en ética clínica*, propone una metodología de análisis de los problemas bioéticos que, en la actualidad, se utiliza en prácticamente todos los comités de ética asistencial de nuestro país. Además, otros autores de reconocido prestigio en el desarrollo de la disciplina fueron Frances Abel, director del Instituto Borja de Bioética en Cataluña y Javier Gafo, director de la cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas en Madrid (Altisent et al, 1999).

El profesional que, en nuestro país, ha profundizado más en la bioética en el ámbito de la atención primaria ha sido Rogelio Altisent Trota, médico de familia y profesor titular de Bioética de la Universidad de Zaragoza.

En Galicia, podríamos destacar a José Antonio Seoane, catedrático de Filosofía del Derecho en la Universidad de A Coruña y actualmente miembro del Comité de Bioética de España; José Ramón Amor, doctor en Teología, discípulo de Gafo, y director del máster de Bioética de las Universidades de A Coruña y Santiago de Compostela; Miguel Anxo García,

---

psicólogo clínico del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; Juan Antonio Garrido, médico internista del Área Sanitaria de Ferrol y Francisco Barón, oncólogo del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Aunque nunca ejerció en nuestra tierra, no se puede dejar de mencionar a Pablo Simón Lorda, médico de familia, que defendió una tesis pionera sobre el consentimiento informado dirigida por el profesor Luis Concheiro –académico emérito de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia–.

El nacimiento de la **medicina de familia**, tal como la conocemos en la actualidad, guarda muchos paralelismos con el desarrollo de la bioética. Es en los años sesenta cuando empiezan los problemas en Estados Unidos por la evolución que está adquiriendo la atención médica: se lleva a cabo de forma preponderante en los hospitales, por especialistas y con un *modus operandi* altamente tecnologizado, asociándose lógicamente a una intensa crisis de la clásica medicina general<sup>10</sup>. Esto conlleva un aumento desmesurado de los costes, lo que compromete la sostenibilidad, junto con una despersonalización de la asistencia al parcelarse las patologías por órganos y sistemas y fragmentarse los cuidados (Ponte, 2009), por lo que la sociedad americana comienza a mostrar disconformidad con este modelo. Ante esta deriva, la Asociación Médica Americana auspició la *Comisión Mills*, que redactó un memorándum sobre el adiestramiento necesario de los médicos de atención primaria, titulado *The graduate education of physicians*, y otra comisión que elaboró el conocido como *Informe Willard*, que hacía referencia a la formación médica graduada para la práctica de la medicina general, textualmente *Meeting the challenge of family practice*. Estos documentos sirvieron de base para que, en 1966, se

---

<sup>10</sup> La era de la especialización comienza realmente, en 1910, con el impacto que tiene el *Informe Flexner* en la pedagogía médica. Esto trajo consigo que, en las facultades de medicina, fueran desapareciendo paulatinamente los profesores de práctica general, dando paso a otros más especializados y, por tanto, con un nivel de conocimientos –en su materia– mucho más profundo, pero perdiéndose, como contraprestación, la esencia holística de la práctica médica. Por otra parte, la visión de la educación médica descrita en dicho informe redujo la formación, en las facultades, a la enfermedad excluyendo la salud de la sociedad. En consecuencia, la medicina preventiva y la salud pública no se consideraron una responsabilidad de los médicos.

propusiera la creación de una nueva especialidad que se denominó *Family Practice*, en nuestro idioma Medicina Familiar.

La medicina familiar, por tanto, no nace por el mismo motivo o necesidad que lo hacen las especialidades médicas tradicionales –el progreso del desarrollo tecnológico– sino que se debe a la presión de responder a las imperiosas necesidades de la comunidad (Iturbe, 1987). No es específica o limitada a un órgano, sistema, patología, tecnología, grupo de edad o sexo, sino que se caracteriza por ser abarcadora y generalista<sup>11</sup>. El médico de familia es el especialista en personas (Martín-Zurro et al, 2019). Aparece, pues, con una clara inspiración ética: la necesidad de un sistema sanitario equitativo, es decir, accesible a todos los ciudadanos, económicamente sostenible, integral y humanizado.

Se constituye así una especialidad, una disciplina, una práctica caracterizada por un cuerpo doctrinal propio de conocimientos con un campo de investigación que requiere una formación postgraduada rigurosa y prolongada y posee un perfil de práctica definido. En definitiva, ha consolidado un marco epistemológico propio que no bebe exclusivamente del contenido derivado de las especialidades tradicionales, sino que integra unos conocimientos y un modo de trabajo propios, promoviendo un cambio de paradigma al pasar de un modelo reduccionista, concretizador, como el biomédico tradicional a otro holístico, expansivo, humanista, o abarcador, representado por el enfoque biopsicosocial (Martín-Zurro et al, 2019).

Aún tendrían que pasar bastantes años para la aparición de la especialidad en España. Es en el año 1978 cuando se publica en el Boletín Oficial del

---

<sup>11</sup> Al gran filólogo y académico de la lengua, Fernando Lázaro Carreter (2003) no le gustaba el término “generalista”. Comentaba que era un anglicismo inadecuado y que había cierta contradicción interna entre la oposición especialista / generalista. Con gran ironía decía que el especialista es “quien sabe cada vez más de menos”, de ahí que, siguiendo su lógica, podríamos decir que el generalista es el médico que menos sabe de cada una de las disciplinas o especialidades, pero es el que más sabe de todas. Aunque el señor Lázaro no era partidario de ello, la Academia de la Lengua introdujo en su Diccionario de 2001 el término generalista, considerando como tal al médico que domina un amplio campo de conocimientos. Por ello, decía con cierto sarcasmo que la definición debería ser “especialista en la totalidad”.

---

Estado el Real Decreto 2015, de 15 de julio, que regula las especialidades médicas y posteriormente, en el mismo año, el Real Decreto 3303, de 29 de diciembre, de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad médica. En el preámbulo de este último se hace una clara referencia a los condicionantes históricos que expliqué previamente: “El modelo sanitario de los últimos años ha sido dirigido preferentemente hacia la medicina hospitalaria muy tecnificada, lo que ha permitido el desarrollo de un número de especialistas clínicos, altamente cualificados, pero sin que se haya desarrollado en medida similar el alcance preventivo y comunitario de la medicina general y con ello la atención de la asistencia primaria. Tal situación conlleva al riesgo de la práctica desaparición del Médico de cabecera como estructura básica del sistema sanitario”. Por otra parte, dentro de su articulado destaca que “el Médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad”.

Hubo un acontecimiento clave en la configuración de la especialidad en nuestro país, la celebración unos meses antes, concretamente en septiembre, de la Conferencia de Alma-Ata, en Kazajistán (en aquel momento formaba parte de la URSS), patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (ONU) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Fue el evento de política de salud internacional más importante en esta década ya que marcó un hito en la salud pública de todo mundo, contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales y un gran número de organizaciones no gubernamentales. Lamentablemente, China fue el gran ausente (Tejada de Rivero, 2018).

El principal acuerdo de dicha reunión fue la conocida como *Declaración de Alma-Ata* que marcó los cimientos de la atención primaria de salud. Considera que la salud es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo. Sus propuestas tienen una clara inspiración bioética: la existente desigualdad en el estado de salud de



las personas<sup>12</sup>, no solo entre diferentes países, sino también dentro de un mismo país, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, nos implica a todos. Además, también señala que las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria, lo que supone, sin duda, una promoción de la autonomía.

Dentro de sus apartados, también incluye una definición de la atención primaria de salud al considerarla como la atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, a fin de mantener en cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria lo máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Hasta ahora el término “primaria” tendía a identificarse con lo básico o lo elemental, incluso con lo barato; a partir de Alma-Ata, “primaria” hace referencia a lo fundamental, esencial, sustantivo, nuclear o prioritario<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Pocos años antes, concretamente en 1971, Julián Tudor Hart había enunciado la “Ley de cuidados inversos” que sostiene que la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida. Se trata, sin duda, de una llamada de atención que ofende al principio de justicia.

<sup>13</sup> Recientemente, en una conferencia, la filóloga y escritora Irene Vallejo hizo, en clave etimológica, unas reflexiones sobre nuestro ámbito asistencial, la atención primaria, muy cautivadoras e ilusionantes: “El término proviene del latín *primarius*, que significa «en primera fila». La atención primaria es la vanguardia del cuidado, el dique que evita el desbordamiento. Es una puerta que se abre siempre en los momentos de zozobra y desasosiego. Una red de afecto, seguridad y confianza. Si esa puerta que es el vínculo estable con el paciente se deteriora, se menoscaban, también, todas las esperanzas puestas en ella”.

---

También podemos atribuir a esta Conferencia el hecho de que la medicina de familia ganara el apellido “comunitario”.

No se puede hablar de medicina de familia sin hacer referencia, a nivel internacional, a Barbara Starfield y, en España, a Amando Martín Zurro. Barbara Starfield (1932-2011), pediatra especializada en salud pública y profesora de la Universidad Johns Hopkins, fue, a través de sus publicaciones, la gran impulsora y referente intelectual de la atención primaria de salud<sup>14</sup>. Por otra parte, tenía entre sus grandes preocupaciones la búsqueda de la equidad en los servicios sanitarios (Vilaseca-Llobet, 2022). Sus trabajos, por tanto, tienen un importante componente ético, destacando, en este sentido, el estudio sobre el fenómeno del gradiente social de la salud, es decir, cuanto mayor es la desventaja social, peor es la salud. Amando Martín Zurro (1945) es especialista en medicina de familia y comunitaria y en medicina interna. Ha sido el editor de la revista Atención Primaria y del programa de formación continuada FMC, autor y editor de múltiples artículos y libros relacionados con la especialidad entre el que cabe destacar “Atención Primaria Principios, organización y métodos en Medicina de Familia” del que ya se han publicado ocho ediciones –la primera en 1986– representando la obra de habla hispana de referencia para los médicos que ejercemos en dicho ámbito asistencial.

Desgraciadamente, hay que decir que la Declaración de Alma-Ata enseguida desató numerosas e importantes críticas, entre ellas que estaba destinada a los países subdesarrollados o que tenía una marcada inspiración “socialista”. En cualquier caso, durante sus primeros años en nuestro país se construyeron los pilares conceptuales y técnicos de la

---

<sup>14</sup> Durante mis primeros años de ejercicio profesional como médico de familia, Barbara Starfield era de lectura obligada, no sé si los residentes de hoy lo seguirán haciendo. En concreto, un artículo publicado en Lancet, en 1994, titulado ¿Es esencial la atención primaria?, se convirtió en un referente de la especialidad. Así leímos aseveraciones como la siguiente: “cuanto más fuerte es el papel de la Atención Primaria en el sistema sanitario, mayor es la salud de la población; y con un papel potente de la Atención Primaria en el sistema sanitario, los costes son menores”.

reforma, si bien es cierto que también se cometieron numerosos errores, algunos derivados de la inexperiencia, otros de la excesiva ideologización de los promotores, pero aún así se impulsaron los cambios que han hecho posible una mejora evidente de la calidad en la atención sanitaria que recibe la ciudadanía en el primer nivel asistencial (Martín-Zurro, 2018). El eslogan que repetíamos durante aquellos años era muy ilusionante: “también hay vida inteligente fuera del hospital”.

Sin embargo, muchos de estos novedosos proyectos quedaron para siempre en un cajón. En los siguientes años se produjo un significativo divorcio entre la gestión y la asistencia que se exacerbó con la crisis económica y más aún con la epidemia de COVID, de tal manera que el nuevo paradigma no solo se estancó, sino que incluso sufrió una importante regresión que ha llevado a la importante crisis que sufrimos en la actualidad en nuestro ámbito asistencial. Tal como señala Martín-Zurro (2018) “nuestro sistema sanitario público, al igual que en el resto de los países de nuestro entorno, continúa centrado y dominado por el hospital, abducido por la priorización absoluta de la tecnología y empeñado en realizar abordajes fragmentarios y parciales de los problemas de salud y sociales. No hemos podido ni sabido luchar de forma efectiva contra la inercia brutal del sistema y nos hemos dedicado en exceso a lamernos las heridas y a buscar fuera los culpables de la situación”.

En un sentido prácticamente idéntico se expresa Giovanni Berlinguer (2002), cirujano que fue presidente de la Comisión Nacional de Bioética de Italia: “en lugar del modelo de prevención y de tratamiento basado sobre todo en la *primary health care*, dirigido hacia las necesidades esenciales y puesta al alcance de todos, se ha instalado en la gran parte de los países la tendencia a dismantlar la programación pública de las prioridades y a difundir en primer término tecnologías costosas (...) La misma tendencia se está manifestando en la «medicina preventiva», donde existe un encarnizamiento por hacer pruebas y diagnósticos incluso cuando no existe la demostración de su utilidad ni un remedio posible para un riesgo eventualmente confirmado”.

---

Dentro de este recorrido por la historia de la bioética y la medicina de familia, un hecho trascendental, por su gran influencia posterior, fue la invitación a la reflexión acerca de cuáles son, en nuestra era, los fines de la medicina. Hace casi tres décadas, el prestigioso centro de investigación en Bioética, *The Hastings Center*, de Nueva York convocó a un acreditado grupo de expertos internacionales con el objetivo de emprender un ambicioso estudio sobre los fines actuales de nuestra profesión. La hipótesis de trabajo que motivaba el encuentro era poco discutible: el progreso de la ciencia médica y la biotecnología y el aumento de las necesidades humanas unido a la escasez de recursos para satisfacerlas habían producido un cambio radical que obligaba a pensar de nuevo si entendemos la medicina en sus justos términos. Fruto de esa deliberación vio la luz una publicación que posteriormente fue traducida al español por la *Fundació Víctor Grífols i Lucas* (2005).

En las conclusiones se hace énfasis en que el objeto de la medicina, en la actualidad, debe ser algo más que la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida. Tiene que poner un énfasis especial en aspectos como la prevención de las enfermedades, la paliación del dolor y el sufrimiento, ha de situar al mismo nivel el curar y el cuidar y advertir contra la tentación de prolongar la vida indebidamente<sup>15</sup>.

Asimismo, vale la pena resaltar una de las consideraciones que se hacen en el texto: “La tasa de innovación tecnológica y su orientación hacia lo curativo han dado lugar a una medicina difícilmente sostenible, especialmente de forma equitativa. Existe un límite a lo

---

<sup>15</sup> El grupo de trabajo concluyó que los fines son cuatro que, literalmente, recojo a continuación: La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y conservación de la salud, el alivio del dolor y el sufrimiento causados por males, la atención y curación de los enfermos y los cuidados de los incurables y, por último, la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Es muy clara Adela Cortina (2002) cuando nos recuerda que “estas cuatro metas suponen revolucionar las actuales formas de vida: supone apostar por la prevención responsable, más que por la curación, optar por la calidad de vida, en lugar de la cantidad, reconocer la naturalidad de la enfermedad y la naturalidad de la muerte, y esforzarse por procurar la paz al final de la vida”.

que razonablemente se puede pagar, a lo que es factible en términos políticos y a lo que puede soportar un mercado competitivo sin causar grandes sufrimientos y desigualdades. La lucha incesante por el progreso que ha marcado la medicina de los últimos cincuenta años (es decir, esas batallas contra la enfermedad que nunca se consiguen vencer del todo) puede que haya alcanzado en muchos países el límite de lo económicamente posible". También hace referencia a la necesidad de "un diálogo abierto y continuo entre medicina y sociedad, en el que ambas puedan expresar su manera de entender la enfermedad y la muerte, así como su opinión sobre la prestación de asistencia sanitaria, ¿qué puntos de vista y qué límites se deberían tener en cuenta?". Está claro que esto no es nada fácil: "muy probablemente, al tratar de establecer prioridades y alcanzar la eficiencia y ecuanimidad, emergerán algunos dilemas difíciles, los mismos surgirán al tratar de equilibrar las opciones individuales con el bien común. No obstante, un debate abierto, público y profesional, sobre tales dilemas servirá para alcanzar acuerdos". Entre los múltiples atributos que, según el documento, debería tener la medicina del futuro es que sea moderada, prudente, asequible y sostenible.

Después de este paréntesis histórico, procede hacer referencia a los **elementos conceptuales propios de la atención primaria de salud** (Martín-Zurro et al, 2019): se trata una atención integral (abarca a las esferas biológica, psicológica y social del ser humano), integrada (interrelaciona la promoción y prevención de la salud, el diagnóstico, el tratamiento así como la rehabilitación y reinserción social), continuada y permanente (a lo largo de la vida de las personas, tanto en su domicilio como en el trabajo u otros ámbitos y en el propio centro de salud, en los dispositivos de urgencias y en el seguimiento hospitalario), proactiva, basada en el trabajo en equipo interdisciplinar y accesible (con criterios de justicia social y equidad y sin discriminación). La medicina de familia, al igual que la bioética, tiene a la persona como centro. Las diferencias entre la atención centrada en la persona y la atención centrada en el paciente se detallan en la tabla 1.

**Tabla 1. Diferencias entre la medicina centrada en el paciente y la medicina centrada en la persona (Fuente: Starfield, 2011)**

Medicina centrada en el paciente	Medicina centrada en la persona
Implica interacciones y visitas	Implica relaciones a lo largo del tiempo
Orientada a episodios	Considera los episodios como parte de experiencias vitales
Centrada en el manejo de la enfermedad	Ve las enfermedades como fenómenos multiaxiales
Considera la comorbilidad como una lista de distintas enfermedades	Considera la morbilidad como combinación de distintas enfermedades (multimorbilidad)
Considera los sistemas corporales como independientes	Los sistemas corporales están interrelacionados
Usa sistemas de codificación que reflejan entidades nosológicas con taxonomía profesional	Las taxonomías incluyen el punto de vista del paciente
Se preocupa de la evolución de la enfermedad	Se preocupa tanto de los problemas de salud percibida del paciente como de sus enfermedades

Además, desde mi punto de vista, hay dos hechos diferenciadores fundamentales que definen y singularizan nuestro ámbito asistencial: la longitudinalidad y la incertidumbre<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Otra de las características que se le atribuyen a la atención primaria es ser la puerta de entrada al sistema sanitario. Tengo que reconocer que, aunque no sabía explicar el motivo, nunca me gustó esa expresión, proviene de la palabra inglesa *gatekeeping* que incluso en alguna publicación se tradujo como la función de “portero” del médico de familia. Entendí mi desagrado y me identifiqué completamente cuando leí un artículo al respecto, publicado en el *British Medical Journal* (Greenfield, et al, 2016): “El *gatekeeping* debería ser un mecanismo complementario en un sistema que promueve un cuidado integral, con una división menos estática entre la atención primaria y la secundaria, que permita el acceso rápido de aquellos que lo necesitan. En vez de centrar nuestra atención en la puerta/muralla –quién la controla y hasta qué punto– deberíamos centrarnos en promover una labor colaborativa entre médicos de familia, especialistas y pacientes... Un ambiente de trabajo integrado entre atención primaria y especializada debería poder generar propósitos compartidos”.

El término **longitudinalidad** no existe en el diccionario de la Real Academia Española. Según parece, fue utilizado por primera vez hace cincuenta años por Alpert y Charney (1973). Se define como la relación estable y permanente entre el mismo médico y sus pacientes. Aunque puede darse también en el ámbito hospitalario, es característica del primer nivel asistencial, tanto de la medicina como de la enfermería de familia (Añel-Rodríguez y Astier-Peña, 2022).

No debe confundirse con la continuidad asistencial que es aquella que se presta a un mismo paciente por diferentes profesionales, en distintos niveles. Ambas son elementos complementarios que se potencian entre sí mejorando la calidad de la asistencia.

La propia Barbara Starfield (2001) profundizó en el concepto de longitudinalidad y determinó que su aspecto sustancial y definitorio es la relación personal, de confianza, prolongada en el tiempo, entre el paciente y el profesional y, a través de diversos estudios, encontró ventajas de la longitudinalidad asistencial en determinadas variables en salud como un menor número de hospitalizaciones, menores costes, mayor grado de actividades preventivas y aumento del grado de satisfacción.

Los beneficios de la longitudinalidad continuaron investigándose con la aparición de múltiples publicaciones posteriores a los trabajos de Starfield. Así, por ejemplo, sin ánimo de ser exhaustivo, se asoció con menores tasas de mortalidad (Pereira-Gray et al, 2017), menores tiempos de diagnóstico de los pacientes con cáncer colorrectal o de pulmón (Ridd et al, 2015) o con menores hospitalizaciones por diabetes (Van Loenen et al, 2019). En el año 2022 tuvo una enorme difusión e impacto en nuestro colectivo un artículo realizado en Noruega que concluye que mantener un mismo médico de familia durante 15 años reduce un 30%

---

Se debe, por tanto, desterrar la idea de que atención primaria es la “puerta de entrada del sistema sanitario”. Ha de dejar de estar considerada como una distribuidora de flujos asistenciales para pasar a ser considerada como “el hogar del paciente”, el nivel asistencial donde el paciente vive, enferma, sana, se rehabilita y del que, ocasionalmente, sale hacia otros niveles de asistencia.

---

el uso de los servicios de urgencias, un 28% las hospitalizaciones y un 25% la mortalidad, e incluso estas diferencias, aunque menores, ya son significativas simplemente a los 2-3 años (Sandvik et al, 2021). Por todo ello sigue vigente una vieja recomendación de la Organización Mundial de la Salud: “toda persona debe conocer a su médico de familia”.

Hay que tener en cuenta que medidas encaminadas a mejorar la accesibilidad pueden reducir la longitudinalidad. Por otra parte, a pesar de todas estas robustas evidencias, la realidad es que la longitudinalidad está disminuyendo en nuestro país, y en los de nuestro entorno, debido a la prolongada e intensa crisis que sufre el generalismo. Resulta sobrecogedor el progresivo debilitamiento y la falta de reconocimiento de algo que ha demostrado tan importantes beneficios de la salud individual y colectiva. Recientemente, el político de turno –en este caso el consejero de salud de Cataluña– sin ninguna prueba que lo sustente, se ha permitido el lujo de explicar a los diputados que la atención primaria necesita innovación y que una de las estrategias para conseguir este objetivo es eliminar un concepto “obsoleto”, el de la longitudinalidad de la atención prestada por los profesionales. Concretamente, explicó a título de ejemplo, que la asistencia domiciliaria no deben realizarla los médicos de familia ni las enfermeras que atienden habitualmente a los enfermos, sino un equipo domiciliario diferente integrado esencialmente por enfermeras. Naturalmente, estas declaraciones han generado un gran número de críticas en los medios de comunicación y en las redes sociales (Martín-Zurro et al, 2022).

William Osler, probablemente el clínico de mayor influencia en el siglo XX, resaltaba en uno de sus aforismos que la medicina es la ciencia de la **incertidumbre** y el arte de la probabilidad. Si hay algo que caracteriza a la medicina en general, y a la medicina de familia en particular, es la duda (Coxa et al, 2021). En efecto, la incertidumbre es más manifiesta en nuestro ámbito asistencial y, de hecho, se considera una de las características esenciales de la especialidad (Loaissa y Tandeter, 2001). En nuestro ejercicio profesional, sin apenas pruebas complementarias, la incertidumbre está presente –prácticamente siempre– en la toma de



decisiones y es algo con lo que tenemos que acostumbrarnos a convivir y aprender a gestionar. Es obvio que nos condiciona emocionalmente al provocarnos sufrimiento psicológico y limita nuestras actuaciones –de forma variable– en función de la tolerancia al riesgo de cada médico. Así, se habla de reacciones disfuncionales ante la incertidumbre y los grados extremos son la indecisión y la parálisis para evitar los errores y provocar yatrogenia frente a la actitud osada y temeraria del exceso de seguridad que conduce al hiperintervencionismo. La medicina defensiva también es una posible respuesta a una inadecuada gestión de la incertidumbre.

Tal es su transcendencia en el día a día que hay quien considera que la tolerancia a la incertidumbre es un factor que, en la carga asistencial de un médico de cabecera, tiene incluso más importancia que el tamaño de su cupo de pacientes.

En nuestro quehacer diario, la incertidumbre tiene que ver, naturalmente, con la duda en el significado y la evolución del problema clínico al que nos estamos enfrentando, pero también –aunque con menos frecuencia– con la forma de actuar cuando se nos plantea un conflicto ético.

En el primero de los casos, la incertidumbre viene dada fundamentalmente por la variabilidad biológica (incluido el papel del azar) y la limitación del saber científico, o bien, por la falta de conocimiento del clínico. Además, la percepción de la incertidumbre y la tolerancia a ella tiene un carácter dinámico que se modifica con la experiencia profesional y vital del médico que la experimenta. La medicina basada en la evidencia ha supuesto un gran avance para ayudar a la toma de decisiones, pero hay que reconocer que tiene limitaciones; son necesarias también otras estrategias dirigidas a aumentar la capacidad de los médicos a enfrentarse a la incertidumbre. Por otra parte, en la relación con el paciente, conjugar la honesta y sincera duda con una imagen de confianza, tranquilizadora, de que se domina la situación, es un auténtico desafío.

En el segundo de los casos, el enfoque es totalmente distinto. La ética es la disciplina que trata de responder a la pregunta: ¿qué debo hacer? El curso de

acción prudente pasa por la reflexión y la deliberación. Los comités de ética asistencial y los referentes en bioética pueden ayudarnos, pero la última palabra no se puede delegar y la decisión la tiene que tomar uno mismo.

Una de las virtudes aristotélicas es la *mesótes*, buscar el término medio, no en el sentido de la mediocridad sino de la ponderación, del equilibrio: la valentía consiste en no ser cobardes ni temerarios, sino prudentes.

Por último, en la medicina de familia aún podríamos hablar de un tercer tipo de incertidumbre y este es prácticamente exclusivo de la atención primaria: lo que va a acontecer a lo largo de nuestra jornada. No podemos predecir como será nuestro día a día; independientemente de nuestros pacientes citados, con el paso de las horas irán apareciendo nuevos que solicitan atención fuera de agenda, así como visitas domiciliarias, reparto de los cupos de los compañeros ausentes e incluso, aunque con menor frecuencia, asistencias en la vía pública, a requerimiento del 061, ante accidentes de tráfico o cualquier otra eventualidad. Esta exigencia y sobrecarga ha aumentado exponencialmente en los últimos años. Lidar con esta incertidumbre en el reparto del escaso tiempo genera en muchas ocasiones una importante tensión emocional.

En la tabla 2 se detallan los principales hitos de la medicina de familia y la bioética.

**Tabla 2. Principales hitos en la medicina de familia y en la bioética**  
(Fuente: Elaboración propia)

Año	Medicina de familia	Ética médica/Bioética
2500 aC	Alcmeón de Crotona, <i>Sobre la naturaleza</i> Hipócrates, <i>Corpus Hippocraticum</i>	<i>Juramento Hipocrático</i>
47		Escribonio Largo, <i>Vir bonus medendi peritus</i>
1138-1204		Maimónides de Córdoba, <i>Oración del médico</i>
1740		T. Percival, <i>Medical Ethics</i>
1910	<i>Informe Flexner</i>	

Tabla 2. Continuación

Año	Medicina de familia	Ética médica/Bioética
1914		<i>Sentencia del juez Cardozo</i>
1947		<i>El Código de Nuremberg</i>
1948		<i>Declaración de Ginebra</i>
1949		<i>Código Internacional de Ética Médica</i>
1957		<i>Sentencia caso Salgo vs Leland Stanford Jr</i>
1960		Comité de Seattle para la hemodiálisis
1964		<i>Declaración de Helsinki</i>
1966	<i>Informe Willard, Se crea en USA la especialidad de Family Practice</i>	H. K. Beecher, <i>Ethics and clinical research</i>
1970		R. Potter, <i>Bioethics: Bridge to the future</i>
1973	J. Alpert & E. Charney, concepto de Longitudinalidad	
1976		H. Brody, <i>Ethical Decisions in Medicine</i>
1978	Conferencia de Alma Ata, Creación de la especialidad en España	<i>El Informe Belmont; W.T. Reich, Encyclopedia of Bioethics</i>
1979	Aparecen en nuestro país los primeros residentes de la especialidad	T.L. Beauchamps & J.F. Childress, <i>Principles of Biomedical ethics</i>
1986	Ley 14/1986, General de Sanidad; A. Martín Zurro, <i>Atención Primaria Principios, organización y métodos en MF</i>	R. Cristie & B. Hoffmaster, <i>Ethical Issues in Family Medicina</i>
1991		D. Gracia, <i>Procedimientos de decisión en ética médica</i>
1994	B. Starfield, <i>Is primary care essential?</i>	
1996		Hasting Center, <i>Los fines de la medicina</i>
1997		<i>Convenio de Oviedo</i>
2002		<i>Ley 41/2002, básica, de autonomía del paciente</i>
2021		<i>Ley 3/2021, orgánica, de regulación de la eutanasia</i>

---

## ■ SEGUNDA PARTE. FUNDAMENTACIÓN, METODOLOGÍA Y DOCENCIA DE LA BIOÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

En el día a día de nuestra consulta nos estamos enfrentando continuamente a preguntas, a dudas, la gran mayoría de naturaleza científico-técnica, ¿debo utilizar un antibiótico en esta amigdalitis?, ¿es necesaria una vía rápida para esta rectorragia?, ¿es preciso tratar farmacológicamente esta hipercolesterolemia?; pero también nos planteamos dudas de índole moral, ¿es necesaria esta incapacidad temporal que me solicita el paciente?, ¿qué le digo a un usuario que rechaza los medicamentos genéricos?, ¿debo darle mi teléfono personal a la familia de un paciente en situación de últimos días?

Naturalmente, las estrategias de ayuda para la toma de decisiones no siguen la misma sistemática. En el primer grupo de cuestiones necesitamos el método científico, la medicina basada en la evidencia; en las segundas, la deliberación y la prudencia. A diferencia de la ciencia, que se basa en pruebas, la prudencia se aplica a aquello que puede ser de varias maneras y no es empíricamente demostrable. Así, un hombre que delibera rectamente para tomar una decisión, es un hombre prudente, Aristóteles (2015) en la *Ética a Nicomaco* dice textualmente: “Tan absurdo sería aceptar que un matemático empleara la persuasión como exigir de un retórico las demostraciones”. Es muy sugestiva, en este sentido, la obra de Potter *Bioethics: bridge to the future*, haciendo referencia a ese puente, a ese nexo entre lo cualitativo y lo cuantitativo, entre las humanidades y las ciencias naturales. Los problemas de salud tienen un abordaje desde la ciencia experimental, pero muchas veces un tratamiento eficaz solo se alcanzará mediante intervenciones sociales como ocurre, por ejemplo, con la obesidad, la ludopatía o el tabaquismo. Es necesario, por tanto, incorporar la ética como disciplina humanística que nos ayude a equilibrar unos conocimientos a menudo sesgados por el modelo biomédico (Altisent et al, 2019).

La palabra “ética” procede del griego antiguo *éthos* y significa talante o carácter<sup>17</sup>. Es decir, atañe a los hábitos y costumbres que definen la

---

<sup>17</sup> Este es el significado cuando la palabra empieza con la letra épsilon (ε) ya que tam-

disposición fundamental de una persona ante la vida. Está en relación, por tanto, con aquellas conductas que llevamos a cabo habitualmente y nos hacen formar parte de una comunidad que acepta y valora esos hábitos o formas de comportarse. Es una palabra que, en muchas ocasiones, se utiliza como sinónimo de “moral” y, sin embargo, en otras se considera que tiene un significado diferente. El término “moral” viene del latín *mos-moris* y significa costumbre como carácter o género de vida, haciendo referencia a las acciones concretas que realizamos. Habitualmente, la moral está en relación simplemente con los modos concretos en que en realidad nos comportamos. Es, por tanto, la “moral vivida” mientras que cuando hablamos o escribimos sobre ética queremos referirnos al estudio de dichos hábitos o costumbres, es decir, a la “moral reflexionada”. En definitiva, podemos decir que la moral es como nos comportamos y la ética es la reflexión sobre si es bueno o no nuestro comportamiento (Hausmann et al, 2010).

Frente a lo que podríamos llamar “ética clásica”, centrada en reflexiones teóricas y filosóficas, se acuñó el término de “éticas aplicadas” para hacer referencia a un enfoque más práctico, tratando de dar respuesta a los problemas éticos que surgen en diferentes profesiones y empresas como pueden ser la medicina, la enseñanza, la banca, los medios de comunicación o la política. Así, siguiendo a Camps (2013), lo que aporta la ética para el análisis y resolución de conflictos prácticos, en el ámbito profesional, es un conjunto de conceptos y razonamientos que ayudan a enmarcar el problema en cuestión y a verlo desde el punto de vista moral (y no desde cualquier otra de sus dimensiones: científica, técnica o jurídica). La ética aplicada puede entenderse, por tanto, como una ética de las profesiones<sup>18</sup>. La eclosión de las éticas aplicadas se produce con la aparición de la bioética.

---

bién puede escribirse con eta (η) en cuyo caso significa morada o lugar de residencia, por extensión a guaridas donde los animales habitan y crían y, más adelante, terminó por tomar el significado de país.

<sup>18</sup> En cualquier caso, hay que decir que Victoria Camps (2013) considera que la expresión “ética aplicada” es redundante ya que entiende que toda ética, por definición, debería poder aplicarse.

---

Uno de los enfoques clásicos de análisis es el principialista que se inspira en las éticas del deber o deontológicas. Los principios conllevan deberes, son *prima facie*, no tienen un orden jerárquico entre ellos, sino que se ponderarán según las circunstancias. La metodología del principialismo se lleva a cabo a través de la deducción, de arriba abajo, de lo general a lo particular (partiendo de los principios o leyes universales deducimos la actuación ante casos particulares).

La otra gran corriente de aproximación sería la casuística que responde a las éticas de las consecuencias o teleológicas. Una de las formas más conocidas del consecuencialismo es el utilitarismo, ya que se basa en la “utilidad” entendiendo esta como “el mayor bien para el mayor número de personas”. Parte de la inducción, de lo concreto a lo general, un caso típico y claro –paradigmático– y máximas –reglas morales particulares válidas para cierto tipo de casos– que no son universales. El razonamiento moral del casuismo se asemeja al procedimiento legal de la jurisprudencia y de la *common law* anglosajona.

Es absurdo considerarlas corrientes contrapuestas, ya que ambas aportan ventajas. Además, en el contexto de la medicina de familia podríamos considerar como un complemento de ellas a la ética de las virtudes (Misselbrook, 2015). No se trata de aplicar principios o calcular las consecuencias sino del buen juicio del profesional que tiene ciertas virtudes. Este modelo no se centra tanto en la toma de decisiones sino más bien en el carácter de los que las toman. Una virtud es una cualidad humana, un tipo de excelencia moral. Así, por ejemplo, la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Camfyc, 2017) ha considerado siete virtudes como parte del compromiso ético del médico de familia hacia sus pacientes: la dedicación, el respeto, la proximidad, la lealtad, la prudencia, la equidad y la honradez. Por último, se debe mencionar a la ética del cuidado –desarrollada por Carol Gilligan– que surge al reconocer la vulnerabilidad y la dependencia del ser humano cuando, a lo largo de su vida, pasa por momentos en los que no puede cuidar de sí mismo y precisa de otros para vivir y encontrar su bienestar (Busquets, 2019). Es una ética de relaciones

interpersonales, compromiso personal, responsabilidad, compasión y empatía. Sin duda, está íntimamente relacionada con la medicina de familia, ya que propugna una práctica más humanizada que favorece la concepción holística del paciente: cuidar y no solo curar, salud y no solo enfermedad y una relación médico-paciente horizontal y no vertical.

El Informe Belmont propuso tres principios éticos básicos para llevar a cabo una investigación con seres humanos: el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia. Posteriormente, Beauchamps y Childess en su ya legendario libro *Principles of Biomedical Ethics* los adaptaron a la ética asistencial, desdoblado uno y cambiando del nombre de otro: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

La no maleficencia se refiere a no hacer daño, a llevar a cabo procedimientos que sean inocuos. Naturalmente, no se puede tomar al pie de la letra ya que la yatrogenia es inherente al ejercicio de la medicina; a veces es imprescindible llevar a cabo amputaciones, existen las infecciones nosocomiales, los medicamentos tienen efectos adversos... El principio de no maleficencia debe entenderse como una llamada a la prudencia, a ponderar los riesgos frente a los beneficios; nos recuerda que es preciso actuar con sensatez y sin improvisación, que es básico estar bien formados, que es necesario evitar acciones excesivas o fútiles y que debemos prescribir únicamente los fármacos imprescindibles. Además, también significa que debemos aprender de los errores y ello implica adoptar ante ellos una práctica reflexiva y crítica.

La beneficencia obliga a actuar buscando el beneficio del paciente, pero implica también tener en cuenta lo que este considera su propio bien. El profesional no puede imponérselo ya que en dicho caso caería en la no deseada "beneficencia paternalista". Con respecto a la atención primaria, hay un elemento diferenciador que debe manifestarse en el principio de beneficencia y es el hecho de que nuestro ámbito asistencial no incluye exclusivamente el intento de curar y restablecer la salud, sino también el hecho de la prevención y la promoción de la salud que, en ocasiones, implica modificaciones de estilos y modos de vida que no contribuyen

---

a la salud colectiva, hecho que puede conllevar una colisión entre los intereses individuales y los intereses colectivos (Soler, 2015).

La autonomía implica el respeto a la opinión y decisiones del paciente, a su libertad, “a ser dueño de su propia vida”. Se trata de suscitar la responsabilidad y el empoderamiento de las personas. Como profesionales no solo debemos respetar la autonomía, sino que también tenemos que promoverla. Debemos entender que un individuo capaz es libre de tomar decisiones, aunque estas puedan ser perjudiciales para su propia salud. En el contexto de atención primaria, debemos partir de la base de que nuestro ámbito asistencial no solo está dirigido al individuo, sino también a la familia que está integrada en la comunidad y esta tiene unas tradiciones, costumbres, formas de vida y modos de percibir el mundo.

La justicia nos recuerda que es imperativo el reparto equitativo de las cargas y los beneficios de la asistencia sanitaria pública, los recursos son limitados y se deben distribuir de forma ética. Por supuesto, incluye tratar a todas las personas con la misma consideración, sin discriminaciones ni parcialidad en los beneficios. Así, se deben evitar las pruebas complementarias y las derivaciones hospitalarias que no sean estrictamente necesarias, el consumo no justificado de medicamentos ya sea por no estar indicados, por su baja eficacia o por ser un *me too*<sup>19</sup>. La priorización en la demora de una consulta debe tener una justificación clínica. Esta es una de las grandes aportaciones de la bioética, la medicina tradicional no tenía en cuenta los aspectos económicos, incluso se llegó a considerar que estas cuestiones eran antagónicas con la buena praxis (Couceiro, 2006). Con el cambio de paradigma, el médico no sólo debe preocuparse por sus pacientes, sino también por los pacientes de los otros médicos y por los pacientes del futuro. El médico de familia actual debe reunir tres cualidades: ser un buen técnico, un buen humanista y un buen gestor. Dicho de otra manera, la

---

<sup>19</sup> La Comisión Gallega de Bioética (2012) define al medicamento *me too* (“yo también”) como aquel fármaco estructuralmente similar a otro ya conocido, diferenciándose únicamente por variaciones farmacológicas menores que en muchas ocasiones no suponen una mejora terapéutica relevante, pero permite a la industria farmacéutica vender medicamentos a precios mayores de los ya existentes y prolongar el tiempo de patente.



“medicina bien hecha” se configura en un trípode, lo ético, lo científico y lo económico deben confluír para conferir tal virtud.

Diego Gracia, hace ya unos cuantos años, clasificó estos principios en dos jerarquías, los de nivel 1 (no maleficencia y justicia) son aquellos que se corresponden con una ética de mínimos, con deberes universalizables y exigibles y, por tanto, con una obligación impuesta y los de nivel 2 (beneficencia y autonomía) que pertenecen a una ética de máximos, es decir, al proyecto vital de cada persona de acuerdo con su escala de valores. Sin embargo, tal como señala Garrido (2022), la aprobación de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, consolida a la autonomía y la beneficencia como de nivel 1, de mínimos, quedando así conformado el marco de las relaciones sanitarias por la ética de la indicación (no maleficencia –realizando lo indicado y no lo contraindicado– y justicia, teniendo en cuenta los recursos disponibles) y la ética de la elección (centrada en el proceso comunicativo y orientada a la planificación compartida de la asistencia).

El desarrollo de la bioética se asoció con situaciones límite relacionadas con el comienzo y el final de la vida, con conflictos espectaculares en grandes temas –fundamentalmente hospitalarios– como los trasplantes, las donaciones de sangre, la diálisis e incluso con escándalos vinculados a la investigación biomédica. Por ello, la medicina de familia y la atención primaria en general quedó fuera de lo que podríamos llamar bioética de primera generación. Se consideraba que en nuestro ámbito asistencial no existían cuestiones éticas relevantes y de hecho, durante los primeros años, ni podíamos hacer consultas a los comités de ética asistencial acreditados.

Hay unos hechos específicos en nuestro ejercicio profesional que conllevan una bioética diferenciadora. El médico y la enfermera de familia interactúan de forma importante no solo con el paciente, sino también con su familia y con la sociedad en general. Está innegablemente vinculada a las relaciones humanas y a la incorporación de determinadas actitudes y valores. Por otra parte, la asistencia va más allá de la atención a la enfermedad, incluye la prevención y promoción de la salud. Es decir, somos facilitadores de la

---

salud. Podemos decir, por tanto, que la bioética de la atención primaria es la de las pequeñas cosas, la del día a día y tiene más que ver con el ejercicio de una práctica profesional virtuosa y un comportamiento moral adecuado que con una sesuda deliberación moral (Ruiz y Loayssa, 2016).

En definitiva, la bioética “cotidiana” no consiste exclusivamente en la reflexión sobre dilemas<sup>20</sup> o conflictos éticos, sino que implica mucho más. De ahí la pertinencia de la propuesta de clasificación de Altisent et al (2019) de las posibles cuestiones éticas –que se presentan en la consulta médica– en tres grupos diferenciados: cuestiones de actitud, cuestiones de decisión o problemas éticos y cuestiones operativas.

Las primeras, marcan la calidad ética, la excelencia del médico de familia. Dentro de ellas podríamos mencionar, como ejemplos, preocuparse por adquirir habilidades de comunicación, comprometerse con la docencia de residentes o facilitar el número del teléfono personal a los familiares de un paciente que está en situación de últimos días. Se trata, en definitiva, de hechos que no están en relación con las obligaciones legales del profesional –ética de mínimos– sino que se sitúan en un plano superior y personal de compromiso –ética de máximos–. Las segundas hacen referencia a las dudas que se nos plantean al entrar en conflicto varios principios éticos, como ocurre cuando un paciente nos solicita una incapacidad temporal que creemos que no está justificada. El preguntase hasta dónde debe llegar la persuasión a un paciente para que adquiera estilos de vida saludables –y dónde empieza la indeseable coacción– también es una cuestión de decisión. Las terceras están en relación con las dificultades prácticas que

---

<sup>20</sup> Diego Gracia (2011) no se cansa de insistir que en la ética no nos enfrentamos a dilemas, sino a problemas, puesto que no se trata de escoger una de las dos opciones antagónicas, dicotómicas, sino que debemos optar a las posibilidades intermedias que lesionen en menor medida los dos valores en conflicto, ambos irrenunciables. En efecto, el ser humano tiene una especial tendencia a reducir todos los cursos de acción a dos, que se caracterizan además por ser extremos. Decantarse por uno de ellos, conlleva la lesión completa del otro. La experiencia demuestra que la elección de un curso extremo lleva a la otra parte a reaccionar y justificar su elección por el extremo opuesto; se acaba, así, el diálogo. Una mentalidad dilemática sólo tiene en cuenta blancos o negros pero la mayor parte de las veces existe toda una gama de grises. La deliberación consiste en consensuar, para cada caso, el gris más adecuado de la paleta.

pueden surgir cuando pretendemos ejecutar una acción. Así, por ejemplo, en condiciones muy precarias de recursos humanos en un equipo de atención primaria –como ocurre muy frecuentemente en la actualidad– puede ser francamente difícil, o incluso imposible, llevar a cabo actividades preventivas y de promoción de la salud, realizar un plan de cuidados periódicos para los pacientes inmovilizados o, incluso, cumplir los objetivos de calidad asistencial pactados. Estas dificultades prácticas pueden tener un origen interno o externo, es decir, pueden deberse al propio profesional o ser responsabilidad del equipo o incluso de la institución. En la realidad cotidiana, estos tres tipos de cuestiones no se dan de forma pura, sino que se presentan entremezclados, si bien, suele predominar alguno de ellos.

Creo que nadie duda de que, dentro de estos tres tipos, el debate ético se nutre fundamentalmente de las cuestiones de decisión, es decir, de los conflictos o problemas éticos. Tomar decisiones de carácter moral es algo muy complejo y no se debe confiar simplemente a la intuición, a la buena voluntad o al sentido común (Garrido, 2016). Es necesaria una deliberación sistemática de análisis y reflexión, en definitiva, un método. Así, hace ya años que Gracia (2011) propuso un procedimiento para ayudar a la elección de una decisión prudente, método que en la actualidad sirve de guion en prácticamente todos los comités de ética asistencial de nuestro país. Consiste, básicamente, en una serie de pasos secuenciales que resumo a continuación:

En primer lugar, se lleva a cabo una deliberación sobre los hechos lo que implica poner sobre la mesa las características del problema de salud (diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas) y los agentes implicados. Los hechos son objetivos, partiendo de la historia clínica se llega al problema de decisión.

A continuación, debemos poner en evidencia los valores enfrentados que condicionan el conflicto.

Por último, entramos en la deliberación sobre los deberes estableciendo cuáles son los cursos extremos (antagónicos) en la toma de decisiones. La prudencia implica huir, alejarse de los polos, es decir, la búsqueda de

---

los cursos intermedios y, entre ellos, determinar cuál o cuáles son los que nos parecen óptimos, es decir, los que respetan en mayor medida, y por tanto no lesionan, los valores enfrentados, asumiendo las consecuencias de dicha elección.

Una vez tomada una propuesta de decisión, la sensatez hace pertinente filtrarla a través de unas pruebas llamadas de “consistencia” o de “seguridad”, como si fuera un *check-list*. La primera es la prueba de legalidad que consiste en comprobar que la decisión que hemos tomado no es contraria a derecho. En efecto, con carácter general, no podemos adoptar medidas que sean ilegales por lo que para optar de forma excepcional, por esta eventualidad tendría que existir una buena motivación y justificación. En este sentido, Simón et al (2007) consideran una serie de diferencias entre el ámbito normativo y el de las excepciones. Este último se caracteriza por tener una validez subjetiva y circunstancial y está relacionado con un caso particular, con una situación en concreto y como último recurso, mientras que el primero tiene una validez intersubjetiva y permanente, es universal y, por lo tanto, de primera elección. Por ello, el ámbito de lo excepcional se justifica como un mal menor ya que a priori lo normativo es lo correcto y obliga al que toma dicha decisión a cargar con el peso de la prueba y a la justificación pública. Si la palabra que define lo normativo es la “justicia”, la que define lo excepcional es la “prudencia”.

La segunda prueba es la del tiempo, asegurarnos que no se trata de una decisión precipitada, fruto de la emoción e irreflexiva, sino que la volveríamos a elegir de igual forma al cabo de unos días.

Por último, está la prueba de la publicidad: ¿defenderíamos públicamente la propuesta? Una vez pasado este tamiz, se tomarían definitivamente las decisiones.

La bioética y la deliberación prudente requieren formación y práctica, es decir, aprendizaje de habilidades. Nadie duda de que la **formación en bioética** facilita que las decisiones en la práctica clínica diaria sean más fundamentadas y respetuosas con las distintas opciones y valores de los

pacientes; es por ello, que el último programa formativo de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (2005), ya planificado para cuatro años de duración, concede una importancia esencial a esta disciplina. Tan es así que, en dicho documento, la palabra "bioética" aparece en once ocasiones.

El programa de formación agrupa los valores profesionales del médico de familia en cinco compromisos: con las personas, con la sociedad en general, con la mejora continua de su trabajo, con la propia especialidad y con la ética.

El perfil profesional del médico de familia se plasma en cinco áreas competenciales sobre las que existe un alto nivel de consenso en la Unión Europea: esenciales, atención al individuo, atención a la familia, atención a la comunidad y docencia e investigación. Dentro del primer grupo, el de competencias esenciales, se enmarcan la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión y la bioética.

Las actividades docentes se agrupan en función de una prioridad y un nivel de responsabilidad. Se considera prioridad I aquella que es indispensable (debe ser adquirida por todos los residentes), prioridad II la que es importante (la mayoría de los residentes) y prioridad III la que indica un criterio de excelencia. Asimismo, se considera un nivel de responsabilidad primario aquellos casos en los que el médico de familia debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin apoyo de otro nivel asistencial en el 90% de los casos; secundario, cuando el problema requiere habitualmente una consulta a otro nivel asistencial y terciario, si el diagnóstico y tratamiento es competencia de otros especialistas pero el médico de familia debe tener la capacidad de información y apoyo, así como de asegurar la coordinación y la continuidad asistencial. La tabla 3 muestra las actividades docentes relacionadas con la bioética, agrupadas por prioridad.

El programa propone como metodología docente para adquirir estas destrezas el autoaprendizaje, el aprendizaje de campo, un curso de

introducción a la bioética, trabajo grupal (sesiones bibliográficas, discusión de casos reales o simulados, otros) y talleres. Pero sin duda, el aspecto pedagógico crucial es el trabajo en las consultas con el tutor.

En efecto, la relación entre el tutor y el residente es el elemento clave en la formación bioética. La ética no es una asignatura o competencia más de un programa de formación, sino que constituye la esencia misma del ejercicio de la medicina. No basta ser técnicamente competente, sino que el médico debe poseer, necesariamente, aptitudes morales para el ejercicio idóneo de la profesión. La relación bidireccional constituye el punto de referencia en la orientación profesional. El tutor deberá ser el modelo a seguir. Este aprendizaje no puede llevarse a cabo a través de clases magistrales ni de cursos teóricos, sino que es fundamental el contacto humano, a través de la relación personal, y la imitación. Se aprende viviéndolo (Pérez-García, 2018).

**Tabla 3. Actividades docentes por prioridad y nivel de responsabilidad**  
(Fuente: Programa de la Especialidad MFyC, 2005)

Actividades docentes agrupadas por prioridad	Nivel de responsabilidad
<b>Conocimientos, actitudes y habilidades</b>	
<b>Prioridad I</b>	
- Detectar situaciones de conflicto ético	Primario
- Conocer los principios básicos de la bioética	Primario
- Contrastar el hecho a considerar con los principios básicos	Primario
- Valorar posibles excepciones a los principios básicos	Primario
- Evaluar las circunstancias de cada hecho a considerar para establecer los posibles cursos de acción	Primario
- Conocer y aplicar los siguientes conceptos: Confidencialidad; Secreto profesional; Consentimiento informado; Capacidad; Deber de no abandono; Uso racional de recursos; Trabajo en equipo	Primario
- Manejar éticamente los siguientes procesos: el consentimiento informado como proceso de toma de decisiones; Gestión de la incapacidad temporal; Relaciones interprofesionales; Relaciones con la industria farmacéutica; Las actividades preventivas	Primario
- Registrar en la clínica los aspectos éticos	Primario

Tabla 3. Continuación

Actividades docentes agrupadas por prioridad	Nivel de responsabilidad
<p><b>Prioridad II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer las disposiciones jurídicas y deontológicas que condicionan las decisiones en la clínica</li> <li>- Manejar adecuadamente una metodología racional y crítica de análisis de problemas</li> <li>- Manejar éticamente los siguientes procesos: Evaluación de la capacidad de un paciente mayor de edad y de uno menor de edad; Adecuación del del esfuerzo terapéutico; Relaciones profesionales interniveles; El paciente difícil; Dar malas noticias; Anticoncepción postcoital; Aborto</li> <li>- Presentar un caso conflicto al equipo de atención primaria para su deliberación conjunta, o al Comité de Ética Asistencial</li> </ul>	<p>Primario</p> <p>Primario</p> <p>Primario/Secundario</p> <p>Secundario</p>
<p><b>Prioridad III</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar trabajos de investigación relacionados con los conflictos éticos de la práctica clínica en atención primaria</li> <li>- Elaborar formularios de consentimiento informado para atención primaria</li> </ul>	<p>Secundario</p> <p>Secundario</p>

---

## ■ TERCERA PARTE. PRINCIPALES CUESTIONES ÉTICAS EN LOS MÉDICOS DE FAMILIA

Se puede decir, por lo expuesto anteriormente, que la bioética en el contexto de la medicina de familia –y de la atención primaria en general– tiene una singularidad. Hay temas propios, característicos y prácticamente exclusivos de nuestro ámbito y otros que, aún compartiéndolos con otras especialidades, tienen unas connotaciones especiales en la nuestra. Sin ánimo de ser exhaustivo detalle, a continuación, los que me parecen más relevantes.

### ■ Ética en la comunicación médico-paciente

Durante muchos siglos la ética de la comunicación entre el médico y el paciente se rigió por un marcado paternalismo. Oculta al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de las cosas aconsejaba el monográfico titulado *De habitu decenti* del *Corpus Hippocraticum*. En nuestro país, hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX seguimos funcionando así, no en vano Gregorio Marañón aseveraba “el médico, digámoslo heroicamente, debe mentir, la mentira piadosa justifica el pecado de la verdad”. Naturalmente, las cosas han cambiado mucho en las últimas décadas, pero los profesionales seguimos teniendo grandes déficits en las habilidades de comunicación. La fascinación por la tecnología ha hecho que pierdan peso la palabra, las manos y la empatía. Por otra parte, en los programas de estudio pregrado e incluso en la formación postgraduada no se le dedica mucho tiempo a esta competencia transversal; como consecuencia de todo ello, hay múltiples evidencias de nuestras deficiencias comunicativas, interrumpimos con frecuencia a nuestros pacientes y apenas les permitimos que expresen con tranquilidad su motivo de consulta. También es conocido que muchas demandas y reclamaciones no son debidas a una mala praxis, sino a un problema de comunicación. En atención primaria la entrevista sigue siendo un poderoso instrumento diagnóstico que permitiría, por sí misma, un acierto en el 75% de las ocasiones. La mayor parte de los pacientes no sabe



evaluar la calidad técnica, valoran lo que comprenden: el trato humano, la educación y la sonrisa.

Desde que entró en vigor la Ley 41/2002, básica de autonomía del paciente y de documentación clínica, la adecuada información<sup>21</sup> ha dejado de pertenecer al terreno de la excelencia, formando ahora parte de la *lex artis*, es decir, de la ética de mínimos: tenemos el deber de competencia en dicha práctica. No basta con la buena intención comunicativa, es imperativo adquirir destreza en ella como una técnica más inherente a nuestra profesión.

Ya se ha convertido en clásica la clasificación de Emanuel y Emanuel de los cuatro modelos de relación médico-paciente (1999), enfatizando las distintas concepciones que cada uno realiza de los objetivos de la relación y el papel que desempeñan los valores del enfermo, así como su autonomía.

El primero de ellos –el más antiguo– es el modelo paternalista en el que el profesional utiliza sus conocimientos para determinar las pruebas diagnósticas y medidas terapéuticas que considera adecuadas sin que el paciente participe en la elección. El médico actúa como un “padre” o tutor que vela por los intereses del paciente.

El modelo informativo se caracteriza porque el profesional expone de forma neutra todas las posibilidades y es, únicamente, el paciente el que debe elegir la estrategia a seguir. El médico se comporta como un experto o técnico que transmite toda la información.

En el modelo interpretativo, además de lo anterior, el profesional ayuda a dilucidar los valores del enfermo y a determinar qué intervención los desarrolla mejor. Se comporta, por tanto, como un consejero o consultor.

---

<sup>21</sup> Hay que decir que la mencionada Ley en ningún momento hace referencia a la “comunicación” sino a la “información”. Tal vez haya sido un error en los que la redactaron ya que no son términos estrictamente sinónimos: la comunicación implica bidireccionalidad (*feedback*) mientras que el proceso de información puede ser exclusivamente unidireccional.

---

El último modelo es el deliberativo, en el que a través de la deliberación conjunta el médico y el paciente adquieren un compromiso acerca de la toma de decisiones. El profesional puede y debe utilizar la persuasión (sin llegar a la coacción) para influir en qué valores relacionados con la salud puede y debe buscar el paciente. El médico se comporta en este caso como un maestro, un mentor o un amigo.

Se trata, por tanto, de un abanico en cuyos extremos están el paternalismo y el modelo informativo, situándose como intermedios los modelos interpretativo y deliberativo. Naturalmente, no en todos los casos se puede aceptar un único modelo, sino que todos deben ser analizados y comparados. Así, por ejemplo, el modelo paternalista podría estar justificado en casos de urgencia. El modelo informativo parece inadecuado, los pacientes no solo esperan de su médico un dominio técnico, sino que también necesitan su calidad humana; además, perpetua y acrecienta la tendencia a la especialización. El modelo interpretativo requiere habilidades de comunicación y tiempo, por otra parte, la ausencia de persuasión limita las orientaciones que el médico puede ofrecer al paciente y, esta es precisamente la principal crítica al modelo deliberativo, hasta qué punto las recomendaciones y cuidados proporcionados a los pacientes deben depender de los juicios del médico sobre la importancia de sus valores y los valores del paciente. De alguna manera, con facilidad se podría caer en el paternalismo. Los diferentes modelos podrían ser adecuados, por tanto, en función de las circunstancias clínicas, sin embargo, alguno de ellos debe ser excepcional, reivindicando –con carácter general– como práctica ideal la relación deliberativa.

Probablemente la mayor dificultad de comunicación estriba en la transmisión de malas noticias. Ya es clásico el “pacto de silencio” que se establece entre los familiares y el médico para ocultarle la verdad al enfermo. Por un lado, en el allegado se produce un sentimiento de protección, de evitar perjudicarlo y, por otro, al profesional le causa desasosiego, le recuerda que él también es mortal, que acabara pasando por la misma situación y, además, porque decir la verdad supone un

compromiso previo de ayudar, compartir, preocuparse y acompañar. Es cierto que una comunicación poco hábil puede ser yatrogénica, pero ni aun así está justificada la ocultación y, por supuesto, la mentira.

En este contexto, para ayudar al clínico, surge hace ya unas décadas el conocido por protocolo SPIKES (con el acrónimo equivalente EPICEE en español). Es el protocolo de comunicación de malas noticias más referenciado por la literatura mundial, fue diseñado originalmente para pacientes oncológicos, pero posteriormente fue validado para otras situaciones, entre ellas, la atención primaria. Tiene como objetivos recopilar información y ofrecer apoyo a los pacientes, transmitir información médica y establecer una estrategia conjunta. Parte de unas consideraciones o premisas: la información no debe limitarse, aunque incluso pudiera tener un impacto negativo sobre el paciente al menos que este no quiera que se le transmita. Además, advierte que revelar la verdad sin tener en cuenta cómo se realiza, o sin un compromiso de apoyo, puede generar un impacto aún peor que omitir los hechos. Creo que ya no queda duda alguna de la importancia ética de ello. El protocolo EPICEE consiste en una propuesta comunicativa, tal como sugieren las iniciales de su acrónimo, de 6 pasos: un entorno privado, sentados, con control ocular y contacto físico adecuados, con disponibilidad de tiempo y sin interrupciones; averiguar la percepción del paciente, qué sabe de su enfermedad; averiguar hasta dónde quiere saber el paciente, es necesario “pedir permiso” para dar una mala noticia; aportar una información comprensible, “dosificada” en el tiempo y asegurándose de que la comprende; con empatía y estableciendo una estrategia futura, con un plan de trabajo y seguimiento, así como asegurando la accesibilidad.

En el ámbito de la comunicación y la bioética también tiene una especial importancia la cuestión de los errores médicos. Clásicamente, en el ámbito sanitario, el error siempre se trató de ocultar, era un tema tabú. A principios de este siglo, vio la luz el artículo *Errar es humano* que supuso un auténtico cambio de paradigma, se pasó de un enfoque individual, de

---

culpabilidad, a un enfoque sistémico, los humanos somos falibles y los errores se producen en muchas ocasiones por las condiciones de trabajo. Se trata de adquirir una cultura de la seguridad en la que no se pretende la coerción sino el análisis del fallo para prevenirlo y minimizar el riesgo en acciones futuras. Así, se han diseñado sistemas voluntarios de notificación de errores para su análisis, sin fines punitivos, con el ánimo de mejorar la seguridad del paciente.

Naturalmente, los pacientes son las primeras y auténticas víctimas de los errores médicos que, en ocasiones, tienen consecuencias irreparables. Ahora bien, los profesionales que los cometen también sufren muchas veces efectos adversos, de ahí que se hayan denominado segundas víctimas. En efecto, sufren sentimientos de culpa, frustración, flashbacks, dificultad de concentración, tristeza, ira, insatisfacción laboral, así como cuadros de ansiedad y síntomas afectivos. Además, cambia su forma de interactuar con los pacientes, se muestran inseguros con dudas de su criterio profesional lo que repercute en la calidad de la atención.

Además de la notificación anónima, un paso más, de excelencia ética, debería ser la honesta comunicación del error al propio damnificado (Braunack-Mayer y Mintzker, 2015). Informar de ello conllevaría beneficios al paciente ya que permitiría buscar soluciones apropiadas de forma precoz, el conocimiento de la causa podría disminuir su incertidumbre y ansiedad, permitiría que participase en la toma de decisiones, compensar las pérdidas e incluso afianzaría la relación asistencial. En el médico, al ser “perdonado”, contribuiría a atenuar el sufrimiento derivado de la sensación de culpa e incluso podría disminuir el número de reclamaciones judiciales. Esta actitud, con el tiempo, podría cambiar la práctica clínica, disminuyendo la medicina defensiva y, en consecuencia, también descendería su impacto en la yatrogenia.

### ■ El paciente difícil

No es sencillo definir que entendemos por “paciente difícil” entre otras cosas por tratarse de un grupo muy heterogéneo, un cajón de sastre

que incluye a individuos hiperfrecuentadores, agresivos, psiquiátricos, toxicómanos, no adherentes y somatizadores, pero que tiene un nexo común: la capacidad de provocar una distorsión emocional en los profesionales sanitarios que los atienden. Aunque no exclusivo, es un problema muy característico de la atención primaria. Tan es así que incluso, hace varias décadas, hubo autores que establecieron “criterios diagnósticos” entre los que se incluyen a aquellos pacientes que provocan un nudo en el estómago en el profesional al leer su nombre en el listado (Ellis, 1986) o a pacientes capaces de provocar distrés, malestar (O’Doxd, 1988).

Aun siendo un conjunto de personas muy dispar, como grupo comparten una tipología común: suelen acudir a la consulta con mucha frecuencia, solicitan un mayor número de pruebas complementarias, derivaciones a los especialistas hospitalarios y mayor gasto farmacéutico, acostumbran a sentirse insatisfechos con los servicios que reciben, suelen presentar problemas de salud crónicos y, paradójicamente, suelen ser fieles a sus profesionales de referencia, negándose a cambiarse de médico en las ocasiones en que este se lo ha propuesto (Ágreda y Yanguas, 2001).

Se estima que pueden representar entre el 1 y el 3% de los pacientes de un cupo, si bien, debido a su hiperfrecuentación, pueden suponer hasta un 10% de las consultas. En cualquier caso, existe una gran variabilidad estadística según los centros y los profesionales, dado que, con honestidad debemos admitirlo, esta etiqueta no solo depende de una serie de características de personalidad de dichos usuarios, sino que también está en relación con determinadas características del entorno (tiempos excesivos de espera, sobrecarga de las agendas, circuitos inapropiados no centrados en el usuario, interrupciones frecuentes en la consulta) y, por supuesto, con factores relacionados con el profesional (carácter o temperamento, habilidades de comunicación, ausencias frecuentes, insatisfacción laboral, múltiples actividades que se traducen en prisa por terminar la atención).

---

La desazón, el desasosiego y la frustración que provocan estos pacientes en los profesionales pueden, indudablemente, tener consecuencias de naturaleza ética. Las barreras comunicativas relacionadas con la falta de confianza entre el médico y el paciente hacen que la anamnesis tienda a ser más pobre, lo que puede conllevar a un error por omisión o un sobrediagnóstico (y sobretratamiento). Por otra parte, los prejuicios y los sesgos cognitivos de la etiqueta también conducen a error. En definitiva, la repulsa motivada por la distorsión emocional puede lastrar la adecuada propuesta terapéutica y, en consecuencia, ser maleficente al perjudicar al paciente. Debemos tener, por tanto, siempre en modo *on* el radar y preguntarnos si se nos está escapando algo. Asimismo, el principio de justicia nos obliga a tratar de forma diferente al que es diferente (Campiñez, 2018).

Igualmente, es fundamental que reflexionemos acerca de los factores propios del profesional, tratando de hacer un esfuerzo por comprender al otro. Probablemente no sea realista en estos casos apelar a la empatía ya que es difícil (o imposible) empatizar con lo que nos produce “entrar en pánico” pero debemos tratar de ampliar nuestra óptica. Por supuesto, también procede un examen de conciencia acerca de si debemos perfeccionar nuestras habilidades comunicativas. Se trata de un auténtico reto para nuestra profesión.

### ■ La atención continuada

La atención continuada es el servicio que se presta a la población, desde atención primaria, cuando finaliza el horario de funcionamiento de los centros de salud y se lleva a cabo en los denominados puntos de atención continuada. Se corresponde, por tanto, con las urgencias extrahospitalarias, si bien no de forma exclusiva ya que dicha actividad urgente también se realiza en los centros de salud (durante sus horarios de apertura) y a través de los dispositivos móviles de emergencias.

Hay una serie de singularidades que definen a la atención urgente: ante todo prima el tiempo, se trabaja contra reloj; se lleva a cabo 24 horas al

día, durante los 365 días del año; es espontánea, sin citación, es decir, no hay agendas; nunca “se llena”, no hay un tope, siempre cabe la posibilidad de admitir más visitas; el contacto con el paciente es puntual, no hay un seguimiento; se trata de una asistencia inicial, no integral y, habitualmente, los pacientes son desconocidos.

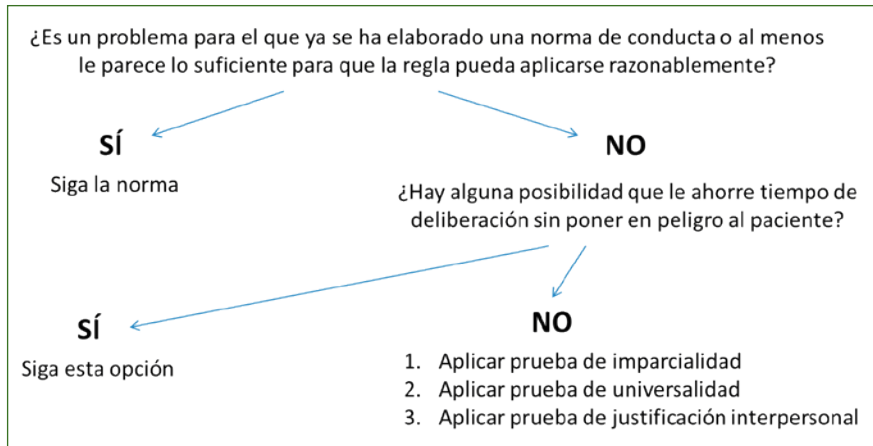
Por otra parte, el hecho de que el carácter “urgente” sea subjetivo y lo marque el usuario, junto con determinadas características sociológicas de las últimas décadas, ha disparado la utilización de estos servicios asistenciales. En efecto, la medicalización de la vida cotidiana, la excesiva preocupación por la salud, la pérdida de la capacidad de autocuidados, el hiperconsumo, la cultura de la inmediatez, la mala tolerancia a la incertidumbre, así como el envejecimiento poblacional, la cronicidad o el aumento de problemas sociales, son factores que han contribuido a la sobrecarga de los profesionales que llevan a cabo esta actividad.

Esto ha convertido a la atención continuada en una tarea poco gratificante, con elevado riesgo de *burnout*, con escasa fidelización de los profesionales –realizada muchas veces por médicos sustitutos– y con una práctica frecuente de la medicina defensiva.

Además, con frecuencia se producen problemas en el ámbito de la bioética que pueden causar desasosiego al profesional. Las urgencias son una de las áreas donde hay más riesgo para la seguridad del paciente, ya que las situaciones de saturación incrementan el peligro de un error humano. Por otra parte, esta masificación junto con la propia estructura física de estos dispositivos hace que muchas veces se descuide la confidencialidad, el interrogatorio e incluso la exploración física, en ocasiones, acontece delante de otros pacientes. Ante una desproporción de los recursos con respecto a las demandas de atención puede hacer necesaria, en aras a la equidad, la priorización o triaje como mecanismo de racionamiento y de justicia distributiva. La urgencia que no admite demora puede constituir una excepción al consentimiento informado, y así lo recoge la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Pero, sin duda, la principal dificultad acontece cuando se produce un problema ético que crea incertidumbre en la toma de decisiones y no hay tiempo para consultar con un comité de ética asistencial; de ahí que sea imprescindible la formación en bioética de los profesionales que desempeñan labores de atención continuada. Se ha planteado, además, la posibilidad de fomentar la existencia de “interconsultores” o “referentes” en cuestiones éticas (Beca, 2011) con los que poder contactar para intercambiar impresiones y orientación. Iserson (2004) planteó un algoritmo de aproximación ante un problema ético en una situación urgente; ante la opción de mayor incertidumbre propone aplicar tres reflexiones: la prueba de la imparcialidad, ¿aceptarías esa conducta si estuvieras en el lugar del paciente?; la prueba de la universalidad, ¿te parecería bien que todos los médicos adoptasen esa conducta ante situaciones similares? y la prueba de justificación interpersonal, ¿estarían satisfechos tus compañeros, tus superiores o la sociedad en general con la respuesta? (Figura 1).

**Figura 1. Aproximación a un problema ético en atención continuada**  
(Fuente: Iserson, 2004)





## ■ La prescripción inducida

Se considera que la prescripción inducida o delegada es aquella propuesta o generada por un médico diferente al que extiende la receta (Álvarez-Montero, 2012). Este es un fenómeno muy idiosincrásico de nuestro sistema público de salud, apenas hay referencias al tema en la literatura anglosajona en contraposición a las numerosas publicaciones que existen en nuestro país.

Afecta, casi exclusivamente, a nuestro ámbito asistencial y puede representar entre un 10 y un 70% de las recetas que extiende un médico de cabecera (Peiró y Sanfélix-Gimeno, 2010). En principio no debería considerarse como un problema, sino como una práctica que permite a los médicos de familia llevar a cabo la gestión integral de los medicamentos que recibe un paciente. En ocasiones el medicamento propuesto por el médico hospitalario entra en contradicción con los previos o puede dificultar el control de determinadas patologías crónicas; con toda probabilidad, situar al médico de familia como coordinador global haya permitido mejorar la calidad de la prescripción y evitar muchos efectos adversos.

Por otra parte, existen evidencias de que la prescripción inducida por los especialistas hospitalarios es más cara, con más medicamentos “innovadores” con poca experiencia de uso, utiliza menos medicamentos genéricos ya que se decantan por los de fantasía e incluso, en ocasiones, incluye prescripciones *off-label*, es decir, fuera de ficha técnica.

Todo ello genera, con frecuencia, una gran insatisfacción para los médicos de familia y conflictos éticos que en ocasiones conllevan grandes desencuentros con sus pacientes. La pregunta es: ¿qué debo hacer si no estoy de acuerdo con la prescripción que indica (¿propone?, ¿ordena?) un especialista consultor? ¿Cuál sería la actuación ética más adecuada? La Comisión Gallega de Bioética (2012) asevera que es obvio que esta prescripción (inducida o delegada) no tiene que asumirse en contra del criterio razonado del médico de familia; debe entenderse como orientativa y, en cualquier caso, no vinculante. Naturalmente, cualquier facultativo

---

tiene autonomía de la prescripción<sup>22</sup>, por lo que esta no puede ser impuesta.

Como cursos extremos se plantean el llevar a cabo siempre la prescripción inducida –configurándose así un modelo de médico sin criterio propio con una relación clínica basada en la complacencia–, frente a no hacerlo nunca cuando se esté en desacuerdo –lo que crea descoordinación entre niveles y un modelo de médico severo con una relación clínica paternalista–.

Los cursos óptimos pasan por una adecuada información, asegurando la comprensión del porqué no compartimos la prescripción y, naturalmente, se debe valorar la trascendencia del problema de salud que se provocaría con ella, de tal manera que, si el potencial perjuicio es leve o el riesgo muy improbable, se podría considerar la emisión de la receta. En el caso de que la prescripción fuera crónica, una opción podría proponer

---

<sup>22</sup> Una cuestión de enorme calado ético es el concepto clásico de la “libertad de prescripción del médico”. ¿Tiene sentido en el siglo XXI hablar de libertad de prescripción? Está claro que dicha libertad o autonomía de prescripción no puede sustentarse en conceptos ya superados basados en la intuición, en el dato anecdótico o en el mero empirismo. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2010) definió la prescripción racional del medicamento como la prescripción de la medicación adecuada, en las dosis correspondientes a cada necesidad, durante el tiempo necesario y al menor coste posible.

El Código de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos dice textualmente que el médico “debe disponer de libertad de prescripción, respetando la evidencia científica y las indicaciones autorizadas, que le permita actuar con independencia y garantía de calidad”.

Sin embargo, hay autores como Simón-Lorda (2008, 2013), que mencionan con frecuencia, tanto en conferencias como en publicaciones, a Hampton (1983), un cardiólogo inglés que ya hace 30 años, en un provocativo artículo en el *British Medical Journal*, planteó *the end of clinical freedom*. Tampoco tiene pérdida este párrafo redactado por García (1992), psicólogo clínico del Servicio Gallego de Salud: “desde el amparo que concede la libertad clínica (situada por encima de cualquier otra consideración), se están produciendo prácticas sanitarias que abusan de determinados sistemas de diagnóstico y tratamiento de dudosa eficacia y alto coste económico, social, sanitario y personal. A su vez no es desconocido su uso como amenaza ante intentos reformadores de la sanidad, o como coartada para defender prácticas profesionales y modelos de trabajo con negativas repercusiones en la eficacia y eficiencia del sistema sanitario público que, como decía, a menudo esconden la ignorancia o la desidia tras la reivindicación de la libertad de escuela y orientación teórica, negándose así al usuario su derecho o la intervención más eficaz y menos costosa para mejor superar su malestar”.

al paciente cambiarla a un período temporal y comprobar su eficacia y buena tolerancia.

El conflicto aún es mayor cuando el paciente nos solicita una receta para financiar una prescripción que fue realizada en una consulta privada ya que los médicos del sistema público de salud no podemos realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos solicitados por un profesional que lleva a cabo su ejercicio profesional fuera del ámbito público<sup>23</sup>. A este respecto, en estos casos debe prevalecer el sentido común, de tal manera que, si el médico de familia está de acuerdo con la prescripción o la necesidad de la prueba diagnóstica que propone su colega, éticamente debe realizarla.

### ■ La incapacidad temporal

El trámite de la incapacidad temporal es una función prácticamente exclusiva de los médicos de familia. Por un lado, es una “gestión” puesto que consiste en la administración de una prestación y, por otro, se trata una actividad asistencial ya que no es ni más ni menos que la prescripción de una medida terapéutica. El paciente sufre un problema de salud que le impide, de forma transitoria, realizar su ejercicio profesional y, además, el reposo será beneficioso para la resolución de dicho problema. Es, en consecuencia, un acto médico con todas las de la ley y no simplemente una actividad burocrática.

No es una labor estimulante para los médicos de familia por múltiples motivos, entre ellos, la soledad en la gestión. En efecto, la mayor parte de los profesionales hospitalarios se desentienden y no muestran un

---

<sup>23</sup> La normativa en la que se inspira esta prohibición se recoge en el Decreto 2.065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, concretamente en su artículo 102.3 que establece que las unidades obligadas a prestar asistencia sanitaria no abonarán los gastos que puedan ocasionar cuando el beneficiario utilice servicios médicos distintos de los que fuesen asignados, a no ser en los casos que regulatoriamente se determinen, y en el artículo 105.1 donde se concreta que la asistencia farmacéutica comprenderá las fórmulas magistrales, especialidades y efectos o accesorios farmacéuticos que se prescriban por facultativos de la Seguridad Social.

---

compromiso de colaboración en esta tarea. La falta de tiempo y la demora en los recursos diagnósticos también tienen gran influencia. Tampoco se puede dejar de mencionar la gran incertidumbre que acompaña a muchos de estos procesos, incertidumbre que puede ser básicamente de dos tipos. Por un lado, en muchos problemas de salud las evidencias científicas acerca de la influencia del reposo son escasas y, por otro, y más importante, ante problemas subjetivos –como por ejemplo los de índole afectiva o los que se acompañan de dolor– es muy difícil (o imposible) determinar el grado de limitación funcional<sup>24</sup>.

Sin embargo, sin duda alguna, la principal fuente de problemas es el conflicto de fidelidades que supone esta actividad profesional. El médico de familia se comporta como un doble agente ya que está al servicio de la persona, sana o enferma, y de la comunidad. Estas lealtades pueden, en ocasiones, ser contrapuestas y las discrepancias pueden originar desencuentros y, consecuentemente, quebrar la relación de confianza entre el médico de familia y su paciente.

El médico tiene como deber moral beneficiar al enfermo, a él debe su principal lealtad (Zarco et al, 2001), de ahí que el principio de beneficencia sea el principio por excelencia de nuestra profesión. Ahora bien, el principio de justicia es probablemente el más destacado en la gestión de las bajas laborales. La sociedad nos hace depositarios, es decir, responsables de gestionar el bien común. Por un lado, está la distribución de los recursos con unos criterios de solidaridad en relación con las necesidades de cada persona (justicia distributiva) y, por otro, está la eficiencia en el reparto de unos bienes que son limitados y finitos. Es importante ser conscientes de que la incapacidad temporal, junto con la prestación farmacéutica, encabeza la partida de mayor presupuesto de un centro de salud; se calcula que las bajas laborales suponen el 50-55% del

---

<sup>24</sup> Nuestro sistema de prestación de incapacidad temporal es muy rígido a la hora de la reincorporación al medio laboral ya que solo permite que esta se lleve a cabo de forma completa, total, es decir, con un rendimiento del 100%. En otros países es posible una incorporación gradual que facilita la adaptación progresiva del trabajador. Pienso que esta medida facilitaría altas más precoces.

gasto total (García-Rodríguez y Enseñat-Sánchez, 2008). También hay que tener en cuenta que, si por denegar la baja laboral a un enfermo empeora la evolución de su enfermedad, estamos atentando contra el principio de no maleficencia. Por último, no se puede interpretar, en estos casos, el principio de autonomía como otorgar la iniciativa al paciente de cómo y cuándo se le debe dar la baja (Díaz-Sierra, 2008).

La longitudinalidad nos hace establecer vínculos afectivos estrechos con muchos de nuestros pacientes sobre los que tenemos que tomar decisiones que pueden no satisfacerles. La superación de estos obstáculos solo puede realizarse de la forma que se abordan los conflictos en la bioética, siendo sistemáticos y rigurosos en el análisis de los hechos, con sentido común y, sobre todo, prudentes para cuando se produzcan los conflictos entre instituciones y particulares (Melguizo).

En la gestión de las bajas laborales aparecen, además, otras cuestiones de un enorme calado ético. Así, por ejemplo, en los últimos años, el envejecimiento de nuestra sociedad hace que muchos trabajadores tengan dificultades para el cuidado de sus familiares mayores con enfermedades crónicas progresivas y dependencia. Está claro que la prestación de la incapacidad temporal no incluye el cuidado de familiares enfermos, pero, cada vez con más frecuencia, los afectados aluden a que la sobrecarga emocional y el cansancio físico ocasionado por estos cuidados, dificulta o los "incapacita" para llevar a cabo sus actividades profesionales.

Otro problema emergente es el *mobbing*, es decir, el (presunto) acoso psicológico en el trabajo, una eventualidad con la que los médicos de familia nos encontramos cada vez más frecuentemente. El *mobbing* no es una enfermedad ni un síndrome clínico, sino que se trata de un conflicto laboral y, por lo tanto, debe ser resuelto, o al menos afrontado, en el medio laboral (Pastrana y Alonso, 2008). Está claro que sus consecuencias –fundamentalmente psicósomáticas– no se resuelven con el reposo sino con el cambio de las condiciones de trabajo o con el cambio de trabajo. Pero la realidad es que el paciente acude a nosotros, pidiéndonos ayuda y nos solicita que lo liberemos, a través de una incapacidad temporal,

---

de un entorno laboral patógeno. El abordaje pasa por la protección, la comprensión y la acción; se trata de recuperar la funcionalidad de la persona y de sus mecanismos adaptativos. Cuando el paciente comprende lo que le pasa y ha mejorado emocionalmente es el momento para proponer el alta, no es necesaria la desaparición completa de los síntomas, sino que la atenuación sea suficiente para la incorporación laboral. En ocasiones, es tan invalidante que es imposible proceder al alta.

### ■ Cuestiones administrativas y burocracia

La medicina de familia es, sin duda, la especialidad médica que dedica más tiempo a trámites administrativos. Además de las incapacidades temporales, un gran número de las citas que solicitan los usuarios son, simplemente, para “cubrir papeles”, desde justificantes que les eximan de alguna actividad, pasando por certificados médicos, impresos para solicitar las prestaciones vinculadas a la dependencia o cualquier tipo de informe relacionado con la salud.

La palabra “certificar” viene del latín *certificare* y quiere decir asegurar, afirmar, dar por cierto algo. Así un certificado o certificación es un documento en el que se asegura la verdad, se da fe de un hecho y, en nuestro contexto, hace referencia al estado de salud o de enfermedad de una persona, por tanto, en su redacción deben constar únicamente datos objetivos. Esto no ocurre, por ejemplo, en los informes médicos, en los que sí se pueden incluir argumentos valorativos o especulativos (aunque no arbitrarios sino debidamente razonados) al redactar los epígrafes referentes a “comentarios”, “juicio clínico” o “impresión clínica”.

Muchos de los informes que realizamos, desde mi punto de vista, no tienen sentido en la actualidad y se siguen solicitando por inercia<sup>25</sup>. Por

---

<sup>25</sup> Puedo poner un ejemplo muy gráfico al respecto: recientemente accedí a la jefatura de servicio de atención primaria de Monforte de Lemos y uno de los requisitos de las bases de la convocatoria era un certificado médico que garantizara mi capacidad funcional para dicho puesto. ¡Inaudito! Ejercí la medicina de familia desde hace 35 años sin objeciones, pero debo justificar que no sufro ningún problema de salud que sea incompatible con llevar a cabo esta nueva actividad.

otra parte, en muchas ocasiones no están claras ni bien definidas las condiciones limitantes, así por ejemplo ¿qué circunstancias relacionadas con la salud pueden impedir que una persona que aprobó la oposición ejerza la docencia? ¿alguna enfermedad infecciosa?, ¿una esquizofrenia?, ¿el consumo de tóxicos? Paradójicamente, en otras ocasiones, tenemos que certificar todo lo contrario, la enfermedad, para poder solicitar una plaza reservada a discapacitados. Tampoco es lógico que unos padres acudan a un centro sanitario con carácter urgente –sin cita– para poder justificar la ausencia de su hijo en el colegio por un problema de salud banal.

Durante muchos años, de buena fe, con un sentido benéfico, los médicos hemos certificado hechos que no podríamos comprobar para evitar perjuicios secundarios a nuestros pacientes. Es típico el caso de la persona que se olvida de acudir a la cita periódica para la prestación vinculada al paro y en la propia oficina de empleo le aconsejan que su médico justifique la ausencia a través de un informe indicando que sufrió un problema de salud. El Código de Ética y Deontología Médica llama a esto “certificados de complacencia” y, como no podría ser de otra manera, los considera inadmisibles. Debemos concienciar a la sociedad de que es imperativo no realizar este tipo de solicitudes y, por supuesto, los profesionales debemos negarnos a hacerlas utilizando todas las habilidades comunicativas para que el solicitante lo entienda.

También, con relativa frecuencia, son un tema muy controvertido las solicitudes de transporte sanitario no urgente. Esta prestación la concede el servicio de salud, a través de un informe de su médico de familia, a aquellas personas que tienen que desplazarse a un centro sanitario y sufren una dolencia que les impide la conducción o utilizar un transporte público. Al profesional se le plantea un problema ético cuando el centro sanitario está muy alejado de su domicilio –en otra área sanitaria– y el paciente, sin un problema de salud objetivo, le manifiesta que tiene dificultades económicas para afrontar el gasto del desplazamiento.

Es obvio que cubrir un certificado médico de defunción no es una actividad distintiva del médico de familia, pero sí hay una realidad que

---

prácticamente es exclusiva: la incertidumbre de la causa de la muerte de muchas personas aparentemente sanas<sup>26</sup>. Se comprende que es una situación totalmente diferente a las muertes que se producen en individuos ingresados en un hospital o que están siendo atendidos en un servicio de urgencias ya que se parte del antecedente o causa que motivó dicha necesidad de atención sanitaria.

Son ya clásicas las reticencias de los médicos de familia a firmar los certificados médicos de defunción. En ocasiones subyace el temor de que se le pase por alto un homicidio y pueda tener en el futuro repercusiones legales. Son varios los motivos o disculpas alegados para justificar la negativa a certificar, entre ellos, el desconocimiento de la causa de la muerte o, simplemente, no ser su médico de cabecera. Sin embargo, el Reglamento del Registro Civil recoge claramente que deberá cubrir dicho certificado el facultativo que haya asistido al difunto en su última enfermedad o cualquier otro que reconozca el cadáver. Por otra parte, la inhibición por sospecha de muerte violenta solo se podría justificar si existe algún indicio en ese sentido; el no saber la causa, sin más, no es motivo suficiente, es necesario investigar, tratar de obtener información para emitir una hipótesis de muerte natural plausible ya que, mientras no se demuestre lo contrario, es esta la naturaleza de un deceso, es decir, se necesita “la carga de la prueba” para plantear la posibilidad de un origen violento.

---

<sup>26</sup> En muchas ocasiones los médicos de cabecera acudimos a los domicilios de nuestros pacientes para diagnosticar su muerte. A veces, en personas muy ancianas, con una reserva funcional muy limitada, el *exitus letalis* se produce de forma espontánea sin ningún síntoma o signo premonitorio que nos oriente a una causa. Lo único que podemos averiguar, a través de la exploración física, es que no detectamos indicios de violencia (lo que obligaría a su judicialización y autopsia). Algunas publicaciones sugieren que en estos casos sería admisible consignar como causa fundamental del deceso la senilidad. Recientemente se hizo público el certificado médico de defunción de la reina Isabel II. Este hecho, desde mi punto de vista, tuvo gran interés para nuestra especialidad ya que el médico que lo cubrió consideró precisamente dicho motivo –*Old age*– como *cause of death*. A mí no me merece ninguna duda de que, si la reina de Inglaterra puede fallecer como consecuencia de la senectud, también “lo puede hacer” un paisano gallego.



Además de la obligación legal, también existe un deber ético. Muchas veces la inhibición del facultativo, fundamentalmente los fines de semana, alegando, como vimos, que no tuvo relación profesional previa con el fallecido o bien por un miedo infundado a cometer un error, genera que la muerte se convierta en judicial y sea obligatoria la autopsia. Esto provoca un sufrimiento innecesario a los familiares con una importante carga de angustia. Es prioritario que contribuyamos a la humanización y a la creación de un adecuado clima emocional en tales situaciones, por eso, coincido con Monsó (2012) cuando asevera que “si legalmente puedo, éticamente debo”.

### ■ Medicina de familia, cuidados paliativos y eutanasia

Hasta un 12% de los pacientes de un cupo médico de atención primaria tienen necesidades paliativas y, además, los pacientes en situación de final de vida pueden representar el 1,2-1,4% de la población general y hasta un 40-70% en las residencias sociosanitarias. Los cuidados paliativos, oncológicos y no oncológicos, son probablemente el único motivo de atención domiciliaria permanente, por tanto, es una actividad inherente a nuestra especialidad, es la medicina de cabecera misma. Sin embargo, en las últimas décadas se crearon dispositivos especiales para dicha atención vinculados a los hospitales, las unidades de cuidados paliativos. No voy a ser yo quien critique la necesidad de estas unidades, pero es importante tener en cuenta que su puesta en marcha puede tener consecuencias negativas en el primer nivel asistencial.

En efecto, los paliativistas son profesionales con una mayor formación en este campo, con mucho más tiempo disponible para emplearlo en cada paciente y su familia y con acceso a materiales específicos que le otorgan “prestigio tecnológico”. Las familias que han recibido esta “atención especializada” generan un estado de opinión entre sus allegados y poco a poco cunde entre los ciudadanos que estos problemas no los lleva el médico de cabecera sino “profesionales expertos”. Cada vez se realiza más esporádicamente esta atención en el ámbito de primaria, provocando una pérdida de destreza por lo que los miedos y las inseguridades se multiplican

---

y todo ello conlleva desapego. La atención del nacimiento a la muerte sufre una interrupción difícil de justificar, la atención posterior del duelo también queda truncada. Por otra parte, la cobertura de estos equipos especializados no llega a la totalidad de los casos y la actividad no se desarrolla en función de la complejidad sino por una isócrona cuyo centro es el hospital lo que genera inequidad e ineficiencia (Meléndez, 2014).

Es necesaria por tanto una complementariedad en la estrategia de los equipos de cuidados paliativos y los equipos de atención primaria, de tal manera que constituya un apoyo logístico, un soporte experto y una fuente de docencia. Naturalmente, debe considerarse una actividad propia de nuestro ámbito asistencial que debe reflejarse como tal, medirse, disponer del tiempo adecuado y evaluarse.

En otro orden de cosas, la sedación paliativa es un recurso terapéutico que forma parte de la buena práctica clínica en determinadas circunstancias en los pacientes que se hallan en situación de últimos días. Sin embargo, mi impresión es que en nuestro ámbito asistencial se dan dos tipos de distorsiones, en cierta medida antagónicas, con respecto a la aplicación de esta técnica. Por un lado, aún existen profesionales que la confunden con una práctica eutanásica y solicitan a sus compañeros de equipo que los sustituyan en la realización de esta labor o, en el peor de los casos, simplemente no la llevan a cabo. En el otro polo, están aquellos profesionales que la utilizan en situaciones cercanas a la agonía, sin la existencia de un síntoma refractario que la justifique. Además, en muchas ocasiones, no se deja constancia de estas eventualidades en la historia clínica del paciente. Creo que sigue siendo necesaria mucha información y formación al respecto para evitar estos errores.

Tal como señala el Comité de Bioética de España (2020), cuando la sedación está indicada y existe consentimiento, el médico tiene la obligación de aplicarla, no cabe la objeción. Por otra parte, tiene unos criterios de indicación muy concretos y no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que atienden al paciente.

Como es de todos conocido, recientemente, se aprobó en nuestro país la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Por descontado, una norma de semejante importancia no ha dejado indiferente a nadie, en muy poco tiempo han corrido ríos de tinta con diferentes sentires y opiniones relacionadas con la objeción de conciencia, los cuidados paliativos, la vulnerabilidad o la competencia. Probablemente, el aspecto que más atañe a la medicina de familia es el hecho de que introduce dos figuras esenciales en el procedimiento, el médico responsable y el médico consultor.

El médico responsable es el facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales. Lo razonable es que lo elija el paciente, si bien, en el caso de no tener referencias ni posibilidad de selección, el paciente podría exigir la designación a la administración sanitaria. Parece claro que el galeno que mejor se adapta a esas funciones es el médico de familia (Melguizo et al, 2022), su conocimiento previo del paciente y su familia, su ámbito de trabajo en atención primaria y su garantía de continuidad en la atención así lo atestiguan<sup>27</sup>. Por otra parte, a menudo el lugar elegido para llevar a cabo la prestación es el propio domicilio del paciente.

Probablemente, el papel de médico consultor, aquel facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente, sea llevado a cabo con menos frecuencia por médicos de familia y se reserve a especialistas hospitalarios.

---

<sup>27</sup> Si bien, tengo que reseñar que escuché a un jurista de reconocido prestigio que consideraba inadecuada esta interpretación. Según él, el médico responsable no debería considerarse en el contexto de una relación médico-paciente sino en el seno de un procedimiento administrativo, es el que decide y garantiza la prestación. Por tanto, el médico de familia del paciente con una relación de confianza, afectiva, podría estar "contaminado" y constituir una "influencia indebida" para el solicitante.

---

## ■ La telemedicina

Se puede decir que la telemedicina<sup>28</sup> existe, al menos de forma informal, desde que existe la propia medicina de familia y la atención primaria. En efecto, dentro de la accesibilidad que caracteriza a nuestro nivel asistencial, toda la vida, a lo largo de nuestra jornada laboral, recibimos llamadas telefónicas de nuestros pacientes solicitando algún tipo de atención virtual (Mintzker y Rogers, 2015). Naturalmente, con el paso del tiempo, fue necesario regular esta actividad para evitar interrupciones en la atención de los pacientes presenciales y es así como surge la “consulta telefónica” o e-consulta que debe considerarse como un acto médico y, por tanto, debe de disponer de un tiempo específico, suficiente para que la calidad de la atención no se vea mermada y debe registrarse en la historia clínica especificándose que se ha llevado a cabo con dicha modalidad.

Desde el primer momento en que se pone en marcha, se plantea la posibilidad de dos tipos de problemas potenciales asociados y son, por un lado, aquellos relacionados con la confidencialidad de la información que se suministra cuando no se conoce a la persona que está al otro lado de la línea telefónica o bien cuando el interlocutor es una persona diferente, allegado o familiar<sup>29</sup>, del titular de la consulta, y por otro lado, están los que atañen a la no maleficencia ya que, una atención no presencial, en determinadas situaciones, podría provocar errores de interpretación. Así, se establecieron unos estándares para evitar estas posibles disfunciones y durante años este formato de consulta se utilizó sin problemas, a elección

---

<sup>28</sup> Me estoy refiriendo exclusivamente a las consultas telefónicas entre el profesional sanitario y el paciente, estas reflexiones no atañen a otras formas de telemedicina como las interconsultas virtuales –tele dermatología, tele oftalmología y otras– entre profesionales de atención primaria y de atención hospitalaria.

<sup>29</sup> En ocasiones incluso los que contestan son los propios farmacéuticos comunitarios que ofrecen esta “prestación de servicios” a sus clientes, la primera vez que me ocurrió quedé desconcertado acerca de la actitud a tomar ante este hecho. Después de varias consultas y deliberación con otros profesionales, he llegado a la conclusión de que, con carácter general, no es pertinente y, en consecuencia, aconsejo al farmacéutico que me haga la consulta el propio usuario.

de los usuarios, hasta en un 10-15% de las consultas en el día a día de la agenda del médico de familia.

Todo cambió con la pandemia del coronavirus, dentro de las medidas excepcionales que se llevaron a cabo una de ellas fue priorizar la atención telemática. Nadie puede negar que tuvo aspectos positivos como evitar las aglomeraciones y contagios en los centros de salud, establecer un triaje básico y organizar las agendas de los profesionales.

Ahora bien, esta situación mantenida en el tiempo deterioró la calidad de la relación médico-paciente y tuvo consecuencias en la práctica clínica, entre otras cosas, se quebró la longitudinalidad y la accesibilidad al sistema y está por determinar el impacto a largo plazo sobre la salud, pero con todo, los indicadores preliminares no son nada optimistas.

También hay que tener en cuenta que estas consultas, al ser impuestas, se generalizaron a colectivos como las personas mayores en los que las limitaciones sensoriales o cognitivas pueden dificultar la información bidireccional. De ahí que sean necesarias habilidades comunicativas especiales por parte del profesional para evitar las interferencias en la toma de decisiones.

A medida que fue pasando el tiempo y se controló la pandemia, se fue volviendo paulatinamente a la normalidad y cesaron las restricciones de acceso a los centros de salud. Sin embargo, hoy en día, las consultas telefónicas seleccionadas por los pacientes continúan en unos porcentajes significativamente más elevados que en tiempos anteriores a la crisis sanitaria. Mi impresión es que muchos pacientes, por motivos diversos, consideran que un gran número de demandas se puede resolver sin necesidad de acudir al centro de salud e incluso, en muchas ocasiones, se muestran reticentes a la atención presencial cuando el profesional se la propone. El problema es ahora, fundamentalmente, una cuestión de autonomía. En cualquier caso, parece obvio que es responsabilidad del médico decidir cuándo es más apropiada la consulta *face to face* que, por otra parte, siempre será el *gold standard*.

---

## ■ La contención mecánica

Se entiende por contención mecánica<sup>30</sup> la aplicación directa de la fuerza física sobre un paciente, con o sin su autorización, para restringir su libertad de movimientos. Lógicamente, no se consideran contención mecánica las tracciones que realizan los traumatólogos, ni los vendajes u otros instrumentos como pueden ser los cascos de protección<sup>31</sup>. Esta medida puede llevarse a cabo en las personas ingresadas en un hospital, pero es en la atención primaria donde tiene especial importancia ya que las contenciones que generan más controversia ética son las que se realizan en las residencias sociosanitarias y, además, aunque excepcionales, también se utilizan en los propios domicilios de los pacientes<sup>32</sup>.

Nuestro país tiene una de las mayores prevalencias del mundo en contención mecánica y una gran variabilidad entre los diferentes centros sanitarios y sociosanitarios. Es una práctica discutida que conlleva problemas éticos, clínicos y sociales básicamente por tres motivos: limita la libertad, tiene consecuencias emocionales fundamentalmente para los que la sufren, pero también para los profesionales que la aplican y efectos colaterales. Estudios que valoran la percepción de la medida recogen por parte del paciente al que se le aplicó relatos de terror y humillación, en los familiares sentimientos de desesperanza y humillación y en los profesionales sentimientos de culpa y depresión. El problema es de tal transcendencia que incluso el Comité de Bioética de España (2016) emitió un informe al respecto de consideraciones éticas y jurídicas.

---

<sup>30</sup> Existe cierta variabilidad terminológica y conceptual, así “contener” hace referencia a limitar frente a “sujetar”, que tiene un matiz de mayor poder y dominación. Por otro lado “física” está en relación con el espacio mientras que “mecánica” evoca más al tipo de dispositivo.

<sup>31</sup> Hay controversias acerca de la consideración de los instrumentos para la protección de caídas de la cama o de las sillas de ruedas, como por ejemplo las barandillas. Algunos autores sí las incluyen dentro de las medidas de contención física mientras que para otros no es así.

<sup>32</sup> Tengo que confesar que la primera vez que vi a un paciente en estas condiciones, en un domicilio, quedé tan sobrecogido que durante unos minutos me bloqueé.

Son múltiples los efectos colaterales que pueden producirse, desde aumento de las caídas y lesiones (efecto paradójico), pasando por disminución del tono cardiovascular, disminución de la eficiencia respiratoria, pérdida de tono y fuerza muscular, incontinencia urinaria, úlceras de decúbito, compresiones de nervios, aumento de las infecciones nosocomiales, depresión, agresividad e incluso riesgo de muerte por asfixia o parada cardiorrespiratoria.

Desde el punto de vista ético se puede decir que confrontan varios principios. Puede ser beneficiante dado que se utiliza como una medida de auto y heteroprotección, pero hay que tener en cuenta que vulnera el principio de autonomía dado que limita la libertad, de ahí que requiera consentimiento informado y debería hacerse referencia a ella en las directivas anticipadas. Además, puede atentar contra el principio de no maleficencia por la posibilidad de efectos adversos que ya se han comentado previamente.

No se debe llevar a cabo una contención física si no se dan una serie de condiciones: el fracaso de otras medidas alternativas menos cruentas como pueden ser la contención verbal y la química; en todo momento se deberá mostrar un exquisito respeto por la dignidad y la intimidad del paciente, por ello debe garantizar una adecuación de medios físicos y humanos; se debe informar previamente al paciente si está en condiciones de entender, a los familiares o a sus representantes; debe aplicarse durante el mínimo tiempo posible; debe ajustarse a un protocolo establecido y exige la prescripción por parte de un médico si bien, en situaciones de urgencia, en las que no se puede contactar con un médico, el personal de enfermería podría iniciar el procedimiento comunicándolo con la menor demora posible.

Por supuesto, nunca se aplicaría como una medida punitiva, por conveniencia o déficit de personal o como sustitutivo de la vigilancia y siempre se realizará con dispositivos apropiados a tal fin, no siendo admisible la improvisación con materiales como cuerdas o sábanas.

---

Periódicamente deberá realizarse una reevaluación del estado clínico del paciente con el objetivo de retirar la contención en el momento que sea posible. Es fundamental una serie de cuidados del paciente entre los que se incluyen los cuidados de la piel (hidratación, decúbitos) y de las excretas (incontinencia, estreñimiento, impactación fecal), así como la fisioterapia. Se deberá considerar la profilaxis antitrombótica. Además, será necesaria una monitorización, por personal sanitario, para prevenir sus posibles complicaciones (compresiones nerviosas y vasculares, infecciones, problemas respiratorios, etc.). La frecuencia de estos controles será variable en función del estado clínico del paciente y en ningún caso menor de seis veces al día.

### ■ La violencia de género

El gran conflicto ético que se le plantea al médico de familia con respecto a este problema de salud es cuando la mujer maltratada no quiere que se emita un parte de lesiones. No es infrecuente que la víctima nos comunique su “secreto” simplemente con el “ánimo de desahogarse” y nos solicita expresamente que no quede reflejado en la historia clínica o bien, apelando a la confidencialidad, rechaza la emisión de un parte de lesiones. Sin duda alguna, esta situación nos genera mucho desasosiego. ¿Cómo tomar una decisión?

Hay confidencialidad siempre que una persona revela información a otra y la receptora promete no divulgarla a un tercero sin el permiso de aquella que se la ha confiado.

Todo ser humano tiene el valor incondicional y la capacidad de determinar su propio destino. La mujer es la protagonista y la que decide lo que es bueno para ella. Una paciente competente puede tomar decisiones perjudiciales para su salud y, en principio, se deben respetar; debemos tener en cuenta lo que la mujer maltratada entiende como beneficioso para ella, no le podemos imponer nuestro criterio ya que caeríamos en el paternalismo que es, ni más ni menos, una beneficencia mal entendida. El paternalismo consiste en considerar a la mujer maltratada como si fuera



nuestra hija pudiendo llegar, en algunos casos, a lo que se ha denominado beneficencia coercitiva. Estaríamos provocando una transferencia de roles de poder de su pareja al sanitario y eso es precisamente lo que tratamos de evitar, debe ser ella la que tome las decisiones y marque los tiempos. Tenemos que ayudarla y no juzgarla ni abandonarla, aunque no compartamos sus actitudes.

Por otro lado, debemos evitar el daño. El maltrato es un riesgo para la mujer que lo sufre puesto que le puede causar múltiples secuelas e incluso la muerte. Además, no se puede decir que la relación entre el médico de familia y la paciente sea estrictamente privada, en los casos de maltrato, ya que también puede afectar a terceras personas como son los hijos o personas mayores a su cargo. No solo es un deber ético evitar la maleficencia, sino que también es una obligación legal.

En cualquier caso, una actitud no consensuada puede tener consecuencias no deseadas. Una de ellas es provocar en la mujer una pérdida de confianza en el profesional y que deje de asistir a los controles de salud, privándose así de la continuidad asistencial y de las ayudas posteriores. En este sentido, hay expertos que han llegado a hablar del posible efecto yatrogénico derivado de la notificación obligatoria (Júdez et al, 2002). Tampoco podemos obviar que el hecho de que se adopten medidas judiciales no es una garantía de protección de la mujer; así, los medios de comunicación nos ilustran de muchos ejemplos, con resultado de muerte, en los que se habían realizado denuncias previas. Por último, también podría ocurrir que la mujer se enroque y niegue los hechos cuando la llamen a declarar.

### ■ **Comités de ética y medicina de familia**

Los comités de ética en el ámbito sanitario son básicamente de dos tipos: los asistenciales y los relacionados con la investigación. Por supuesto, al hacer referencia a la investigación, nos estamos refiriendo exclusivamente a aquella llevada a cabo con seres humanos puesto que también son posibles –si bien no en los servicios de salud, pero sí en

---

otras instituciones como por ejemplo las universidades–, comités de ética animal que tienen como objetivo garantizar el bienestar de los animales de experimentación, de tal manera que se justifique adecuadamente su necesidad y que se empleen todas las garantías necesarias para minimizar su sufrimiento. Además, también existen comités de ética en el espacio sociosanitario, relacionados con aspectos del cuidado de personas internas en residencias.

Como es natural, son muy marcadas las diferencias entre los comités de ética de la investigación y los relacionados con la asistencia; sin duda, la fundamental es que los primeros son vinculantes, es decir, sin su dictamen favorable no es posible iniciar el protocolo del estudio mientras que los segundos son orientativos, no decisivos, tienen como misión asesorar a la persona (clínico o incluso usuario) que realizó la consulta, pero en última instancia es esta la que tiene que tomar la decisión de cómo actuar.

En nuestro país, los comités de investigación surgen en los años noventa vinculados a la Ley del Medicamento que regula los ensayos clínicos y exige, para su realización, un informe preceptivo de un comité de ética de la investigación clínica –conocido como CEIC– que esté acreditado. Con el paso de los años, diversos cambios legislativos fueron introduciendo modificaciones en su composición y funciones hasta llegar a los actuales comités de ética de la investigación con medicamentos (CEIm). Algunas comunidades autónomas, como por ejemplo Cataluña o Madrid optaron por un modelo descentralizado (un comité en cada hospital o área sanitaria), frente a otras –entre ellas la nuestra– que prefirieron un comité único para toda la investigación clínica.

Los comités de ética asistencial se desarrollaron un poco más tarde. Así, aunque en otras Comunidades ya existían, en la nuestra no aparecen hasta el año 2000 con la entrada en vigor el Decreto que regula su creación y autorización<sup>33</sup>. Hay que decir que, en los años previos,

---

<sup>33</sup> Se trata del Decreto 177/2000, del 22 de junio, por el que se regula la creación y autorización de los comités de Ética Asistencial. Aún sigue vigente.

gracias al entusiasmo y voluntarismo de unos pocos profesionales<sup>34</sup>, se formaron comisiones promotoras en varios hospitales, habiéndose constituido la primera, en el año 1996, en el Hospital Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos de Ferrol (Rodríguez-Martínez, 2002; Garrido, 2022). Los comités se constituyen como un órgano consultivo e interdisciplinar para analizar y asesorar en la resolución de conflictos éticos que pudieran surgir como consecuencia de la labor asistencial. Aunque la norma dejaba abierta la posibilidad de su constitución en las gerencias de atención primaria, lo cierto es que inicialmente solo se formaron vinculados a los hospitales, no teniendo la posibilidad real de hacer consultas, al respecto, los médicos de familia<sup>35</sup>. Es curioso que la única especialidad médica que nace con una motivación ética quede al margen. Durante mucho tiempo abundaban las opiniones de que lo que acontece en el día a día en un centro de salud no requiere de la ayuda de la disciplina bioética, pero la realidad es diferente (Altisent-Trota y Martín-Espildora, 2001). No fue hasta que se cambió el modelo de gestión sanitaria al constituirse las estructuras de gestión integrada, hace menos de 10 años, cuando aparecieron los comités de área con médicos de familia y otros profesionales de atención primaria en su composición y a los que también podían hacer consultas los profesionales de nuestro ámbito asistencial.

---

<sup>34</sup> Realmente su creación no fue una necesidad sentida de los profesionales ni de los usuarios, una prueba es que los propios grupos promotores se sorprenden de las pocas consultas que reciben.

<sup>35</sup> Esto lo he vivido en primera persona, en el año 2010 trabajando como médico de familia en Teo, tras realizarle una consulta, relacionada con la ética en la prescripción, al Comité de Ética Asistencial del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (el único comité de ética asistencial de mi área sanitaria en aquel momento), obtuve, mediante carta, la siguiente respuesta: "o Comité de Ética Asistencial do C.H.U.S. na súa xuntanza de 28 de setembro acordou considerarse non competente para entender da devandita cuestión por considerar que o seu ámbito é o propio do Complexo Hospitalario". Un ejemplo muy gráfico que refleja el desamparo de la Atención Primaria en aquel momento.

---

En 2001 también se creó en Galicia la Comisión Gallega de Bioética como un órgano colegiado, interdisciplinar, de carácter permanente y consultivo que fue sustituida en 2015 por el Consejo de Bioética de Galicia. El principal motivo que justificó dicho cambio fue ahondar en su independencia: mientras que en la Comisión la presidencia le correspondía al director general de asistencia sanitaria, en el Consejo, la persona que ostenta dicho cargo es por elección entre sus miembros.

### ■ Ética en la investigación clínica

La ética de la investigación consiste en la protección de los individuos vulnerables, ni más ni menos. La palabra “vulnerable” viene del latín *vulnerare*, frágil, débil, que se defiende mal o que puede ser herido con facilidad y, por tanto, necesita protección. Probablemente la mayor fuente de vulnerabilidad –en este contexto– es llevar a cabo de forma paralela, en un mismo paciente, asistencia e investigación.

El Informe Belmont ya advierte de que la distinción entre práctica e investigación es borrosa y que es necesaria una extraordinaria prudencia cuando se producen de forma simultánea. La propia Declaración de Helsinki también hace énfasis en ello. Este problema es especialmente importante en el ámbito de la atención primaria, es decir, cuando un médico de familia lleva a cabo una investigación en la que recluta como voluntarios a sus propios pacientes (Barton et al, 2016).

En efecto, se debe tener en cuenta que en ese momento se produce un conflicto de valores, mientras la práctica médica tiene como fin la curación y el cuidado, la investigación persigue como objetivo la obtención de conocimiento. En consecuencia, se puede producir una colisión entre ambos (Consello de Bioética de Galicia, 2016).

En otro orden de cosas, hay que tener en cuenta dos fenómenos psicológicos que se producen cuando un paciente, en el ámbito de la práctica clínica, es reclutado para un proyecto de investigación y que tienen

especial relevancia cuando el investigador que realiza dicho reclutamiento es su propio médico de familia.

Por un lado, está lo que se ha denominado “deuda de gratitud”, que realmente no es una deuda, pero el paciente la percibe así, le está agradecido a su médico de familia por la atención proporcionada al cabo de los años y confía ciegamente en él lo que puede limitar su autonomía para la toma de la decisión en la participación del estudio.

Por otro, está el fenómeno descrito por Appelbaum et al (1982) denominado *therapeutic misconception* o equívoco terapéutico, el participante en un estudio no distingue asistencia de investigación clínica, lo que puede condicionar su capacidad para tomar una decisión autónoma juiciosa y, en consecuencia, pone en duda la validez del consentimiento informado. Por otra parte, también se ha descrito la tendencia de muchos de estos pacientes a infravalorar el riesgo y sobreestimar el beneficio, es decir, se produce un falso optimismo terapéutico con la esperanza infundada de obtener el mejor resultado personal. Para que el reclutamiento sea ético el médico de familia debe hacer entender al paciente que el beneficio potencial del estudio, en principio, no está dirigido a él mismo, sino a los futuros pacientes y que la incertidumbre entre el riesgo y el beneficio es superior a la práctica clínica habitual.

Así pues, es obvio que tanto la deuda de gratitud como el equívoco terapéutico condicionan que el cupo de pacientes del médico de familia sea una población cautiva cuando este participa en un estudio de investigación. Además, en el ámbito de la atención primaria existe otra fuente potencial de vulnerabilidad que viene dada, por ejemplo, en la atención de pacientes con dolor o a pacientes terminales. Se trata de individuos con poca probabilidad de beneficiarse individualmente de la investigación o con un problema de salud que los hace ser más manipulables o con un desbalance riesgo/beneficio.

---

## ■ Epílogo

Excelentísimo Señor Presidente e Ilustrísimos Señores Académicos, llego al final de mi discurso y, una vez más, quiero agradecerles el honor de proponerme como miembro numerario, en el sillón de Medicina de Familia y Comunitaria, de esta histórica Institución. Con estas palabras he tratado de ofrecerles una visión de la evolución histórica de mi especialidad, íntimamente relacionada con la Bioética; creo poder resaltar que la Medicina Familiar es la propia esencia de la medicina, es aquella en la que pensamos cuando, de niños, se despierta en nosotros la vocación de ayudar a los demás. Junto con la Bioética, surge en un contexto de crisis condicionada por la práctica de una medicina superespecializada, parcelada, reduccionista, concretizadora y fragmentada. Se puede decir que, en la actualidad, se repite la historia, estamos viviendo un *déjà vu*. Es vital corregir esta deriva que pone en peligro el estado de bienestar, solo una estrategia orientada a la potenciación de la atención primaria, humanista, expansiva, abarcadora y holística permitirá obtener una medicina más asequible, sostenible, justa, equitativa, prudente, así como sensible y plural.

He dicho

## ■ Bibliografía

- Ágreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *Anales Sis San Navarra*. 2001;24(2):65-72.
- Alpert J, Charney E. *The education of Physicians for Primary Care*. Rockville MD: US Department of Health, Education and Welfare; 1973.
- Altisent-Trota R, Delgado-Marroquín MT, Jolín Garijo L, Martín-Espíldora MN, Ruíz Moral R et al. Sobre bioética y medicina de familia. *Aten Primaria*. 1999;24(10):602-613.
- Altisent-Trota R, Martín-Espíldora MN. Comités de ética en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28(8):550-553.
- Altisent-Trota R, Martín-Espíldora MN, Serrat Moré D. *Ética y Medicina de Familia*. En: Martín A, Cano JE, Gené J. *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia*. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019. p. 154-171.
- Álvarez-Montero S. Prescripción inducida en atención primaria: una perspectiva bioética. *Aten Primaria*. 2012;44(2):62-64.
- Añel-Rodríguez RM, Astier-Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Rev Clín Med Fam*. 2022;15(2):75-76.
- Aristóteles. *Ética*. Madrid: Gredos; 2015.
- Appelbaum PS, Roth LH, Lidz C. The therapeutic misconception: informed consent in psychiatric research. *Int J Law Psychiatry*. 1982;5(3-4):319-29.
- Barton CA, Wah C, Tam M, Abbott P, Liaw ST. Ethical considerations in recruiting primary care patients to research studies. *Aust Fam Physician*. 2016;45(3):144-148.
- Beca JP. Consultores en ética clínica y sus funciones. En: Feito L, Gracia D, Sánchez M. *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela; 2011. p. 31-39.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.
- Beecher HK. Ethics and Clinical Research. *N Engl J Med*. 1966; 274:1354-1360.
- Berlinguer G. *Bioética cotidiana*. México: Siglo xxi editores; 2002.

- 
- Braunack-Mayer A, Mintzker Y. General practice ethics: Disclosing errors. *AFP*. 2015;44(12):939-940.
- Busquets M. (2019). Descubriendo la importancia ética del cuidado. *Folia Humanística*. 2019;12:20–39.
- Camfyc. El compromís com a metge/essa de família; 2017. Disponible en: <http://www.camfic.cat/CompromisMetgeFamilia.aspx> (Fecha de acceso: 11/12/2022)
- Campiñez M. El paciente que no nos gusta. *Riesgos éticos*. Doctutor; 2018. Disponible en: <https://www.doctutor.es/2018/11/30/el-paciente-que-no-nos-gusta-riesgos-eticos/> (Fecha de acceso: 24/11/2022)
- Camps V. La excelencia en las profesiones sanitarias. *Humanitas Humanidades médicas*. 2007; 21: 1-13.
- Camps V. Breve historia de la ética. Barcelona: RBA Divulgación; 2013.
- Comisión Gallega de Bioética. *Ética en la prescripción*; Santiago de Compostela: Consellería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud. Xunta de Galicia; 2012.
- Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia; 2005. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf> (Fecha de acceso: 11/09/2022)
- Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario; 2016. Disponible en: [www.comitedebioetica.es](http://www.comitedebioetica.es) (Fecha de acceso: 25/11/2022)
- Comité de Bioética de España. Informe del comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación; 2020. Disponible en: [www.comitedebioetica.es](http://www.comitedebioetica.es) (Fecha de acceso: 09/12/2022)
- Consello de Bioética de Galicia. O conflito de intereses no ámbito da saúde. Documento de recomendación; Santiago de Compostela: Consellería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud. Xunta de Galicia; 2016.



- Córdoba-Palacio R. Juramento Hipocrático. *Persona y Bioética*. 2003;7(19):47-60.
- Cortina A. La ética de las organizaciones sanitarias. *Revista Gerencia y Políticas de la Salud*. 2002;3:6-14.
- Couceiro A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de recursos. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:61-74.
- Coxa CL, Benjamin, Millerb BM, Isla Kuhna I, Fritza Z. Diagnostic uncertainty in primary care: what is known about its communication, and what are the associated ethical issues? *Family Practice*. 2021;38(5):654–668.
- Díaz-Sierra G. Ética en la prescripción de las ajas laborales. En: Bermejo F, Sanjuanbenito L. *Ética y Atención Primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2008. p. 193-204.
- Ellis CG. Making dysphoria a happy experience. *Br Med J*. 1986;293:317-318.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela; 1999. p. 109-126.
- Fundació Víctor Grífols i Lucas. *Los fines de la medicina*; Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2005.
- García-Álvarez MA. Interdisciplinariedad y libertad clínica. 1992. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1992/vol1/arti1.htm> [Fecha de acceso: 06/10/2022].
- García-Rodríguez J, Enseñat-Sánchez R. Las cuatro preguntas capitales para una gestión eficaz de la incapacidad temporal. *Semergen*. 2008;34(5):264-265.
- Garrido JA. La bioética “cotidiana”, el internista y el “nuevo” principio de beneficencia. *Galicia Clín*. 2016;77(1):14-16.
- Garrido-Sanjuán JA. A conmemoración dos 25 anos de posta en marcha dos Grupos Promotores dos CEA en Galicia. En: *Consello de Bioética de Galicia. Sementando a Bioética*. Consellería de Sanidade; 2022.
- Greenfield G, Foley K, Majeed A. Rethinking primary care’s gatekeeper role. *BMJ*. 2016;354:1-6.
- Gómez-Fajardo CA. Alcmeón de crotona, y la gran hazaña. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2001; 52 (1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=195218309002> [Fecha de acceso: 22/10/2022].

- 
- Gracia D. Teoría y práctica de la deliberación moral. En: Feito L, Gracia D, Sánchez M. Bioética: el estado de la cuestión. Madrid: Triacastela; 2011. p. 101-154.
- Hampton JR. The end of clinical freedom. *BMJ*. 1983; 287: 1237-1238.
- Hausmann A, Blasco JA, Almazan C, Linertora R, López de Argumedo M, Hermosilla T. Elaboración y validación de instrumentos metodológicos para la evaluación de los productos de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Manual para la evaluación ética en la evaluación de tecnologías sanitarias. Madrid: Plan de Calidad para el SNS de MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo; 2010.
- Iserson KV. Bioética. En: Marx JA. *Rosen Medicina de Urgencias*. 8ª ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 2725-2733.
- Iturbe P. La medicina familiar: calidad en Atención Primaria, base del sistema nacional de salud. *Med Fam*. 1987;4:23-34.
- Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:18-37.
- Laín-Entralgo P. *La Medicina Hipocrática*. Madrid: Revista de Occidente; 1970.
- Lázaro Carreter F. *El nuevo dardo en la palabra*. Madrid: Santillana Ediciones Generales; 2003.
- Loaissa JR, Tandeter H. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria*. 2001;28(8):560-564.
- López EA. La culpa fue de Hipócrates. *Aten Primaria*. 2004;34(9):482-483.
- Martín-Zurro A. Alma-Ata y medicina de familia: 40 años de travesía en el desierto. *Aten Primaria*. 2018;50(4):203-204.
- Martín-Zurro A, Gómez-Gascón T, Ceitlin J. Atención Primaria y Medicina de Familia: conceptos. En: Martín A, Cano JE, Gené J. *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia*. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019. p. 2-16.
- Martín-Zurro A, Martí J, Zapater F, Gené J. El conseller vol trencar amb la longitudinalitat a l'atenció primària i comunitària. *El Diari de la Sanitat*. 2022. Disponible en: <https://diarisanitat.cat/el-conseller-vol-trencar->

[amb-la-longitudinalitat-a-latencio-primaria-i-comunitaria/](#) (Fecha de acceso: 11/11/2022).

Meléndez-Gracia A. Cuidados paliativos y atención primaria. ¿Sola, soportada o sustituida? AMF. 2014;10(5):241-242.

Melguizo E. Ética y baja laboral. Disponible en: <https://docplayer.es/6778161-Etica-y-baja-laboral.html> (Fecha de acceso: 29/11/2022).

Melguizo-Jiménez M, Sánchez-Mariscal D, Gallego-Royo A. Prestación de ayuda médica para morir. AMF. 2022;18(5):279-290.

Mintzker Y, Rogers W. General practice ethics: text messages and boundaries in the GP-patient relationship. AFP, 2015;44(8):593-595.

Misselbrook D. Waving not drowning: virtue ethics in general practice. Br J Gen Pract. 2015;65(634):226-227.

Monsó-Fernández C. ¿Firmo el certificado de defunción? Legalidad y ética. Aten Primaria. 2012;44(4):20-22.

Nezhmetdinova F. Global challenges and globalization of bioethics. Croat Med J. 2013; 54: 83-85.

D'Down TC. Five years of heartsink patients in general practice. Br Med J. 1988;297:528-530.

Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata 1978 Atención Primaria de Salud. 1978. Disponible en: <https://www.semfy.com/la-medicina-de-familia/alma-ata/declaracion/> [Fecha de acceso: 10/11/2022].

Organización Mundial de la Salud. Medicamentos: uso racional de los medicamentos. 2010. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/> [Fecha de acceso: 28/08/2013].

Pastrana-Jiménez JI, García-Alonso AM. El caso peculiar del "mobbing" y la incapacidad temporal. En: Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. Incapacidad temporal. Manual para el manejo en atención primaria. Madrid: Gráficas Loureiro; 2008. p. 359-366.

Pereira-Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open. 2018;8:e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161.

- 
- Pérez-García R. La competencia en bioética: eje fundamental en la formación de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Educ Med.* 2018;19(4):235-240.
- Ponte-Hernando FJ. Historia de la medicina de familia en España. Un camino largo y complejo. *AMF.* 2009;5(4):201-209.
- Ridd MJ, Santos-Ferreira DL, Montgomery AA, Salisbury C, Hamilton W. Patient-doctor continuity and diagnosis of cancer: electronic medical records study in general practice. *Br J Gen Pract.* 2015;65(634):e305-11. doi: 10.3399/bjgp15X684829.
- Rodríguez-Martínez A. Comités de ética asistencial una reflexión sobre su funcionamiento. *Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas.* 2022; 11(2):85-105.
- Ruiz-Moral R, Loayssa JR. Dilemas éticos percibidos por los médicos de familia en su práctica clínica (I): Importancia de la "microética". *DocTutor.* 2016. Disponible en: <http://www.doctutor.es/2016/03/04/dilemas-eticos-i/> (Fecha de acceso: 16/12/2022)
- Samuel-Karchmer K. Códigos y juramentos en medicina. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2012; 10: 224-234.
- Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022 Jan 27;72(715):e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340
- Sass HM. Fritz Jahr's 1927 Concept of Bioethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal.* 2007; 17: 279-295.
- Simón-Lorda P. La ética en la prescripción. En: *Calidad Terapéutica: como entenderla y como aplicarla.* Madrid: Sanofi-Aventis; 2008. p. 47-64.
- Simón-Lorda P. Cómo incorporar los principios de la ética para llevar a cabo una práctica clínica y una atención humanizada. V Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. 2013. Disponible en: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2013/05/22/no-dejes-de-ver-esto-pablo-simon-en-el-congreso-de-atencion-sanitaria-al-paciente-cronico/> [Fecha de acceso: 30/10/2022].

- Simón P, Barbero J, Barrio IM. La bioética. En: Casado V, editor. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: Semfyc ediciones; 2007.p. 265-306.
- Soler G. Un enfoque bioético argumental ante temas controvertidos en Atención Primaria [Tesis doctoral]. Universidad Católica San Antonio. Murcia; 2015.
- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994;344(8930):1129-1133.
- Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*. 2011;15(2):63-69.
- Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología; Barcelona: Masson; 2001.
- Tarodo S. La doctrina del consentimiento informado en el ordenamiento jurídico norteamericano. *DS*. 2006;14(1):229-249.
- Tejada de Rivero DA. La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 1918;64(3):361-366.
- Triana-Ávila J. El consentimiento informado. *Rev Colom Cancerol*. 2009;13(1):3-4.
- Van Loenen T, Faber MJ, Westert GP, Van den Berg MJ. The impact of primary care organization on avoidable hospital admissions for diabetes in 23 countries. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34(1):5-12.
- Vilaseca-Llobet JM. Nadar y guardar la ropa. *AMF*. 2022;18(8):475-477.
- Zarco J, Moya-Bernal A, Júdez J, Pérez-Domínguez F, Magallón R. Gestión de las bajas laborales. *Med Clin (Barc)*. 2001.117(13):500-509.





■  
DISCURSO DE CONTESTACIÓN  
■







**DE TORO SANTOS, Fco. Javier**  
Académico Numerario del "sillón" de  
Reumatología

**Número 33 del escalafón**

**Ingreso: día 29 de abril de 2016**



## ■ I. ELOGIO AL ACADÉMICO

- Excmo. Sr. Presidente da Real Academia de Medicina de Galicia,
- Excmas. e Ilmas. Autoridades,
- Ilmos. Sras. e Sres. Académicos Numerarios,
- Sras. e Sres. Académicos Correspondientes,
- Sras. e Sres.

La Real Academia de Medicina de Galicia se enriquece hoy al recibir en su seno como académico de número al Dr. Rosendo Bugarín González. Agradezco enormemente al Presidente el encargo de darle la bienvenida en nombre de los académicos y contestar a su discurso de recepción. Para mí es una satisfacción, pues tengo conocimiento de la valía tanto personal, como científica y humana del Dr. Rosendo Bugarín González a lo largo de sus años de ejercicio profesional.

Accede y estrena el sillón de Medicina de Familia y Comunitaria ya que es de reciente creación en esta regia corporación. El hecho de estrenar cosas nuevas le acompañan a lo largo de su vida. Cursó sus primeros estudios en Tui, y a medida que iba cumpliendo años en su infancia y adolescencia fue estrenando todos los sistemas de enseñanza de la época. Así, inaugura, en los años setenta, la Educación General Básica (EGB), posteriormente el Bachillerato Unificado Polivalente (BUP) y forma parte de la primera promoción de *numerus clausus* en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela. Ahora será el primero en ocupar el sillón de Medicina de Familia y Comunitaria en la Real Academia de Medicina de Galicia.

Para definir lo que es un médico de familia podríamos decir que es la de un médico generalista que puede tratar todo tipo de problemas de salud en el momento, y focalizado en su marco comunitario que permite la continuidad a lo largo del tiempo y una asistencia centrada en la persona. Es decir, el que ejerce la “ciencia del curar” a la población a lo largo de toda su vida.

---

Es el médico del primer contacto del paciente con el sistema sanitario. Debe gozar de ciencia en una mano y de ética en la otra. De excelencia clínica, destreza para procedimientos manuales y experto en la relación médico paciente en consulta que en ocasiones se prolonga al hogar de sus pacientes. Integrador de las ciencias biológicas, de la conducta y sociales, además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación. Valedor y abogado del paciente. Intentar curar siempre, y si no es posible, acompañar. Esta importante tarea de acompañar al sufriente ha sido motivo de inspiración de muchos pintores. Cabe recordar que, en 1894, el niño Pablo Picasso realiza un pequeño apunte al óleo en una tablilla de madera. Representa la visita de un médico a una moribunda en una habitación, seguramente en un asilo de A Coruña. Aquel médico era su amigo y primer mecenas, D. Ramón Pérez Costales, y aquella tablilla, parte de la colección picassiana que D. Ramón conservaría. La obra se titula "la enferma", y es el germen de una de las obras grandes del genio Pablo Picasso, "ciencia y caridad", pintura al óleo que presentó como obra final para ingresar en la Facultad de Bellas Artes de San Fernando, en Madrid. Como si de una balanza humana se tratase, la obra invoca, en un momento de lo más espiritual como es la muerte, la declinación natural que nos perturba. Recordar que el Dr. D. Ramón Pérez Costales, adalid de los oprimidos y médico altruista, fue todo un ídolo popular. Diputado y ministro, impulsó la creación de la Cocina Económica, fundó una escuela gratuita, un instituto de vacunación para la viruela, que era endémica en Galicia e impulsor de la creación del colegio de médicos de A Coruña del que inevitablemente se convertiría en el primer presidente.

En estos momentos de gran tensión en nuestro sistema sanitario necesitamos personas con cabezas despejadas y comprometidas para proponer soluciones que resuelvan los problemas que ha complicado la reciente pandemia que hemos padecido como son: la desbordada demanda asistencial que hay en la atención primaria, las listas de espera, el desprestigio de la especialidad de medicina de familia, las plantillas envejecidas y la cronicidad entre otras. Tiene trabajo por delante Dr. Rosendo Bugarín González.

Estudió en el Instituto Nacional de Bachillerato San Pelayo de Tui, siempre estuvo agradecido a sus profesores Veremundo Riesco, Gloria Prieto, Raquel Gómez, Blanca Padín, Amalia de Santiago, Manuel Agrafojo, Ángel Lorenzo, Ricardo Abundancia y Basilio González por los conocimientos y valores que le inculcaron, sin duda, sin ellos le habría sido imposible culminar la carrera de Medicina.

En el año 1979 se traslada a la capital de Galicia y su párroco, don Ricardo García, le consigue una plaza en la Residencia Universitaria de San Martín Pinario, ubicada en el emblemático Seminario Mayor, en la Plaza de la Azabachería. Allí conoce a sus grandes amigos, actualmente colegas, los doctores Cortiñas, Lado, Araujo y Martínez y crean un estimulante ambiente de estudio, trabajo y pasión por el saber médico.

Durante sus seis años en la Facultad fraguó a fuego en su cerebro aquella máxima de Andrés Vesalio que destacaba en el aula magna: *vivitur ingenio caetera mortis erunt*, “solo sobrevive el intelecto, todo lo demás es percedero”. Muchos de los ilustres académicos de esta Regia Institución influyeron y tuvieron un gran impacto en su formación, entre ellos los profesores Francisco Javier Jorge, Carlos Acuña, Juan Varela, Manuel Noya, Alejandro Novo, Torcuato Labella, Joaquín Potel, Juan José Gestal, Benito Regueiro y Juan Ramón González Juanatey.

Termina su licenciatura de forma brillante, con ocho matrículas y seis sobresalientes, y se inicia en la investigación con la tesina titulada “Investigación de enzimas en el miocardio humano por histoelectroenfoque”, dirigida por los también académicos Luis Concheiro y Ángel Carracedo, obteniendo en su defensa la máxima calificación.

Realizó su especialidad en el Hospital Xeral de Galicia y en el Centro de Salud de Vite y años más tarde defendió su tesis doctoral, que fue dirigida por el doctor Pablo Galego, habiéndole otorgado el tribunal la calificación de sobresaliente cum laude.

Se puede decir que el nuevo académico tiene una experiencia profesional completa. Es experto en medicina de urgencias, un enamorado y defensor

---

de la Atención Primaria y con una sólida formación en el ámbito de la Bioética, disciplina en la que es discípulo de José Ramón Amor y Diego Gracia.

También posee experiencia en gestión sanitaria, en este sentido su mentor fue el doctor Antonio García Quintáns ya que con él ejerció durante algunos años como directivo del Servicio Gallego de Salud. Además, ha dirigido e impartido múltiples actividades de formación continuada y en la actualidad es tutor de residentes de Medicina de Familia y profesor en la Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo.

El futuro académico tiene entre sus cualidades una gran lealtad institucional y un elevado sentido del profesionalismo. De la mano del doctor Luciano Vidán ha sido compañero de la junta directiva durante doce años en el Colegio de Médicos de A Coruña. Su compromiso profesional se ha plasmado con la responsabilidad de ser vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES-Galicia) y en la actualidad es vocal de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN-Galicia).

Ha publicado numerosos artículos en revistas científicas, así como libros y capítulos de libros relacionados con su especialidad. Es, además, un gran divulgador de temas relacionados con la salud, ha participado en programas de televisión y radiofónicos y de forma periódica colabora con La Voz de Galicia y con otros medios de prensa escrita.

Quedaría incompleta la semblanza del Dr. Rosendo Bugarían González sin hacer referencia a su ambiente personal y familiar. Si hay algo de lo que le gusta presumir al doctor Bugarín es de su "tudensidad". Está orgulloso y es tudense hasta la médula. Nace en 1961, en la ciudad de San Telmo, en una familia numerosa. Es el mayor de diez hermanos. Sus padres, Antonio y Clara, tuvieron nada menos que diez hijos, Rosendo, Pablo, Clara, Purificación, Flora, Isabel, Antonio, María Cristina, Damiana y David. Su universo pasa por la Corredera, el monte Aloia, la Catedral y su río, el Padre Miño.

Es profeta en su tierra, muy querido por sus paisanos, hace diez años fue el pregonero de las fiestas patronales, ha sido jugador del Tyde, es el médico del Club Kayak Tudense, colabora con otras asociaciones deportivas y culturales de su ciudad natal, ha sido comisario de varias exposiciones de fotografía antigua, miembro del jurado de la Gala del Deporte Tudense y forma parte del Instituto de Estudios Tudenses.

Está orgulloso y admira a su hija Carmen que, de alguna manera, siguió sus pasos en lo que se refiere al amor a la Medicina. Se doctoró en Genética en el *King's College* y continúa en Londres ejerciendo esta disciplina.

En la actualidad, el doctor Bugarín ejerce la medicina de familia y es jefe de servicio en el Centro de Salud de Monforte de Lemos, lleva una vida feliz en la ciudad del Cabe, y también en Escairón, junto con su compañera inseparable, Társila.

---

## ■ II. COMENTARIO AL DISCURSO

Las personas necesitan buenos médicos cuya primera preocupación sea el cuidado de su salud. Es uno de los principios que inspiran el buen quehacer del ejercicio profesional de los médicos. “El buen quehacer del médico”. Felicito al nuevo académico por haber elegido este tema ya que más que nunca hay que refugiarse en la bioética para reflexionar en estos tiempos de gran tensión sanitaria que está aconteciendo en nuestro país y los de nuestro entorno, para proponer soluciones viables y sensatas.

Por una parte, la asistencia sanitaria se ha convertido en un servicio. Ha aumentado de forma extraordinaria la demanda asistencial por quejas en muchas ocasiones nimias. Cuando tener un disgusto en la relación de pareja, o la muerte de una mascota se convierten en motivos de consulta, tenemos un problema como sociedad. Por otra parte, las herramientas informáticas cercan la actividad de los médicos. La atención se desplaza del paciente a la pantalla del ordenador, en donde se informa detalladamente de la normalidad de los análisis, pruebas radiográficas que no explican la queja del sufriente. Las pruebas indican que todo va bien, sin embargo, el paciente se encuentra mal. Las nuevas tecnologías están transformando a los pacientes en e-pacientes, y la gestión sanitaria abusando de los datos y porcentajes. ¿estaremos dando la espalda a la persona enferma?. Las preferencias de los pacientes ¿podrían ser los mejores biomarcadores de respuesta terapéutica?

Si tenemos en cuenta la definición de “medicina” que ofrece el Diccionario de la Real Academia Española señala que es “el conjunto de conocimientos y técnicas aplicados a la predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas y, en su caso, a la rehabilitación de las secuelas que puedan producir”. Por lo que se podría interpretar que son las enfermedades y no el paciente el objeto del ejercicio profesional de los médicos.

¿Es lo mismo entonces, poner el foco de atención en la enfermedad que ponerlo en el paciente?

Para contestar a esta pregunta me gustaría recordar a **William Osler**, destacado médico canadiense y considerado por muchos el padre de la



medicina moderna, “El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad”.

Las ideas que sustentan esta reflexión no son nuevas, Hipócrates señalaba que hay que tratar enfermos y no enfermedades.

Es de rabiosa actualidad en este mundo de transformación digital y de progresiva utilización de la inteligencia artificial en medicina, hacer una medicina centrada en el paciente, y para ello es preciso desarrollar una visión holística de la medicina.

Voy a describir brevemente cómo aproximarse a un paciente citando a Ciril Rodman, conocido médico internista de nuestro país. El primer requisito es realizar una buena historia clínica mirando a la cara del enfermo y no a la pantalla del ordenador. A continuación, se procede a examinar al paciente con una completa exploración física mediante el empleo de los sentidos: vista, tacto, oído, olfato y en tiempos antiguos incluso el gusto (diagnóstico de la diabetes mellitus demostrado por el sabor azucarado de la orina). En este momento, el médico debería tener ya una orientación aproximada del diagnóstico, procediendo a solicitar de forma proporcionada las pruebas complementarias para confirmar o descartar la sospecha diagnóstica.

En este sentido, el Dr. Rosendo Bugarín González ha realizado una extraordinaria revisión de la relación entre la medicina de familia y la bioética dividiéndolo en tres apartados: Aspectos históricos y conceptuales de la medicina de familia y la bioética, la fundamentación, metodología y docencia de la bioética en atención primaria y finalmente, las principales cuestiones éticas en los médicos de familia.

La Medicina de Familia y la Bioética -aunque no con esas denominaciones- existen y evolucionan de forma paralela desde que existe la propia medicina tal como la conocemos en la actualidad, comienza señalando el nuevo académico. Hace un detallado estudio de los aspectos históricos comenzando con Hipócrates de Cos. El origen del proceso morboso deja de estar en las fuerzas sobrenaturales y pasa a depender de la naturaleza

---

misma, de la *physis*; la medicina se separa así de la religión. Señala que este es uno de los saltos cualitativos más importantes de la humanidad. La medicina se convierte en racional y empírica, requiere una fundamentación científica, es un *tekhne*, un conocimiento, un saber hacer y un arte cuya enseñanza se transmite de padres a hijos.

En esta línea apunta que, al ser las causas de la enfermedad ambientales o debidas al estilo de vida, el médico debe realizar su función mediante observaciones en la cabecera del enfermo, en el ámbito familiar. Es un mediador que, prudentemente, cuida a la persona que sufre para que la naturaleza actúe de forma favorable, tratando de no entorpecerla. La sistemática de trabajo consistirá en escuchar lo que dice el paciente y tratar de detectar mediante la exploración física los posibles signos de *discrasia* que aparecen en su cuerpo.

Acto seguido señala que esta nueva forma de hacer las cosas se caracteriza por el rigor, la seriedad y la honestidad, lo que conlleva un estricto profesionalismo y la aparición de **la ética y la deontología médicas**. Así se muestra en el Juramento Hipocrático toda una declaración de intenciones acerca del comportamiento en la práctica profesional.

Hay que recordar que la **deontología médica** es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico.

Hay muchas aportaciones del mundo clásico que interesa recordar. La máxima de la medicina “*primum non nocere*” que se atribuye a Hipócrates, y que se resume en poner en práctica con respecto a las enfermedades dos cosas: ayudar y no perjudicar. Las virtudes aristotélicas en las que apuntan a que la excelencia profesional no sólo atañe al conocimiento sino también a la bondad, o la máxima que, por su sensibilidad y belleza, se convirtió en el santo y seña de los cuidados paliativos: “A veces curar, a menudo aliviar, pero siempre consolar”.

Dando un gran salto en el tiempo nos detenemos en el considerado el padre de la ética médica moderna, el médico inglés Thomas Percival

que pasa a la posteridad por su obra *Medical Ethics*, en la que se inspiró posteriormente la Asociación Americana de Medicina para elaborar el primer código deontológico. Para el doctor Percival el médico debe ser un *gentleman* cuya característica más definitoria es el autodominio, el control de sí mismo. Define al médico virtuoso como el “ministro de los enfermos”.

El despegue de la bioética acontece en el siglo XX. Los grandes avances tecnológicos en el ámbito biomédico, que acompañan a un extraordinario desarrollo de los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con unos cambios sociales de reivindicación de los derechos civiles hacen necesario un cambio de paradigma: de la beneficencia paternalista, se pasa a la autonomía del ciudadano en la toma de decisiones y a la equidad en el reparto de los recursos y las cargas.

Menciona como hitos importantes en el desarrollo de la bioética la elaboración del *Código de Nuremberg*, en el que se establecen las condiciones indispensables para la experimentación con seres humanos y cuya expresión más representativa es la necesidad de su consentimiento, la *Declaración de Ginebra* adoptada por la Asociación Médica Mundial y que se trata de una especie de actualización del Juramento Hipocrático, el *Código Internacional de Ética Médica* que establece los deberes de los médicos en general, hacia los enfermos y entre médicos, la conocida como “*sentencia del juez Cardozo*” en donde hace referencia al consentimiento del enfermo en relación al derecho que asiste a los pacientes de recibir información sobre los procedimientos y tratamientos médicos que se les propone llevar a cabo a fin de que puedan consentirlos, la *Declaración de Helsinki* como una propuesta de principios éticos para la investigación en seres humanos, el *Informe Belmont* que establece tres principios básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

El término de bioética se atribuye a Van Rensselaer Potter al publicar en 1970 un artículo titulado *Bioethics, the Science of Survival*. El concepto de bioética de Potter era “global” con una honda preocupación por la sostenibilidad del planeta, sin embargo, con el paso de los años, la

---

bioética se fue centrando básicamente en los aspectos clínico-asistenciales y en la investigación biomédica.

En 1976 el médico de familia Howard Brody publica el libro *Ethical Decisions in Medicine*, donde esboza el primer procedimiento de toma de decisiones en ética clínica y a partir de la década de los ochenta los problemas éticos en el ámbito de la asistencia sanitaria se disparan, desde la aparición del VIH, los trasplantes, el aborto, las técnicas de reproducción asistida, los cuidados paliativos, la ayuda a morir, convierten a la bioética en una herramienta de trabajo imprescindible por parte de todos los profesionales sanitarios.

Apunta la importancia de las aportaciones del profesor Diego Gracia Guillén como el autor más relevante en España y en los países latinoamericanos. En 1989 publica *Fundamentos de Bioética* sentando en nuestro país las bases de una bioética laica y plural. En 1991, a través de su obra *Procedimientos de decisión en ética clínica* propone una metodología de análisis de los problemas bioéticos que se utiliza en todos los comités de ética asistencial de nuestro país. Otros autores de reconocido prestigio en el desarrollo de la disciplina son: Frances Abel, director del Instituto Borja de Bioética en Cataluña, Javier Gafo, director de la cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas en Madrid. En nuestra tierra contamos con José Antonio Seoane, catedrático de Filosofía del Derecho en la Universidad de A Coruña y actualmente miembro del Comité de Bioética de España; José Ramón Amor Pan, doctor en Teología y director del máster de Bioética de las Universidades de A Coruña y Santiago de Compostela; Miguel Anxo García, psicólogo clínico del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; Juan Antonio Garrido, médico internista del Área Sanitaria de Ferrol y Francisco Barón, oncólogo del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña..

La Asociación Médica Americana propuso un memorándum sobre el adiestramiento necesario de los médicos de atención primaria y favoreció posteriormente la creación de una nueva especialidad que se denominó *Family Practice*, Medicina Familiar que se caracteriza por ser generalista. Como señala Martín-Zurro, el médico de familia es el especialista en

personas. Aparece, pues, con una clara inspiración ética: la necesidad de un sistema sanitario equitativo, es decir, accesible a todos los ciudadanos, económicamente sostenible, integral y humanizado.

La Declaración de Alma-Ata ilusionó y marcó los cimientos de la atención primaria de salud. De aquella época extrae el eslogan "también hay vida inteligente fuera del hospital". La Declaración de Alma-Ata considera que la salud es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo. Sus propuestas tienen una clara inspiración bioética: la existente desigualdad en el estado de salud de las personas, no solo entre diferentes países, sino también dentro de un mismo país, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, nos implica a todos. Además, también señala que las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria, lo que supone, sin duda, una promoción de la autonomía.

Apunta el Dr. Rosendo Bugarín González que hay que hacer referencia a Barbara Starfield a nivel internacional, y a Amando Martín Zurro en España que fue editor de la revista *Atención Primaria*, del programa de formación continuada y autor de un libro de referencia, "Atención Primaria Principios, organización y métodos en Medicina de Familia". Además, es un líder indiscutible de la medicina primaria quien sentenció "nuestro sistema sanitario público, al igual que en el resto de los países de nuestro entorno, continúa centrado y dominado por el hospital, abducido por la priorización absoluta de la tecnología y empeñado en realizar abordajes fragmentarios y parciales de los problemas de salud y sociales. No hemos podido ni sabido luchar de forma efectiva contra la inercia brutal del sistema y nos hemos dedicado en exceso a lamernos las heridas y a buscar fuera los culpables de la situación". Señala que este es uno de los graves problemas que hay que resolver.

Hace énfasis en la importancia de las conclusiones de un grupo de trabajo del centro de investigación en Bioética, *The Hastings Center*, de Nueva

---

York, quienes apuntan que el objeto de la medicina en la actualidad, debe ser algo más que la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida. Tiene que poner el acento en aspectos como la prevención de las enfermedades, paliar del dolor y el sufrimiento, ha de situar al mismo nivel el curar y el cuidar y advertir contra la tentación de prolongar la vida indebidamente.

Después de este paréntesis histórico, hace referencia a los elementos conceptuales propios de la atención primaria de salud: se trata una atención integral (abarca a las esferas biológica, psicológica y social del ser humano), integrada (interrelaciona la promoción y prevención de la salud, el diagnóstico, el tratamiento así como la rehabilitación y reinserción social), continuada y permanente (a lo largo de la vida de las personas, tanto en su domicilio como en el trabajo u otros ámbitos y en el propio centro de salud, en los dispositivos de urgencias y en el seguimiento hospitalario), proactiva, basada en el trabajo en equipo interdisciplinar y accesible (con criterios de justicia social y equidad y sin discriminación). La medicina de familia, al igual que la bioética, tiene a la persona como centro.

Además, desde su punto de vista, hay dos hechos diferenciadores fundamentales que definen y singularizan su ámbito asistencial: la longitudinalidad (apunta que el término longitudinalidad no existe en el diccionario de la Real Academia Española) que define como la relación estable y permanente entre el mismo médico y sus pacientes, y la segunda característica es la incertidumbre, la duda.

Describe muy bien en la segunda parte de su exposición **la fundamentación, metodología y docencia de la bioética en atención primaria**. El nuevo académico comienza haciéndose preguntas que surgen en el día a día en las consultas tanto de índole científica, ¿debo utilizar un antibiótico en esta amigdalitis?, como morales ¿es necesaria esta incapacidad temporal que me solicita el paciente? Apunta que la estrategia para resolver las primeras hay que guiarse de la medicina basada en la evidencia; y de las en las segundas, acompañarse de la deliberación y la prudencia.

En su razonamiento diferencia entre ética clásica de la aplicada. Desarrolla las bases de la ética en la investigación con seres humanos en tres principios éticos: el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia. Posteriormente, a partir de la publicación del libro *Principles of Biomedical Ethics* se adaptaron a la ética asistencial como: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Desarrolla los diferentes principios de forma detallada, la **beneficencia** nos obliga a actuar buscando el beneficio del paciente, pero implica también tener en cuenta lo que este considera su propio bien. En relación al principio de la **no maleficencia** debe entenderse como una llamada a la prudencia, a ponderar los riesgos frente a los beneficios; nos recuerda que es preciso actuar con sensatez y sin improvisación, que es básico estar bien formados, que es necesario evitar acciones excesivas o fútiles y que debemos prescribir únicamente los fármacos imprescindibles. Además, también significa que debemos aprender de los errores y ello implica adoptar ante ellos una práctica reflexiva y crítica. La **autonomía** implica el respeto a la opinión y decisiones del paciente, a su libertad, "a ser dueño de su propia vida" y finalmente nos recuerda que para la **justicia** es imperativo el reparto equitativo de las cargas y los beneficios de la asistencia sanitaria pública, los recursos son limitados y se deben distribuir de forma ética.

Hace una diferencia entre el desarrollo de la bioética a nivel hospitalario que soporta conflictos en grandes temas como los trasplantes, las donaciones de sangre, la diálisis de la que puede surgir a nivel de atención primaria sin cuestiones éticas relevantes pero diferenciadora, ya que el médico y enfermera interaccionan de forma importante no solo con el paciente, sino también con su familia y con la sociedad en general, se podría decir una bioética "cotidiana".

Apunta a la importancia de la formación en **bioética** que facilita que las decisiones en la práctica clínica diaria sean más fundamentadas y respetuosas con las distintas opciones y valores de los pacientes. Recuerda que esta competencia está incluida en el programa formativo

---

de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria desde el año 2005. Concluye que la ética no es una asignatura o competencia más de un programa de formación, sino que constituye la esencia misma del ejercicio de la medicina. No basta ser técnicamente competente, sino que el médico debe poseer, necesariamente, aptitudes morales para el ejercicio idóneo de la profesión.

Dedica una parte de su exposición a hablar de las **Principales cuestiones éticas en los médicos de familia** y desarrolla diferentes temas singulares en su ejercicio profesional.

En relación a la ética en la comunicación médico-paciente nos recuerda que durante muchos siglos se rigió por un marcado paternalismo. Desde el monográfico titulado *De habitu decenti* del *Corpus Hippocraticum* en donde se recomendaba ocultar al enfermo la mayoría de las cosas. Hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX seguimos funcionando así, no en vano Gregorio Marañón aseveraba “el médico, digámoslo heroicamente, debe mentir, la mentira piadosa justifica el pecado de la verdad”. Naturalmente que las cosas han cambiado mucho en los últimos decenios aunque todavía seguimos teniendo grandes déficits en las habilidades de comunicación. Enfatiza que la información adecuada forma parte de la *lex artis*. Señala un abanico de modelos de informar, desde el paternalismo, interpretativo, deliberativo y el modelo informativo.

Hace un apunte especial para lo que probablemente es la mayor dificultad de comunicación. La transmisión de malas noticias. Ha habido un recorrido desde el clásico “pacto de silencio” entre médicos y familiares, hasta la incorporación en la actualidad de un protocolo de comunicación de malas noticias que fue diseñado originalmente para pacientes oncológicos, y posteriormente validado para otras situaciones, entre ellas, la atención primaria. Tiene como objetivos recopilar información y ofrecer apoyo a los pacientes, transmitir información médica y establecer una estrategia conjunta. El protocolo EPICEE consiste en una propuesta comunicativa, tal como sugieren las iniciales de su acrónimo, de 6 pasos: un entorno privado, sentados, con control ocular y contacto físico



adecuados, con disponibilidad de tiempo y sin interrupciones; averiguar la percepción del paciente, qué sabe de su enfermedad; averiguar hasta dónde quiere saber el paciente, es necesario “pedir permiso” para dar una mala noticia; aportar una información comprensible, “dosificada” en el tiempo y asegurándose de que la comprende; con empatía y estableciendo una estrategia futura, con un plan de trabajo y seguimiento, así como asegurando la accesibilidad.

En el ámbito de la comunicación y la bioética también tiene una especial importancia la cuestión de los errores médicos. Nos recuerda que el objetivo es adquirir una cultura de la seguridad en la que se pretende el análisis del fallo para prevenirlo y minimizar el riesgo en acciones futuras. Así, se han diseñado sistemas voluntarios de notificación de errores para su análisis con el ánimo de mejorar la seguridad del paciente.

En cuanto a la relación con el **paciente difícil** comienza señalando la dificultad para su definición aunque tienen un nexo común: la capacidad de provocar una distorsión emocional en los profesionales sanitarios que los atienden. Suelen acudir a la consulta con mucha frecuencia, solicitan un mayor número de pruebas complementarias, derivaciones a los especialistas hospitalarios y mayor gasto farmacéutico, acostumbran a sentirse insatisfechos con los servicios que reciben, suelen presentar problemas de salud crónicos y, paradójicamente, suelen ser fieles a sus profesionales de referencia, negándose a cambiarse de médico en las ocasiones en que este se lo ha propuesto. Es un problema muy característico de la atención primaria. La desazón, el desasosiego y la frustración que provocan estos pacientes en los profesionales pueden, indudablemente, tener consecuencias de naturaleza ética. Debemos estar alerta en esta situación debido a que la repulsa motivada por la distorsión emocional puede lastrar la adecuada propuesta terapéutica y, en consecuencia, ser maleficiente al perjudicar al paciente.

La **atención continuada** es el servicio que se presta a la población desde atención primaria cuando finaliza el horario de funcionamiento de los centros de salud, y se lleva a cabo en los denominados puntos de

---

atención continuada. La medicalización de la vida cotidiana, la excesiva preocupación por la salud, la pérdida de la capacidad de autocuidados, el hiperconsumo, la cultura de la inmediatez, la mala tolerancia a la incertidumbre, así como el envejecimiento poblacional, la cronicidad o el aumento de problemas sociales, son factores que han contribuido a la sobrecarga de los profesionales que llevan a cabo esta actividad. Esto ha convertido a la atención continuada en una tarea poco gratificante, con elevado riesgo de burnout, con escasa fidelización de los profesionales y con una práctica frecuente de la medicina defensiva. Las urgencias son una de las áreas en donde se producen problemas en el ámbito de la bioética y que pueden causar desasosiego al profesional, ya que hay más riesgo para la seguridad del paciente debido a las situaciones de saturación incrementan el peligro de un error humano, muchas veces se descuida la confidencialidad, el interrogatorio e incluso la exploración física, acontece en ocasiones delante de otros pacientes.

Continúa hablando de la **prescripción inducida** generada por un médico diferente al que extiende la receta, tanto de la sanidad pública como de la privada, que con frecuencia genera una gran insatisfacción para los médicos de familia y conflictos éticos que en ocasiones conllevan grandes desencuentros con sus pacientes.

El trámite de la **incapacidad temporal** es una función prácticamente exclusiva de los médicos de familia, no es una labor estimulante para los médicos de familia por múltiples motivos, el médico de familia se comporta como un doble agente ya que está al servicio de la persona, sana o enferma, y de la comunidad. Estas lealtades pueden ser contrapuestas y las discrepancias pueden originar desencuentros y quebrar la relación de confianza entre el médico de familia y su paciente al contraponerse el principio de beneficencia a favor del paciente y el de justicia a favor de la sociedad.

Señala que la **medicina de familia** es, sin duda, la especialidad médica que dedica más tiempo a trámites administrativos. Además de las incapacidades temporales, un gran número de las citas que solicitan los

usuarios son para “cubrir papeles”, (justificantes que les eximan de alguna actividad, certificados médicos, impresos para solicitar las prestaciones vinculadas a la dependencia o cualquier tipo de informe relacionado con la salud). Durante muchos años, de buena fe, los médicos hemos certificado hechos que no podríamos comprobar para evitar perjuicios secundarios a nuestros pacientes.

Apunta que un 12% de los pacientes de un cupo médico de atención primaria tienen necesidades paliativas. Los cuidados paliativos, oncológicos y no oncológicos, son probablemente el único motivo de atención domiciliaria permanente, por tanto, es una actividad inherente al médico de familia, es la medicina de cabecera misma. Apunta la necesidad de sinergias con los diferentes dispositivos de cuidados paliativos y atención a domicilio, y con especial detalle comenta la sedación paliativa que es un recurso terapéutico que forma parte de la buena práctica clínica en determinadas circunstancias en los pacientes que se hallan en situación de últimos días. Otro hecho de crucial importancia en relación a la Ley que regula la eutanasia es el hecho de que introduce dos figuras esenciales en el procedimiento, el médico responsable de la información que atañe fundamentalmente a los médicos de familia y el de médico consultor.

En el tema de la **telemedicina** el Dr. Rosendo Bugarín González señala que existe desde que existe la propia medicina de familia y la atención primaria mediante las llamadas de teléfono de nuestros pacientes solicitando algún tipo de atención virtual. Plantea la posibilidad de dos tipos de problemas potenciales asociados y son, por un lado, aquellos relacionados con la confidencialidad de la información que se suministra cuando no se conoce a la persona que está al otro lado de la línea telefónica y por otro lado, están los que atañen a la no maleficencia ya que, una atención no presencial, en determinadas situaciones, podría provocar errores de interpretación. Nadie puede negar que tuvo aspectos positivos durante la pandemia del Covid19 como evitar las aglomeraciones y contagios en los centros de salud. Ahora bien, esta situación mantenida en el tiempo deterioró la calidad de la relación médico-paciente y tuvo consecuencias

---

en la práctica clínica, entre otras cosas, se quebró la longitudinalidad y la accesibilidad al sistema y está por determinar el impacto a largo plazo sobre la salud. El problema es ahora, fundamentalmente, una cuestión de autonomía sentenciosa.

En relación a la contención mecánica, la aplicación directa de la fuerza física sobre un paciente para restringir su libertad de movimientos, genera más controversia ética cuando se realizan en las residencias sociosanitarias. Desde el punto de vista ético se puede decir que confrontan varios principios. Puede ser beneficiosa pero hay que tener en cuenta que vulnera el principio de autonomía y de no maleficencia.

El gran conflicto ético que se le plantea al médico de familia con la **violencia de género** es cuando la mujer maltratada no quiere que se emita un parte de lesiones. La mujer es la protagonista y la que decide lo que es bueno para ella. El maltrato es un riesgo para la mujer que lo sufre puesto que le puede causar múltiples secuelas e incluso la muerte. En cualquier caso, una actitud no consensuada puede tener consecuencias no deseadas.

Finaliza indicando la importancia de los **comités de ética** en el ámbito sanitario, que son de dos tipos: los asistenciales y los relacionados con la investigación. Los segundos son vinculantes, sin su dictamen favorable no es posible iniciar el protocolo del estudio mientras que los primeros son orientativos, tienen como misión asesorar a la persona (clínico o incluso usuario) que realizó la consulta, pero en última instancia es esta la que tiene que tomar la decisión de cómo actuar.

Los comités asistenciales durante muchos años se establecieron alrededor de los hospitales y con el desarrollo de la gestión integrada aparecen los comités de área con médicos de familia y otros profesionales de atención primaria en su composición. A nivel de nuestra comunidad señalar que se creó la Comisión Gallega de Bioética en 2001 como un órgano colegiado, interdisciplinar, de carácter permanente y consultivo que fue sustituida en 2015 por el Consejo de Bioética de Galicia con el objetivo de ganar independencia.

En cuanto a los comités de ética de la investigación se debe proteger a los individuos vulnerables. Probablemente la mayor fuente de conflictos es llevar a cabo de forma paralela, en un mismo paciente, asistencia e investigación. Ya en el Informe Belmont y la Declaración de Helsinki advierten de que la distinción entre práctica e investigación es borrosa y que es necesaria una extraordinaria prudencia cuando se producen de forma simultánea. Se debe tener en cuenta que en ese momento se produce un conflicto de valores, mientras la práctica médica tiene como fin la curación y el cuidado, la investigación persigue como objetivo la obtención de conocimiento. En consecuencia, se puede producir una colisión entre ambos. Otro tema que plantea cuando se realiza el reclutamiento de pacientes voluntarios a sus propios pacientes, hay que tener en cuenta dos fenómenos psicológicos, por un lado, está lo que se ha denominado la "deuda de gratitud", lo que puede limitar la autonomía del paciente para la toma de la decisión en la participación del estudio, y el equívoco terapéutico que consiste cuando un paciente no distingue asistencia de investigación clínica, lo que puede condicionar su capacidad para tomar una decisión autónoma juiciosa.

Finaliza recogiendo las ideas fuerza de su intervención: resaltar que la medicina de familia y la bioética surgen en un contexto de crisis condicionada por la práctica de una medicina superespecializada, parcelada, reduccionista, concretizadora y fragmentada. Y que solo una estrategia orientada a la potenciación de la atención primaria, humanista, expansiva, abarcadora, holística permitirá obtener una medicina más asequible, sostenible, justa, equitativa, prudente, así como sensible y plural.

Quiero felicitar a toda su familia, representa una gran aportación a la Academia por su faceta de médico de familia y experto en bioética, y desearle al nuevo académico que continúe trabajando con "ciencia y ética".

He dicho





REAL ACADEMIA  
DE MEDICINA DE GALICIA



BAJO EL ALTO PATROCINIO  
DE LA CORONA



REAL ACADEMIA TRANSFERIDA A LA  
XUNTA DE GALICIA

PLACA DE ORO AL MÉRITO SANITARIO DE GALICIA  
MEDALLA DE ORO DE LA CIUDAD DE A CORUÑA  
MEDALLA DE ORO DE GALICIA